

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS  
Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social

Nadjanaira Alves Costa

**INTERAÇÃO COMUNICACIONAL FACE A FACE E OS REFLEXOS DA  
MIDIATIZAÇÃO: processo de anamnese**

Belo Horizonte  
2015

Nadjanaira Alves Costa

**INTERAÇÃO COMUNICACIONAL FACE A FACE E OS REFLEXOS  
DA MUDIATIZAÇÃO: processo de anamnese**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Comunicação Social da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Comunicação Social.

Área de concentração: Interações Midiáticas

Linha de pesquisa: Mudiatização e Processo de Interação

Orientadora: Profa. Dra. Ivone de Lourdes Oliveira

Belo Horizonte

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

C837i Costa, Nadjanaira Alves  
Interação comunicacional face a face e os reflexos da midiatização:  
processo de anamnese / Nadjanaira Alves Costa. Belo Horizonte, 2015.  
87f. : il.

Orientadora: Ivone de Lourdes Oliveira  
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.  
Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social.

1. Interação social. 2. Médico e paciente. 3. Análise do discurso. 4.  
Anamnese. 5. Comunicação - Inovações tecnológicas. I. Oliveira, Ivone de  
Lourdes. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-  
Graduação em Comunicação Social. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 659.3

Nadjanaira Alves Costa

**INTERAÇÃO COMUNICACIONAL FACE A FACE E OS REFLEXOS DA  
MIDIATIZAÇÃO: processo de anamnese**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Comunicação Social da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Comunicação Social.

---

Profa. Dra. Ivone de Lourdes Oliveira (Orientadora) - PUC Minas

---

Prof. Dr. Mozahir Salomão Bruck - PUC Minas - Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Fábria Pereira Lima - UFMG PUC Minas - Banca Examinadora

Belo Horizonte, 28 de agosto de 2015.

*Aos meus filhos e amigos Carlos Daniel e Nadine  
Mariana, que sempre me apoiaram nas lutas e vibraram  
com minhas conquistas.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Apreendi, depois de transpor algumas barreiras da vida, de alcançar vitórias, de chorar pelas perdas, de sorrir de alegria, de cair e de levantar, que devemos ser gratos por tudo. Está na bíblia 1 Tessalonicenses 5:18 – Por tudo, dai graças, porque esta é a vontade de Deus em Cristo Jesus para convosco. Esse exercício de gratidão passa por reconhecermos o valor das pessoas em nossas vidas, como o do orientador que anseia para que cheguemos ao final de estudos como este e dos outros mestres que, ao longo da trajetória do aprendizado, compartilharam seus conhecimentos a fim de que chegássemos às conclusões próprias.*

*Sou grata à Clínica Hematológica, sobretudo aos seus diretores, ao administrador Hamilton, pacientes e funcionários que compreenderam a importância desta pesquisa.*

*Dou graças aos meus familiares pela tentativa de compreenderem essa busca desenfreada pelo saber e àqueles que, ao cruzarem meu caminho, tornaram difícil, de alguma forma, a minha caminhada, desafiando-me as forças, a fé e a persistência para que eu chegasse até aqui. Cheguei e, portanto, também dou graças.*

*Rendo, sobretudo e não por fim, graças a Deus, porque me sinto um pouco mais capaz de contribuir - a partir desse estudo que me pareceu hercúleo, mas pequenino em sua contribuição - com esse campo do saber que sempre me fascinou e que me possibilitou encontrar os mestres de ontem, professor Mozahir Bruck, e de hoje, da PUC Minas, que sempre me inspiraram nesta caminhada.*

## RESUMO

Este estudo se propõe a uma pesquisa investigativa sobre a anamnese na perspectiva de um dispositivo interacional, conformado a partir das práticas discursivas entre médico e paciente, com a finalidade de compreender os discursos que são construídos na interação face a face e que podem estar impactados pelas lógicas da mediação, a partir das buscas de pacientes por informações sobre saúde na internet. Partimos do princípio de que os dispositivos interacionais tensionam os elementos da interação que são formados pelo contexto da doença, posições de falas dos interlocutores, compartilhamento de decisões e de experiências de vida e o engajamento deles na situação. O objetivo é compreender se o dispositivo de anamnese também é tensionado por mudanças da ordem do discurso que podem afetar o sentido da anamnese, a confiança no médico e a autoridade dele a partir dos enunciados que são trazidos para a interação. As práticas discursivas presentes nessa relação se constituem em operadores sociais que se conformam a partir do fenômeno da mediação e que também são modificados por ele no processo comunicacional dos interlocutores, quando estes se percebem e ressignificam a si, ao outro e aos acontecimentos sociais frente às trocas que estabelecem nas interações.

**Palavras-chave:** Interação. Face a face. Dispositivo. Discurso. Médico. Paciente.

## **ABSTRACT**

This study aims to an investigative research on the history from the perspective of an interactional device, resigned from the discursive practices between doctor and patient, in order to understand the discourses that are built on the face to face interaction and that may be impacted by logics of media coverage from the searches of patients for health information on the internet. We assume that the interactional devices tense elements of interaction that are formed by the disease context, speeches of the speakers positions, decisions and sharing of life experiences and their engagement in the situation. The goal is to understand the history of device is also stressed by changes in the order of discourse that can affect the sense of history, confidence in the doctor and his authority from the statements that are brought to the interaction. The discursive practices in this regard constitute social workers that conform from the phenomenon of media coverage and that are also modified by him in the communication process of the interlocutors, when they perceive and resignify to yourself, others and social events in the face of exchanges that establish the interactions .

**Key-words:** Interaction. Face to face. Device. Speech. Medical. Patient.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Categorias analíticas para análise de conteúdo .....	59
QUADRO 2a - Referência da categoria “sentido da anamnese” .....	60
QUADRO 2b - Referência da categoria “sentido da anamnese” .....	61
QUADRO 3a - Referência da categoria “informações na internet” .....	64
QUADRO 3b - Referência da categoria “informações na internet” .....	66
QUADRO 4a - Referência da categoria “confiança no médico” .....	68
QUADRO 4b - Referência da categoria “confiança no médico” .....	70
QUADRO 5a - Referência da categoria “autoridade médica” .....	72
QUADRO 5b - Referência da categoria “autoridade médica” .....	74

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Coord.	Coordenador
DI	Dispositivos Interacionais
ed.	Edição
Ed.	Editor
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
Org.	Organizador
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 PROCESSOS INTERACIONAIS E A LÓGICA DA MIDIATIZAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 O lugar da interação social.....</b>	<b>13</b>
2.1.1 <i>Quadros de sentidos na interação face a face .....</i>	<i>16</i>
2.1.2 <i>Ajustamento de interlocutores .....</i>	<i>23</i>
<b>2.2 Mdiatização: uma lógica de sentidos .....</b>	<b>25</b>
<b>3 DISPOSITIVO INTERACIONAL: A ANAMNESE .....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Elementos da enunciação .....</b>	<b>38</b>
3.2.1 <i>Operadores sociais .....</i>	<i>39</i>
3.2.2 <i>Prática discursiva .....</i>	<i>41</i>
<b>3.3 O sentido da anamnese .....</b>	<b>44</b>
3.3.1 <i>O processo de anamnese .....</i>	<i>48</i>
<b>4 ANÁLISE DA INTERAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ANAMNESE .....</b>	<b>52</b>
<b>4.1 A pesquisa .....</b>	<b>52</b>
4.1.1 <i>Percurso metodológico.....</i>	<i>54</i>
4.1.2 <i>Conhecendo a organização.....</i>	<i>56</i>
<b>4.2 Análise do processo interativo na anamnese.....</b>	<b>57</b>
4.2.1 <i>O sentido da anamnese .....</i>	<i>59</i>
4.4.2 <i>Informações na internet.....</i>	<i>63</i>
4.4.3 <i>Confiança no médico.....</i>	<i>68</i>
4.4.4 <i>Autoridade médica .....</i>	<i>71</i>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro de Perguntas para o paciente.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE B - Roteiro de Perguntas para o médico.....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para compreender se as lógicas da midiatização interferem na interação face a face entre médico e paciente, alicerçamos nosso estudo a partir do conceito de interação como lugar da comunicação, cuja instância de mútua afetação é marcada por uma situação e um contexto. Para tanto, partimos da hipótese de que as buscas por informações na internet por pessoas que passam por um processo de tratamento de câncer podem afetar a relação médico-paciente, tendo em vista os discursos que são construídos a partir de práticas sociais.

Desenvolvemos uma interface entre o campo da Comunicação Social e da Psicologia, buscando apreender desses campos os referenciais teóricos sobre a interação, voltando o olhar para o fenômeno comunicacional no sentido de entender como se processa a relação médico-paciente, a partir da anamnese, dentro da perspectiva interacional. Esse processo é estudado pelo campo da Psicologia por apresentar-se como uma das prerrogativas do aprendizado da medicina quanto aos seus aspectos comunicacional e interpessoal e, portanto, mostra-se relevante nesta discussão. Consideramos, ainda, as imbricações entre o discurso, conformando um dispositivo, e como as lógicas da midiatização impactam as práticas discursivas.

Esta dissertação foi estruturada com dois capítulos: análise do corpus e as considerações gerais. No segundo capítulo desenvolvemos os aportes conceituais que nos ajudaram a emoldurar as reflexões acerca das interações sociais a partir do interacionismo simbólico. Nessa perspectiva, recorreremos às premissas de Blumer (1998) quanto às afetações dos indivíduos ao perceberem a si, ao outro e aos objetos à sua volta, na conformação do *self* social.

Este percurso nos possibilitou a compreensão dos possíveis lugares da interação social e, por isso, valemo-nos do pensamento de Perestrello (1986) e Porto e Porto (2014), no campo da psicologia, quando discutem os sentidos e significados que médico e paciente trazem para a anamnese. Nessa proposição, foi importante considerar, ainda, a visada de Braga (2012), que permitiu contextualizar a análise sobre a interação, dentro do estudo do fenômeno comunicacional, quando enfatiza que 'comunicação é efetivamente interação' e que as posições de fala já delineiam um comportamento de escuta, alimentando o processo interativo.

Atentos a essas prerrogativas, empreendemos a investigação sobre a interação como lugar da comunicação, o que nos desafia a compreendê-la tanto na

perspectiva das afetações mútuas quanto nas possibilidades de que a interação se conforma a partir dos estímulos que são trazidos pelos interlocutores para o processo de anamnese.

Buscamos na perspectiva da pragmática, nos estudos de Watzlawick, Beavin e Jackson (2007), a compreensão do sistema interacional no que tange objetos e atributos presentes no processo interativo. Recorremos às acepções de Goffman (2010, 2011, 2013, 2014) e Bateson (2002) citado por Mendonça e Simões (2012) quando falam sobre os quadros de sentidos que se formam a partir do enquadre de uma situação e um contexto. Os conceitos teóricos desses autores ampliam nossa compreensão acerca da indagação dos interlocutores sobre 'o que está acontecendo' na interação face a face, de modo que possibilite um posicionamento e um se engajamento.

Consideramos necessário, também, trazer a definição de interação face a face para ampliar o entendimento do objeto de pesquisa, uma vez que a relação médico-paciente se dá em uma situação e um contexto específicos, em ambiente físico, delimitados no tempo e no espaço.

O estudo também se deu em uma ambiência que está localizada em uma zona sem fronteira e que, por isso mesmo, mostra-se sempre aberta a pesquisas pela complexidade do seu entendimento, como é o fenômeno da midiatização e suas múltiplas lógicas. Para o enfrentamento dessa questão recorremos a Fausto Neto (2006), Verón (2004) e Sodré (2002), que nos apresentam alguns aspectos das lógicas da midiatização ligados à prática social e também de sentido.

A partir desse horizonte, passamos a estruturar nosso terceiro capítulo, que aborda o dispositivo, uma vez que entendemos a anamnese como dispositivo interacional na concepção de Braga (2011a, 2011b). O autor nos direciona para novas ordens de discursos conformando dispositivos que trazem aspectos de flexibilidade e transponibilidade. Em Deleuze (1990) buscamos aprofundar o conceito sobre dispositivo, quando nos apresenta as dimensões e os regimes, sobretudo o de enunciação, que nos auxiliaram a entender as variáveis e os elementos que conformam, arrastam e bifurcam um dispositivo, provocando um permanente tensionamento pelas forças internas e externas que atuam nele.

Para compreensão da ação dispositivante da anamnese foi necessária uma busca teórica sobre o discurso. Para tanto, nos apropriamos das definições de Foucault (2014) e de Fairclough (2008). Na visão foucaultiana, o discurso se

apresenta como enunciados que constroem a sociedade em variadas dimensões, sendo eles os objetos do conhecimento, as relações sociais, as estruturas conceituais, os sujeitos e as formas sociais. Essa visada possibilita entender com os enunciados são ressignificados a partir dos acontecimentos e das práticas discursivas.

Para Fairclough (2008), o discurso é construído a partir dos dilemas sociais e se manifesta também na dialética que se forma das práticas institucionais e sociais. Essa visão serviu-nos de auxílio na estruturação do nosso estudo no sentido de que as práticas discursivas que emanam da relação médico-paciente também trazem em seu bojo enunciados que se imbricam, tendo em vista as proposições da organização de saúde, como mediadora do conhecimento do médico, que pode se constituir como da ordem do poder e do saber, como também pode assumir uma ordem cultural relacionada à forma como os pacientes se apropriam das informações sobre saúde para construírem seus discursos.

Neste percurso, chegamos à nossa análise, no quarto capítulo, apresentando a metodologia de análise de conteúdo com uma pesquisa qualitativa, a partir da entrevista semiestruturada com dez médicos e pacientes, que constituem o corpus dessa pesquisa.

Para transpor o capital teórico para a empiria, fizemos um enquadramento da situação da anamnese dentro do universo pesquisado. A partir da análise de conteúdo dos pacientes e dos médicos, compreendemos a anamnese como um processo que pretende ser um levantamento da história da vida do paciente, com quadros de sentidos que servem para organizar as experiências das pessoas na vida social, na perspectiva de Goffman (2010, 2011, 2013, 2014). Mesmo assim, os sentidos que se evidenciaram na análise realizada revelam que esse processo de mútua afetação apresenta alterações que decorrem das práticas discursivas dos pacientes e até dos médicos.

## **2 PROCESSOS INTERACIONAIS E A LÓGICA DA MUDIATIZAÇÃO**

A discussão sobre a interação social é sempre atual e sua análise nos oferece perspectivas ligadas ao seu intrínseco processo de construção de sentidos, de instância dialógica e de que os interlocutores envolvidos em uma interação estão em contínuo processo de mútua afetação. As experiências partilhadas face a face, a atualização dos contextos comunicacionais, o envolvimento dos interlocutores em cada situação e, até mesmo, a forma como se posicionam, estabelecem um lugar de interação. Braga (2012) sintetiza que a análise sobre a interação entre as pessoas é o que constitui o estudo do fenômeno comunicacional. Com essa reflexão, o autor destaca que a “comunicação é efetivamente interação” (BRAGA, 2012, p. 1), e que ela possibilita o processo de identificação dos interlocutores em suas relações sociais, considerando que o lugar de ocorrência da comunicação é a interação.

### **2.1 O lugar da interação social**

As pesquisas acerca do interacionismo simbólico realizadas por Blumer (1998) e outros pesquisadores da Escola de Chicago abriram caminhos para os estudos sobre a interação social no campo da Sociologia e da Psicologia Social e puderam, também, nos apontar perspectivas passíveis de investigação sob as lentes do campo da Comunicação Social. Isto traz a possibilidade de enfrentamento da nossa questão à luz das premissas dessa teoria.

O interacionismo simbólico instigou o olhar de estudiosos acerca da forma como as pessoas interagem diante de contextos específicos e também como interpretam e percebem os outros e os objetos à sua volta nas interações sociais. De acordo com Blumer (1998), a característica mais marcante da interação simbólica reside no fato de que os seres humanos interpretam e definem-se uns aos outros e a si mesmos a partir de suas ações frente a diversas situações. Para o autor, a interação sofre interferência de variados símbolos e é, também, impactada pela interpretação das pessoas sobre os significados das suas ações, e não das reações quando interagem em sociedade.

De acordo com Blumer (1998), institui-se, com isso, um processo que se forma a partir das interpretações dos estímulos gerados pelo grupo e das respostas que os indivíduos expressam em seu comportamento diante de acontecimentos

sociais. Quando ressalta o trabalho de G.H. Mead, o autor enfatiza a importância das proposições do teórico para o entendimento da vida em sociedade e das ações das pessoas na conformação do *self*<sup>1</sup>. Nesse sentido, a interação simbólica ocorre nesse dinamismo gerado pela definição e redefinição dos objetos e comportamento das pessoas em sociedade. Nela, as pessoas não só se percebem e se escutam, mas também ouvem e observam o outro participante da interação.

Sob esse panorama, a interação simbólica tem como palco a vida em sociedade, na qual há uma interligação entre indivíduos e o mundo, que lhes permite interagir com outros e perceber-se também de forma individualizada. Nesse contexto, o *self* social é formado pela possibilidade de as pessoas fazerem uma reflexão sobre si e por se colocarem no lugar do outro de forma alternada e independente.

Ao propor algumas premissas, Blumer (1998) sintetizou seus estudos, enfatizando ainda o pensamento de G. H. Mead, considerando que, inicialmente, todas as pessoas focam no significado dos objetos para definirem como agir nas situações em que se defrontam. Depois, destaca que os significados dados às coisas somente fazem sentido quando as pessoas interagem, como uma consequência desse ato. E, por último, mas não conclusiva dos seus estudos, o autor enfatiza que os significados encontrados se modificam pela forma como os participantes da interação interpretam e se percebem no contexto da interação e também ao outro participante.

Sem nos atermos no estudo aprofundado das premissas propostas por esses teóricos, mas considerando de suma relevância suas contribuições para este trabalho, buscamos compreender os processos interacionais na atualidade, a fim de situarmos a relação médico-paciente como um lugar de comunicação e uma instância que se conforma a partir da interação face a face.

Neste estudo, é importante destacar que a nossa pesquisa estabelece interfaces com o campo da Psicologia, por considerarmos que esta também compreende a interação médico-paciente<sup>2</sup> como sendo de mútua afetação, na qual

---

<sup>1</sup> Nos estudos de Mead, o *self* representa a pessoa, como objeto para si mesmo, uma visão pragmática, em que ele primeiro interage consigo, da mesma forma que interage com o outro.

<sup>2</sup> A relação médico-paciente tem sido uma das principais preocupações dos psicólogos que atuam na área de saúde. Inúmeros estudos abordam essa relação do ponto de vista da Psicologia, como vemos no livro *A medicina da pessoa*, do psicólogo Danilo Perestrello, sobretudo no capítulo que destaca a relação transpessoal entre médico e paciente e também o caráter assimétrico dessa relação. Nosso estudo investiga essa interação do ponto de vista da Comunicação Social.

os interlocutores enunciam seus discursos a partir dos sentidos e significados que trazem para um determinado contexto. O conceito de interação, nesse sentido, enquanto ação marcada por uma orientação de reciprocidade de trocas simbólicas, pode ser compreendido a partir dos pressupostos advindos do interacionismo simbólico -, quando possibilita a compreensão do modo como as pessoas interagem e interpretam o mundo à sua volta e de como esse processo direciona o comportamento dos participantes da interação em situações específicas.

Na perspectiva da Psicologia, a interação cria uma relação de sentidos como destacado pelo psicólogo Perestrelo (1996), que se preocupou em analisar o comportamento do paciente em relação ao comportamento do médico em interação. Sobre a relação médico-paciente, no ver e ouvir o outro, o autor destaca:

Assim, para que se estabeleça um encontro eficaz, é preciso haver uma convivência e, até certo ponto, simpatia [...]. Não é o ser-objeto que desejamos chegar, mas ao ser-sujeito. De modo que, o *eu* que observa o *outro*, ao contrário de se excluir, penetra no outro e é com essa penetração empática que indagará se o que o outro apresenta encerra ou não uma relação de sentido com o resto da sua existência, dele *Outro*. (PERESTRELLO, 1996, p. 47)

Ao analisarmos que a interação facilitadora dessa penetração, deflagra manifestações observáveis também no campo dos estudos comunicacionais estamos, então, diante de uma abordagem que nos permite compreender que tanto no âmbito da Comunicação Social quanto no da Psicologia Social, a interação é um processo que afeta e modifica os sujeitos, visto que ela está ancorada nos sentidos que cada interlocutor traz para essa instância. Perestrello (1996) chama as relações de significados de relações compreensíveis, porque permitem analisar os sujeitos imbricados nelas a partir do ângulo de várias ciências.

Nosso estudo também busca um referencial na perspectiva da pragmática<sup>3</sup> da comunicação humana, por esta ampliar a compreensão sobre essa temática e apresentar interfaces nesses diferentes campos de estudos. Pelo viés do pragmatismo social, a interação, de acordo com Watzlawick, Beavin e Jackson (2007), pode ser entendida também como um conjunto de mensagens que se forma a partir da coesão entre objetos e atributos.

---

<sup>3</sup> O pragmatismo de Peirce está voltado para o estudo do método ou critério de significação que seja capaz de determinar o verdadeiro sentido de qualquer conceito, doutrina, proposição, palavra, ou outro tipo de signo.

Os autores delimitam que os objetos desse sistema interacional são pessoas em permanente comunicação com outras pessoas e os atributos que elas trazem para a interação é que vão conformar esses objetos, ou seja, as pessoas envolvidas na comunicação. Com esse pensamento, estabelecem que os atributos referem-se aos comportamentos comunicativos que os interlocutores mobilizam diante de situações e contextos que emolduram a interação.

O sistema interacional analisado por Watzlawick, Beavin e Jackson (2007) está sujeito a padrões e pontuação da sequência de eventos, que estão relacionados às repetições de comportamento por parte dos interlocutores. Para os autores, essa sequência de eventos institui um padrão de comunicação que se forma na/pela interação.

A pontuação organiza os eventos comportamentais e, portanto, é vital para as interações em curso. Culturalmente, compartilhamos de muitas convenções de pontuação que, embora não mais nem menos rigorosas do que outras concepções dos mesmos eventos, servem para organizar comuns e importantes sequências de interação. (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007, p. 51)

Alicerçada por essa sequência de eventos e estruturando um processo comunicativo a partir do comportamento e posicionamentos dos interlocutores, a interação segue padrões de comunicação<sup>4</sup> e acaba por estruturar um sistema que é marcado por convenções que não são previamente definidas pelos participantes. Assim, entendemos que na condição de objetos-pessoas os participantes se posicionam segundo os atributos-comportamento que trazem para essa instância. Isso se dá, sobretudo, pelo tipo de interação face a face, que possibilita uma comunicação estruturada a partir de padrões não formalizados, mas que dá a ela um caráter de comunicação baseada em regras que a ajustam ao contexto.

### *2.1.1 Quadros de sentidos na interação face a face*

A interação face a face, de acordo com Thompson (1998), é um tipo de relacionamento interpessoal que prescinde de um lugar ou ambiente físico para que

---

<sup>4</sup> Os autores consideram que a estrutura dos processos de comunicação corresponde à padronização da comunicação. Sobre isso, estabelecem que o "conceito de padrão em comunicação pode ser entendido como representativo da repetição e redundância de eventos."(WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 2007, p. 107).

ela se processe. O autor também descreve outros tipos, como a interação mediada e a quase-interação mediada. Na interação face a face, que nos interessa dado o nosso problema de pesquisa, os interlocutores partilham de um mesmo sistema de referência em relação ao tempo e ao espaço comum, ou seja, um lugar ou estrutura para que possibilite a construção de um processo de comunicação dialógico. Sendo assim, a interação face a face é de co-presença, necessita que os interlocutores se posicionem tanto pela delimitação de um ambiente específico, quanto pela situação que os levou a estarem frente a frente.

A partir disso, compreendemos que a interação face a face está relacionada à influência recíproca dos interlocutores e que, por isso, alguns padrões de comportamentos se evidenciam como as “olhadelas, gestos, posicionamentos e enunciados verbais que as pessoas continuamente inserem na situação, intencionalmente ou não” (GOFFMAN, 2011, p. 10). Esses sinais apontam a orientação e o envolvimento dos interlocutores, e evidenciam o que o autor considerou chamar de padrões de interação.

Com base nos estudos de Goffman (2010, 2011, 2013, 2014) e Bateson (2002) citado por Mendonça e Simões (2012), a interação está relacionada a enquadramentos ou enquadres. Goffman (2010, 2011, 2013, 2014) considera que o enquadramento possibilita a formação de quadros de sentidos que moldam as interpretações dos interlocutores e marcam o envolvimento e o posicionamento das pessoas na interação, dada uma situação e um contexto.

Consideramos importante destacar que a situação é construída a partir dos princípios que organizam os acontecimentos: pessoas envolvidas, repetições, cenário. É um processo que se conforma a partir do contexto vivido pelo indivíduo e que lhe permite questionar sobre o que está ocorrendo naquele encontro para que ele possa se engajar. Compreender a situação permite ao participante orientar suas ações em relação ao outro. Assim, situação e contexto estão interligados e a sua definição está relacionada ao ‘acordo operacional’ que se estabelece entre os indivíduos quando colaboram entre si na interação.

Desse modo, os quadros de sentidos não são criados de forma planejada, mas se evidenciam pela situação e pelos sentidos que são compartilhados na interação. São mobilizados pelo próprio contexto e pela existência de sentidos presentes na comunicação. Para Bateson (2002) citado por Mendonça e Simões (2012), os enquadres estão ligados ao nível metacomunicativo e este diz respeito

aos elementos presentes na interação, que vão além dos conteúdos e enunciados. O nível metalinguístico está relacionado aos padrões de comportamento e posicionamento, que resultam da sequência de eventos. Nesse nível é a mensagem que interfere na linguagem a partir da intervenção de elementos implícitos ou explícitos na produção dos conteúdos e dos enunciados.

Por ser metacomunicativo, o enquadre evidencia as regras e os sinais presentes na interação, que são inerentes ao processo de comunicação. Isso amplia nossa compreensão quando analisarmos o termo face a face pelo viés da semântica ou do nível da metalinguística proposto por Bateson (2002) citado por Mendonça e Simões (2012). A partir dessa abordagem, entendemos que o estar face a face traz implícito um compromisso ou comprometimento dos interlocutores com o que possa se originar dessa interação, levando-se em consideração a atenção aos sinais, mensagens e demais elementos metacomunicativos que são mobilizados nesse ato.

Em nossa percepção, então, a expressão face a face sugere, semanticamente, um olhar no olho, encarar, observar reações, movimentos, estar pronto para questionamentos e respostas, expressões e omissões de sentidos. Revela, ainda, uma situação em que os interlocutores podem estar intencionalmente - e, até mesmo, estrategicamente -, posicionados para a troca de mensagens verbais e não-verbais, pelo fato de se colocarem diante um do outro e fazerem movimentar e sobrepor os quadros de sentidos referidos por Goffman (2010, 2011, 2013, 2014).

Destacar essa questão da metacomunicação e do metalinguístico na perspectiva da interação é importante para compreensão de como o enquadramento ocorre na interação face a face e como este termo, por si, evidencia um tipo específico de interação. Nesse sentido, a interação face a face pode ser compreendida, ao mesmo tempo, sob a ótica metacomunicativa - porque os elementos presentes definem as regras da interação -, e também metalinguística, por considerarmos o estar face a face como uma mensagem que, por si, se expressa a partir da forma como os participantes se apresentam nessa interação.

Goffman (2011) desenvolveu outros estudos sobre rituais que marcam uma interação ao analisar os padrões de comportamento que definem uma interação face a face. A partir disso, estabeleceu o termo “linha”, que define um padrão de comportamento assumido pelos interlocutores quando em contato face a face. Essa “linha”, compreendida também na perspectiva de linha de conduta ou

posicionamento, abarca atos verbais e não-verbais, por meio dos quais os interlocutores vão expressando suas opiniões acerca das situações e também sobre si mesmos. Para o autor, os interlocutores sempre assumirão um comportamento, ou linha, naturalmente quando em interação.

Por meio da linha, as pessoas estabelecem a fachada, “um valor social positivo que uma pessoa efetivamente reivindica para si mesma através da linha que os outros pressupõem que ela assumiu durante um contato particular” (GOFFMAN, 2011, p. 13). A fachada é a aparência ou imagem que se projeta de si e que é conformada a partir das atitudes institucionalizadas socialmente. Assim entendendo, a fachada é sustentada pela linha e é também um padrão de comportamento que o interlocutor define e mantém em suas interações face a face. O autor assinala que ela é a representação do “eu” do interlocutor, de forma que ele possa ser aprovado socialmente.

Podemos dizer que uma pessoa *tem, está com* ou *mantém* a fachada quando uma linha que ela efetivamente assume apresenta uma imagem dela que é internamente consistente, que é apoiada por juízos e evidências comunicadas por outros participantes, (GOFFMAN, 2011, p. 15).

A forma como o interlocutor se mostra diante dos contextos acaba por revelar a sua linha e, ao mesmo tempo, projetar uma fachada que está ligada ao modo como é percebido em suas representações sociais, nas repetições dos eventos. Ao destacar esses comportamentos que emolduram uma imagem, ou fachada, como define Goffman (2011), os interlocutores são forçados pelas situações a sustentarem a forma como se apresentam nas interações.

Em alguns aspectos, essa fachada pode sofrer influências de aspectos externos e exigir mudanças de postura em função dos acontecimentos. Pode ainda requerer dos interlocutores certos atributos e responsabilidades por mantê-los, ou seja, há um comprometimento e ao mesmo tempo um compromisso diante da sua representação social. Em nosso entendimento, isso evidencia a questão do padrão da comunicação implícita na sequência de eventos e pelos quadros de sentidos na interação.

De acordo com Goffman (2011), a fachada não está visível na pessoa, mas se revela na interação e é captada e interpretada pelo outro quando cada interlocutor é capaz de avaliar-se e também à outra pessoa envolvida na situação.

Ainda que necessite dessa interação para revelar a sua fachada, cada interlocutor adota uma linha de conduta institucionalizada. Isso não descarta a possibilidade de escolhas de algumas linhas e algumas fachadas ajustadas ao contexto para que possam se perceber no mundo social, indo além da fachada que cada um adota.

A linha mantida por e para a pessoa durante o contato com outros tende a ser de um tipo institucionalizado legítimo. Durante o contato de um tipo particular, um participante da interação com atributos conhecidos ou visíveis pode esperar ser apoiado numa fachada em particular, e pode sentir que é moralmente apropriado que isto aconteça. (GOFFMAN, 2011, p. 15).

Essa perspectiva reforça a nossa análise de que o estar face a face traz implícito em seu sentido um compromisso ou comprometimento na sustentação da fachada para manutenção da representação social. Evidenciam-se, em nossa visão, padrões de interação e, por conseguinte, padrões de comunicação.

Para Goffman (2011), a preservação da fachada é uma necessidade social que a própria interação aciona. São manobras que servem de proteção que passam pelo processo de evitação, ou seja, se o interlocutor não assegurar a fachada de si mesmo, as sequências de eventos poderão fazer com que sua fachada torne-se vulnerável. O processo corretivo também é ressaltado pelo autor para atenuar o desmantelamento da fachada diante de uma comunicação que prescinde de respostas programadas. Mesmo na preservação da fachada, as interações sociais também acionam rituais que incluem a colaboração da preservação da fachada.

Parece que em qualquer sociedade, sempre que surge a possibilidade física da interação falada, um sistema de práticas, convenções e regras de procedimentos entram em jogo, funcionando como um meio de orientar e organizar o fluxo das mensagens. [...]. Um conjunto de gestos significativos é empregado para iniciar uma enxurrada de comunicação e como um meio para que as pessoas em questão se imputem como participantes legítimos. (GOFFMAN, 2011, p. 39)

A abordagem do autor nos leva a compreender alguns aspectos da interação social que, ao mesmo tempo em que conforma uma comunicação inerente ao processo de trocas entre pessoas, também apresenta possibilidades de que essa comunicação esteja sujeita a enquadres. Concomitantemente, os enquadres podem emoldurar uma situação e podem também ser alternados pela liberdade que cada interlocutor dispõe para fazer suas interpretações sobre o que está acontecendo na

interação<sup>5</sup>. Isto nos parece uma forma de ajustar a comunicação a padrões de comportamento, segundo regras e intenções dos envolvidos.

Sobre esse padrão de comunicação instituído na interação, também concordamos que “uma vez aceito todo o comportamento como comunicação, não estaremos lidando com uma unidade de mensagem monofônica, mas com um complexo fluido e multifacetado de numerosos modos de comportamento” (WATZLAWICK, BEAVIN; JACKSON, 2007, p. 46). Por outro lado, a situação passível de abarcar os enquadres pode facilitar nossa compreensão sobre como os padrões de comunicação resultam da forma como os interlocutores estabelecem seu modo de agir e reagir na interação. A própria repetição de eventos formata também diversos outros quadros, que se sobrepõem e favorecem a atualização da situação que levou os interlocutores a estarem, *a priori*, face a face.

Goffman (2010, 2011, 2013, 2014), quando analisa as interações cotidianas, identifica que os quadros de sentidos - que servem de organizadores das experiências das pessoas no mundo social -, estão relacionados à cultura. A partir dessa perspectiva, o autor empreende uma análise sobre os quadros primários de interação, que são assim definidos por situar as pessoas acerca dos acontecimentos e suscitar o seu engajamento neles de forma mais imediata. Outro quadro que o estudioso também põe em discussão, a partir dessa perspectiva cultural, é o *footing*.

Para analisar o *footing*, o autor parte da observação acerca de um conjunto de convenções e regras, a que chama de chave. Essas normas-chave são responsáveis por evidenciar e regular as transformações dos quadros. O *footing* representa uma evolução do quadro primário, porque destaca o grau de envolvimento dos interlocutores na interação.

De acordo com Goffman (2010, 2011, 2013, 2014), em interação face a face os participantes mantêm enquadres e estes servem para organizar os discursos na situação interacional. Nessa perspectiva, o *footing*, por sua vez, se constitui na postura, posicionamento ou na representação do “eu” na sua relação com o “outro”, consigo e em relação à comunicação construída. Representa o alinhamento das posições dos participantes e também o aspecto dinâmico dos enquadramentos,

---

<sup>5</sup> Em seus estudos sobre o enquadre, Bateson observou uma brincadeira entre macacos cujo comportamento se assemelhava a um combate entre eles, do ponto de vista de outros observadores. De acordo com o autor, a forma como os macacos interagiam indicava um contexto de metacomunicação, ou seja, os participantes tinham um grau de entendimento de que os sinais deixavam claro de que se tratava de uma brincadeira e não uma luta. O estudo sobre o enquadre foi utilizado, posteriormente, na análise sobre comunicação entre terapeuta e paciente.

evidenciando a natureza discursiva da interação face a face. Tendo em vista que os enquadres emolduram uma situação e os quadros de sentidos se alternam, o *footing* dos interlocutores é passível de ratificação, negociação que se sustenta com base nos papéis representados pelos participantes.

Em nossa análise, as abordagens de Goffman (2010, 2011, 2013, 2014) evidenciam que a afetação mútua na interação pode ocorrer tendo em vista os padrões de comunicação que são instituídos pelos interlocutores. Por isso mesmo, eles podem não ser livres nesse engajamento interacional. A própria necessidade de se seguir uma linha e manter uma fachada pode evidenciar essas afetações em sentidos múltiplos e nos revelar enquadramentos dentro de diversas situações.

Se por um lado as piscadelas podem ser inseridas “intencionalmente ou não” na interação, por outro elas mostram que há um enquadre que marca o entendimento sobre o que está acontecendo na representação diante do outro participante. A mudança de *footing* sinaliza a alteração dos enquadres em relação à situação, ou seja, ratifica que os interlocutores estão engajados e observando as reações e movimentos do outro. Há uma afetação mútua em face dos papéis que ambos desempenham na interação.

De acordo com Braga (2012), em interações que se repetem há o reflexo de uma pessoa sobre a outra. “Parece-me mais interessante pensar que em interações sucessivas, as pessoas reverberam umas sobre a outras, ‘se escutam’ mutuamente – e, por processos incrementais, se modificam a partir dos aportes múltiplos e entremeados.” (BRAGA, 2012, p. 5). O autor destaca, ainda, que sociedade e instituições também passam por mudanças a partir dessas interações sociais, com a revisão de suas estruturas e comportamento.

O que parece se evidenciar no pensamento do autor é que o lugar da interação, como contexto da comunicação, é um lugar de transformações, que não ocorre de forma isolada, ou seja, ao mesmo tempo em que pode afetar indivíduos também pode impactar estruturas, dado o caráter dessas mudanças. Isso nos leva a refletir sobre possíveis fenômenos e suas lógicas que podem acarretar mudanças na forma como as pessoas se vêem e percebem o outro à sua volta, e também como se afetam em diversas situações, como no contexto da interação médico-paciente<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> A interação médico-paciente será aprofundada no terceiro capítulo deste trabalho, quando abordaremos a nossa pesquisa empírica à luz dos aportes conceituais aqui discorridos.

### 2.1.2 Ajustamento de interlocutores

A partir do estudo sobre como os interlocutores, dentro de um contexto, estabelecem suas relações e ressignificam sua forma de ser e de estar no mundo, reconhecendo a si mesmo e a presença do outro em sua história de vida, Landowski (2014) propôs os regimes de interação por *programação*, *manipulação*, *acidente* e por *ajustamento*.

O regime de interação por *programação* resulta da investigação de Landowski (2014) sobre as regularidades de comportamento, incluindo-se nessa perspectiva as causalidades físicas e as regularidades de ordem social, em que os interlocutores agem e reagem conforme o comportamento instituído. No regime de *manipulação*, o princípio da intencionalidade sobressai por meio da persuasão. É marcado pela intervenção de um interlocutor sobre o outro, na qual há uma imposição de vontade, ou seja, um jogo em que o manipulador leva o manipulado dessa interação a querer fazer algo segundo as regras dele, que está em posição de se impor.

A probabilidade, a ruptura do que se mostra regular, o imprevisível e aleatório são as referências que identificam o regime de interação por *acidente*. Neste, não há como identificar a causalidade que é previsível no regime de *programação*, nem há uma imposição para que o outro entre no jogo como no regime de *manipulação*. Por ampliar a perspectiva da produção de sentido na interação e por dialogar também com o nosso estudo, vamos analisar o quarto regime, que aborda o regime de *ajustamento* entre interlocutores.

No regime de interação por *ajustamento* os sentidos se dão pelo fato de os interlocutores compartilharem experiências, “sentirem juntos” ou sentirem-se mutuamente. Há uma interdependência e institui-se, na visada de Landowski (2014), uma forma de contágio, mas em que um não se molda ao outro de forma unilateral, nem previsível, porque não é programado, por ser um *ajustamento*. Há um compartilhamento; os interlocutores tornam-se parceiros e seus papéis surgem de seus comportamentos na presença um do outro de forma natural. Há uma ressignificação dos sentidos que cada um dos interlocutores traz para a interação.

Pelo *ajustamento*, os sujeitos em interação adquirem o que Landowski (2014) denomina de ‘corpo’, que possibilita uma sensibilidade perceptiva e principia o contágio do ‘sentir com o outro’. O contágio não se dá como algo que impregna, de caráter físico, mas como vínculos de reciprocidade. O autor discorre que o regime de

ajustamento abre maiores perspectivas de criação de sentidos em relação aos demais. O que ocorre é uma dinâmica previsível, em que os parceiros adotam posições e papéis que emergem na medida em que se percebem, sentem um ao outro. Há uma realização mútua e, portanto, não há um planejamento do que vai resultar dessa interação. Isso diferencia o regime de ajustamento dos demais, sobretudo por que:

Nas interações que dependem do ajustamento, o ator com o qual se interage caracteriza-se certamente, também, pelo fato de que seu comportamento obedece a uma dinâmica própria, mas essa dinâmica, no estado atual do conhecimento de que se dispõe, não é dedutível, como no caso precedente, a leis preestabelecidas e objetiváveis. É ao contrário, na interação mesma, em função do que cada um dos participantes encontra e, mais precisamente, *sente* na maneira de agir de seu parceiro, ou de seu adversário, que os participantes da interação emergem pouco a pouco. (LANDOWSKI, 2014, p. 167)

Nessa ótica, o autor enfatiza que o ajustamento é programável, tem um caráter de reciprocidade. Isso nos parece considerar somente o contexto e não a situação na qual a interação se dá. Ainda assim, percebemos que mesmo sendo um ajustamento, os interlocutores assumem papéis e os comportamentos emergem em co-presença. A realização mútua pode ter o sentido também de uma afetação, mas dentro da proposta de que o ajustamento possibilita uma parceria, um 'sentir' conjuntamente. A nossa observação não esgota a possibilidade de uma investigação do ajustamento pelo viés dos quadros de sentidos, sobretudo por que o ajustamento é também um regime de sentidos.

A partir dessa visão, pode trazer contribuições para a nossa reflexão acerca da interação médico-paciente, no que concerne ao caráter de sensibilidade perceptiva e reativa destacada pelo autor e que fundam os processos de ajustamento. A sensibilidade perceptiva possibilita experimentar pelos sentidos as variações externas, que está relacionada, sobretudo, à presença do outro participante do regime. A sensibilidade reativa, por sua vez, indica que os estímulos são programáveis, dedutíveis, são reflexos e reações dos interlocutores que surgem na interação.

Ao tentarmos compreender a afetação mútua dentro do regime de ajustamento, nos deparamos com a possibilidade de que essa afetação ligada à reciprocidade está muito mais relacionada à interação no sentido de co-presença que do sentido semanticamente analisado por nós em relação ao estar face a face.

O sentido de co-presença sugere uma reciprocidade, uma colaboração, um fazer e um sentir com o outro. Mesmo conformando uma parceria, Landoswki (2014) considera que o regime de ajustamento também traz, como no regime de manipulação, aspectos que levam a identificar o outro da relação como um sujeito de plenos direitos, ou seja, para ambos os participantes é facultada a possibilidade de variações de comportamento diante dos contextos.

## **2.2 Mídiação: uma lógica de sentidos**

Ao propormos uma reflexão acerca do fenômeno da mídiação procuramos aborda-la a partir da lógica das suas práticas sociais e também de suas práticas de sentidos. Para tanto, recorreremos aos referenciais teóricos de Fausto Neto (2006), quando nos apresenta uma visão da mídiação com uma perspectiva que se mostra distinta da mídiação relacionada ao uso e consumo de informações. Para analisarmos a anamnese como um lugar de interação que é perpassada pelas informações obtidas por pacientes na internet para interação com o médico, faz-se necessário compreender o sentido da apropriação dessas informações, a partir das reflexões do autor, quando entende que não somente a mídiação impacta as interações, mas também é alterada pelos interlocutores, a partir dos sentidos que dão às práticas discursivas.

O estudo proposto por Fausto Neto (2006) possibilita compreendermos que a mídiação das relações sociais suscitou a identificação de vários fenômenos comunicacionais, que vêm ao encontro do nosso estudo, uma vez que as lógicas da mídiação se mostram múltiplas e passíveis de enquadrar em contextos como o da relação médico-paciente como também dos seus reflexos no processo de anamnese. O impacto da mídiação na sociedade não lhe confere uma hegemonia sobre os acontecimentos, nem tão pouco na forma como os interlocutores interagem na contemporaneidade. Essa reflexão mostra-se pertinente tendo em vista que diversos autores tinham na mídia o principal fator de mudança das relações sociais, ao destacarem apenas o seu caráter estrutural, em que consideravam apenas a sua interferência e não somente os sentidos que possam surgir a partir da apropriação dos indivíduos e da produção de conteúdos que modificam seu *modus operandi*.

De acordo com Braga (2011a, 2011b), as interações constituem o fenômeno comunicacional por envolver pessoas e grupos em suas relações interpessoais ou mediados. Elas se processam a partir de diversos objetivos e circunstâncias e, portanto, correspondem a um lugar em que é possível analisar o fenômeno comunicacional à luz de vários episódios situacionais. Por isso mesmo trazemos, neste estudo, a reflexão sobre a lógica da mediação quanto aos aspectos relacionados aos sentidos e práticas sociais, abrindo caminho para outras análises.

Para Martín-Barbero (2006), a revolução tecnológica não está circunscrita aos aparelhos, mas ao modo de perceber os objetos no mundo e de produzir e fazer circular a comunicação. Tem um papel de descentralizar os saberes, conformando outra relação entre os processos simbólicos, a partir da mudança que é operada na comunicação. A descentralização dos saberes está relacionada a outras práticas culturais e a processos tecnoculturais. Para o autor, em face desses fenômenos midiáticos, a comunicação deixa de ser entendida pelo viés dos instrumentos e assume uma posição de alicerce da produção do conhecimento social.

O lugar da cultura na sociedade muda quando a mediação tecnológica (J. Echeverría) da comunicação deixa de ser meramente instrumental para expressar-se, condensar-se e converter-se em estrutural: a tecnologia remete, hoje, não a alguns aparelhos, mas, sim, a novos modos de percepção e de linguagem, a novas sensibilidades e escritas. (MARTÍN-BARBERO, 2006, p. 54)

Para o autor, esse deslocamento dos saberes em face da mediação tecnológica é resultado dos sentidos gerados pela sociedade, que também se vale das mídias para deslegitimar processos de ordem institucional e também social. Identificamos, nessa abordagem do autor, uma possível lógica do fenômeno da mediação ligada à produção de novos conhecimentos a partir da ênfase na estrutura do processo de comunicação. Nesse sentido, entendemos que a tecnologia apropriada pelos indivíduos pode fazer propagar os novos sentidos e saberes produzidos por eles, o que pode alterar uma lógica anterior atribuída à mediação das relações sociais.

Fausto Neto (2006) corrobora com o pensamento de Martín-Barbero (2006) quando enfatiza que, enquanto prática social, “a mediação é algo maior do que as concepções de funcionalidades e instrumentalidades como as questões midiáticas foram entendidas.” (FAUSTO NETO, 2006, p.2). Ela se situa em um contexto que

está ligado à capacidade de organização da sociedade frente à heterogeneidade e à diversidade de produção de conhecimento. Considera também que a reflexão acerca da midiatização, na perspectiva da prática de sentidos, possibilita visualizar uma nova ordem que está relacionada, ao mesmo tempo, aos dispositivos tecnológicos que configuram a midiatização, e a uma realidade que evidencia uma maior autonomia das pessoas na elaboração dos seus quadros de sentidos.

Essa concepção do autor, nos leva a refletir sobre possíveis lógicas da midiatização ligadas à diversidade de formas como as pessoas se apropriam das mídias para produzir com e a partir delas outros processos de comunicação, resultantes das afetações mútuas nas interações sociais face a face ou a partir da medição dos dispositivos tecnológicos<sup>7</sup>. Isso corrobora para o entendimento de que a midiatização que nos propomos discutir tendo em vista seu reflexo em interações como a que identificamos na relação médico paciente, pode ser entendida em sua lógica relacionada à prática de sentido, uma vez que as informações obtidas na internet pelos pacientes podem ser reelaboradas fomentando outros quadros de sentido, conforme abordaremos no nosso terceiro capítulo.

Segundo Fausto Neto (2006), os cenários da midiatização são construídos a partir das ações dos indivíduos na vida social, onde ela se organiza e também funciona, usando de mecanismos estratégicos que lhe dão forma. Ao mesmo tempo, o autor enfatiza que se multiplicam os fenômenos que resultam de novas conexões que advêm das desconexões entre estruturas organizadas e sentidos postos em circulação.

De acordo com o autor, operam-se, a partir desse processo, outras lógicas sustentadas pelos fluxos comunicacionais que estão calcados na tecnologia da midiatização. Esses processos de produção de novos sentidos a partir de fenômenos da midiatização podem impactar as instâncias de práticas sociais, por meio da linguagem/enunciação/discurso que passa a ser adotada na produção e circulação de novos conceitos, o que para Fausto Neto (2006) implica em um novo processo de comunicação.

Para Verón (2004), as lógicas que a midiatização mobiliza são múltiplas e seus mecanismos podem estar vinculados tanto às ações e práticas institucionais, tecnológicas, quanto às operadas por indivíduos na sociedade. Nesse sentido, o

---

<sup>7</sup> Os dispositivos tecnológicos são aqui concebidos inicialmente como aqueles que servem de suporte para a circulação de informação, sobretudo na ótica da sua funcionalidade.

autor sugere a análise da mediação sob o viés das sociedades midiáticas e das sociedades industriais mediadas. Na primeira perspectiva, as sociedades foram impactadas pela mídia, ou seja, as práticas sociais se alteraram em função da presença das mídias. Nas sociedades mediadas, após a Segunda Guerra, houve uma maior consciência e compreensão acerca do *modus operandi* das tecnologias da comunicação, o que engendrou outras lógicas ligadas aos aspectos sociais e identitários. Algumas das lógicas identificadas por Verón (2004) estão ligadas à instância do poder do Estado.

Em nossa visão, o poder instituído também se valeu da mediação para continuarem perpetrando suas ideologias, mesmo fazendo circular os ideais de democracia. Por outro lado, a apropriação do Estado para fazer circular seus ideais nas sociedades mediadas favoreceu também os questionamentos e posicionamentos dos indivíduos quanto à constituição das identidades pessoais e sociais.

Ora, as instituições políticas de democracia industriais parecem ter cada vez mais dificuldade de exercer essa função de mediação entre os coletivos que definem as identidades sociais e seu ambiente. Dir-se-ia, com efeito, que as mídias, intermediários obrigatórios da gestão política das representações sociais no período da mediação, hoje têm uma tendência a se tornar autônoma. (VERÓN, 2004, p. 278)

Verón (2004) enfatiza que essa autonomização sinaliza, com efeito, um período novo que reconfigura a lógica da mediação e até os quadros identitários tradicionais. Com esse prisma, empreendemos uma tentativa de compreender se essa lógica da mediação permeia também a interação médico-paciente, pela busca crescente de informações e pela interação a partir de comunidades virtuais de saúde que instituem um comportamento de produção de discursos.

Assim, as múltiplas lógicas apontadas pelo autor perpassam a produção e a circulação dos enunciados, mas que já não se localizam única e exclusivamente na produção advinda da esfera do poder constituído, nem estão somente na esfera dos receptores como uma instância que somente absorve conteúdos. Há uma complexidade que reside nas 'estratégias enunciativas' que ambos engendram. Essas estratégias estão ligadas à forma como os discursos passaram a ser elaborados e disseminados pela sociedade.

Ao empreender uma discussão sobre essas práticas sociais e práticas de sentidos em face dessas lógicas da midiatização, que se processam à luz dos acontecimentos sociais, Fausto Neto (2006) considera que essa perspectiva não limita a capacidade da midiatização de se constituir e funcionar a partir de dispositivos e processos que trazem em seu bojo aspectos de materialidade e imaterialidade. Para o autor, essas operações ocorrem nos ambientes produtivos ligados às organizações que assumem um caráter de materialidade e também se processam na ordem dos discursos, que são do âmbito da imaterialidade. Por isso, a midiatização pode provocar alterações nas relações sócio-institucionais e nas interações sociais entre os indivíduos.

O que sobressai dessa visão do autor poderá nos auxiliar na análise da interação médico-paciente pelos discursos e sentidos que a situação emoldura, mas também pelas práticas e dinâmicas que o processo de ordem sócio-institucional traz para o contexto dessa interação, especificamente. O autor enfatiza que os discursos que emergem dessas interações perpassadas pela midiatização se constituem em dispositivos de afetações.

A partir disso, entendemos que se as operações discursivas mobilizadas pela midiatização engendram outros sentidos na comunicação entre interlocutores, temos então que a lógica do fenômeno não reside tão somente na mídia em si, mas também nos discursos produzidos pela sociedade e que podem também não se limitar ao uso e consumo de informações como uma única forma de tentarmos compreender a lógica da midiatização. Tais efeitos são capazes de alterar também a lógica da própria midiatização, considerando que ao mesmo tempo em que é mediadora de interações, traz também uma função discursiva implícita nas suas operações.

Sobre este aspecto, (FAUSTO NETO, 2006, p. 15) considerou que “as mídias tratam de elaborar a transformação no seu *status* de operadoras de produção de sentidos”, ou seja, passam a criar novos sentidos da realidade, a partir de referências centradas nela mesma. Surge, a partir dela e também com ela, outra ambiência sócio-tecnológica, “as mídias não só se afetam entre si, se inter-determinando, pelas manifestações de suas operações, mas também outras práticas sociais, no âmago do seu próprio funcionamento.” (FAUSTO NETO, 2006, 92).

Braga (2006), em seus estudos, considerou a midiatização como um processo interacional de referência, em que destaca o caráter da lógica da mídia impactando e

desenvolvendo novos processos sociais. O autor explica que os processos de referência são aqueles que se caracterizam como hegemônicos. “Dentro da lógica da midiatização, os processos sociais ‘da mídia’ passam a incluir, a abranger os demais, que não desaparecem, mas se ajustam” (BRAGA, 2006, p. 2). Um processo interacional de referência não anula os demais, mas pode servir de ‘organizador principal da sociedade’.

Nesse aspecto, entendemos que há uma reformulação social e tecnológica, que possibilita ao mesmo tempo uma convergência e uma ‘processualidade interacional’, em que as mídias tidas como processos hegemônicos se imbricam com outros processos que a sociedade faz surgir e que decorrem das práticas interacionais.

Nessa perspectiva, a midiatização não oferece apenas possibilidades pontuais de fazer coisas específicas que não eram feitas antes (ou eram feitas de outro modo); ou apenas problemas e desafios igualmente pontuais. O que parece relevante, em perspectiva macro-social, é a teoria de que a sociedade constrói a realidade social através de processos interacionais pelos quais os indivíduos e grupos e setores da sociedade se relacionam. (BRAGA, 2006, p. 3).

Essa ordem macrossocial marcada pelos processos midiáticos, entendidos como conjunto de práticas sociais, conforma uma sociedade midiatizada a partir da dinâmica que indivíduos e sociedade processam em suas interações. Ao mesmo tempo em que se multiplicam os fenômenos comunicacionais, também se dão múltiplos entrecruzamentos entre práticas sociais e processos de midiatização. Na perspectiva de Fausto Neto (2006), há uma emergência da midiatização que resulta na convergência de diversos fatores sócio-tecnológicos, o que levou a transformações nas práticas interacionais entre indivíduos e organizações sociais.

Assim destacado, Fausto Neto (2006) nos possibilita compreender que, frente à essa lógica da midiatização, vem sendo esboçada uma cultura que serve de referência para uma nova ordem comunicacional. Esta se conforma a partir do fenômeno da midiatização por meio de operadores de “inteligibilidade social” que interlocutores e grupos utilizam para intensificar seus processos de interação. Os operadores de inteligibilidade estão presentes nas ações dos indivíduos ao transformarem as tecnologias em um lugar de interações e não mais em meios de disseminação de discursos.

Fausto Neto (2006) considera que estas são questões que se abrem para identificação de novos quadros explicativos das práticas sociais, uma vez que se percebe a formulação de um “status das práticas midiáticas junto aos processos de organização e de estruturação de dinâmicas sócio-simbólicas.” (FAUSTO NETO, 2006, p. 91). O autor enfatiza ainda que:

Já não se trata mais de reconhecer a centralidade dos meios na tarefa de organização de processos interacionais entre os campos sociais, mas de constatar que a constituição e o funcionamento da sociedade – de suas práticas, lógicas e esquemas de codificação - estão atravessados e permeados por pressupostos e lógicas do que se denominaria a <<cultura da mídia>>. (FAUSTO NETO, 2006, p. 92)

A complexidade que se vislumbra a partir desse “status da mediação” e que resulta de suas lógicas abre perspectivas de investigação no campo da comunicação social. Isso nos possibilita recortar alguns fenômenos que não estão circunscritos a áreas específicas, por se inserirem também nessa possibilidade de sócio-organização, suscitando outras práticas interacionais entre interlocutores e que podem estar impactando processos comunicacionais como os que são construídos na interação médico-paciente e que nos propomos a discorrer no quarto capítulo.

Se a mediação se reformula com suas lógicas, o indivíduo também encontra nela uma forma de se posicionar, revelando outro modo de estar na sociedade a partir de uma possível tecnointeração. De acordo com Sodré (2002), a tecnointeração se configura como uma tecnologia societal, envolvendo tanto as estruturas sociais, quanto as dos indivíduos. Nessa concepção, ela abarca pelo menos duas instâncias: a do indivíduo que se reposiciona na perspectiva da sociedade mediada, criando também novos mundos virtuais a partir dos quais interage com outros indivíduos; e a outra relacionada à sociedade que encontra na mediação um valor social ligado às práticas mercadológicas dos indivíduos e organizações que produzem e consomem bens e serviços. Nesse aspecto, Sodré (2002) considera que a tecnointeração é uma espécie de ilusão socialmente aceita, a partir da incorporação do aparato tecnológico na vida real dos indivíduos, de tal forma que o real passa a ser vivido como uma ilusão, ou seja, como mais uma tela imbricada com a tela dos aparatos tecnológicos de que se utilizam para tecnointeragirem.

Para o autor, a mediação constitui a multiplicação das tecnointerações setoriais. Representa uma ordem que agrupa possibilidades de mediações realizadas por indivíduos e organizações e que delimitam um tipo específico de interação. Assim, passam a ser mediações socialmente realizadas e entendidas dentro de um processo informacional de comunicação.

Trata-se de um dispositivo cultural historicamente emergente no momento em que o processo de comunicação é técnica e industrialmente redefinido pela informação, isto é, por um regime posto quase que exclusivamente a serviço da lei estrutural do valor, o capital, e que constitui propriamente uma nova tecnologia societal (e não uma neutra “tecnologia da inteligência”) empenhada num outro tipo de hegemonia eticopolítica. (SODRÉ, 2002, p.22)

A mediação qualifica de forma particular a existência e se apresenta como ‘um novo modo de presença do sujeito no mundo’ (SODRÉ, 2002, p. 24). Como um quarto *bios midiático*<sup>8</sup>, ela se constitui em um ambiente de negócios, com uma cultura específica, que se mostra ampla e possível à tecnocultura do mercado e está relacionada à operacionalização digital pelos recursos tecnológicos de que lança mão. O autor observa que o termo pode estar diretamente relacionado à cultura da sociedade e se caracteriza pela sua influência nos diversos fenômenos deflagrados na contemporaneidade. Identificado pelo autor como o *bios* da socialização, espelha um processo interacional das pessoas em sociedade.

Ainda na perspectiva de Sodré, (2002), a tecnointeração possibilita a conformação de uma espécie de prótese tecnológica e, ao mesmo tempo, mercadológica. Essa prótese tecnológica se dá a ver quando o sujeito a incorpora na sua vida diária e dela se apropria para estabelecer suas interações. A prótese mercadológica, por sua vez, se evidencia quando visa a fins de produção, circulação e consumo de bens e serviços. A prótese, de acordo com o autor, não está separada do indivíduo, mas ela passa a ser uma ‘forma interacional’, uma extensão dele e que institui outra forma de conduta ou de ser e de estar nas interações.

---

<sup>8</sup> Sodré (2002) recorre a Aristóteles, com base no livro *Ética a Nicômaco*, inferindo e situando a mediação como sendo um dos quatro *bios* dentre os três gêneros de existência apresentado nos estudos de Aristóteles. Há um *bios* que retrata a existência dos indivíduos, numa vida contemplativa, outro relacionado à vida política e um terceiro que diz respeito à vida prazerosa.

Nesse sentido, a tecnointeração não está restrita ao recurso tecnológico de que os interlocutores se utilizam para a interação, mas configura a forma de interagir em uma sociedade marcada por fenômenos que decorrem do processo de mediação e de como a cultura da mídia, identificada por Fausto Neto (2008), passa a ser uma referência para as outras práticas sociais. Para Sodré (2002), as instâncias da ordem dos discursos dos interlocutores e também da ordem da vida 'societal' estão em contínuo processo de reorganização, possibilitando a redefinição dos sentidos dos interlocutores em suas afetações mútuas.

A partir dessa sócio-organização, em face das lógicas da mediação, em que ela mesma também se reconfigura, é possível que novos operadores estejam permanentemente surgindo, tanto do ponto de vista de processos comunicacionais, quanto identitários, se considerarmos o 'novo modo de ser' dos indivíduos a partir do processo de tecnointeração.

Diante dessa possibilidade, compreendemos que o lugar da interação não está demarcado nas práticas sociais dos indivíduos e nem na cultura da mídia, especificamente, mas na ambiência que se esboça a partir dos processos que decorrem da complexidade dessa convergência. Essa complexidade deriva do funcionamento social que são acionados frente às lógicas dos fenômenos que atravessam a sociedade.

Para tanto, há que se considerar que os discursos na interação funcionam como dispositivos de enunciação que se entrecruzam com outros dispositivos. Para melhor compreensão dos dispositivos como sistema de relações e como operadores de práticas interacionais, faremos uma incursão na tentativa de entendermos o dispositivo e suas dimensões.

### 3 DISPOSITIVO INTERACIONAL: A ANAMNESE

Os episódios que ocorrem na vida social - e que se encontram em permanente reelaboração - se constituem em matrizes interacionais por abarcarem práticas sociais compartilhadas entre indivíduos e por conformarem dispositivos interacionais. O estudo desses dispositivos possibilita investigar o fenômeno comunicacional ensejado pelas práticas discursivas e por ele se configurar, na perspectiva das lógicas que o fenômeno da midiatização faz suscitar. (BRAGA, 2011a, 2011b)

Os dispositivos trazem uma diversidade de sentidos e têm sido aplicados em variados estudos não somente como referência aos meios de comunicação, mas, também, conforme seu uso, a um conjunto heterogêneo em que se inserem discursos, poder, controle, enunciação, mediação, proposições, normas e leis, instituições, práticas sociais e várias outras aplicações. Essa multiplicidade se deve à capacidade de o dispositivo apresentar características como “flexibilidade e transponibilidade para outros objetos e propósitos.” (BRAGA, 2011a, 2011b, p. 9).

Nesse sentido, transpomos a aplicação do termo para a instância que consideramos chamar de dispositivo de anamnese<sup>9</sup>. Antes de avançarmos em nossa proposta, faz-se necessário enveredar pelas contribuições do autor, ao propor estudos sobre os Dispositivos Interacionais (DI), considerando a complexidade dos processos comunicacionais que têm lugar nas interações.

Para o autor, o conceito de DI está vinculado à pragmática e à heurística<sup>10</sup>, o que possibilitaria instituir um ‘lugar de observação’ e “permitiria uma aproximação de casos comunicacionais empíricos muito diversificados, para encontrar aí, variavelmente, suas lógicas próprias” (BRAGA, 2011a, 2011b, p. 5). Essa visada amplia a possibilidade de situarmos a anamnese não somente no conceito que a Psicologia apresenta, mas também de forma que possibilite compreendê-la como um dispositivo interacional.

Braga (2011a, 2011b) salienta que o fenômeno comunicacional é perpassado por dispositivos interacionais e o episódio comunicacional, que é concreto - diferente da comunicação que surge da tentativa da sociedade para viabilizar um processo

---

<sup>9</sup> Processo que consiste em uma entrevista não-estruturada feita pelo médico com o paciente, com a finalidade de registrar a história de vida para elaboração do diagnóstico da doença.

<sup>10</sup> A Heurística é um método que visa a encontrar soluções práticas e simples para um problema, com respostas viáveis e simplificadoras para questões mais complexas.

comunicacional -, se processa no âmbito desses dispositivos. Estes, por sua vez, se evidenciam a partir de contextos situacionais específicos para cada interlocutor. Com essas considerações, o autor destaca que os dispositivos interacionais se constituem em :

[...] espaços e modos de uso, não apenas caracterizado por regras institucionais ou pelas tecnologias acionadas; mas também pelas estratégias, pelo ensaio-erro, pelos agenciamentos táticos locais – em suma – pelos processos específicos da experiência vivida e das práticas sociais (BRAGA, 2011a, 2011b, p. 11)

Dessa forma, a reflexão de Braga (2011a, 2011b) nos leva a considerar que os sentidos dados pelos interlocutores é que podem fazer acionar os dispositivos interacionais, em uma perspectiva que reafirma as premissas do interacionismo simbólico, quando Blumer (1998) discorre sobre as possíveis manipulações e modificações feitas pelas pessoas em relação aos significados dos objetos e coisas em seus processos interpretativos. Nesse engendramento, acreditamos ser possível encontrar agenciamentos táticos e estratégias que podem, de alguma forma, incorrer em “ensaio-erro” pelos dispositivos interacionais que são acionados nos episódios sociais.

Ao considerar, então, os dispositivos interacionais como um lugar de observação, Braga (2011a, 2011b) nos aponta a possibilidade de uma análise sobre as práticas discursivas se processando na anamnese e que pode contribuir com a nossa investigação, sobretudo se a analisarmos como um episódio concreto, que se forma a partir da experiência vivida entre médico e paciente. Para tanto, consideramos oportuno ampliar a compreensão acerca do dispositivo em suas dimensões e regimes, a fim de situarmos a anamnese nessa perspectiva.

### **3.1 Entendendo o dispositivo**

O dispositivo é um elo que permite estabelecer relações entre diversos elementos presentes na disputa de poder ou em situações nas quais se possa identificar sua representação. Diferentes elementos podem se interligar a ele, bem como o dispositivo pode se evidenciar nas relações entre fenômenos sociais e sujeitos, e entre práticas sociais e discursos. Ele se revela tanto a partir das tensões ocasionadas pelas estruturas organizadas da sociedade quanto pelo processo de

sócio-organização dos interlocutores. Assim, acerca do que vem a ser um dispositivo, Foucault (1996, 2014) sintetiza:

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos... [e entre estes] existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes, [cuja finalidade] é responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 1996, p.244-245).

A partir dessa visada, compreendemos que os dispositivos - muito além do que identificamos como suportes tecnológicos com funções estruturais -, estão presentes nas relações de forças que se instauram nos discursos das interações sociais. Deleuze (2005) considera que os dispositivos atravessam esses discursos no momento em que os interlocutores se colocam em situação de disputa de sentidos. Consideramos que essas disputas se constituem também em uma disputa de poder, presente na produção de sentidos pela forma como os interlocutores se posicionam frente às situações que os levam a interagir face a face. Nesse sentido, consideramos a proposição de Foucault (2008, 2014) quando enfatiza que o dispositivo é também uma instância de poder que possui múltiplas dimensões.

De acordo com Deleuze (2005), essas dimensões se constituem em curvas de visibilidade e curvas de enunciação, que comportam linhas de forças, de fissuras, de subjetivação, objetivação e de poder. Essas linhas, como um emaranhado, se entrecruzam e sofrem alterações, ao mesmo tempo em que são tensionadas por forças internas e externas ao dispositivo. Por isso, o autor sugere que se faça uma cartografia dele, a fim de compreendê-lo também como um sistema de relações. “É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas, que não se contentam apenas em compor um dispositivo.” (DELEUZE, 2005, p. 155). Assim, ao mesmo tempo em que essas linhas perpassam o dispositivo, elas também o empurram em várias direções, uma vez que elas não possuem contornos definidos e se constituem em variáveis em permanentes mutações. Essas linhas seguem direções bifurcadas, haja vista que o dispositivo é um “conjunto multilinear, composto por linhas de diferentes naturezas.” (DELEUZE, 2005, p. 155).

Dentre as curvas que o dispositivo comporta, o autor destaca a de visibilidade e a de enunciação. A curva de visibilidade não se refere ao que se vê, mas ao que

está presente na linha de luz que “formam figuras variáveis e inseparáveis deste ou daquele dispositivo.” (DELEUZE, 2005, p. 158). Nesse aspecto, cada dispositivo possui o seu regime de visibilidade, mas pode deixar de tê-lo, na medida em que oculta o objeto que depende da luz para se expor, como o ‘dispositivo prisão’ ou panóptico<sup>11</sup>.

As abordagens de Deleuze (2005), ao pontuar os aspectos de mutabilidade do dispositivo, nos remetem à capacidade de transponibilidade e flexibilidade que Braga (2011a, 2011b) traz ao identificar possíveis dispositivos interacionais em episódios comunicacionais. Sob esse aspecto, entendemos que o próprio dispositivo, dadas suas características internas e suas dimensões, aciona outros dispositivos que estão também fora dele, mas que a partir dele se revelam, se fissurando e, criativamente, revelando outros. Isto por que “todo o dispositivo se define, pois, pelo que detém em novidades e criatividade, o qual marca, ao mesmo tempo, sua capacidade de se transformar.” (DELEUZE, 2005, p. 158).

Nessa direção, podemos encontrar pontos de tensionamentos nas interações entre médico e paciente, em que os dispositivos podem se revelar pelas forças que atuam no e sobre os discursos produzidos nessa situação. Nesse aspecto, a ação dispositivante pode gerar o novo e original nas interações, quando da percepção do indivíduo, de si e do outro, e também pelas interpretações que fazem dos objetos nos diversos contextos e situações em que se veem. “Os objetos visíveis, as enunciações formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição, são como que vetores ou tensores.” (DELEUZE, 2005, p. 155).

Sob esse viés, os quadros de sentidos mobilizados, sobretudo no processo de anamnese, também sob forças de diversas ordens, podem nos fornecer pistas para compreendermos que o dispositivo pode ser visto a partir de elementos tais como situações, contexto, sentidos, significados, interpretações, instituições mediadoras dos discursos, o ‘eu’ e o ‘outro’, ou seja, o que pode torná-lo, representativamente, um sistema de relações. Isso também nos estimula a considerar que as lógicas do fenômeno da midiatização também se inserem nessas combinações de elementos, como uma variável.

Nesse aspecto, entendemos que o dispositivo torna-se visível e serve de luz das afetações na interação. Tanto pode apresentar-se como operador de processos

---

<sup>11</sup> O panóptico é uma metáfora utilizada por Foucault para se referir ao mecanismo de vigilância nas prisões.

quanto pode constituir-se em um sistema de relações, na perspectiva de Deleuze (1990). Nisto reside, também, a sua capacidade de ser flexível quando possibilita aproximar e distanciar, alternadamente, os elementos dentro e fora deles e mostrar-se em permanente atualização.

Deleuze (2005) explica que decorre das dimensões do dispositivo duas consequências que devem ser consideradas nas proposições foucaultianas: a primeira diz respeito à negação de tudo o que é universal, porque o dispositivo deveria revelar a si mesmo, ou seja, ele nada diz. E a segunda consideração é a de que cada dispositivo é uma “multiplicidade” e distinto em sua forma de operar em relação a outros. Por isso mesmo, o autor considera que o dispositivo está aberto ao novo e todos os interlocutores pertencem a um dispositivo e, sendo assim, age com base nele. Decorre disso a proposição de que “é necessário distinguir, em todo o dispositivo, o que somos (o que seremos mais), e aquilo que somos em devir: a parte da história e a parte do atual.” (DELEUZE, 2005, p. 6).

### **3.2 Elementos da enunciação**

Para compreendermos o dispositivo como um sistema de relações, acionado a partir de um emaranhado de operadores sociais, os episódios comunicacionais têm de ser vistos como parte das dimensões que o modelam. Assim, as práticas discursivas precisam ser analisadas na perspectiva do regime de enunciação e da ordem do discurso. Para tanto, destacamos uma das dimensões do dispositivo foucaultiano, que é a linha de enunciação a fim de melhor situarmos o nosso objeto.

As linhas de enunciação, de acordo com Deleuze (2005), estão presentes no dispositivo como variáveis e se constituem em uma das dimensões dele, sendo importante na análise sobre seu processo de mutabilidade. “As enunciações, por sua vez, remetem para linhas de enunciação nas quais se distribuem as posições diferenciais dos elementos.” (DELEUZE, 2005, p. 158). Diversas práticas sociais se conformam a partir do regime de enunciação, por se inserirem no âmbito do que é visível e do que é enunciável. Nesse sentido, a articulação entre essas duas instâncias pode combinar diversos discursos e sentidos, posicionamentos e interpretações, sob o enquadre de uma situação, e que vai possibilitar a existência de outros enunciados. Assim, entendemos que os elementos presentes nesses processos interacionais exercem sua força sobre o sistema de relações,

possibilitando sua bifurcação, o que não lhe dá um contorno definitivo, mas, antes, evidenciam as variáveis presentes nele e que têm relação entre si.

Deleuze (2005) considera que a regularidade das enunciações dá o caráter de atualidade ao dispositivo, ainda que as enunciações possam ser contraditórias em suas formulações. Sendo também uma linha de força, o dispositivo toma forma na interação, e essa força se evidencia “em toda relação de um ponto ao outro.” (DELEUZE, 2005, p. 156), ou seja, abarca uma dimensão que está presente no interior do próprio dispositivo, que é a dimensão de poder imbricada com o saber.

Braga (2011a, 2011b) estuda o dispositivo para além de sua função de regulação ou controle, como foi a preocupação fundante dos estudos foucaultianos. Os aspectos heterogêneos do dispositivo conferem a ele uma ‘transponibilidade’, pelos elementos que o constituem, curvas, linhas, regimes, e que se articulam e se alternam dentro de um processo de interação social. Esses elementos articuladores são da ordem dos discursos e da ordem das circunstâncias. “Alguns elementos são técnicos, outros culturais, outros da ordem da prática, outros ainda, institucionais; alguns serão essencialmente comunicacionais.” (BRAGA, 2011a, 2011b, p. 9). Nessa ótica, as dimensões de visibilidade e de enunciação, ainda que não se voltem para as questões de regulação dos discursos, se evidenciam no dispositivo em variados contextos e propósitos de investigação, se considerarmos as elucidações do autor ao tentar enquadrar os elementos articuladores do dispositivo nos diversos episódios comunicacionais, como na interação médico-paciente.

### 3.2.1 Operadores sociais

O entendimento dos elementos que constituem o dispositivo passa também pela compreensão acerca da ordem do discurso nas práticas sociais, tendo em vista que o discurso se constrói pela combinação das falas, dos modos e comportamentos que se evidenciam em um contexto social específico. Ele é, também, um operador que aciona um dispositivo e também o constitui. Por essa razão, é importante conceituarmos o discurso para entendê-lo como um elemento constitutivo do dispositivo que se processa nas interações. De acordo com Foucault (2014), o discurso pode representar um jogo no qual o saber e o poder se sobrepõem.

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e o poder. [...] visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou

– não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; [...] o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar (FOUCAULT, 2014, p. 10)

Essa afirmação nos leva a pensar que sendo os interlocutores livres em seu posicionamento na interação, os discursos formulados a partir de uma situação e um contexto podem ser manipulados ou alterados, gerando novos enunciados. Isso implica em considerarmos que há uma disputa de poder, um jogo de representações e uma tentativa de perceber o contexto a partir de operadores dispositivantes que estão no cerne desses discursos.

Conforme Foucault (2014), o discurso está ligado a procedimentos que lhe conferem controle e delimitação, mas também autorregulação. Acerca desse controle, o autor identifica também algumas forças, que ele chama de procedimentos, que agem sobre o discurso e que estão ligadas a fatores externos e internos. Aqueles procedimentos de regulação de ordem externa “funcionam como sistemas de exclusão; concernem, sem dúvida, à parte do discurso que põe em jogo o poder e o desejo.” (FOUCAULT, 2014, p. 20). Mas, há também outras forças que são intrínsecas ao discurso e que exercem sobre ele um autocontrole, a partir de alguns princípios de classificação, ordenação e distribuição e que o conforma a partir do acontecimento.

De acordo com Foucault (2014), a substituição de um discurso por outro, a manutenção de alguns que são representativos, a incorporação de outros, que são formulados conforme contextos e situações, geram um desnivelamento entre os discursos que ‘se dizem’ e os que ‘permanecem ditos’. Os discursos que ‘se dizem’ se desfazem com o próprio ato que os gerou. Os discursos que ‘são ditos’ e podem ser retomados em novos enunciados, e “permanecem ditos e estão ainda por dizer” (FOUCAULT, 2014, p. 21), provocam um deslocamento dos discursos.

É certo que esse deslocamento não é estável, nem constante, nem absoluto. Não há, de um lado, a categoria dada, uma vez por todas, dos discursos fundamentais ou criadores; e, de outro, a massa daqueles que repetem, glosam e comentam. (FOUCAULT, 2014, p. 22)

Nessa perspectiva, o autor traz ainda o sentido de discurso que constitui os objetos de conhecimento, os sujeitos e as formas sociais como eles se apresentam; e o discurso que constrói as relações sociais e as estruturas conceituais. Assim, o

discurso, na acepção foucaultiana, está relacionado aos enunciados. Suas proposições nos levam ao entendimento de que o discurso mantém a sua capacidade de ressignificar-se a partir dele mesmo, presta-se a um controle, delimita-se e autorregula-se, sendo possível “trata-lo no jogo da sua instância” (FOUCAULT, 2008, p. 45). Isto porque o discurso não necessariamente precisa ser entendido a partir da sua origem, mas na ambiência dos acontecimentos, no momento em que ele se pronuncia.

O discurso é, ainda, o “lugar em que se pode observar a relação entre a língua e a ideologia” (ORLANDI, 2001, p. 17). Pode ter um sentido que resulta da interação a partir dos estímulos dos interlocutores. E pode também apresentar uma relação entre o sentido dado e a linguagem. Esse caráter relacional do discurso pressupõe um processo, identificado como um ‘sistema signifiante’, que tem relação com a história e o sentido. Para a autora, essa relação entre história, língua e sentido dá a dimensão simbólica dos fatos que se evidenciam no discurso.

O sentido não existe em si, mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas. As palavras mudam de sentido segundo as posições daqueles que a empregam. Elas tiram seus sentidos dessas posições, isto é, em relação às formações ideológicas nas quais essas posições se inscrevem. (ORLANDI, 2001, p.42)

As mudanças de palavras empregadas no discurso sofrem alteração de acordo com a posição dos participantes, segundo Orlandi (2001). A afirmação contribui para o nosso entendimento acerca dos enquadres que ocorrem na interação quando este define a posição dos participantes na situação e, nesse aspecto, podem acionar operadores de diversas ordens para que o fenômeno comunicacional se processe a partir da ‘dimensão simbólica’ que o discurso comporta. Essa dimensão, em nosso entendimento, abarca seus regimes, suas linhas e os elementos que o dispositivo interliga, conformando outras práticas discursivas, uma vez que ele se apresenta como um sistema de relações.

### 3.2.2 *Prática discursiva*

Em seus estudos, Fairclough (2008) considera que o discurso é um modo de ação e de representação e que, pelo uso da linguagem, possibilita às pessoas

agirem sobre o mundo e sobre os outros atores sociais em suas representações. Aborda, ainda, que há uma relação direta entre o discurso e a estrutura social, contribuindo amplamente para a constituição dessa estrutura social. Mesmo assim, o discurso está sujeito aos moldes e restrições impostas pelas estruturas, em uma relação que o autor denomina de dialética, pela constituição societária que há entre o discurso e o quadro institucional em que este é gerado. Por isso mesmo enfatiza que “o discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado.” (FAIRCLOUGH, 2008, p. 91).

Para o autor, o discurso tem um atributo construtivo pela sua capacidade de contribuir na construção das identidades sociais e no posicionamento do sujeito na sociedade. Destaca, ainda, que o discurso favorece as relações sociais entre os interlocutores e a construção do sistema de conhecimento e crenças. Essas possibilidades que o discurso faz emergir correspondem, respectivamente, a três funções que coexistem e interagem em todo o discurso: identitária, relacional e ideacional. A função identitária diz respeito às identidades sociais estabelecidas no discurso; a função relacional aborda como as relações são apresentadas e negociadas; e a função ideacional, por sua vez, está ligada ao modo como os textos significam o mundo, processos de identidades e relações. Nessa visada, Fairclough (2008) também evidencia que o discurso cumpre um papel ligado a si mesmo, porque se presta a uma determinação social dele mesmo e também cumpre a função de construir o social no discurso.

Assim posto, Fairclough (2008) nos direciona no sentido de ser o discurso uma prática social, que tem várias orientações, uma vez que ele pode estar implicado com questões de ordem econômica, política, cultural, ideológica, sem que se possa restringir qualquer uma dessas suas orientações. Ao se constituir como prática política, o discurso se investe de um papel de instituidor, mantenedor e também de transformador das relações de poder e da forma de manifestação das entidades coletivas. Ao se revelar como prática ideológica, ele altera os significados nas diversas formas de relação de poder. Nesse sentido, prática política e prática ideológica caminham juntas, uma vez que a ideologia representa o significado que se origina das relações de poder.

Na perspectiva do dispositivo, compreendemos que o poder é também um elemento que se interliga aos demais a partir do sistema de relações. Desse modo,

apresenta-se como uma instância em que a prática política trava sua luta por ele e o tem como um delimitador de suas ações. Nessa dualidade, o discurso espelha a realidade social, mas também pode representar o *locus* das práticas sociais. Pode, ainda, se constituir em um dispositivo ligado à ordem dos acontecimentos, porque pelos seus regimes e curvas, se desloca e se reveste de novos significados.

Essas abordagens tensionam nosso objeto de pesquisa no sentido de que os significados encontrados pelos interlocutores na interação médico-paciente podem trazer pistas da função identitária se evidenciando, quando possibilita que as pessoas se percebam em um contexto a partir deles, ou seja, pelo processo de anamnese outra história do paciente e também do médico passa a ser construída e compartilhada, conformando um 'self social'. Há também o aspecto relacional que pode ser identificado na interação desses interlocutores, quando analisamos as negociações entre médico e paciente. Essa função pode estar ligada aos objetos e comportamentos que a anamnese constrói e que, de modo negociado, marca o engajamento de ambos no tratamento. Por último, tomamos a função ideacional do discurso se dando na anamnese, no sentido de que as premissas médicas se revestem de um saber ligado ao discurso do conhecimento e das estruturas sociais, podendo determinar a forma de se relacionarem e também sugerir as posições dos sujeitos na interação.

Conforme Fairclough (2008), o poder se institui nas práticas comunicativas, se manifesta no discurso e contribui com a construção das identidades sociais e das relações entre interlocutores. Está, ainda, relacionado às instâncias políticas, que são as esferas discursivas, mas também está ligado às esferas não-discursivas, que também exercem seu poder a partir da produção de sentido que põe em circulação. Para o autor, a prática discursiva que se opera como parte dos processos comunicativos está relacionada à problematização de alguns dilemas da sociedade, sobretudo aqueles ligados à ordem do discurso.

Compreendemos que essa ordem do discurso pode estar relacionada à cultura, ao posicionamento dos interlocutores nos diversos contextos e nos sentidos dos discursos tensionados por fatores diversos. Fairclough (2008) enfatiza que, como reflexo do processo discursivo, essas mudanças resultam de contradições e das lutas entre estruturas institucional e societária, em uma perspectiva dialética, que ao mesmo tempo em que uma estrutura está interligada à outra, também se afetam pelos discursos que produzem. Com essa concepção, o autor considera que:

À medida que os produtores e os intérpretes combinam convenções discursivas, códigos e elementos de maneira nova em eventos discursivos inovadores estão, sem dúvida, produzindo cumulativamente mudanças estruturais nas ordens de discurso; estão desarticulando ordens de discurso existente e rearticulando novas ordens de discurso, novas hegemonias discursivas. (FAIRCLOUGH, 2008, p. 128)

As práticas discursivas, nesse sentido, são processos que não estão vinculados exclusivamente a organizações ou a pessoas. Mas funcionam, em nossa percepção, como 'operadores de inteligibilidade' acionados pelas pessoas em interação. Sob esse aspecto, o dispositivo de anamnese se constrói a partir da prática discursiva que ocorre na relação médico-paciente, tendo em vista que a partir dele há acionamento de diversos outros operadores sociais.

### **3.3 O sentido da anamnese**

A tentativa de compreensão do sentido da anamnese no âmbito da medicina e também como um processo interacional na perspectiva do interacionismo simbólico, pode contribuir para o entendimento desse estudo ao destacar a anamnese como um lugar de interação impactada pelos reflexos da midiatização, configurando outros sentidos desse processo comunicativo. De acordo com Porto e Porto (2014), o encontro entre médico e paciente, marcado pelo despertar de sentimentos e emoções diversos, se configura como uma relação humana, de caráter especial, que se denominou de relação médico-paciente. Essa relação, como todo processo interacional, segue normas e convenções ligadas às práticas sociais e profissionais que a ajustam.

O estudo da interação médico-paciente é primordial na prática médica, pela ênfase que é dada aos processos psicodinâmicos, como condição para se manter o relacionamento com o paciente. Esses processos destacam o modo como deve ser o processo interativo e ocorre de três formas: médico ativo/paciente passivo, quando este se deixa à mercê dos cuidados médicos; médico direciona/paciente colabora, em que o médico exerce seu papel com seu poder de conhecimento; médico age/paciente participa ativamente, em que os papéis são redimensionados e ambos atuam conjuntamente. Nesse aspecto, o sentido da anamnese pode ser resignificado a partir de variáveis que tangenciam esse dispositivo, sobretudo quando se volta para a questão da autonomia do paciente (PORTO; PORTO, 2014),

uma aspecto que instituído pela ordem do saber em face do acesso facilitado do paciente a informações médicas.

Os aspectos psicodinâmicos destacados pelo autor e, que estão interligados ao dispositivo de anamnese, também são influenciados pelos fenômenos de transferência e contratransferência, que ocorrem pelo ajustamento entre médico e paciente, no processo interacional. Com essa análise, percebemos que o sentido da anamnese pode ser alterado pelos diversos elementos que estão no dispositivo e que também atuam sobre ele.

De acordo com Porto e Porto (2014), o fenômeno da transferência ocorre porque há uma transferência de sentimentos do paciente para o médico.

São sentimentos inconscientes vividos no âmbito de seus relacionamentos primários com os pais, irmãos e outros membros da família. Ao entrar em contato com o médico, o paciente revive nas profundezas de seu mundo emocional, em nível inconsciente, sentimentos nascidos e vivenciados nas relações primárias como se fossem situações novas. (PORTO; PORTO, 2014, p. 24).

Com essa abordagem, o autor possibilita a compreensão do sentido da anamnese se dando na transferência, na perspectiva de um dispositivo interacional, que reconfigura a situação e o contexto da interação. Na contratransferência ocorre o processo inverso, ou seja, há uma transferência dos sentimentos ligados às experiências de vida do médico para o paciente. Alguns mecanismos do inconsciente do médico são acionados e há uma interligação ente o que ele já vivenciou e a história do paciente que pode estar sendo ressignificada pelos participantes na situação. Há, nesse sentido, uma ativação da memória que a interação face a face possibilita pela troca simbólica que ocorre no processo interacional. “É praticamente impossível que um médico entreviste um paciente evitando, inteira e sistematicamente, relacionar os fatos por ele relatados com episódios de sua própria vida ou de sua família.” (PORTO; PORTO, 2014, p. 24)

Ainda, na perspectiva de Porto e Porto (2014), é por meio desses fenômenos que as palavras e as atitudes despertam o respeito e a confiança no médico, quando o processo interacional ocorre de forma espontânea a partir das forças que agem sobre o dispositivo de anamnese. O sentido da anamnese é ainda reforçado pelos autores.

A maneira como o médico recebe o paciente, o modo de tratá-lo no decorrer do exame clínico, em particular ao fazer a anamnese, e o tempo que o médico dispõe para o paciente são fatores de suma importância no desenvolvimento dos mecanismos de transferência. (PORTO; PORTO, 2014, p. 24)

Porto e Porto (2014) enfatizam também que essa interação está diretamente ligada aos princípios bioéticos da área. A bioética das relações está relacionada à necessidade de se perceber os conflitos que podem surgir em uma interação médico-paciente. “Esses conflitos próprios dos seres humanos podem ou não fazer parte da consciência do indivíduo, mas existem devido à necessidade de adaptação ao mundo” (PORTO; PORTO, 2014, p. 22). Na bioética da relação médico-paciente reside o conflito entre o emocional e o racional. Isto posto pelo autor, podemos considerar que o conflito que se origina dessas duas instâncias vai tensionar o dispositivo de anamnese e conferir a ele diversos sentidos, a partir das linhas de força, que se formam na disputa de sentido e de poder nesse encontro. Pode, ainda, o dispositivo de anamnese conformar linhas de fissura, em que o sentido da situação pode gerar outros sentidos a partir dos discursos trazidos por ambos para o processo interacional. E, ainda, configurar linhas de subjetivação, considerando que cada interlocutor se posiciona e compreende o que está acontecendo na situação a partir da percepção de si no contexto.

Dentre os vários princípios bioéticos apresentados por Porto e Porto (2014), consideramos o de autonomia para compreensão dos reflexos da mediação. Esse princípio que suscitou alteração do modo de perceber o outro na relação médico-paciente, possibilita a liberdade de o paciente decidir sobre o seu tratamento, após os devidos esclarecimentos médicos. O exercício dessa autonomia passa pelo comprometimento do paciente em registrar o seu consentimento informado<sup>12</sup>. A análise da autonomia na perspectiva da lógica da mediação corrobora com este estudo, uma vez que a instituição desse princípio decorre dos efeitos e sentidos das práticas discursivas da sociedade. A partir dessas práticas percebe-se que os processos da ordem do discurso, ligados ao poder e ao saber das instituições científicas, podem estar passando por alterações, conforme destacado.

---

<sup>12</sup> Processo pelo qual os médicos e os pacientes tomam decisões juntos. Os pacientes poderão registrar em prontuário os procedimentos a que desejam ser submetidos, podendo optar pelo registro de sua decisão antecipadamente, com a ajuda do médico.

Atualmente, entre os vários fatores que ratificam a aplicação dos princípios bioéticos na prática médica, estão o rápido crescimento dos conhecimentos científicos e os avanços tecnológicos [...]. São situações novas que vêm modificando condutas cultivadas desde os primórdios da medicina. No lugar do paternalismo ou do autoritarismo, caracterizado por os médicos fazerem escolhas para os pacientes de acordo com seus valores profissionais, surge um relacionamento mais igualitário, que resulta, muitas vezes, em decisão compartilhada. (PORTO; PORTO, 2014, p. 21)

A abordagem de Porto e Porto (2014) revelam o deslocamento do discurso instituído diante de novas práticas discursivas, conformando dispositivos de diversas ordens. As perspectivas também contribuem com nossa pesquisa, quando destaca que a relação médico-paciente, antes marcada pela assimetria, tem sido afetada “pela facilidade de acesso do paciente à informação científica por intermédio das várias mídias.” Para os autores, muitas vezes esse acesso pode “causar algum impacto no médico ou mesmo criar atritos na relação entre o profissional e seu paciente.” (PORTO; PORTO, 2014, p. 23). Manter o processo de anamnese, utilizando-a segundo os pressupostos da área, tem sido uma das questões que o autor levanta para que a relação médico-paciente se ajuste aos novos contextos.

Assim, é preciso compreender como esse processo ocorre na prática médica. A anamnese (que deriva do grego *aná* =trazer de novo; *mnesis* =memória) significa resgatar, na mente, acontecimentos que possam ter relação com a doença do paciente. De acordo com Porto e Porto (2014), esse processo constitui a prática mais importante da medicina.

[...] primeiro, porque é o núcleo em torno do qual se desenvolve a relação médico-paciente, que, por sua vez, é o principal pilar do trabalho do médico; segundo, porque é cada vez mais evidente que o progresso tecnológico somente é bem utilizado se o lado humano da medicina é preservado. Conclui-se, portanto, que cabe à anamnese uma posição ímpar, insubstituível, na prática médica. (PORTO; PORTO, 2014, p. 46)

A afirmação dos autores nos possibilita ampliar o entendimento da anamnese como sendo uma prática discursiva construindo um dispositivo. Ela pode comportar várias linhas da ordem do visível e do enunciável: do visível, a partir das imbricações que surgem dessa relação médico-paciente diante das questões inerentes aos aspectos bioéticos. Depois, pelas buscas de pacientes por informações sobre saúde. Do ponto de vista da ordem do enunciável, essa linha surge pela combinação de proposições do médico, do paciente, da mediação da organização de saúde, dentre outras esferas discursivas que tangenciam essa relação.

Nesse sentido, a anamnese pode se instituir como um lugar de interação e um dispositivo que se dá a ver pelas enunciações que ocorrem na prática discursiva entre médico e paciente. O enquadramento de cada situação pode ser analisado a partir do que é estabelecido nos processos psicodinâmicos.

### 3.3.1 O processo de anamnese

Considerarmos que para compreensão do processo de anamnese faz-se necessário situa-lo, enquanto prática discursiva, dentro de uma organização, que está sujeita aos impactos de discursos de diversas ordens. Os discursos das organizações são construídos a partir de instâncias que estão representadas por normas, regulações e que se constituem em esferas discursivas institucionalizadas. Assim, a anamnese também segue padrões discursivos, por meio dos quais a organização de saúde estabelece que é possível construir uma relação adequada entre médico e paciente, a partir do conhecimento em profundidade do comportamento do paciente e também dele como cidadão. Para tanto, estabelece formulários nos quais o médico pode registrar dados do paciente e seguir preceitos bioéticos e psicodinâmicos relacionados à ordem do conhecimento.

Nesse aspecto, a anamnese se propõe não somente a investigar o quadro de saúde a partir do relato da história de vida feita pelo próprio paciente, de forma espontânea ou pela técnica da anamnese dirigida<sup>13</sup>, mas também a levantar questões de ordem social da vida do paciente. Embora seja recomendado que “o médico deve deixar que o paciente relate livre e espontaneamente suas queixas sem nenhuma interferência, limitando-se a ouvi-lo” (PORTO; PORTO, 2014, p. 46), também há outras questões que visam a fins da organização.

Já se pode afirmar que uma das principais causas da perda de qualidade do trabalho médico é justamente a redução do tempo dedicado à anamnese. Até o aproveitamento racional das avançadas técnicas depende cada vez mais da entrevista. A realização de muitos exames complementares não resolve o problema; pelo contrário, agrava-o ao aumentar os custos, sem crescimento paralelo da eficiência. Escolher o(s) exame(s) adequado(s), entre tantos disponíveis, é fruto de um raciocínio crítico apoiado quase inteiramente na anamnese. (PORTO; PORTO, 2014, p.46)

---

<sup>13</sup> Anamnese dirigida se baseia em um relatório que é preenchido a partir da entrevista com o paciente, o que alguns médicos chamam de *check list* ou formulário padronizado.

As organizações, enquanto estruturas sociais, se constituem em instâncias mediadoras<sup>14</sup>, considerando-se que “com efeito, toda e qualquer cultura implica mediações simbólicas, que são linguagem, trabalho, leis, artes, etc.” (SODRÉ, 2002, p. 21). Nesse viés, as organizações possibilitam que as partes em interação direta com ela se comuniquem entre si. Por isso, considera que podem surgir diferentes tipos de discursos, que decorrem de relações de poder, de um lugar de fala.

Para inscrever-se na ordem social, a mediação precisa de bases materiais, que se consubstanciam em instituições ou formas reguladoras do relacionamento em sociedade. As variadas formas de linguagem e as muitas instituições mediadoras (família, escola, sindicato, partido, etc.) investem-se de valores (orientações práticas de conduta), mobilizadores da consciência individual e coletiva. Valores e normas institucionalizados legitimam e outorgam sentido social às mediações. (SODRÉ, 2002, p. 21).

Uma possível regulação do discurso presente na interação médico-paciente pode resultar dos discursos e padrões institucionalizados, próprios da cultura da organização de saúde, enquanto mediadora, tendo em vista seus processos e estratégias comunicacionais. As pesquisas e os estudos contemporâneos realizados sobre a comunicação no contexto organizacional nos mostram que a comunicação tem a dimensão de um fenômeno espontâneo, mas também de um fenômeno que pode ser pensado e, por isso mesmo, é intencional, direcionado e orientado por estratégias tanto da organização quanto dos grupos envolvidos (OLIVEIRA; PAULA, 2013, p. 69). Isso nos remete a uma possível explicação sobre a tentativa de mediação das organizações diante dos fenômenos comunicacionais, o que acaba por reconfigurar também as práticas comunicativas nos ambientes organizacionais e também fora deles pela forma como disseminam seus discursos.

Em nossa percepção, em um contexto organizacional, as instituições não têm o controle total do que seus interlocutores colocam em circulação dentro e fora dela e, por sua vez, os interlocutores não têm acesso direto às estratégias formuladas pelas organizações. Há, nesse aspecto, uma disputa de sentidos e de poder pelos discursos que se alternam e circulam a partir dos diversos fluxos comunicacionais.

No processo social de construção de sentido, as organizações podem ser entendidas como agentes de práticas discursivas que buscam significação de sentidos na recepção, construídos pelos grupos que compõem o

---

<sup>14</sup> A mediação envolve um terceiro interlocutor da relação entre sujeitos, que pode ser uma organização, um livro, um dispositivo tecnológico.

espectro do relacionamento organizacional, sendo esses grupos entendidos como agentes de práticas discursivas e responsáveis pelos sentidos atribuídos às ações comunicativas das organizações (OLIVEIRA; PAULA, 2013, p. 100)

Os discursos da organização também estão presentes na prática discursiva do médico, ainda que o processo de anamnese vise a um fim de coleta de informações. Com efeito, o dispositivo de anamnese se constitui em um operador de práticas discursivas que vai tensionar a relação médico-paciente. Diversos outros fatores colaboram para esse tensionamento e alguns são inerentes ao processo de mútua afetação na interação face a face, outros relacionados ao contexto social da troca e também aqueles ligados às proposições presentes no próprio discurso.

Por outro lado, a própria dinâmica como se processa a anamnese pode favorecer a uma interferência quanto ao sentido que ela apresenta. Isso pode ocorrer tanto do ponto de vista do médico quanto do paciente, quando se colocam face a face e trazem seus sentidos e suas percepções do contexto e da situação em que se encontram. O processo de anamnese pode afetar a interação e também ser impactada pelos processos da organização e pelos reflexos da mediação.

Assim, compreendemos que esse processo pode ser construído com base nas premissas apresentadas por Porto e Porto (2014), mas também ser ressignificado a partir do que o autor também se posiciona sobre os reflexos da mediação, que vem alterando a forma de se fazer a anamnese. O autor reforça esse novo sentido que a anamnese pode adquirir, quando destaca o comportamento do paciente na sociedade mediada, a partir das suas buscas por informações e que não se resume à sua interação face a face com o médico.

Nesse sentido, o processo de anamnese pode seguir um ritual de interação. Pode, ainda, ser uma representação marcada por uma linha e uma fachada, na perspectiva de Goffman (2010, 2011, 2013, 2014). O paciente pode estar se definindo por uma linha que é a de manter o comportamento de paciente, mas que se pretende participativo no processo a partir do sentido dado às suas buscas por informações na internet. Sob essa ótica, podemos compreender que os processos psicodinâmicos da anamnese identificados por Porto e Porto (2014) também estabelecem que o médico siga um roteiro, uma linha de conduta instituída pela organização. Por outro lado, o médico também está aberto aos ajustes do contexto e ao enquadramento que a própria situação da doença emoldura (GOFFMAN, 2010,

2011, 2013, 2014), se considerarmos o fenômeno da transferência e da contratransferência que ocorre no processo interacional.

O quadro de sentido emoldurado na interação médico-paciente pode fazer da anamnese um acionador de diversos outros processos com fins de captação de informações, orientação, controle e um delimitador de conduta. Se em seu processo a anamnese pretende capturar informações para definição do diagnóstico, o relato do paciente, a partir do acionamento da sua memória, favorece a esse objetivo e passa a instituir quadros de sentidos. Ela também se apresenta como instância de orientação, que é inerente ao ato médico, diante das angústias e fragilidades, sobretudo as que surgem quando o paciente recorre a outras informações médicas, para formular seus questionamentos e discursos.

Como uma instância que também se presta ao controle, a anamnese, como um dispositivo, pode ser uma tentativa de ajustar a relação médico-paciente a um ritual de interação pré-estabelecido, para que o paciente possa se adequar as normas e condutas de tratamento instituído pelo médico e pela organização. Pelo controle, a organização estabelece discursos ligados à ordem do conhecimento (FOUCAULT, 2014) e, portanto, pode padronizar processos e protocolos de condutas. Esses diversos atributos metalinguísticos da anamnese, ligado ao controle estão também relacionados às premissas médicas que estabelecem o modo de agir do interlocutor médico. Sob esse prisma, a anamnese determina uma conduta, sugerindo um comportamento específico do paciente e também do médico, o que pode conformar linhas de força em permanente bifurcação (DELEUZE, 2005).

## **4 ANÁLISE DA INTERAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NA ANAMNESE**

Para o enfrentamento do nosso problema de estudo, realizamos uma pesquisa qualitativa que teve como metodologia a análise de conteúdo das falas registradas por meio da entrevista semiestruturada com médicos e pacientes. Balizados pelos aportes conceituais, compreendemos que a interação médico-paciente pode ser entendida como uma prática discursiva sujeita a tensionamentos advindos da situação estabelecida pelos interlocutores no processo interativo e por outras forças ligadas ao contexto em que ocorre a produção de sentidos. Os discursos produzidos nesse processo comunicacional se dão a partir do que consideramos chamar de dispositivo de anamnese. Para analisarmos como a interação médico-paciente pode ser ou não afetada pelos reflexos da mediatização, na perspectiva de Fausto Neto (2008) e Verón (2004) desenvolvemos nossa pesquisa na Clínica Hematológica, especializada no tratamento de pacientes com câncer.

### **4.1 A pesquisa**

Abordar a interação tendo como contexto o tratamento do câncer foi uma decisão que se consolidou a partir da pesquisa exploratória junto a pacientes que estavam em processo de tratamento de câncer. Em nosso entendimento, as práticas discursivas operadas por esses interlocutores em sua interação com o médico podem ter deixado de ser da ordem da doença, passando a ser também do direito ao tratamento, ao medicamento, à internação. Consideramos também que essa interação face a face, na perspectiva de Thompson (1998), pode estar sendo afetada pelos reflexos da mediatização, a partir das buscas de pacientes por informações na internet para formulação de seus discursos quando na co-presença com o médico, conforme análise desenvolvida no capítulo 2.

A partir dessa abordagem, buscamos entender que o que se constrói com uma pesquisa acadêmica - e que vai muito além da proposta que desenvolvemos -, parece-nos a preocupação dos estudos epistemológicos do campo da Comunicação. Para tanto, o que se coloca em discussão é a tentativa de se produzir conhecimento a partir da investigação empírica, não tanto pelas respostas que se obteve, mas pelos questionamentos que se abrem a outras possibilidades investigativas. Nossa

reflexão toma como referencial a visada de que "toda discussão teórica, epistemológica e metodológica é importante para a formação de uma cultura de pesquisa." (BRAGA, 2011a, 2011b, p. 2).

Com base nessa visada, buscamos com essa pesquisa provocar um tensionamento a partir do nosso problema: como a lógica do fenômeno da mediatização impacta na interação face a face entre médico e paciente, a partir do dispositivo da anamnese.

Para tanto, consideramos as acepções de Braga (2011a, 2011b) de que uma cultura de pesquisa prescinde de preliminares. A primeira delas está centrada nas questões teórico-metodológicas do campo, que estabelece que não se pode aplicar a uma diversidade de pesquisas abordagens pré-estabelecidas. Nesse sentido, cada pesquisa estabelece suas formas de aproximação do objeto a partir de táticas metodológicas válidas. A segunda preliminar, que analisa o histórico contextual do objeto, refere-se especificamente à pesquisa em comunicação, que se abre a uma variedade de objetos a serem analisados sob diversas perspectivas. Com a última preliminar, Braga (2011a, 2011b) evidencia a possibilidade de que a liberdade de escolha dos caminhos investigativos possam render bons frutos de pesquisa. Atentos a isso, nos propusemos a aproximar o estudo da comunicação com a perspectiva da psicologia, no que diz respeito à relação médico-paciente.

Essas indagações nos desafiam, enquanto pesquisadores, a contribuir com a ampliação do cabedal científico do campo da comunicação, consolidando seus estudos epistemológicos dentro das Ciências Sociais para além das discussões de um campo em construção, mas que se expande em diversidade.

Diante dessas proposições, o autor nos incita a fazer escolhas pertinentes ao objeto investigado, focalizando nos fundamentos teóricos para o enfrentamento com a realidade. Desse modo, analisamos o processo interativo entre médico e paciente, que se dá a partir da anamnese, entendida como dispositivo interacional (BRAGA, 2011a, 2011b), na Clínica Hematológica.

A análise da interação médico-paciente se deu, inicialmente, por meio da técnica de entrevista semiestruturada com pacientes e médicos. A técnica de entrevista pode ser compreendida como um processo de interação entre entrevistado e entrevistador, conforme Fraser e Gondim (2004) "[...] é uma forma de interação social que valoriza o uso da palavra, símbolo e signo privilegiados das

relações humanas, por meio da qual os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca" (FRASER; GONDIM, 2004).

Na concepção de Manzini (2003), é um processo que parte de um questionamento básico e avança sobre o foco principal da entrevista, levando ao enfrentamento dos dados coletados com os aportes conceituais utilizados. O autor ainda considera que todo o questionamento inicial já está apoiado nas hipóteses levantadas no início da pesquisa e que, portanto, a entrevista, além de possibilitar várias interrogações que ultrapassam o roteiro básico, também permite que sejam levantadas outras hipóteses a partir das respostas dos entrevistados.

Nessa perspectiva, o participante também colabora ativamente com a elaboração do conteúdo da pesquisa, pelo seu engajamento. Isso corrobora com o pensamento de Fraser e Gondim (2004) e amplia a nossa ótica de que entrevistado e entrevistador produzem sentidos pela situação contextual que a entrevista possibilita construir. A escolha por entrevistar o paciente antes da consulta e na própria clínica, sem agendamento prévio, apresentou-se como uma oportunidade de se estabelecer uma interação social entre entrevistador e entrevistado, conforme destacado por Fraser e Gondim (2004).

#### *4.1.1 Percurso metodológico*

Durante a pesquisa exploratória observamos algumas barreiras à investigação do processo de anamnese ocorrendo no momento em que se dava a interação médico-paciente. A fragilidade do doente em receber o diagnóstico de câncer, os protocolos médicos a serem seguidos quando da fala do profissional sobre a doença e a presença de familiares que acompanhavam o paciente foram alguns dos obstáculos ao trabalho de observação e de definição da metodologia de pesquisa a ser adotada. A partir da análise dos elementos que constituem nosso corpus de pesquisa, estabelecemos imbricações entre os conceitos da análise de conteúdo, na perspectiva de Bardin (1977), e as falas colhidas pelo método de entrevista semiestruturada.

A escolha dos aportes conceituais direcionou o enquadramento do nosso estudo para o tensionamento da problematização deste estudo. O enfrentamento foi possível porque elegemos autores como Blumer (1998), Goffman (2010, 2011, 2013, 2014), Landowski (2014, 2015) e Thompson (1998), Watzlawick (2007), que

ampliam o olhar sobre o processo interacional. A visada de Braga (2011a, 2011b) também apontou possíveis lugares da interação a partir de episódios sociais, em que situamos a relação médico-paciente.

Os conceitos apresentados por esses autores permitiram enquadrar nosso objeto de pesquisa, o processo de anamnese, olhando-a como uma instância que é tensionada pelos interlocutores a partir das suas práticas discursivas. Para tanto, passamos a investiga-la também a partir da compreensão do dispositivo, tomando como referência os estudos de Deleuze (2005), e retomando também Braga (2011a, 2011b), quando corrobora com a nossa tentativa de enquadramento da anamnese como um lugar de interação e, por consequência, um dispositivo interacional que decorre das falas dos interlocutores em imbricações.

A tentativa de identificarmos as possíveis mudanças no processo de anamnese tanto da parte do médico quanto do paciente, a partir dos reflexos da mediação, conduziu nosso percurso de forma a buscar em Fausto Neto (2008), Sodré (2002), Verón (2004), alguns conceitos que balizassem a perspectiva tomada para essa análise sobre os sentidos que o processo de anamnese passa a ter a partir das buscas de informações de pacientes na internet e do possível embate que pode ser travado com o médico na interação face a face.

Os resultados analisados resultaram das entrevistas com cinco pacientes em tratamento de câncer e cinco médicos oncologistas, no momento da consulta, na Clínica Hematológica. Esse processo se deu no período de 22 de junho a 10 de julho. Anteriormente às entrevistas, foram levantados dados relativos aos entrevistados e ao médico que fazia o atendimento naquele período. Em seguida, era apresentada ao entrevistado a proposta de pesquisa. Durante as entrevistas nem sempre era possível conciliar a entrevista com o médico e com o paciente, a fim de observarmos a anamnese se dando durante as consultas. Todos os pacientes se dispuseram a dar entrevista na sala de espera da clínica separadamente da entrevista com o médico. Na sequência da entrevista com o paciente, que logo em seguida era chamado para a sua consulta, passamos a entrevistar o médico daquele paciente.

O oncologista clínico foi ouvido em seu consultório, dentro da Hematológica, sem a presença do paciente, o que possibilitou também uma ambientação em seu local de trabalho, trazendo todas as impressões e emoções acerca do objeto investigado, com mais naturalidade, conforme se observou nesta interação. O roteiro

com perguntas formuladas em torno do problema de pesquisa serviu de guia, mas não impediu o aprofundamento quanto aos aspectos relevantes ao entendimento do estudo. A partir do roteiro foi possível selecionar categorias de análise que auxiliaram no entendimento das falas dos entrevistados. A análise de conteúdo, balizada pelo nosso problema de pesquisa, resultou do entrecruzamento dos dados, a partir da inferência e da interpretação, quando do tratamento dos resultados da pesquisa.

#### *4.1.2 Conhecendo a organização*

A Clínica Hematológica de Hematologia Ltda. presta atendimento ambulatorial e foi criada em 1995 por um grupo de seis médicos hematologistas e hemoterapeutas. Seu foco sempre foi abranger todas as áreas da hematologia e para isso, conta com médicos nas especialidades de hemoterapia, hematologia e oncologia de crianças e adultos. Além do corpo clínico, dispõe de equipes formadas por enfermeiras, farmacêuticas, técnicos de enfermagem, técnico de farmácia, equipes administrativa e de apoio.

Os médicos do corpo clínico atuam na formação de novos profissionais por meio de programas de residência médica em hospitais como:

- a) Hospital das Clínicas - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG);
- b) Hospital da Baleia; e
- c) Hospital Municipal Odilon Behrens.

De acordo com seus diretores, o envolvimento com a educação e a ciência é importante para a Hematológica e, nesse sentido, foi feita uma parceria com a Fundação René Rachou para o desenvolvimento de projetos de pesquisa, com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

A Clínica Hematológica realiza transplante de medula óssea, em parceria com o Hospital Luxemburgo, atendendo a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e também uma comunidade virtual de pacientes com Mieloma Múltiplo, que realiza discussões e, ocasionalmente, se encontram para uma interação face a face. Participam desse grupo dois membros da diretoria e uma funcionária administrativa,

para intensificar a interação com o paciente. A Clínica Hematológica é certificada pela Organização Nacional de Acreditação, ligada ao Ministério da Saúde.

Nesse ambiente organizacional, o nosso objeto empírico foi passível de investigação, considerando todas as características, estruturas e modelos que estão implícitos nos discursos de médicos e pacientes em tratamento de câncer. Desse modo, procuramos entender o sentido da comunicação para alcançarmos resultados mais próximos do que estabelece Bardin (1977), ao definir a análise de conteúdo como sendo

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 15)

Em função do nosso interesse de pesquisar em uma organização de saúde, as entrevistas que compõem a análise do processo interativo entre médico e paciente, que discorreremos abaixo, foram importantes para a problematização dentro de cada categoria analítica que elegemos.

## **4.2 Análise do processo interativo na anamnese**

Para analisar a relação interativa entre médico e paciente foram selecionadas quatro categorias que identificamos e nos apropriamos a partir dos conteúdos coletados nas entrevistas: o sentido da anamnese; informações na internet; confiança no médico; autoridade médica.

Na categoria 'sentido da anamnese' será analisada a importância que ela traz tanto para o médico quanto para o paciente, uma vez que se constitui no momento de troca de informações para o registro da história de vida do paciente. É um processo interativo no qual se dá o enquadramento de uma situação para a construção de quadros de sentido, na perspectiva de Goffman (2010, 2011, 2013, 2014).

Conforme Porto e Porto (2014), a anamnese é o cerne das questões de aprendizado da comunicação e da relação interpessoal, que é uma das mais desafiadoras na formação médica. Nesse sentido, ela pode ser compreendida na perspectiva de um dispositivo interacional pelo regime de enunciação que o

constitui, tendo em vista as variáveis que movimenta em diversos sentidos a partir do acionamento da memória do paciente para o resgate de suas experiências.

A análise sobre as questões que envolvem as buscas de informações médicas que o paciente realiza antes da sua consulta, a fim de elaborar o seu discurso para interagir com o médico, será feita a partir da categoria 'informações na internet'. Recorrendo aos pressupostos teóricos que servem de aportes conceituais neste estudo acerca do discurso, compreendemos que os enunciados que se evidenciam nesse processo interativo podem estar perpassados pela lógica da mediatização. Sob esse prisma, o discurso pode ser compreendido como uma instância que se conforma na troca e possibilita aos interlocutores uma tecnointeração, uma vez que para a interação face a face o indivíduo pode não se dissociar da sua prótese tecnológica para instituir o seu 'novo modo de ser' nas interações (SODRÉ, 2002).

Com a categoria 'confiança no médico', analisamos em que momento ela pode parecer ameaçada durante o levantamento dos dados do paciente na anamnese e se os impactos que as buscas por informações na internet também modificam esse sentimento que é um dos vínculos mais importantes para aproximar médico e paciente, sobretudo em um momento de fragilidade emocional, marcado por uma doença. O paciente traz para essa interação uma carga de ansiedade, angústia, dúvidas, expectativas e também esperança de ser tratado e, por isso, espera ser acolhido.

Dessa forma, a confiança que se estabelece na relação entre esses interlocutores é marcada por emoções e sentimentos que acionam alguns fenômenos psicodinâmicos (PORTO; PORTO, 2014). Desse modo, a confiança se apresenta como uma premissa que norteia a relação entre o profissional médico e o doente.

Por último, centramos nossa análise na categoria 'autoridade médica'. O objetivo é compreender se o comportamento do paciente, frente à anamnese e ao acesso facilitado à informação, considerando também as tecnointerações (SODRÉ, 2002) para discussão de casos clínicos nas comunidades virtuais de saúde, podem comprometer a autoridade médica. Pretendemos, com isso, verificar se essa prática discursiva passa a exigir do profissional um preparo maior para o enfrentamento dessas questões da ordem das práticas sociais que instituem dispositivos interacionais. Ao abordar o comportamento do médico diante do paciente, Porto e

Porto (2014) destaca que o médico deve se manter com uma atitude que exalte sua condição profissional, por ser esta uma ‘função nobre’.

**Quadro 1 - Categorias analíticas para análise de conteúdo**

1	O sentido da anamnese
2	Informações na Internet
3	Confiança no médico
4	Autoridade Médica

Fonte: Dados da pesquisa.

#### 4.2.1 O sentido da anamnese

A anamnese, na definição de Porto e Porto (2014), é a base da relação médico-paciente. Nesse sentido, inferimos que ela é um processo de mútua afetação pela prática que enseja o levantamento da história de vida do paciente e a partir da qual consideramos que há um lugar de interação (BRAGA, 2011a, 2011b). Como dispositivo interacional, se abre a processos da ordem do cultural, social e econômico, possibilitando observar o fenômeno comunicacional.

A situação enquadrada no contexto da doença nos possibilita resgatar a perspectiva de Goffman (2010, 2011, 2013, 2014) quando analisa ‘o que está acontecendo’ em uma interação, para compreendermos as mudanças de posição dos interlocutores, na percepção de si, do outro e dos objetos à sua volta. Desse modo, a anamnese pode instituir padrões de comportamento, que vão orientar o envolvimento dos participantes, que partilham de um mesmo ambiente físico onde se dá a interação face a face (THOMPSON, 1998) para a construção de discursos e produção de sentidos.

Percebemos que as falas dos entrevistados médicos demonstram que o sentido da anamnese pode estar passando por mudanças frente às práticas discursivas atravessadas pelas lógicas da midiatização. Observamos, ainda, que o discurso do médico traz uma carga emocional em relação ao sentido da anamnese, que vai ao encontro das expectativas do paciente nessa interação. Mesmo afirmando que não houve alteração, percebemos algumas contradições nas falas dos médicos e também dos pacientes. Para que obtivéssemos as respostas a serem

trabalhadas a partir dos recortes de dados, foi feita a pergunta norteadora: ‘você considera que a relação médico-paciente foi afetada pela busca de informações dos pacientes na internet?’

**Quadro 2a - Referência da categoria “sentido da anamnese”**

<b>Entrevistado médico</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Conteúdo</b>
(Médico A)	Perguntas Confirmação	Fazemos a anamnese, mas o paciente já vem com as perguntas, as questões formatadas, já sabe a resposta, ele quer só uma confirmação.
(Médico B)	Relacionamento Tecnologia	Eu acho que o que foi definido como relacionamento médico-paciente na anamnese, antes da tecnologia, continua existindo.
(Médico A)	Afetada Examinado	Eu acho que a anamnese não foi afetada pelas novas tecnologias, mas estamos desconsiderando o processo. Da nossa parte, a coisa está sendo muito deixada para lá. [...] o paciente quer a anamnese, ser examinado, tocado. Quer que você converse com ele.
(Médico A)	Paciente <i>Check list</i>	Meu paciente quer uma anamnese e não um <i>check list</i> . Isso eu não utilizo com meu paciente.
(Médico C)	Poder Compartilhado	A anamnese não foi mudada de jeito nenhum. Mesmo quando o paciente busca informação na internet a anamnese continua a mesma coisa. O paciente detém o poder das decisões dele, claro. A gente até pode saber mais, mas eu acho que na relação médico-paciente é tudo compartilhado.
(Médico D)	Medicina Mudança	Não tem jeito de exercer medicina sem gastar tempo, sem fazer a anamnese. Não tem jeito de exercer medicina rapidamente. Depende do cenário. Mas, se você parar para pensar, essa mudança no relacionamento médico-paciente são reflexos das nossas mudanças em quaisquer níveis de atividade. Você não se relaciona mais.

**Fonte: Dados da pesquisa.**

Observamos que o compartilhamento das decisões entre médico e paciente é reforçado por eles em suas falas, mas que eles também se apoiam no comportamento participativo do paciente para o processo interativo. Ao mesmo tempo em que afirmam que não houve mudança na relação, demonstram que o paciente tem provocado essa mudança, a partir da necessidade de buscar

informações. A fala do médico A, ao mencionar que a anamnese enquanto processo tem sido desconsiderada, revela a possibilidade de que a interação, a partir dos reflexos da midiaticização, na visada das práticas de sociais (Fausto Neto, 2006), possa estar gerando outros quadros de sentidos (GOFFMAN, 2010, 2011, 2013, 2014) além da perspectiva de Porto e Porto (2014), quando definem a anamnese.

O quadro de referência quanto ao sentido da anamnese na percepção do paciente foi elaborado a partir do questionamento: ‘na sua consulta, o médico quis saber sobre sua vida (fez a anamnese)?’

**Quadro 2b - Referência da categoria “sentido da anamnese”**

<b>Entrevistado paciente</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Conteúdo</b>
(Paciente A)	Vida Diversão	Para mim, foi muito importante o médico perguntar tudo da minha vida. Isso é muito importante, mesmo se a gente busca informações na internet como eu busquei logo que recebi meus exames. Deixa a gente mais à vontade para se relacionar com o médico. Ele perguntou tudo. O que eu fazia, trabalho, estudos, diversão. Isso foi bom. Meu médico foi ótimo.
(Paciente B)	Conexão Colaborar	Acaba que você vai numa consulta e tem uma relação médico-paciente na anamnese que, às vezes, não tem essa conexão, porque você não conhece nem a si mesmo. Por isso, é importante colaborar com o médico trazendo informações.
(Paciente D)	Humanizar História	A anamnese, que é o início de tudo, para que haja uma relação médico-paciente boa, é uma forma de humanizar a relação. É uma forma de o médico entrar na nossa história e perceber que o que está na frente dele é um ser humano e não simplesmente uma doença.
(Paciente C)	Dia a dia Roteiro	A anamnese foi a base para eu me relacionar com o meu médico. Ele me perguntou sobre como eu me sentia, meu histórico de doenças, minha vida, meu dia a dia. Isso foi me deixando mais tranquila e foi fundamental para o meu tratamento, porque foi tudo muito espontâneo, sem que ele seguisse um roteiro frio. Houve de fato uma interação que se prolongou durante todo o tratamento.
(Paciente C)	Fundamental Espontâneo	A anamnese foi a base para eu me relacionar com o meu médico. Ele me perguntou sobre como eu me sentia, meu histórico de doenças, minha vida, meu dia a dia. Isso foi me

		deixando mais tranquila e foi fundamental para o meu tratamento, porque foi tudo muito espontâneo, sem que ele seguisse um roteiro frio. Houve de fato uma interação que se prolongou durante todo o tratamento.
(Paciente D)	Entender Hábitos	Acho que a história que o médico procura entender sobre o paciente ela é fundamental para avançarmos não só na questão de encontrar o melhor tratamento, mas também de conhecermos um ao outro. Do médico saber que eu, o paciente, cuido e ajudo de duas sobrinhas, de uma avó, que tenho hábitos, que tenho sonhos e que a doença também passa a fazer parte dessa minha história.

**Fonte: Dados da pesquisa.**

Notamos também que os pacientes percebem a anamnese como o momento do encontro, o lugar da interação, em que um percebe o outro para que haja a troca. Percebemos, ainda, que eles querem colaborar de forma ativa no processo da anamnese, buscando evidenciar que o contexto (GOFFMAN, 2010, 2011, 2013, 2014) não diz respeito somente à doença, mas que a situação enquadrada pode trazer um novo sentido de vida, pela história levantada na anamnese.

Os recortes de dados das entrevistas nos levam a fazer também uma articulação com a perspectiva do Landowski (2014, 2015), quanto ao regime de ajustamento, quando observamos que na anamnese tanto o médico quanto o paciente procuram colaborar ente si. Pode, com isso, evidenciar um princípio de 'contágio', 'o sentir com o outro', em que ambos vão compartilhar experiências e conformar um 'corpo'. Essa sensibilidade perceptiva (LANDOSWIKI, 2014, 2015) na interação médico-paciente pode ser compreendida a partir da perspectiva de Porto e Porto (2014), quando discorre sobre os fenômenos de transferência e contratransferência.

Notamos pelos discursos das entrevistas que há uma interação sendo conformada, em que um percebe o outro e as posições se definem e se alternam pelo enquadramento da situação em que ambos se encontram (GOFFMAN, 2010, 2011, 2013, 2014).

Por outro lado, esse dispositivo interacional pode estar sendo afetado pelo processo de levantamento da história de vida por meio de formulários padronizados, *check list*, e também pela participação do paciente com perguntas pré-formuladas ou um diagnóstico prévio que precisa apenas da "confirmação do médico", conforme

fala de um dos médicos entrevistados. Podemos inferir, com base nesses recortes, que alguns elementos que se ligam por meio do dispositivo de anamnese se tornam visíveis e são enunciáveis (DELEUZE, 2005) como os discursos dos envolvidos no processo, a doença, a decisão compartilhada do tratamento e as emoções que são trazidas para essa interação.

Apreamos também das falas que o paciente já não se mantém no seu papel tradicional de aceitar passivamente o tratamento, uma vez que ele se percebe naquela situação trazendo não somente a história de vida, mas também auxiliando nos processos comunicacionais que vão conformar uma nova história. As decisões compartilhadas, por sua vez, se evidenciaram na nossa observação como uma possível alteração no processo de anamnese, haja vista que representa uma abertura que dá ao paciente a possibilidade de decidir sobre seu tratamento, pelo impacto que as decisões do médico pode causar em sua vida. Desse modo, os reflexos das buscas por informações feitas na internet vão nos ajudar a compreender de que forma esta interferência pode estar ocorrendo, por se constituírem em uma variável do enunciado (DELEUZE, 2005) tensionando o dispositivo de anamnese.

#### *4.4.2 Informações na internet*

Os pacientes utilizam as informações obtidas na internet para produzir seus discursos e demonstrarem conhecimento durante a interação, estabelecendo o seu posicionamento e seu engajamento a partir dos quadros de sentidos (GOFFMAN, 2010, 2011, 2013, 2014) que passam a ser construídos pelo contexto da doença. Recorrendo à perspectiva de Fairclough (2008), esses discursos podem assumir uma função relacional, no sentido de que a partir deles possa ser definida uma negociação entre os interlocutores. Ao mesmo tempo, pode revelar uma função identitária, em que os discursos que têm poder construtivo das identidades sociais podem dar um significado ao mundo e conformar outra identidade do médico e do paciente nessa interação marcada por uma situação. A partir disso, pode fixar um quadro de sentido no contexto da doença, mas que também é de cuidados, atenção e possibilidades de cura, o que suscitam variados significados das coisas do mundo (BLUMER, 1998).

Assim, no que se refere ao sentido da anamnese, os resultados indicam que ela é um princípio que continua sendo seguido pelo médico, mesmo quando abre possibilidades de formação de quadros de sentidos a partir do entendimento dele e também do paciente sobre ‘o que está acontecendo na situação’ (GOFFMAN, 2010, 2011, 2013, 2014), para que ambos se posicionem na interação. Dessa forma, as proposições de Blumer (1998), corroboram com essa análise, ao considerarmos que o sentido da anamnese passa a ter outro significado pela forma como os participantes interpretam e se percebem no contexto da doença e da história que é trazida.

Para essa categorização partimos do questionamento: ‘as buscas na internet trouxe mais segurança e preparou você para a conversa com o médico?’

**Quadro 3a - Referência da categoria “informações na internet”**

<b>Entrevistado médico</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Conteúdo</b>
(Médico C)	Acesso Clareza	Sem dúvida a internet ajudou muito na relação médico-paciente. Antes o paciente podia até tentar obter informações, mas não tinha acesso tão fácil. Era muito mais difícil. Então, quando você entra no <i>Google</i> , tudo que você quer está ali na mão. Não é nem um pouco complicado. Tem tanto a informação científica, como a coisa bem leiga. Dá pra ler com muita clareza.
(Médico B)	Possibilidades Frequência	Quanto mais informação o paciente tiver da possibilidade de tratamento, mesmo que eventualmente essas informações sejam meio distorcidas ou mal-interpretadas pelo paciente - isso também ocorre com frequência -, é interessante que o paciente saiba alguma coisa do assunto; que ele tenha uma demanda mais ou menos preparada e pronta para discutir com o médico.
(Médico C)	Informados De igual para igual	[...] É super comum, ultimamente, o paciente já chegar no consultório com mil informações na cabeça do que ele tem. [...] tem horas que eles chegam muito bem informados. [...] Eu acho que eles estarem bem informados é bom, porque a gente discute de uma forma mais aberta com eles, quase que de igual para igual.
(Médico D)	Facilidade Adequada	[...] Eu não acho que a facilidade da informação modificou o relacionamento médico-paciente, se esse relacionamento estiver sendo executado da forma que ele tem de ser. Se a medicina tiver sendo exercida com o que ela é de fato, com

		uma relação médico-paciente adequada, é muito improvável que o paciente vai buscar alguma informação.
(Médico B)	Mídia habilidade	Esse acesso à informação acontece muito através da mídia, através de rede social, que hoje é uma coisa impressionante. Você observa grupos no <i>facebook</i> que discutem, publicam e reproduzem reportagens e etc., isso se ampliou demais.
(Médico A)	Opinião Adequada	A internet é também uma opinião. Eu acho que precede muitos casos de diagnósticos e muitos pacientes passam lá. O médico tem que ter a habilidade de desmontar o que a internet passou de informação. A formatação que está nela não é a adequada para aquele paciente. A coisa é bem diferente. Ela traz dados, às vezes, que eu nunca ouvi falar.
(Médico E)	Ansiedade Checar	[...] É uma ansiedade de informação, e às vezes também de checar alguma coisa que nós temos que falar com ele: “aqui, eu li na internet e o senhor não me falou. É assim mesmo”?
(Médico B)	Voz ativa Direcionando	O paciente tem a voz ativa, publica, escreve, escolhe o artigo que quer replicar. Faz uma série de coisas. Os pacientes chegam na consulta com uma pilha de informação na mão. Então esses pacientes já sabem o que eles querem. Eles que estão direcionando e não a mídia que está conduzindo o pensamento dele.
(Médico A)	Buscas Centrar	O paciente faz suas buscas e traz para o médico. O médico não tem obrigação de saber o nome de uma síndrome neurológica que matou alguém lá na Índia. Temos que centrar no caso do paciente, sem a anamnese feita de <i>check list</i> .

**Fonte: Dados da pesquisa.**

A partir desses dados, é possível inferir que nos discursos dos médicos as lógicas da mídiatização se mostram múltiplas (VERÓN, 2004), podendo tanto ser afetada quanto alterar os processos. Os resultados mostram que, ao mesmo tempo em que os médicos consideram importante que o paciente vá para a consulta sabendo sobre a doença, também percebem que a apropriação dessas informações pode conferir ao paciente um grau de conhecimento que necessite do médico apenas a confirmação do diagnóstico.

Acreditávamos que as informações da internet provocavam um tensionamento no processo de anamnese, mas as falas mostram que há uma apropriação conjunta dos discursos que as lógicas da mídiatização suscitam. Para

tanto, fizemos o seguinte questionamento ao paciente: ‘como utilizou as informações que obteve na internet em sua consulta com o médico?’

**Quadro 3b - Referência da categoria “informações na internet”**

<b>Entrevistado paciente</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Conteúdo</b>
(Paciente C)	Diagnóstico Pesquisado	Eu fiz a pesquisa inteira antes de receber o diagnóstico. Eu já cheguei aqui com o diagnóstico. Falei com o médico: olha, eu acho que eu tenho ou isso ou isso. Eu já sabia que ia cair o cabelo, tinha pesquisado peruca.
(Paciente D)	Acolher Aprender	Eu acho que essas informações ajudam sim e se o médico souber acolher essa informação que o paciente traz para ele, não que ele vá aprender com a informação, mas eu acho que vai servir como ponto de diálogo, de aprofundamento na relação.
(Paciente E)	Primeira consulta Confirmou	Fiquei sabendo do câncer pelo meu exame de sangue. Depois que abri, fui para a internet para saber o que eu tinha. Então na minha primeira consulta eu já sabia o que tinha pela pesquisa que fiz e depois o médico confirmou. Não aconselho ninguém a fazer isso.
(Paciente A)	Funcionamento Procedia	Sim, as informações da internet me ajudaram muito. Exatamente porque eu não sabia nada sobre a doença, sobre câncer, apesar de que meu pai teve um de próstata. Mas em relação ao câncer de mama eu não sabia como é que funcionava, como era o tratamento e o que podia surgir daí. Alguém uma vez me falou que podia passar para o útero. Então eu queria saber dessas coisas, se realmente procedia. E graças a Deus não tinha nada a ver.
(Paciente B)	Dúvida Sintomas	A dúvida tem que ser sanada de alguma forma e a gente tem que aproveitar a consulta pra já vir munida, saber o que pode ser feito, quais são os melhores tratamentos, em que o médico pode ser seu parceiro. Então, é importante você saber o que está acontecendo com você pra elucidar com o médico. Se a gente não sabe os sintomas, se a gente não sabe nada, alguma coisa que você esquece de falar pode ser crucial pro médico diagnosticar um determinado tipo de tratamento.
(Paciente C)	Atualizar Ferramenta	Eu acho que as novas tecnologias impactaram a relação médico-paciente. Hoje a pessoa, se ela quiser, ela tem acesso a uma gama de informações e acaba exigindo mais do médico. “Ah não, mas eu vi na internet que tem o

		tratamento X e Y". Então, isso obriga o médico a também se atualizar. Eu acho legal, acho que isso, se bem usado, é uma ferramenta interessante.
(Paciente D)	Grupos Diferentes	Ao conhecer a si e obter informações, conseguimos lidar melhor com as coisas. Quando você procura determinadas doenças, automaticamente existem links que te direcionam para grupos que já passaram pela doença. E você tem blogs de pessoas que passaram pelo problema e começaram a viver de uma forma diferente, mostrando que tem luz no fim do túnel.

**Fonte: Dados da pesquisa.**

Observamos, ainda, nas falas dos pacientes, que as buscas por informações na internet podem não ter um caráter de disputa de poder, mas de construção de sentidos a partir da tentativa de questionar os discursos encontrados em suas buscas, os enunciados dos médicos, para encontrarem também seus sentidos.. Em nossa visão, as buscas por informações na internet se constituem em operadores de inteligibilidade, que engendram práticas sociais e também práticas de sentidos, na perspectiva dos aportes conceituais de Fausto Neto (2008).

Os dados demonstram que as informações obtidas na internet podem ser um facilitador da relação médico-paciente, mas se percebe que é possível que estejam também alterando o processo do médico e da prática social em que se insere a organização de saúde, dada a complexidade dos processos comunicacionais (BRAGA, 2011a, 2011b).

As informações obtidas pelo paciente na internet podem não alterar a relação médico-paciente, mas as falas dos pacientes acentuam a possibilidade de que eles fazem essas buscas como uma forma de facilitar a interação, o entendimento sobre sua doença e de poder discutir o tratamento de uma forma mais 'autônoma e igualitária' (PORTO; PORTO, 2014). Nesse aspecto, estar munido de informações pode ter o sentido de preparar-se para interagir com o outro do ponto de vista da confiança, dentro da situação dada, tendo em vista que é na anamnese que essa confiança começa a ser construída.

Ao considerarmos que as práticas sociais suscitam dispositivos interacionais (BRAGA, 2011a, 2011b), as informações obtidas na internet podem modificar os interlocutores tendo em vista que elas se constituem operadores que acionam diversos outros dispositivos na interação.

#### 4.4.3 Confiança no médico

A partir dessa categoria, analisamos se a confiança depositada pelo paciente no médico ainda se mantém, diante das mudanças sociais, culturais e tecnológicas que possibilitam novas práticas sociais, como a facilidade de acesso do paciente às informações científicas. Compreendemos que, ao depositar sua confiança no médico, o paciente pode estar indo em busca de uma orientação, auxílio ou socorro, na expectativa de que ele possa trazer alternativas para sua demanda de saúde. Notamos, também, que na fala dos médicos há reflexos de um tensionamento em relação à confiança depositada nele, que pode estar sendo testada pelo paciente a partir das informações obtidas na internet.

Desse modo, percebemos que as falas em destaque no quadro abaixo podem reforçar o sentido que a palavra confiança traz, mas também revelar alguns desvios no processo de anamnese que levem ao questionamento sobre o acolhimento do médico. Baseamos nossa análise no questionamento seguinte para obtenção das respostas abaixo: ‘o que muda na confiança médica com o paciente mais informado?’

**Quadro 4a - Referência da categoria “confiança no médico”**

<b>Entrevistado médico</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Conteúdo</b>
(Médico A)	Confiança Estabelecemos	Eu não diria que a confiança no médico foi perdida. Acho que não. Alguns pacientes vêm para a consulta e não falam nada das suas pesquisas na internet. Aí, depois, eles falam assim: “ah é mesmo, eu li sobre isso”. Mas somente depois que estabelecemos uma relação é que eles falam.
(Médico B)	Avaliação Questionamentos	Claro que entendendo que alguém está fazendo uma avaliação das informações do ponto de vista leigo, então esse é um lado positivo das informações na internet. Mas algo mudou para o outro lado, porque o paciente vai ler essa informação sem ter uma condição técnica de compreender o que ela está falando, e aí ele vem cheio de questionamentos e o médico vai ter que gastar mais tempo para provar alguma coisa e poder explicar: “olha é isso”...
(Médico C)	Testando Segurança	Eles chegam e ficam testando a gente. “Ah, deixa eu ver se ela vai falar todas aquelas coisas que eu li”. Depois é tudo muito tranquilo, porque eles sentem segurança com as

		nossas explicações.
(Médico C)	Especialista Primeira consulta	O paciente que não pesquisou na internet não sabe o que é que está acontecendo com ele, nem por que veio, só sabe que alguém encaminhou para um especialista. O paciente que vem bem informado, principalmente se levou uma resposta que não o satisfaz antes, ele procura muitas coisas para questionar o médico. É muitíssimo frequente o paciente estar chegando na clínica com cara de primeira consulta, mas já é o terceiro, quarto médico que ele vai com o mesmo fim.
(Médico B)	Equivoco Ponto de vista	[...] Mesmo que o paciente tenha algum equívoco, é melhor que ele venha sabendo e discuta com o médico para obter ganhos do ponto de vista de acrescentar e melhorar a informação e aderir ao tratamento.
(Médico D)	Atualizar Ferramenta	[...] Se ele estiver tendo um bom relacionamento com esse médico, que é baseado tanto em uma questão racional, do tanto que o médico sabe, do quanto essa pessoa estuda, do tanto que ela é séria, do tanto que está comprometido no atendimento, não há por que não confiar no médico.
(Médico A)	Buscas Centrar	O paciente faz suas buscas e traz para o médico. O médico não tem obrigação de saber o nome de uma síndrome neurológica que matou alguém lá na Índia. Temos que centrar no caso do paciente, sem a anamnese feita de <i>check list</i> .

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da pergunta: 'você considera que o paciente deve ter informações sobre a doença antes de conversar com o médico?', observamos nas respostas que o paciente não considera que pesquisar informações e leva-las para posicionar-se na interação representa uma dúvida quanto à capacidade do médico para definição compartilhada do tratamento.

**Quadro 4b - Referência da categoria “confiança no médico”**

Entrevistado paciente	Subcategorias	Conteúdo
(Paciente C)	Verdade Explicações	Acho que qualquer pergunta que você faça, seja ela baseada no que você leu no jornalzinho ou que a vizinha te contou ou que hoje se busca na internet, significa que a pessoa na verdade está pedindo socorro, querendo mais explicações.
(Paciente D)	Relação Respeitar	A cada consulta, depois da anamnese, a gente vai construindo uma relação de confiança. Isso é possível porque o médico já nos conhece, conhece a nossa história. Ficamos mais seguras até para decidir junto com ele o tratamento. No meu caso, que é Linfoma, pude até dizer não diante de algumas decisões dele, que soube respeitar e entender o meu momento.
(Paciente A)	Pesquisado Confiante	Eu acho que o médico é que tem que passar as informações, mesmo que a gente tenha pesquisado na internet. Depois, no final, o meu diagnóstico foi confirmado com o doutor e foi tudo muito tranquilo e me senti mais confiante.
(Paciente C)	Aproveita Susto	[...] Sendo uma relação médico-paciente boa, o médico acaba que aproveita essas informações para discutir até o susto que o paciente sente com um diagnóstico deste.
(Paciente E)	Equivoco Ponto de vista	Eu fiz para o meu médico algumas perguntas. Minhas dúvidas eu tirei com ele e fiquei mais segura, mesmo tendo pesquisado na internet para poder perguntar para ele depois.
(Paciente A)	Mais segura Saber mais	Eu fiquei mais segura com as informações do médico, mesmo tendo pesquisado pra saber mais sobre a doença.

**Fonte: Dados da pesquisa.**

Notamos, ainda, que a confiança no médico é reforçada tanto pela liberdade que o paciente tem para obter as informações e revela-las ao profissional quanto a

poder discuti-las com ele. Essas falas podem revelar outros sentidos quanto à confiança no médico e o valor das informações obtidas pela internet. Elas podem representar uma referência que não tem validade médica, ainda que os especialistas a considerem importante para o preparo do paciente no momento da anamnese. O resultado das buscas na internet pode, ainda, ser uma segunda opinião médica que, em alguns casos, precede a primeira consulta para um possível confronto na interação.

Para a análise da confiança no médico como elemento presente no dispositivo de anamnese, trazemos as prerrogativas da interação face a face quando aborda a co-presença entre os interlocutores, que sugere o estabelecimento de um comprometimento e cria processos de comunicação a partir dos gestos, reações, mudança de posições e omissões. Essa perspectiva de Thompson (1998) apresenta-se como uma possibilidade de reforçarmos que o paciente mantém a confiança no médico e não nas informações obtidas pela internet, levando-se em consideração que esse tipo de interação situa os participantes no contexto do tempo e do espaço físico. A interação face a face permite o olhar no olho, que tem o sentido de captar emoções e pode propiciar, ou não, o sentimento de confiança diante da necessidade de ser acolhido.

Nesse sentido, os resultados permitem uma inferência de que a confiança pode conduzir a um ajustamento, que possibilita um “corpo” (LANDOWSKI, 2014, 2015), na perspectiva de que há um ‘sentir com o outro’, pelo processo interacional.

#### *4.4.4 Autoridade médica*

A autoridade médica foi uma categoria que nos propusemos a analisar pela importância dela na prática discursiva e por ser uma instância da ordem do discurso, com características mantenedoras tanto das relações de poder que se processam na interação, quanto da forma como as instituições se manifestam e constroem seus enunciados. O discurso, nesse aspecto, se apresenta como sendo da ordem do poder científico, Foucault (2014) e Fairclough (2008), que pode ser instituidor e legitimador das práticas das estruturas sociais nas quais se inserem também as organizações de saúde.

As entrevistas nos revelam a autoridade médica se evidenciando, mesmo diante do fácil acesso às informações científicas por parte de leigos. Por outro lado,

identificamos também os desafios para se fazerem mais preparados para o enfrentamento que se dá na interação com o paciente. Para esta análise partimos do questionamento: ‘como o médico se prepara para discutir com o paciente as informações que ele buscou na internet?’

**Quadro 5a - Referência da categoria “autoridade médica”**

<b>Entrevistado médico</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Conteúdo</b>
(Médico B)	Discussão Participação	Se levarmos em consideração uma certa formação médica antiga, de 40 e 50 anos atrás, até então a discussão com o paciente sobre diagnóstico, tratamento e a participação dele no processo decisório era muito pequena. O médico fazia o que ele achava que deveria fazer e pronto. Então é possível que os médicos, hoje, possam se fazer mais preparados para poder discutir com o paciente que também vem mais preparado.
(Médico C)	Dar o norte Diferente	Se eu não estou conseguindo tirar o que eu preciso, vou ter que dar o norte, porque eu que estou coordenando a forma como essa conversa vai andando. Então, eu acho que a condução do processo continua nas mãos do médico. É claro que cada um tem um jeito, que é diferente de qualquer outra pessoa.
(Médico B)	Específico Profissionais	Então, eu percebo que os pacientes, alguns deles, no meu caso em específico, que recebo muito paciente de segunda opinião, já passaram por outros profissionais e vêm se consultar comigo. Vem consultar minha opinião, ver o que eu acho também.
(Médico A)	Enquadrar Posicionar	[...] Você tem que saber enquadrar o paciente naquela situação, porque ele leu alguma coisa e aí você tem que examiná-lo e se posicionar. Aí se você se posicionar de uma forma inconsistente, ele vai te questionar. A tendência do paciente é se proteger. Então, ele quer alguém que confirme as coisas com ele e seja coerente.
(Médico B)	Segunda opinião Testado	[...] Minha consulta demora duas horas porque recebo pacientes de segunda opinião, porque eu vou explicar tudo. E eu, muitas vezes, explico todas essas questões de possibilidades terapêuticas, mesmo que seja fora do Brasil e etc., e o que eu acho adequado para aquele caso. Então eu acho que o paciente, de certa forma, ele testa um pouco o médico. Então, pode ter alguém que tenha me testado e tenha ficado decepcionado porque eu posso não ter falado o que eles estavam achando e ele não me falou nada que

		pesquisou informações.
(Médico B)	Ter poder Argumentos	Poder está relacionado com poder. O paciente não passa a ter poder porque começa a constituir grupos ou escrever ou se utilizar da mídia. Mas se ele começa a discutir tais questões com o médico dele e o médico não tem argumentos suficientemente fortes para dizer sim ou não, então o médico pode se sujeitar às questões que o paciente possa estar trazendo.
(Médico D)	Divindade Perfeito	Médico já foi Deus, isso não tem muito tempo, isso não tem nem meio século. Médico falava “você vai tomar isso” e você falava: “o que é isso?”, o médico falava: “você não é médico, por que você quer saber?”. Então, caiu para o outro extremo. Se bobear, o paciente vai saber mais que o médico, porque quer saber de tudo, os efeitos colaterais e etc. e aí nisso a tecnologia ela pode ter, de fato, melhorado, mas tem de usar isso de uma maneira boa. Tirou a divindade de algo que não é divino. O que eu quero falar? A parte em que eu me sinto acuada pelo paciente não é a tecnologia que faz isso. Se a tecnologia mudou todas as nossas formas de vida, eu não sei. Mas é mais dessa necessidade de você ser perfeito e isso nós não somos.

**Fonte: Dados da pesquisa.**

Observamos pelas falas dos entrevistados que a autoridade médica continua na mão do especialista e que os pacientes utilizam as informações para mostrar-se conhecedor de si e da doença. Para a análise dos resultados dessas falas partimos da abordagem: ‘o médico considerou importante o que você pesquisou na internet antes de vir para a consulta?’

**Quadro 5b - Referência da categoria “autoridade médica”**

Entrevistado paciente	Subcategorias	Conteúdo
(Paciente D)	Nosso acesso Mais exposto	Ah, eu não sei se os médicos ficam muito contentes com nosso acesso a informações, porque dependendo da forma como o paciente lida com isso ele pode pirar e complicar para o lado do médico. O paciente, no caso. Então eu não acredito que os médicos gostem que o paciente vá procurando se informar. Eu acho que ele fica muito mais exposto.
(Paciente A)	Insegurança Fragilizado	[...] Acho que ter acesso a informações confere ao paciente um pouquinho menos de insegurança. Não é poder. Eu acho que não é que o paciente se sente poderoso. A gente vê que não existe poder nenhum. Muito pelo contrário. A gente fica tentando buscar alguém que acolha, eu acho que a gente se sente muito mais fragilizado do que poderoso com qualquer informação.
(Paciente B)	Preparado Confortar	Fiquei totalmente perdida com o resultado da minha doença, mas o médico era muito preparado, muito humano, me passou segurança. Ele é aquela pessoa que você pode chorar e que ele está ali para te confortar e fez toda a diferença no tratamento, porque tem competência.
(Paciente C)	Saber Argumentos	Eu acho que obter informações não tira a autoridade do médico e o paciente tem que saber que ele não tem o poder de nada. Eu acho que a informação serve para esclarecer a nossa ignorância, porque não somos especialistas, e o paciente tem que entender que o especialista é o médico. Quem tem que decidir é o médico.

(Paciente D)	Tem poder Deus e o médico	Não acho que como paciente a gente tem poder porque tem acesso a informações. Temos é que nos conhecer a partir delas, porque quem tem poder é Deus e o médico.
--------------	------------------------------	---

Fonte: Dados da pesquisa.

Notamos que a autoridade médica permanece como um balizador da relação médico-paciente. As buscas por informações na internet, para serem utilizadas na interação, perpassam questões não só de mudanças nas práticas discursivas, mas também de confiança e de autoridade dos médicos. Apesar das possibilidades de que as lógicas da mediatização (FAUSTO NETO, 2008) impactem o processo de interação que tem lugar na anamnese, percebemos nos depoimentos que a autoridade ainda permanece nas mãos dos médicos, embora os pacientes possam se mostrar mais preparados para discutir o tratamento.

De acordo com Porto e Porto (2014), as reformulações realizadas nos protocolos médicos estabeleceram o consentimento informado, a partir do qual o paciente consente que determinados procedimentos ou drogas sejam utilizadas no tratamento. A autoridade, nesse sentido, pode passar a ser também compartilhada, mas não representa uma destituição do saber científico, na perspectiva da ordem do discurso apresentadas por Foucault (2014), ou da organização de saúde que o institui a partir do seu discurso, em face do saber que o paciente passa a ter com as informações disponíveis na internet.

Empreendendo uma análise global dessas categorias, observamos que, como um possível operador de inteligibilidade, o sentido da anamnese é de um lugar de interação marcado pelas práticas discursivas que se processam nela e que conformam um processo comunicacional. Por meio delas, os indivíduos revelam seus discursos que podem ser construídos também a partir de uma tecnointeração (SODRÉ, 2002). Sua importância, no entanto, se evidencia pelo processo de interação face a face, que possibilita construir quadros de sentidos, ajustando as experiências de vida dos envolvidos nessa instância.

A partir desse dispositivo interacional, vários elementos estão interligados ao contexto da doença. Embora haja o enquadre de uma situação, essa interação se abre a outras perspectivas como a de uma possível conformação de um *self* social

(BLUMER, 1998) dos participantes, pela alternância de papéis, comportamento e posicionamento, e pelas interpretações que fazem do contexto.

Nesse aspecto, a anamnese revela-se conforme os pressupostos dos aspectos psicodinâmicos, na perspectiva de Porto e Porto (2014), mas também se mostra como um processo que intui padrões de comunicação (WATZLAWICK, 2007) pela sequência de eventos que se dá no processo de tratamento prolongado. Nessa perspectiva, esse processo interacional é marcado pela confiança e pela autoridade médica, ainda que impactado por discursos de diversas ordens.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conferência<sup>15</sup> para residentes de medicina, em 2003, na presença de médicos, administradores, psicólogos e profissionais de comunicação organizacional, o presidente de um hospital de referência em Belo Horizonte iniciava seu discurso dizendo: “a técnica perfeita não substitui o diálogo, o carinho e a atenção [...]”. Com essa observação, ele destacava o ponto de tensão dentro das organizações de saúde, centrado na interação médico-paciente. Preocupação constante, essa interação, nesse estudo, teve seu foco ampliado para além dos motivos clínicos acerca das situações contextuais que aproximam médico e paciente, diante das contradições ligadas à saúde e doença, vida e morte, medicamentos e cuidados paliativos, diagnósticos e tratamentos.

A atenção à relação médico-paciente mostra-se ainda maior em clínicas especializadas, sobretudo naquelas que atendem pacientes em tratamento de câncer, como a Clínica Hematológica, onde realizamos nossa pesquisa empírica. Diante do nosso problema de pesquisa, voltamos o nosso interesse para uma clínica de oncologia por considerarmos que a interação face a face entre médico e paciente, em processo de tratamento prolongado, é uma relação de mútua afetação. Desse modo, a situação que nos serviu de enquadre possibilitou a análise de práticas discursivas que se conformam a partir da anamnese. Além disso, consideramos que essa interação possibilitou a identificação de fenômenos comunicacionais por estar atravessada pelas lógicas da mediatização, a partir das buscas de pacientes por informações médicas acerca do tratamento.

Assim, esta proposta de pesquisa perpassou o processo de anamnese situando-a como um dispositivo interacional que se conforma a partir dos tensionamentos entre médicos e pacientes em relação ao sentido que ela apresenta para esses interlocutores frente ao acesso às informações científicas. Outro ponto que consideramos relevante para o estudo, foi a análise da confiança, que é estabelecida como um vínculo que ocorre no momento do acolhimento do médico; além de enfatizarmos a categoria autoridade médica, que passa a ser compartilhada com o pacientes, quanto às decisões conjuntas a serem tomadas.

---

<sup>15</sup> O presidente do Hospital Mater Dei, Dr. José Salvador Silva, no auditório da instituição, proferiu discurso para os novos residentes de medicina, que ingressavam na residência médica deste hospital, em março de 2003, ressaltando a importância da relação médico-paciente.

Os aportes conceituais que serviram de referência para este estudo nos possibilitaram observar a anamnese, um processo estudado pela psicologia, sob diversas perspectivas no campo da comunicação. A interface entre esses dois campos nos direcionou quanto a encontrar convergências entre os sentidos da interação, bem como possibilitou identificar, por meio do corpus da pesquisa, os fenômenos comunicacionais que se dão na anamnese e que extrapolam a perspectiva dos tipos de relacionamento médico, desconsiderando os posicionamentos, interpretações e engajamento dos interlocutores.

A perspectiva da psicologia em relação à anamnese é da pessoa, no contexto da doença, sofrimento e angústias que são trazidas para a interação, pela situação que levam médico e paciente a estarem face a face. A perspectiva na qual centramos nosso olhar é a da interação, em que os elementos que se ligam ao dispositivo interacional, construindo um sistema de relações (BRAGA, 2011a, 2011b), possibilitam identificar o fenômeno comunicacional acontecendo também a partir da doença e das emoções que se desencadeiam nela.

Verificamos, nesse sentido, que o paciente é também protagonista de outra história que ele quer construir a partir do ajustamento com o médico no processo de tratamento, não somente pela oportunidade que se abre com a decisão compartilhada ou do consentimento informado, mas pelos discursos que ele traz na tentativa de conhecer também a si, a doença e as tentativas de reelaborar o sentido da doença. O compartilhamento das decisões de tratamento se apresenta como reflexo dessa participação efetiva do paciente, que mesmo na condição de 'leigo', apropriou-se de discursos e constituiu seus enunciados frente às estruturas sociais.

As buscas dos pacientes por informações, evidenciadas nas falas dos pacientes, refletiram os tensionamentos que o dispositivo de anamnese coloca em movimento, como as curvas que se alternam, bifurcam e se movimentam pelas forças internas e externas que o arrastam e empurram em diversas direções, na perspectiva do dispositivo abordada por Deleuze (2005). As pressões de âmbito interno do dispositivo de anamnese, identificadas em nossa análise, podem estar representadas pela confiança, dúvidas, inquietações, fragilidade, necessidade de acolhimento, possibilidade de morte e até de cura do câncer. As pressões externas, também como tensores, se evidenciam nas buscas por informações na internet, pelos grupos de pessoas que discutem a doença, pelas legislações que modificam os processos da ordem do saber científico, mas sobretudo, se revelam pela

participação ativa do paciente frente às decisões sobre sua vida, na tentativa de contribuir com o médico, discutir e encontrar alternativas. Ao mesmo tempo em que essa contribuição é de ordem interna, também se constitui em um fator externo, porque o paciente constrói seu discurso a partir de outros enunciados, com uma tentativa de compreender ‘o que está acontecendo’ (BATESON, 2002 apud MENDONÇA; SIMÕES, 2012; GOFFMAN, 2010, 2011, 2013, 2014).

A análise da pesquisa realizada por meio das quatro categorias: sentido da anamnese, informações na internet, confiança e autoridade médica possibilitaram identificar a anamnese como um lugar de interação, não somente pelos tipos de relação médico-paciente que a psicologia estuda (PORTO; PORTO, 2014), mas pelo processo comunicacional que o campo da comunicação suscita investigar na perspectiva do interacionismo simbólico, quando os indivíduos ressignificam os acontecimentos.

Nesse aspecto, a nossa investigação acerca do dispositivo de anamnese compreendeu o contexto da doença pelo prisma do significado da vida diante dela, que abre possibilidade de elaboração de outros quadros de sentidos, nos quais os indivíduos se apoiam para organizar suas experiências (GOFFMAN, 2010, 2011, 2013, 2014). Isso nos levou a uma reflexão diante da problematização do objeto de pesquisa: quais quadros de sentidos são acionados pelo dispositivo de anamnese a partir da lógica da mediação? As falas dos entrevistados nos revelaram que esses discursos se apresentam como um pedido de ajuda, um acolhimento e até de esclarecimento de como se comportarem nessa nova experiência de vida.

Como participante da interação que compartilha decisões e não mais como detentor de poder, na perspectiva de um deus, conforme fala dos médicos e dos pacientes, o médico também se vê diante de questões que tensionam essa relação, como a que foi destacada por um dos entrevistados em relação ao *check list* padronizado. A ênfase dada ao formulário que mecaniza a interação foi destacada na fala “isso eu não utilizo com meu paciente” (Médico A), apontando para a tela do computador onde se podia ver o formulário de anamnese dirigida. A confirmação de que esse processo de ordem institucional não possibilita uma interação no sentido de troca vem da fala de um paciente: “ele quis saber sobre minha história de vida e não seguiu um roteiro frio” (Paciente C).

A pesquisa nos fez compreender, também, ainda que de forma implícita, que a apropriação conjunta acerca dos discursos disseminados nas práticas sociais

refletem a importância de uma interação em que ambos participem, colaborem, se posicionem, assegurando-se o sentimento de confiança e da autoridade médica. Permitir que o paciente também tome decisões faz parte do processo de compreensão do lugar de fala de cada participante no processo interativo.

Nesse aspecto, a anamnese nos possibilitou observar o nosso objeto de pesquisa na perspectiva do campo da Comunicação, deixando abertas outras possibilidades, no sentido proposto por Perestrello (1986), quando destaca que os sentidos e as emoções que perpassam a relação médico-paciente podem ser analisados por várias ciências, haja vista que o foco está na interação entre pessoas, o que possibilita que o dado que está sendo investigado integre o significado existencial de ambos no processo.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo?. **Outra Travessia: revista de Literatura**, Florianópolis, n. 5 , p. 9-16, jul. 2005.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: São Paulo, 1977.
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BLUMER, Hebert. **Simbolic interactionism: perspective and method**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998.
- BRAGA, José Luiz. A prática da pesquisa em comunicação: abordagem metodológica como tomada de decisões. **Revista da Associação Nacional dos programas de Pós-graduação em Comunicação, E-compós**, Brasília, v. 14, n.1, jan./abr. 2011a.
- BRAGA, José Luiz. **A sociedade enfrenta sua mídia: dispositivos sociais de crítica midiática**. São Paulo: Pullus, 2006.
- BRAGA, José Luiz. **Dispositivos interacionais**. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, 2011, Porto Alegre. **Anais...** Brasília: Compós, 2011b.
- BRAGA, José Luiz. Interação como contexto da comunicação. **Matrizes**, São Paulo, Ano 6, n. 1, p. 25-41, jul./dez. 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/345-769-1-PB.pdf> Acesso em: 14 maio 2015.
- BRAGA, José Luiz. **Mediatização como processo interacional de referência**. MÉDOLA, Ana Sílvia Lopes Davi; ARAUJO, Denize Correa; BRUNO, Fernanda (Org.). **Imagem, visibilidade e cultura midiática**. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- BRAGA, José Luiz. Para começar um projeto de pesquisa. **Comunicação & Educação**, São Paulo, v. 10, n.3, 2005.
- BRANDÃO, Helena Nagamine. Enunciação e construção do sentido. In: FIGARO, Roseli (Org.). **Comunicação e análise do discurso**. São Paulo. Contexto, 2013.
- CABRAL, Rodrigo Viana; TREVISOL, Fabiana Schuelter. A influência da internet na relação médico-paciente na percepção do médico. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 416-420, out./dez. 2010.
- CARVALHO, Virgínia Donizete de; BORGES, Livia de Oliveira; RÊGO, Denise Pereira. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília , v.30, n.1, p.146-161, jan. 2010.

DELEUZE, Giles. **O que é um dispositivo**. In: DELEUZE, Giles. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Passagens, 2005.

EKSTERMAN, Abram. **Relação médico paciente na observação clínica**. Rio de Janeiro: Medicina Psicomática, 1977. [Aula proferida no curso de Medicina Psicossomática realizado durante o XV Congresso Panamericano de gastroenterologia. Rio de Janeiro, 1977]. Disponível em: <[http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/relacao\\_medicopaciente\\_obsclinica.pdf](http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/relacao_medicopaciente_obsclinica.pdf)> Acesso em: 14 maio 2015.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: UnB, 2008.

FAUSTO NETO, Antônio. **Fragmentos de uma analítica da midiatização**. São Paulo: Matrizes, 2008.

FAUSTO NETO, Antonio. Midiatização, prática social: prática de sentido. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO (COMPÓS), 15., 2006, Bauru. **Anais...** Baurú: CAMPÓS, 2006.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FRANÇA, Vera Veiga. Interações comunicativas: a matriz conceitual de G. H. Mead. In: RONSINI, Veneza Mayora. (Org.). **Comunicação e interações**. Porto Alegre: Sulina, 2008. Cap. 3, p. 71-91. v. 1.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, Aug. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2004000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2004000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 abr. 2015.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**: Petrópolis: Vozes, 2014.

GOFFMAN, Erving. **Comportamento em lugares públicos** Petrópolis: Vozes, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: manicômios, prisões e conventos. São Paulo: perspectiva, 2013.

GOFFMAN, Erving. **Ritual de Interação**: ensaios sobre o comportamento face a face. Petrópolis: Vozes, 2011.

HJARVARD, Stig. **Midiatização**: teorizando a mídia como agente de mudança social e cultural. São Paulo: Matrizes, 2012.

KUNSCH, Margarida Kroling (Org.). A dimensão humana da comunicação organizacional. In: KUNSCH, Margarida Maria Krohling. **A comunicação como fator de humanização das organizações**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010. (Série pensamento e prática; 3)

KUNSCH, Margarida Kroling. **A Comunicação como fator de humanização das organizações**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2012.

KUNSCH, Margarida Kroling. **Comunicação organizacional**: retórica e discursos organizacionais. São Paulo: Saraiva, 2009.

LANDOWSKI, Eric. **Interações arriscadas**. Rio de Janeiro: estação das Letras, 2014.

LANDOWSKI, Eric. Tres regímenes de sentido e interacción. **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España e Portugal**, 2015. Disponível em: <em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59401408>> Acesso em: 10 jun 2015.

LIMA, Fábila Pereira; BASTOS, Fernanda. de Oliveira Silva. Reflexões sobre o objeto da comunicação no contexto organizacional. In: OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; LIMA, Fábila Pereira (Coord.). **Propostas conceituais para a comunicação no contexto organizacional**. São Caetano do Sul: Difusão; Rio de Janeiro, RJ: SENAC, 2013.

LOPES, Maria Immaculata Vassalo de. **Pesquisa em comunicação**: formulação de um modelo metodológico. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

MADEIRA, Wilma. Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento no campo da saúde-doença. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n.3, p. 146-157, 2007.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2. **A pesquisa qualitativa em debate**. Bauru, 2004. Bauru: SIPEQ, 2004.

MARTÍN-BARBERO, Jesus. **Dos meios às mediações**: comunicação, cultural e hegemonia. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2009.

MARTÍN-BARBERO, Jesús. Tecnicidade, identidade, alteridade: mudanças e opacidade da comunicação no novo século. MORAES, Dênis (Org.). **Sociedade midiaticizada**. Rio de Janeiro: Mauad, 2006.

MENDONÇA, Ricardo Fabrino; SIMÕES, Guimarães Simões. Enquadramento. diferentes operacionalizações analíticas de um conceito. Revista **Brasileira de Ciências Sociais**, v. 27, n. 79, jun. 2012.

MORAES, Dênis (Org). **Sociedade midiaticizada**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2002.

OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; PAULA, Maria Aparecida. Processos e estratégias de comunicação no contexto das organizações. In: OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; LIMA, Fábila Pereira (Coord.). **Propostas conceituais para a comunicação no contexto organizacional**. São Caetano do Sul: Difusão; Rio de Janeiro, RJ: SENAC, 2013.

OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; MARCHIORI, Marlene. **Redes sociais, comunicação, organizações**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2012.

OLIVEIRA, Ivone de Lourdes. **Interfaces e tendências da comunicação**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **A linguagem e seu funcionamento**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Discurso e texto**: formulação e circulação dos sentidos. Campinas: Ed. Pontes, 2001.

ORLANDI, Eni Puccinelli. Discurso, imaginário social e conhecimento. **Em Aberto, Brasília**, Ano 14, n. 61, jan./mar. 1994.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986.

PESSONI, Arquimedes. Comunicação para a saúde em ambientes colaborativos: o empoderamento do paciente. **Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas**, São Paulo, Ano 9, Ed. esp. n. 16/17, 2012.

PINTO, Julio. Comunicação organizacional ou comunicação no contexto das organizações. In: OLIVEIRA, Ivone de Lourdes; SOARES, Ana Thereza Nogueira. **Interfaces e tendências da comunicação**: no contexto das organizações. São Caetano do Sul: Difusão, 2008.

PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos (Coord.). **Semiologia médica**. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2014.

PRIMO, Alex. **Interação mediada por computador**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Org.). **Footing**: sociolinguística interacional. Porto Alegre: AGP, 1998.

SILVA, Juremir Machado. **O que pesquisar quer dizer**: como fazer textos acadêmicos sem medo da ABNT e da CAPES. São Paulo: Sulinas, 2010.

SOAR FILHO, Ercy José. A interação médico-paciente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35-42. 1998.

SODRÉ, Muniz. **Antropológica do espelho**: uma teoria da comunicação linear e em rede. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. (Debates contemporâneos em psicologia social ; 1)

THOMPSON, John B. **A mídia e a modernidade**: uma teoria social da mídia, Petrópolis: Vozes, 1998.

VERÓN, Eliseo. **Fragmento de um tecido**. São Leopoldo: Unisinos, 2004.

WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet H.; JACKSON, Don D. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 2007.

## **APÊNDICE A - Roteiro de Perguntas para o paciente**

1. Na sua consulta, o médico quis saber sobre sua vida (fez a anamnese)?
2. Qual a sua sensação com as informações que teve com a pesquisa na internet?
3. Aas buscas na internet trouxe mais segurança e preparou você para a conversa com o médico?
4. A busca na Internet ajudou ou, ao contrário, trouxe confusão?
5. Como você vê o papel da internet na relação médico-paciente?
6. Você considera que o paciente deve ter informações sobre a doença antes de conversar com o médico?
7. Você falou ao médico que havia pesquisado informações sobre sua doença na internet?
8. Se falou, como ele recebeu as suas informações?
9. O médico considerou importante o que você pesquisou na internet antes de vir para a consulta?
10. Como utilizou as informações que obteve a partir da internet em sua conversa com o médico?

## **APÊNDICE B - Roteiro de Perguntas para o médico**

1. Normalmente os pacientes pesquisam na Internet sobre a doença antes das consultas?
2. Você considera que a relação médico-paciente foi afetada pela busca de informações dos pacientes na internet?
3. Você considera que a relação médico-paciente foi afetada pela busca de informações dos pacientes na internet?
4. O acesso facilitado às informações sobre saúde mudou o comportamento do paciente?
5. Esse acesso alterou a forma de se fazer anamnese?
6. Os médicos se preparam para interagir com seu paciente a partir das informações trazidas por ele?
7. Esse novo comportamento do paciente altera ou não os processos dentro da organização de saúde? Por quê?
8. Como o médico se prepara para discutir com o paciente sobre as informações que ele busca na internet?
9. O que muda nessa reação com o paciente mais bem informado?
10. A anamnese se mantém em suas premissas?