

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Fabiani Waechter Renner

**O OLHAR AFETIVO/COGNITIVO NO ATENDIMENTO À FAMÍLIA DO  
RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DO CURSO DE  
MEDICINA NA UNISC**

Santa Cruz do Sul

2012

Fabiani Waechter Renner

**O OLHAR AFETIVO/COGNITIVO NO ATENDIMENTO À FAMÍLIA DO  
RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DO CURSO DE  
MEDICINA NA UNISC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Aprendizagem, Tecnologias e Linguagens na Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Nize Maria Campos Pellanda

Santa Cruz do Sul

2012

Fabiani Waechter Renner

**O OLHAR AFETIVO/COGNITIVO NO ATENDIMENTO À FAMÍLIA DO  
RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DO CURSO DE  
MEDICINA NA UNISC**

Essa dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado; Área de Concentração em Educação; Linha de Pesquisa em Aprendizagem, Tecnologias e Linguagens na Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, para obtenção do título de Mestre em Educação.

*Dra. Nize Maria Campos Pellanda*  
Professora Orientadora – UNISC

*Dra. Ana Luiza Teixeira de Menezes*  
Professora examinadora – UNISC

*Dr. Lauro Hagemann*  
Professor examinador – (GHC – UFRGS)

*Dra. Susana Mueller*  
Professora examinadora – (UNISC)

## **AGRADECIMENTOS**

*A Deus por me conceder a Fé em poder conseguir superar os obstáculos apresentados no trajeto e por me guiar sempre pelo melhor caminho.*

*A meus pais pelo incentivo que sempre tive nos meus estudos e pela vida, e a meu irmão por ser uma fonte de incentivos.*

*Ao meu amado marido Eduardo que sempre me incentivou em toda minha caminhada profissional pois sem esse incentivo certamente teria desistido pelo caminho.*

*Aos meus amados filhos, Maria Eduarda e Bernardo, que souberam entender, na maioria das vezes, o meu esforço e minha dedicação com meu trabalho e meus pacientes, abrindo mão de muitas horas de lazer deles para concretizar este sonho.*

*A minha orientadora professora Nize que sempre com sua calma, sua paciência e sua imensa sabedoria soube me conduzir dentro desse caminho tão diferente ao que eu estava acostumada até então, aprofundando meu conhecimento e me auto-organizando dentro dos ruídos provocados.*

*A UTI Neonatal do Hospital Santa Cruz, em especial aos pacientes, pais e equipe de enfermagem que me receberam e aceitaram fazer parte do meu projeto que tanto me complexificou.*

*Aos cinco alunos de Medicina do internato de Pediatria que aceitaram participar do projeto assim que comentei sobre os objetivos e se auto-organizaram quebrando paradigmas, enfrentando seus medos e anseios.*

## RESUMO

Essa dissertação teve por finalidade avaliar a construção do processo subjetivo e cognitivo de cinco acadêmicos de Medicina por ocasião de suas passagens no internato, no estágio na pediatria, em relação à formação do vínculo dos pais com o recém-nascido prematuro que se encontravam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Posturas e práticas em Unidades de Terapias Intensivas Neonatais são permeadas por conflitos (ruídos), negociações e adaptações ao trabalho, constituindo um desafio na construção de um modelo assistencial humanizado, que alie diferentes tecnologias, respeito e acolhimento às necessidades intersubjetivas dos pacientes, profissionais e acadêmicos de Medicina, ou seja, quis propor uma abordagem complexa. A pesquisa ocorreu na UTI Neonatal do Hospital Santa Cruz onde cinco alunos do internato em Pediatria conversaram com pais de um prematuro que se encontrava na unidade. A pesquisa foi do tipo qualitativa e observatória, sendo a metodologia aplicada em algumas etapas, onde os alunos descreviam em autonarrativas o que sentiram ao saber do enfrentamento com o pais e após o que os provocou, assim como respondiam a um questionário tendo os objetivos específicos como foco. A análise dos dados foi construída a partir de marcadores teóricos escolhidos conforme os autores envolvidos. Ficou evidenciado que cada acadêmico avaliado transformou-os após os ruídos enfrentados, havendo uma auto-organização pessoal deixando-os com uma visão mais subjetiva e complexa dos desafios a serem enfrentados na vida profissional. Na modernidade, a Medicina está voltada à doença e não ao doente, afetando a cognição, a sensibilidade e a subjetividade dos profissionais médicos. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação da prática médica e não seu foco central. A formação engloba aspectos que envolvem a produção da subjetividade, de habilidade técnicas e de pensamento, assim como a sensibilização perante situações de extrema complexidade onde é necessário entender e compreender os sentimentos (a mente) dos seres vivos, ocorrendo a autopoiese.

**Palavras-chave:** Cognição. Subjetividade. Complexidade. Autopoiese. Ensino médico.

## ABSTRACT

This dissertation aimed to evaluate the subjective and cognitive process construction of five Medical School academics during their time in the boarding school at Pediatrics internship, in relation to the formation of the parental bond with the premature newborn located at the Neonatal Intensive Care Unit. Attitudes and practices in the Neonatal Intensive Therapy Units are permeated by conflict (noises), negotiations and adjustments at work, constituting a challenge in building a humanized care model, combining different technologies, respect and hosting the inter subjective patient's needs, medical professionals and academics, i.e. Propose a complex approach. The research occurred in the Neonatal ICU of Santa Cruz Hospital where five Pediatric internship students talked with parents of a premature baby. The research was qualitative and observatory and the methodology was applied in steps, whereas the students described in auto narratives what they felt to face the parents and after what triggered their feelings, as well as responded to a questionnaire with specific objectives as a focus. The analysis of the data was constructed from theoretical markers chosen from the authors involved. It was evidenced that each academic internship examined changed after the noises faced, with a self-organization leaving them with a more subjective and complex vision of the challenges to be faced in the professional life. In modernity, the medicine is focused on disease and not the patient, affecting cognition, sensitivity and subjectivity of medical professionals. Technical-scientific update is only one aspect of the qualification of medical practice and not its central focus. The training includes aspects that involve the production of subjectivity, technical skill and thought, as well as awareness in situations of extreme complexity where it is necessary to understand the feelings (the mind) of living beings, occurring the autopoiesis.

**Keywords:** Cognition. Subjectivity. Complexity. Autopoiesis. Medical education.

## SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO O TEMA.....	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 Atendimento aos pais de bebês prematuros ou doentes.....	14
2.2 Reações parentais ao nascimento de um bebê prematuro.....	15
2.3 Intervenções junto aos pais.....	17
2.4 Aprendizagem e Vida.....	18
2.5 A Biologia da Cognição e autopoiese.....	20
2.6 Acoplamento estrutural.....	26
3 CAMINHO PERCORRIDO.....	27
3.1 Local da pesquisa.....	27
3.2 Conhecendo os Sujeitos.....	28
3.3 Gerando os Dados.....	29
3.4 Fluxo de Análise dos Dados – Construção dos Marcadores.....	30
4 EMOÇÃO NA CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO I – Formulário: primeiras perturbações antes da entrevista com os pais.....	45
ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
ANEXO III – Questionário.....	49
ANEXO IV – Formulário: primeiras perturbações após a entrevista com os pais.....	50
ANEXO V - Relatos dos acadêmicos.....	51

## 1 INTRODUZINDO O TEMA

*Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás passar, para atravessar o rio da vida - ninguém, exceto tu, só tu. Existem, por certo, atalhos sem números, e pontes, e semideuses que se oferecerão para levar-te além do rio; mas isso te custaria a tua própria pessoa; tu te hipotecarias e te perderias. Existe no mundo um único caminho por onde só tu podes passar. Onde leva? Não perguntes, segue-o!*

*(Nietzsche)*

A ideia de base da pesquisa surgiu da minha formação acadêmica e prática, assim como de meu trabalho no atendimento ao recém-nascido prematuro que permanece em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por um período, sendo afastado de seus pais logo após o nascimento. A partir deste momento, há um comprometimento na formação do vínculo afetivo desses pais com este filho que acaba de nascer. Aqui cabe, ao profissional de saúde que está acompanhando esta família, dar orientações, apoio e segurança através de seu conhecimento científico, assim como demonstrar afetividade sobre o manejo do caso, percebendo suas angústias e seus medos.

Essa pesquisa me fez rever algumas trajetórias importantes de minha vida, desde minha infância até cursar o Mestrado em Educação, dentre os quais me transformaram em uma pessoa com um olhar mais cognitivo-afetivo sobre vários obstáculos encontrados. Acredito que esse olhar mais complexo iniciou ainda em minha infância quando brincava de bonecas e dizia que eu era a médica delas. Minha mãe relata que eu gostava de brincar de ser a pediatra / a cuidadora do bem estar delas e de suas mães. Lembro-me que adorava ficar tratando os supostos “bebês” e dizendo que as mesmas ficariam bem para as mães. Acredito que nessa época já havia internamente em mim, um olhar sensibilizado com a possível doença que poderia haver no bebê - boneca, onde existiam ruídos e desafios a serem enfrentados.

Com o decorrer do tempo, entusiasmada e incentivada pelo irmão que já fazia Medicina, prestei vestibular nessa área, sendo aprovada. Desde o início do curso

sempre comentava em aula que seria Pediatra, apesar de ter tido uma excelente visão de todas as áreas da saúde e ter sido muito influenciada a fazer cirurgia pelo meu irmão. Tive que enfrentar um fator que posso chamar de ruído que foi a saída de casa de meus pais para fazer os estudos em outra cidade, esse período foi de extrema adaptação pois tinha muitas saudades da família. Foram longos anos de estudos e longe da família, podendo ir para casa apenas nos finais de semana, e o mais importante, sempre sendo apoiada por meus pais.

Com a formatura em Medicina, parti para a Residência em Pediatria, foram três anos maravilhosos cuidando dos pequenos pacientes e de suas mães, aprendendo tudo que podia para meu conhecimento profissional e minha formação pessoal. Ao terminar a Pediatria, surgiu o concurso para Neonatologia, que é a especialidade que cuida dos recém-nascidos enfermos, prematuros, ou seja, aqueles que necessitam um cuidado mais intensivo devido à fragilidade de sua saúde nos primeiros 28 dias de vida. Obtive a aprovação em dois lugares com bons conceitos e permaneci mais um ano em Porto Alegre para finalizar minha formação acadêmica e profissional. Nesse período de Residência tive várias situações de ruídos/stress que me abalaram profundamente no lado afetivo e cognitivo, necessitando haver uma complexificação pessoal, ou seja, necessitando uma auto-organização pessoal para poder elaborar melhor algumas vivências. Essas vivências me fizeram aprender a lidar com os pais de um recém-nascido prematuro extremo por um período de internação prolongado onde diariamente era necessário conversar com eles e relatar-lhes a evolução de seu pequeno paciente e filho. Isso mexia com meu íntimo em ver e presenciar essas situações, sensibilizando-me com esses pais que estavam sofrendo e, sofria com eles. Em algumas oportunidades, foi preciso comunicar a evolução não satisfatória do recém-nascido que acabava de ter evoluído ao óbito. Percebi nesse período, que uma maneira de conseguir trabalhar o luto desses pais era colocar esse bebê frente a eles, ou seja, colocá-lo no colo dos pais para haver o ruído que estimularia o sentimento da perda, ocorrendo uma série de ruídos que iam se complexificando nesses pais já sofridos.

No consultório pediátrico, essa mesma visão em olhar aos pais de uma maneira diferente, acredito ser um diferencial meu, onde reservo tempo para ouvir as angústias maternas/paternas, sabendo que preciso me auto-organizar constantemente para não influenciá-los e sim, ajudá-los no aprendizado com seu filho.

Com decorrer do tempo, comecei a atuar como docente do curso de Medicina na UNISC, na área de Pediatria, em específico na área de Neonatologia. Foi onde percebi, que os acadêmicos estavam mais interessados nas patologias dos recém-nascidos do que como estavam afetivamente os pais desses pacientes, não havendo contato em nenhum momento com algum familiar quando estavam no estágio na UTI Neonatal. A construção dessa pesquisa surgiu após várias reflexões sobre como esses acadêmicos vão caminhar e enfrentar essas situações de ruídos no decorrer de sua vida profissional se, não aprenderam durante sua graduação a enfrentar esses medos. Refletindo sobre a formação dos acadêmicos, que surgiu a problemática da pesquisa pois percebi o quanto seria importante a eles esse enfrentamento de determinadas situações perturbadoras. Decidi iniciar minha trajetória como aluna especial no programa de Mestrado em Educação na UNISC em 2009, onde me identifiquei muito com a Linha de Pesquisa Aprendizagem, Tecnologia e Linguagens em Educação me apresentando outras formas do pensar complexo. No início tive muitas dificuldades em conseguir conciliar o pensamento complexo com a minha realidade em formação intensivista. Realizei a prova do Programa, sendo aprovada com sucesso. Foram dois anos de estudos e de muita aprendizagem pois no início não conseguia me achar com muitos autores desconhecidos para mim até então. Foi com a ajuda dos professores do Programa e de muita paciência dos mesmos, que consegui qualificar meu projeto e gerar os dados para serem analisados.

*Em relação a esta inquietude que descrevo é que me pergunto: como fazer para que o acadêmico de Medicina, que está no internato, no seu estágio na pediatria, se sensibilize vivendo um ambiente com ruídos e com desafios que complexifique a sua formação como ser humano profissional e por inteiro?*

Após ter o problema que, para mim sempre estava muito presente pois sempre soube o que me perturbava, apresento o *objetivo geral* do trabalho que foi *provocar o desenvolvimento de um pensar complexo e sua auto-organização através da formação cognitiva e afetiva do acadêmico de Medicina frente a um ambiente de stress/ruído na UTI Neonatal do Hospital Santa Cruz.*

Após definido a problemática e o principal objetivo, seguiu-se com os *objetivos específicos*:

*I. Criar um ambiente que oportunize a complexificação dos acadêmicos avaliando a emergência de cada um como pessoa e sua auto-organização através dos sinais afetivos e cognitivos que apresentar/demonstrar.*

*II. Acompanhar o processo de organização afetiva/cognitiva dos alunos na UTI Neonatal através da sua visão holística frente a uma situação de stress/ruído provocado pelo recém-nascido prematuro.*

*III. Contribuir com uma nova postura para a formação do médico em termos de subjetividade, afeto e auto-organização pessoal através de uma nova visão do acadêmico na formação de seu comportamento subjetivo e afetivo com os familiares do recém-nascido prematuro.*

Justifico minha intenção nesta pesquisa, pois lido há muitos anos com o atendimento a recém-nascidos que ficam internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, necessitando acompanhar essas famílias por um período longo onde existem vários conflitos e angústias. Com a docência percebi que os acadêmicos não tinham noção sobre o como agir perante essa situação subjetiva e sim, somente apresentavam o conteúdo teórico, ou seja, o modelo biomédico. É neste momento que o profissional da saúde que está atendendo a esta família precisa ter uma postura de conduta, de firmeza quanto a seus atos e acima de tudo, conduzir essa formação do vínculo afetivo. Sabemos que o maior problema epistemológico de nossa cultura é a extrema dificuldade de lidar com tudo aquilo que é subjetivo e qualitativo. Eu, como educadora do curso de Medicina tenho que mostrar aos acadêmicos que este tipo de experiência não se encontra nos livros e sim, na vivência diária, pois o cuidador tem uma função importante na formação específica deste vínculo pois o período que precede e se segue ao parto é vivido pela mãe com grande desestabilização emocional que, se por um lado a torna sensível e intuitiva, pode também trazer à tona ansiedade excessiva que será depositada na relação com o bebê.

O contato com este tipo de perturbação na prática médica é muito abrangente e significativa para a formação de um bom profissional onde se focaliza muito a formação da subjetividade, através da busca da simplicidade até uma melhor representação do real.

Minha proposta na pesquisa foi criar situações (ruídos) para os acadêmicos e avaliar suas reações frente às conversações feitas com os familiares do recém-

nascido prematuro que estava na UTI Pediátrica, revendo seus conceitos de auto-organização e reflexão sobre situações especiais.

Essa abordagem feita com os acadêmicos tornou-se complexa devido a provocação de uma revolução paradigmática em cada um, revendo seus conceitos e atitudes através de sua emergência. Através da teoria da autopoiese de Maturana e Varela (1998, p. 35) podemos afirmar que cada ser humano apresenta uma autocriação constante conforme os ruídos enfrentados, fazendo uma auto-organização.

Atribuo a importância desta dissertação de poder contribuir e fazer parte de uma Disciplina da Graduação de Medicina pois percebi os medos e a felicidade de cada acadêmico em fazer parte dela, conseguindo colocar na prática situações tão difíceis de serem enfrentadas, havendo uma formação mais complexa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

*“Na vida de cada pessoa, grande parte da alegria e da tristeza gira em torno de ligações ou relacionamentos afetivos – estabelecendo-os, rompendo-os, preparando-se para eles e ajustando-se à sua perda pela morte”*  
(Klaus e Kennel)

A equipe multiprofissional é fundamental no processo de humanização e na educação aos pais dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, pois contribui na atenção à saúde da criança, respeitando os sentimentos e devolvendo a estes o exercício de suas funções parentais. Estes, em estado de choque produzido pelo inesperado nascimento do bebê prematuro, necessitam do apoio e da segurança da equipe para elaborarem seus sentimentos e superarem suas resistências, a fim de conseguirem sair do lugar de quem não sabe a respeito do filho, lugar de impotência, para assumirem o lugar de quem também sabe a respeito do filho, lugar de pais. Essa vivência de formação do apego é importante para a formação acadêmica do acadêmico de Medicina pois não é algo que se aprende na aula teórica e, sim no convívio com os pais que estão diariamente em luta pela sobrevivência de seu filho.

Os estudos sobre as relações iniciais de afeto entre mãe e bebê (KLAUS e KENNEL,1993) mostram que a formação e o estabelecimento dos vínculos afetivos são fundamentais para o desenvolvimento das crianças. Os vínculos afetivos são reconhecidos como promotores da capacidade do indivíduo em reagir de forma positiva em situações adversas, nas diferentes etapas da vida. Quando algo vai mal nos momentos iniciais da ligação afetiva, encontramos riscos de aparecimento das morbidades precoces no campo da psicossomática, nas relações familiares e sociais, bem como falhas no desenvolvimento global da criança.

A chegada de uma criança na família traz novos sentimentos, emoções e tarefas que determinam novos arranjos na configuração e nos papéis de cada membro do grupo familiar. O bebê, tanto no período fetal como no início da vida, está submerso em sensações corporais internas ou de seu ambiente circundante, necessitando, para entendê-las, de cuidadores afetivos e contínuos que rotineiramente pensem por ele e ofereçam significados a todas suas experiências. A companhia dos pais oferece ao bebê segurança e estabilidade em função da

atenção e disponibilidade no reconhecimento de suas necessidades. Ao mesmo tempo faz com que o recém-nascido receba estímulos que o fazem sentir-se como pertencente ao seu grupo familiar e social.

A formação acadêmica, apesar de todos os louváveis esforços para torná-la instrumento de humanização, acabou por se constituir num conjunto de práticas alheias às necessidades dos seres humanos e, por esse motivo, dificultando o acoplamento com a realidade. Essas dificuldades trazem sofrimento aos sujeitos envolvidos nos processos educativos porque atingem o âmago do processo de construção do conhecimento entendido aqui como inseparável da ontogenia dos sujeitos (PELLANDA, 1992). Apesar de todo o avanço das ciências cognitivas, das neurociências e das pesquisas a elas associadas, a escola ocidental, de modo geral, respeitadas importantes exceções, continua desconhecendo ou simplesmente não usando nas suas práticas pedagógicas alguns princípios fundamentais que estão a emergir com as ciências da complexidade e que dizem respeito a questões epistemológicas, ontogenéticas e neurofisiológicas principalmente.

Conforme Nietzsche (1983) já salientava: *“Aprender a pensar: nossas escolas não têm a menor idéia do que isso significa”*. Demonstra a abordagem da realidade e do conhecimento nos tempos atuais, afastando a filosofia e a ciência das emoções, ou seja, deixando os acadêmicos muito teóricos, com pouca prática de vivência e pouca visão subjetiva e complexa.

Maturana (1994) pergunta: *“O que é o humano?”*, e para ter a resposta ele procura na amorosidade e na linguagem, praticando uma ampla abordagem da Biologia. Ele afirma, então, que nós, seres humanos, somos seres lingüísticos, amorosos e, ao mesmo tempo determinados por certa estrutura biológica, ou seja, a linguagem, os laços amorosos e um funcionamento cognitivo autônomo nos constituem como seres humanos. Ele quer dizer: constituímos-nos como humanos quando criamos laços amorosos com linguagem articulada e quando ela, simultaneamente, desenvolve-se graças aos laços afetivos que vamos estabelecendo filo e ontogeneticamente.

Para explicar tudo isso, Maturana juntamente com Varela desenvolveram a Teoria da Biologia do Conhecer (MATURANA e VARELA, 1980), onde os conceitos chave são a autopoiese e a rede, que couberam perfeitamente nesta pesquisa pois trata-se de um par complexo em que o primeiro remete para as questões de auto-regulação do vivo como sistema fechado (ou seja, o nascimento não esperado do

filho prematuro) e o segundo, para a dimensão de conectividade quando os seres vivos se abrem para o exterior (ou seja, a necessidade da formação de rede no apego).

Conforme Maturana (1990) desenvolveu a Biologia da Cognição onde refere que a vida é um processo de conhecimento, se o objetivo é compreendê-la, é necessário entender como os seres vivos conhecem o mundo.

## **2.1 Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes**

As tribulações e conflitos dos pais de bebês prematuros, em aprender a lidar com seus bebês, me proporcionou um estímulo para explorar como os pais desenvolvem um íntimo apego a esses recém-nascidos. A maioria dos estudos sobre o apego pais-bebê eram focados sobre pais de bebês a termo (são os recém-nascidos que nascem no período certo de gestação), porém nos últimos anos foi mudado o foco de atenção para os pais que enfrentam o nascimento de um bebê prematuro, o qual necessita permanecer em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

O primeiro livro de neonatologia escrito por Budin (1907), denominado *The Nursling* (O Lactente), foi descrito sobre o atendimento ao recém-nascido enfermo: “Infelizmente... um certo número de médicos abandonavam os bebês cujas necessidades não tinham como atender, e pelos quais perdiam todo o interesse. A vida do pequeno paciente era salva, mas às custas da mãe...” (KLAUS E KENNEL, 1993, p.171). Budin recomendava que as mães mantivessem o estímulo ao seio e idealizou o uso de incubadoras com paredes de vidro que permitissem a visualização do bebê pela mãe. Um jovem discípulo de Budin levou à Exposição de Berlim em 1896 as novas técnicas de tratar seus prematuros, apresentando a *Kinderbrutanstalt* (chocadeira infantil). Tornou-se referência em tratar prematuros, porém ele seguiu todos os preceitos de seu mestre Budin, com exceção de um de que não permitia que as mães ajudassem no cuidado de seus bebês. Ele tinha dificuldades em convencer essas mães a levarem seus filhos para casa quando atingissem 2500 gramas de peso. Até 1945-1960, continuava refletindo essas tradições, onde era recomendando apenas o manuseio mais essencial do bebê pela mãe, havendo uma política de isolamento de quaisquer visitantes, inclusive os pais aos prematuros internados. Na mesma época, do outro lado do Oceano Atlântico, F.

J. W. Miller estudava o atendimento de bebês nascidos em casa com peso maior de 1650g, concluindo que o atendimento domiciliar era mais seguro, do ponto-de-vista das infecções, mais econômico e o mais importante, melhorava a integração da família. Conforme relatos antigos de Miller(1948): “... *cada membro da família deveria ter tarefas especificadas, de modo que todos os interessados seriam envolvidos e todos teriam um sentimento de realização, dando ao bebê um bom começo junto à família...*”(KLAUS E KENNEL, 1993 P.173). O cuidado doméstico para com o bebê prematuro não se difundiu nos Estados Unidos, permanecendo confinado à Inglaterra e Europa, apenas em final da década de 50 e início de 60 foram feitas as primeiras observações de pais de bebês prematuros e doentes, porém eles ainda permaneciam longe dos berçários.

Na década de 80 foram dados notáveis passos em direção à melhora tanto da taxa de sobrevivência quanto da qualidade dos sobreviventes das unidades de atendimento intensivo para neonatos. Existia um imenso interesse nas habilidades e características dos bebês que saiam da unidade de terapia intensiva e suas interações com a família, ou seja, com uma atenção delicada ao bem-estar do recém-nascido antes, durante e após o nascimento. O bebê prematuro era capaz de sobreviver.

## **2.2 Reações parentais ao nascimento de um bebê prematuro**

Prugh (1953) enfatizou que é essencial que a mãe veja o seu prematuro tão logo seja possível, após o nascimento, para que se minimizem as fantasias assustadoras que ela pode alimentar e, para ajudá-la a começar o processo de lidar com qualquer lacuna emocional (que seria o alheamento nos sentimentos que qualquer nova mãe experimenta no início do relacionamento com seu bebê). A mãe prepara-se para a perda de seu filho até o exato momento que leva o bebê para casa, pois na unidade de terapia neonatal lida-se com a vida e a morte. A mãe de um bebê prematuro tende a ser mais imatura, encontra-se em conflito com seu papel de mãe e mulher, necessitando apoio emocional externo. O contato frequente entre pais-filho pode construir relacionamentos a longo tempo duradouros e sustentáveis, porém o preço emocional é alto. Para a mãe de um bebê prematuro conseguir estabelecer um relacionamento mãe-filho saudável, são necessárias quatro tarefas psicológicas conforme Kaplan e Mason (1960):

1) Quando do nascimento do bebê, a mãe deve-se preparar para uma possível perda do filho cuja vida está em risco. Este “luto antecipatório” envolve uma retirada do relacionamento previamente estabelecido para com a criança em seu útero. Ela espera que o bebê sobreviva, mas, ao mesmo tempo internamente, prepara-se para sua morte.

2) A mãe deve encarar e conscientizar seu sentimento de fracasso, como mãe, se não dar à luz a um bebê normal a termo.

3) A mãe deve reassumir o processo, que foi interrompido, de relacionamento com seu bebê. Anteriormente, ela preparou-se para uma perda, mas, a medida em que o bebê melhora, deve agora responder à mudança com esperança e expectativa.

4) A mãe deve conseguir entender o quanto um bebê prematuro difere de um bebê normal, em termos de necessidades especiais e padrões de crescimento.

A ideia principal deve ser de que a mãe não precise começar a se preparar para a morte, se receber um apoio extra e um contato inicial com seu bebê na primeira hora de vida. Acredita-se que essa mãe terá um conjunto de tarefas se as acomodações físicas do hospital e seus contatos com a equipe de saúde estiverem canalizados para dar, tanto à mãe como ao bebê, uma atenção especial que a situação enfrentada exige. Conforme Mason (1963) apresentou um estudo no qual ele previu a qualidade do relacionamento inicial mãe-filho a partir de informações coletadas com as mães de bebês prematuros durante sua estada na incubadora. Mason descobriu que certos aspectos dos mecanismos utilizados pela mãe, para enfrentar essa situação, eram extremamente úteis para a previsão da natureza de seu relacionamento com seu filho após alta. Era previsto uma boa evolução se a mãe expressava um nível razoavelmente alto de ansiedade, se buscava informações sobre a condição de seu bebê e se mostrava sentimentos intensos com relação a este. Já, se a mãe mostrava um baixo nível de ansiedade e atividade, as probabilidades eram de seu relacionamento com seu bebê estarem comprometidas. Essas mães frequentemente negam que estavam ansiosas e dirigiam suas preocupações para outras questões que não a condição do bebê, faltando o apoio da família, demonstrando pouco sentimento materno.

O pediatra deve estar atento ao acompanhamento após a alta deste bebê prematuro, pois as famílias passam por fases de adaptação. Na primeira fase (primeiros 7-10 dias), ocorre o *excitamento* pois estão eufóricos com a vinda do seu

bebê para casa. Após, ocorre o período de *exaustão* em que a euforia desapareceu e a mãe tem muitas pequenas queixas com o manejo deste bebê, principalmente relacionadas com a alimentação. Esta fase pode durar até quando o bebê iniciar com sorrisos, o que pode levar algumas semanas. Neste período após a alta, torna-se muito importante o acompanhamento feito por um profissional capaz de orientar a superar esses obstáculos.

### 2.3 Intervenções junto aos pais

Podem ser feitas várias intervenções junto aos pais a fim de ajudá-los a lidarem com a situação estressante de terem um bebê prematuro. Essa intervenção ajuda a colocar para os pais que a situação que estão passando está relacionada a uma aprendizagem mútua deles com o bebê enfermo. Neste sentido, esta dissertação se aproxima bastante dos trabalhos em epistemologia de Humberto Maturana, com contribuições valiosas para as políticas de formação e o entendimento dos complexos processos de aprendizagem, principalmente, tomando como referência os conceitos de auto-organização, ruído e hipercomplexidade. Deve-se ser levado em consideração o ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal para poder considerar algumas intervenções:

❖ Abertura da unidade intensiva aos pais: A ameaça de infecções foi um impedimento para o ingresso dos pais nessas unidades devido ao medo que os pais trouxessem agentes patogênicos, porém com os estudos houveram mudanças, pois ficou comprovado que a lavagem das mãos dos pais e da equipe diminuía o risco de infecções, conseqüentemente aproximando essa família da unidade. Essa aproximação com a entrada na unidade mostra um maior comprometimento com seu filho, mais confiança em suas capacidades como mães e maiores habilidades de estimulação e atendimento ao bebê. Conduzir a mãe para próximo de seu filho: possibilitando que a mãe visite e cuide de seu bebê no período pós-parto inicial. Se for caso, transfira essa mãe para o mesmo hospital que seu filho foi transferido para poder iniciar o quanto antes a aproximação do binômio.

❖ Proporcionar o alojamento conjunto para as mães de bebês prematuros: nesses casos permite a presença da mãe sempre próximo de seu filho, começando a assumir a tarefa de cuidar de seu bebê, ter menos ciúmes da equipe, trocar experiências com outras mães que estão na mesma situação, conseqüentemente

adaptando-se melhor ao nascimento de um bebê prematuro. Pode ocorrer que muitas vezes, quando a mãe não consegue permanecer nesse alojamento especial, interna-se a mãe para ela aprender a alimentar seu filho com cuidado, perceber quaisquer alterações e tirar suas dúvidas, conseqüentemente melhorando sua autoconfiança em levar seu filho para casa. Uma vez que a segurança das mães esteja instalada pode-se pensar em alta precoce deste bebê prematuro. A alta precoce é válida, desde que os pais recebam o apoio necessário, alguém que os escute e esclareça suas dúvidas.

❖ Escutando os pais durante a hospitalização do bebê: A reação mais frequente é um sentimento de fracasso, sendo um comentário típico dos pais, em específico das mães, onde elas consideram como tendo um defeito pessoal/físico (sentimento de culpa) pelo nascimento de seu filho prematuro. O afastamento de seu filho faz com que este sentimento de fracasso aumente mais ainda, sendo considerado como uma profunda ferida por causa de seu baixo peso, aparência física decepcionante e com uma patologia associada. O nascimento de um bebê prematuro é um severo golpe à auto-estima dessa mãe, às suas capacidades de maternagem e ao seu papel feminino. O sentimento de culpa referido interfere de várias maneiras: primeiro no estabelecimento do relacionamento com seu filho pois se considera incapaz de protegê-lo; e segundo, interfere no contato com a equipe médica para obter informações, onde muitas vezes esta equipe também não está preparada na parte cognitiva /afetiva para responder aos questionamentos desses pais.

## 2.4 Aprendizagem e Vida

*O que é aprender? O que é viver?  
Aprendizagem encontra-se separada da vida?  
Educação é vida ou preparação para a vida?  
(Maria Cândida Moraes, 2003).*

Essas questões vem sendo discutidas há muitos anos porém mais recentemente, por Maturana e Varela (1997), com a teoria da autopoiese que explica o padrão de organização dos sistemas vivos e como a aprendizagem humana acontece. Muitas vezes permanecemos apegados ao velho modelo mecanicista,

cartesiano, que além de separar o mundo do sujeito e o mundo do objeto, continua separando a cognição e vida, razão e emoção, matéria e espírito, indivíduo e meio ambiente... Este tipo de pensamento fragmentado exclui o pensador de seu próprio sentir-pensar, que desconecta o corpo da mente, o indivíduo do contexto, acreditando que o passado e o futuro não tem nada a ver com as coisas que acontecem no presente. Os gregos foram os pioneiros na transformação do modo de pensar sobre si e sobre o mundo, pois foi a partir do Renascimento que surgiram os abalos que fizeram com que o humano se voltasse para o mundo e a si próprio, tendo uma forte tendência para a simplificação, fragmentação, reducionismo, que se configuram em decorrência das idéias de René Descartes, onde seu modelo de entendimento baseava-se em o universo e o homem como máquinas, dando uma ênfase maior a crença de que o pensamento, através de sua famosa frase: “Penso, logo, existo!”. Segundo Pellanda (2001), esse é o paradigma da simplicidade. Já sabemos que isso mudou pois a própria ciência demonstra que o universo já não está somente fora de nós, mas dentro de cada um e que o nosso corpo é parte da terra, um sistema vivo que tem a sua própria vida e sua própria história. Cada ser humano carrega dentro de si o mundo em que se vive e que pretende viver, ocorrendo uma auto-organização. A esta capacidade de auto-organização da vida, Maturana e Varela (1997) denominaram de autopoiese.

Existem várias teorias que representam os aspectos ou dimensões do fenômeno que integra vida e aprendizagem. O olhar autopoietico da teoria biológica desenvolvida por Humberto Maturana e Francisco Varela (1995; 1997) oferece um arcabouço científico coerente com o novo pensamento científico e que, de modo efetivo, supera a visão cartesiana do funcionamento dos sistemas vivos que constituem o universo. Ela reconhece que mente e matéria são dimensões do fenômeno da vida e que o processo de cognição nada mais é do que o próprio processo da vida. Compreende o cérebro como parte de uma estrutura através da qual a cognição opera, mas que não é a única estrutura responsável pela construção do conhecimento. Para eles, toda estrutura do organismo participa do processo de cognição, reconhecendo a importância do processo de interação existente entre os sistemas nervoso, imunológico e endócrino e que se constituem uma única rede cognitiva. Eles trazem uma visão central de que a cognição – processo de conhecer – é muito mais amplo do que a concepção do pensar, raciocinar e medir, pois envolve a percepção, a emoção e a ação, tudo que constitui o processo da vida,

como elementos fundamentais constitutivos da dinâmica da vida. Sua teoria possui uma relação estreita com os Princípios da Complexidade.

## **2.5 A Biologia da Cognição e a autopoiese**

A teoria da autopoiese surgiu como uma consequência aos estudos de cientistas sistêmicos sobre a organização dos seres vivos, os estudos sobre as redes como padrão de vida (CAPRA, 2004). Dentro do corpo humano existe uma circularidade, havendo uma retroalimentação, ou seja, as redes – que não são lineares, tornam-se organizadas, possuindo a capacidade de regular a si mesmas. Um nome de destaque foi Heinz Von Foerster (1996) onde destaca em uma de suas obras o princípio da auto-organização dos fenômenos e o conceito da vida como um sistema fechado para a informação e aberto para as trocas de energia com o ambiente, surgindo em seguida a Biologia da Cognição. Ele defende a inclusão do observador na realidade observada. Conforme PELLANDA (2009, p.01): “Trata-se de uma biologia complexa na medida em que não separa conhecer do processo de viver”.

A visão cartesiana de separação de corpo e mente, razão e emoção, indivíduo e ambiente, não faz sentido na Biologia da Cognição. O processo de vida é o próprio processo de conhecer, viver é aprender continuamente, onde somos o que vivemos. Lembremos da frase de Maturana e Varela (2001, p.32): “todo fazer é um conhecer e todo conhecer é um fazer”. Nossa vida é uma circularidade de experimentações, que nos modifica a cada ação. Viver é ao mesmo tempo aprender, experimentar e fazer. Daí a inseparabilidade entre ser/fazer/conhecer/transformar-se. O mundo é constituído por seres vivos, o meio, a ordem que os organiza, a interação e a relação entre os seres vivos com o meio. Nesta relação, os seres vivos constroem o mundo por meio do seu viver, o mundo também constrói o viver de cada ser vivo que se auto-reproduz. “A auto-reprodução acontece quando uma unidade produz outra com organização semelhante à dela mesma, mediante um processo de acoplamento ao processo de sua própria produção” (MATURANA e VARELA, 2001, p. 95). Portanto, o ser vivo quando em interação na convivência, consegue se acoplar com outro ser vivo e com o meio, havendo a auto-reprodução por meio da autopoiese.

Esta proposta teórica defende que os organismos são sistemas fechados que se auto-organizam e produzem um sistema vivo autônomo, que só existem na

relação com o meio e outros seres que compartilham a convivência, recebendo e gerando estímulos, para os quais desenvolvem respostas, na forma de acoplamentos estruturais, defendem que a interpretação do mundo não é algo objetivo, como pretendiam os cartesianos, mas algo que depende do que acontece no ser vivo em termos estruturais.

A concepção de cognição para Humberto Maturana (2001) trata de trazer a vida como centro de todos os processos sistêmicos, crendo numa perspectiva do humano como integrado com os demais, resgatando o lugar da vida, da afetividade nos relacionamentos e ações dos seres humanos. A exemplo do descrito, o autor considera a cognição um processo em que os sujeitos convivem uns com os outros transformando o seu modo de viver neste espaço de convivência. Para Maturana e Varela (2001, p. 32), “todo ato de conhecer faz surgir um mundo”. O processo de conhecimento caracterizou-se, assim, por um constante reconstruir-se, reelaborar-se no mundo e em relação com o mundo.

O conceito central da teoria de Maturana e Varela foi por eles cunhado de Autopoiese, com o intuito de dar um conceito sobre como os seres vivos interagem, em um durável processo cognitivo, com a vida e com o próprio conhecimento: “Os seres vivos se caracterizam por produzirem de modo contínuo a si próprios, o que indicamos quando chamamos a organização que os define como organização autopoietica” (MATURANA e VARELA, 2001, p. 52).

A palavra autopoiese originou-se de dois termos gregos, fazendo-se uma união entre os mesmos *auto* (por si mesmo) e *poiesis* (criação), significando, assim, autoprodução, autocriação, definindo os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos. Esses sistemas são autopoieticos por definição, porque recompõem continuamente os seus componentes desgastados. Pode-se concluir, portanto, que um sistema autopoietico é ao mesmo tempo produtor e produto. As modificações no ser humano são intensas, e o meio funciona como fonte de perturbação do humano, esses dispositivos mobilizam transformações. Conforme Maturana, (2000) podemos caracterizar os seres vivos como sistemas determinados por estruturas, ou seja, o que for que se impõe a eles, não especifica o que acontecerá neles, mas desencadeia uma mudança determinante no sistema e não no agente causador (MATURANA, 2000).

Para esses autores a vida se configura como uma rede ou teia de interações, não existe separação e sim cooperatividade na circularidade, onde todos os

componentes participam mutuamente de transformações, segundo aponta Moraes (2003). Interações com outras máquinas e com o meio; promovem a transformação da sua estrutura por meio de perturbações e compensação das perturbações. Nisso consiste a cognição, no modo como um organismo funciona frente a um determinado tipo de perturbação.

O acadêmico sendo autônomo, seu comportamento sempre é relacional, o resultado dessa relação entre meio e ser vivo, a história de suas mudanças estruturais em concordância e em face a perturbações, é chamado de “acoplamento estrutural”. “Trata-se de um processo constituinte e recursivo dos seres humanos que funciona de forma integrada com a cognição. O conceito de autopoiese, surgido no domínio da Biologia, pode ser estendido ao domínio social, compreendendo-se como processos de aprendizagem na convivência. O conceito ampliado de autopoiese sustenta os métodos de comunicação que determinam a constante reelaboração e complexificação dos sujeitos, conforme Maturana (1997). Reafirmo que esse entendimento só pode ser satisfatoriamente proporcionado por meio do pensamento complexo. No entanto, ainda vivemos em uma cultura formatada com resquícios do pensamento cartesiano.

A autopoiese, devido ao fato de girar em torno de um ponto elementar do processo da vida, a sua circularidade, repercute profundamente na área da saúde. Segundo Maturana (1997), nós configuramos a vida com os nossos atos e, como consequência, esses atos rebatem novamente sobre nós. No desdobramento de suas pesquisas biológicas e retomando a Biologia do Conhecer para ampliá-la pensando os fundamentos do humano, Maturana elabora a teoria da Biologia do Amor. Para esse cientista, o amor é a emoção básica do viver humano, o amor, como constitutivo emocional do humano, é o que fundamenta os fenômenos sociais, as interações entre os seres humanos. Isto tudo significa uma aproximação harmoniosa entre ciência, filosofia e sabedoria de vida, permitindo uma sintonia maior entre nossa maneira de ver o mundo e a realidade que vivemos.

### ***E o que é aprender sob o ponto de vista autopoietico?***

Aprender, sob a visão de Maturana e Varela (1995) resulta de uma história de interações recorrentes, onde dois ou mais sistemas interagem em diferentes momentos da vida. Para esses autores, o aprender teria que ser algo diferente de

captar um objeto externo, já que num processo interativo o que se passa a um indivíduo depende de sua estrutura, de sua ação e atuação sobre o meio ambiente. O fenômeno da educação e da aprendizagem é também um fenômeno de transformação na convivência e o aprender se dá na transformação estrutural que ocorra a partir da convivência social. Essa teoria reforça a idéia de que somos responsáveis por nossas escolhas, por nossas ações e essas criam o ambiente e o mundo em que vivemos. Para Maturana, o fenômeno educativo configura um mundo que será vivido segundo o que seja a qualidade dessa convivência, a qualidade das conversações que se estabelecem. Reconhece que a educação tem tudo a ver com o tipo de mundo que queremos e o que cada um constrói é um mundo em comunhão.

Por isso, o que é viver? Viver é experimentar algo novo a cada dia e a cada momento. É organizar nossas experiências no tempo e no espaço, reorganizá-las a cada instante, construindo e reconstruindo nossos pensamentos. Se a vida é experiência e viver nada mais do que estar experimentando algo novo a cada dia e a cada momento, então a vida nada mais é do que um processo de contínua aprendizagem, através do qual construímos a realidade e o saber. Como tudo está relacionado com tudo, através de uma teia, a grande teia da vida, viver nada mais é do que conviver. É viver junto a potencialidade, a beleza, o encantamento e a magia que o universo nos oferece com toda sua complexidade, majestade e grandeza; é saber escutar a mensagem um do outro. Viver é poder celebrar a vida com toda sua grandeza e beleza, é aprender a dançar com a vida com flexibilidade, alegria, encantamento e leveza. Viver é aprender a se relacionar. É aprender a cuidar do outro com o mesmo carinho e a mesma devoção com que cuidamos de nós mesmos. Pensando assim, concordo com Maturana que reconhece o amor como base do saber viver, esclarecendo que somos seres dependentes do amor para que possamos alcançar a biologia de como saber viver. O amor é para ele “o domínio das ações que constituem o outro como um legítimo outro em convivência com o uno” (MATURANA, 1999, p. 46). No mundo sabemos que é muito mais flexível do que a forma como o ser humano se apresenta diante dos fatos da vida, pois somos nós com regras e códigos que fragmentamos o nosso ser e criamos muitas dificuldades no nosso viver/conviver.

Se pensarmos de acordo com a Teoria Autopoiética, a mente das pessoas não é uma coisa pensante como Descartes pregava, mas sim um processo de conhecer

que se confunde coma própria vida. Esse tipo de ruído devemos provocar em nossos acadêmicos de Medicina diante de situações de *stress*. Conforme Maturana e Varela (1999), tudo o que acontece na vida de um sistema vivo, surge a partir de mudanças estruturais que sua própria biologia permita. A cognição envolve dois tipos de atividades que estão intimamente envolvidas: a constante e persistente manutenção da auto-poiese e a criação do mundo. Esse mundo que não é predeterminado, independente do sujeito, mas sim gerado por um organismo no processo de viver/conviver e que sempre estará relacionado a estrutura do seu organismo e as experiências vividas. Isso tudo nos leva a compreender de uma maneira diferente que ensinar não é instruir, não é fornecer dados e informações. “Ensinar é proporcionar um âmbito experiencial” (MATURANA, 1999, p. 115). É criar circunstâncias para que o aprendizado aconteça porém nem todas perturbações do meio causam mudanças no nosso sistema vivo e isso observamos na capacidade de que cada um tem de absorver apenas determinados estímulos, provocando sérias implicações na aprendizagem, ou seja, a vida é um processo de cognição vivido diariamente. Para Varela (1997, p. 109) “cognição é ação efetiva: história do acoplamento estrutural que faz emergir um mundo”. A cognição envolve a temporalidade do viver/conviver e o compartilhamento do mundo comum através da linguagem, das emoções e dos pensamentos que criamos, vivemos e pretendemos conviver. Desta forma, Maturana e Varela (1990), concluíram que “viver é conhecer e conhecer é viver”. Através desta citação, pretendo investigar a emergência da cognição e subjetividade caminhando juntas na formação do acadêmico de Medicina. Conhecer é experimentar algo novo a cada minuto, a cada instante. Desse modo, a vida e a aprendizagem não estão separadas, já que a cognição envolve todo o processo da vida, incluindo a emoção e o comportamento, ou seja, as nossas ações estão entrelaçadas com as nossas emoções.

Atlan usa o princípio da “ordem pelo ruído” de Von Foerster ao desenvolver a sua teoria da complexificação pelo ruído mostrando como os seres humanos dão sentido às suas vidas ao produzirem diferenças, complexificando-se (ATLAN,1992). O conceito de aprendizagem complexa mostra que a partir do ruído, os seres vivos se organizam e aprendem respondendo às perturbações provocados pelo ambiente. Clara da Costa Oliveira (1999, p.14) esclarece o pensamento de Atlan: “Henri Atlan vai enriquecer muito a perspectiva de Von Foerster porque vai conceber um princípio explanatório da “ordem pelo ruído” em que o observador assume a sua existência e

o seu poder descritivo. Mas Atlan vai mais longe porque formaliza matematicamente esse tipo de organização complexa, tanto no que se refere à sua dinâmica interna, bem como no que respeita à sua dinâmica global. Ele estabeleceu formalmente também a existência de sistemas hierarquizados com mais que um observador. Em todos eles se produz ordem, significação num nível do sistema que é desordem e ruído para outro nível do sistema, ou metassistema”. Trata-se do princípio da complexificação pelo ruído e ele foi criado para se compreender como aprendiam os seres vivos, isto é, se auto-organizavam. Com a organização a partir da desordem, segue as considerações de Atlan (1992):

[...] o princípio de complexidade através do ruído também pode funcionar no nível da organização de nosso sistema cognitivo. Também aí, o novo e o aleatório são integrados na organização evolutiva, servindo-lhe até mesmo de alimento. Também aí, é como se fabricássemos ininterruptamente a organização a partir do caos. Assim, a interpretação é apenas a exibição como memória de mecanismos de fabricação de sentido a partir do contrasenso, os quais, sem isso, se desenrolaria de maneira quase automática e, evidentemente, inconsciente (ATLAN, 1992, p. 123-124).

O contato dos acadêmicos de Medicina junto aos pais de um recém-nascido prematuro que se encontrava dentro da UTI Neonatal por um período prolongado me fez pensar sobre as transdisciplinares que não são lineares, sem determinismo, porém auto-organizativas (através da instabilidade do momento) e emergenciais (sempre em busca de novas idéias/esperanças) constituindo as características básicas dos fenômenos complexos. Atlan no seu livro “Entre o Cristal e a Fumaça” vem nos dizer que os seres vivos não são estáticos e rígidos, como os cristais. Tampouco são evanescentes e transitórios, como a fumaça. Entre repetição e a simetria perfeita de um lado, e a imprevisibilidade completa, de outro, a natureza criou uma forma de organização, ainda largamente misteriosa, na qual substâncias, células e tecidos são continuamente renovados, mas a estabilidade do conjunto se mantém. Para Atlan, presente no mais simples dos organismos e impossível de ser mimetizado na máquina mais complexa, esse processo de auto-organização, que não é outra coisa senão a criação de ordem a partir da desordem, toca no próprio segredo da vida. (Atlan, 1979)

## 2.6 Acoplamento estrutural

O ser vivo possui uma estrutura modificável e um organismo permanente, não vivendo isolado, pelo contrário, ele emerge em um meio do qual se distingue, ao mesmo tempo em que vive adequadamente nesse mesmo meio. Esse sistema vivo torna-se capaz de viver nesse meio, e as interações resultam em outras interações que novamente desencadeiam inúmeras mudanças de estado interno do organismo que devem ser congruentes com as modificações do meio de onde ele se distingue e vive.

Conforme Maturana e Varela (2001), o termo correto para apresentar o descrito é acoplamento estrutural, onde o desenvolver dos seres vivos ocorre numa relação paradoxal com o meio, que resumidamente significa a mútua transformação que ocorre entre o organismo e o contexto na manutenção da vida. O acoplamento estrutural ocorre diante de todo e qualquer fenômeno social.

O acoplamento estrutural é uma estrutura necessária para garantir a continuidade de uma determinada linhagem, no sentido de estabelecer consensos que permitam a manutenção da ontogenia. O acoplamento se dá por meio das condutas coordenadas e por meio da informação, como classe particular de uma conduta que ocorre no operar dos organismos em sistemas sociais. A informação ou comunicação resulta da perturbação a uma reação do sistema que possibilita uma seleção dinâmica dos elementos constituintes do entorno do sistema. Cada ser vivo e o meio, ao acoplar-se, se autoproduzirá de maneira particular, mas recorrente. Então, por meio do acoplamento estrutural entre seres vivos e os seres vivos e o meio, possibilita a colaboração e a cooperação entre os mesmos, configuramos os espaços de convivência.

Para Maturana (1998), aprendizagem é mudança estrutural que acontece na interação recorrente entre sujeito-sujeito e entre sujeito-meio, no entanto, as interações não são as responsáveis pela aprendizagem, apenas, são responsáveis pelo desencadeamento das mudanças estruturais como fenômenos biológicos espontâneos.

### **3 CAMINHO PERCORRIDO**

O estudo foi qualitativo e observacional de cinco acadêmicos de Medicina no internato do curso quando estavam no estágio da Pediatria, em específico na UTI Neonatal do Hospital Santa Cruz, sendo uma pesquisa-intervenção-social. O Projeto-intervenção, como o próprio título alude, fundamenta-se nos pressupostos da pesquisa-ação. Tem como base a idéia de uma relação dialética entre pesquisa e ação, supondo ainda que a pesquisa deve ter como função a transformação da realidade. No campo educacional, essa modalidade de pesquisa é bastante enfatizada, devido à relevância de seu caráter pedagógico: os sujeitos, ao pesquisarem sua própria prática, produzem novos conhecimentos e, ao fazê-lo, apropriam-se e re-significam sua prática, produzindo novos compromissos, de cunho crítico, com a realidade em que atuam. Nesse tipo de pesquisa, a prática é compreendida como práxis. Tanto pesquisador como pesquisados estão diretamente envolvidos em uma perspectiva de mudança. De acordo com Thiollent (2005): Pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. (p. 16) Ainda de acordo com o autor, o que qualifica uma pesquisa como sendo “pesquisa-ação” é a presença efetiva de uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema proposto como alvo de intervenção. Nesse tipo de pesquisa, os pesquisadores desempenham um papel ativo na resolução dos problemas identificados, no acompanhamento e na avaliação das ações desenvolvidas para sua realização. As pesquisas qualitativas são exploratórias, ou seja, fazem emergir aspectos subjetivos, cognitivos e conscientes, ou mesmo inconscientes, de maneira espontânea.

#### **3.1 Local da pesquisa**

Primeiramente o projeto foi submetido e aprovado pelo CEP ( Comitê de Ética da UNISC e do Hospital Santa Cruz) sendo após iniciado com a pesquisa. O local onde foi aplicado a pesquisa foi a Unidade de Terapia Neonatal do Hospital Santa Cruz localizada no terceiro andar deste onde os acadêmicos usaram uma sala perto

da unidade para entrevistar e dialogar com os pais do recém-nascido prematuro escolhido por mim. Nesta sala permaneceram os cinco acadêmicos de Medicina com o mesmo casal - pais de um recém-nascido prematuro, que se encontrava internado na UTI Neonatal no período escolhido. A sala de conversa fica perto da UTI Neonatal com o objetivo de não afastar os pais do setor, não deixando-os angustiados, e sim, calmos e tranquilos para poderem dialogar a vontade com os acadêmicos. Esta sala é o consultório pediátrico dentro da UTI Neonatal onde é o local utilizado para conversar com a família, sendo fornecido as notícias a respeito do paciente internado. Necessita ser um ambiente calmo e sem barulhos externos para deixar que as perturbações e os ruídos se manifestem, surgindo de maneira emergente. Ela mede em torno 12 m<sup>2</sup> onde o casal e os acadêmicos permaneceram conversando por um período em torno de 40 minutos, todos sentados confortavelmente, de uma maneira extremamente tranquila. A sala apresenta uma janela com cortina que entra luz natural, uma escrivaninha, duas cadeiras para os familiares, uma cadeira para o médico, uma pia para lavar as mãos e uma maca para exame do paciente. No dia da conversa com os pais foi colocado mais cadeiras no local para todos permanecerem sentados confortáveis e para que a conversa fosse tranquila. O casal de pais foi chamado por mim, em torno de umas duas horas antes, para conversarmos e coloquei a proposta da pesquisa com seus objetivos. Utilizei um casal de pais pois no momento da pesquisa a UTI neonatal estava apenas com uma família que se encaixasse no estudo. Deixei-os conversar por uns instantes sozinhos para resolverem se autorizavam ou não a participação na pesquisa. Após um breve período, o pai me solicitou para conversar juntamente com a mãe, dizendo que havia achado interessante a pesquisa e gostariam de participar. Argumentaram que esse estudo seria importante para a formação desses acadêmicos que passavam em seus estágios na UTI Neonatal pois em nenhum momento da internação de seu filho haviam conversado com eles, apesar de vê-los dentro da Unidade diariamente. Solicitei a autorização através do termo de consentimento que foi assinado pelo pai.

### **3.2 Conhecendo os Sujeitos**

Os sujeitos que fizeram parte do estudo foram cinco acadêmicos do internato do curso de Medicina que estavam no estágio da Pediatria no período analisado

(abril-junho de 2012), os quais por estarem dentro da UTI Neonatal apresentavam um contato mais próximo aos pais que tem filhos prematuros internados na unidade. Esse estágio é obrigatório dentro da formação acadêmica do curso, onde os acadêmicos tem contato com a Pediatria por um período de três meses contínuos. O conteúdo do estágio é dividido conforme os dias da semana onde eles permanecem na UTI Neonatal por duas manhãs e um período noturno com o objetivo de visualizar as rotinas de cada turno, vivenciando as possíveis urgências que possam ocorrer, porém não entram em contato com familiares dos pacientes em diversos momentos da evolução da patologia do prematuro. Eles permanecem sempre acompanhados por um plantonista-Pediatra que os orientam quanto às condutas a serem tomadas. Cada aluno avalia e acompanha um paciente durante seu período de estágio, sempre discutindo as condutas com o Pediatra. No caso da pesquisa aqui citada, escolhi um paciente prematuro que estava internado na UTI Neonatal no período analisado, conversei com os pais solicitando a autorização para a pesquisa e apresentei a proposta da pesquisa. Os sujeitos escolhidos foram três do sexo masculino e duas do sexo feminino. Segue o perfil de cada um:

A. Acadêmico I: D. A.V., sexo masculino, tinha 25 anos e procedente de Santa Rosa – RS.

B. Acadêmico II: G.S.S., sexo masculino, tinha 23 anos e procedente do Arroio do Tigre – RS.

C. Acadêmico III: H.B.N.N., sexo masculino, tinha 23 anos e procedente de Ibirubá – RS.

D. Acadêmico IV: P.M.E., sexo feminino, tinha 23 anos e procedente de Santa Cruz do Sul – RS.

E. Acadêmico V: T.P., sexo feminino, tinha 22 anos e procedente de Frederico Westphalen – RS.

### **3.3 Gerando os dados**

No início da geração dos dados chamei os acadêmicos e apliquei um questionário para responderem, com suas palavras, os seus medos no enfrentamento dessa situação frente aos pais. Após os apresentei aos pais e deixei-os conversando pelo tempo que eles quiseram, o qual durou em torno de 45 minutos. Ao terminar, agradei a presença dos pais e os levei até a Unidade para

permanecer com seu filho. No corredor de acesso, eles me agradeceram a oportunidade de participar e que viam, nos acadêmicos, a necessidade de colocá-los mais à frente das famílias. Esse comentário foi extremamente importante para mim como pesquisadora pois nesse momento vi o quão valioso era minha proposta de pesquisa, me deixando muito feliz.

Após retornar da Unidade, conversei com os acadêmicos e apliquei novamente a mesma folha onde constava o mesmo questionamento feito antes do contato com os pais. Eles responderam por escrito, através de uma autonarrativa e a um questionário onde constava perguntas com os objetivos específicos, solicitando a ser devolvido em um curto período (no máximo 2 dias), os quais foram muito tranquilos e devolveram no prazo estabelecido. Os comentários foram de grande valia pois estavam entusiasmados com a conversa e, os senti mais leves, pois parecia que tinham enfrentado uma guerra e percebido que não era tão ruim e angustiante como parecia.

Os dados gerados foram trabalhados por mim como pesquisadora e foram provenientes da interpretação das respostas dos cinco alunos produzidas antes e após as entrevistas com os pais do recém-nascido prematuro escolhido usando os marcadores para a interpretação. Utilizei como operadores conceituais a Biologia da Cognição através do desenvolvimento do pensamento complexo, ou seja, sua auto-poiese. Baseados no pressuposto de Maturana de que a realidade se constitui nas conversações, usei essa dinâmica (pais e acadêmicos) para ir construindo o processo de investigação da pesquisa. Segundo ele: “Tudo o que nós, os seres humanos, fazemos como tal, o fazemos nas conversações. E aquilo que não fazemos nas conversações, de fato, não o fazemos como seres humanos” (Maturana, 1999, p. 47). O que propus foi refletir sobre o processo de conversações em grupo, fazendo uma reflexão sobre o processo de constituir um conhecimento numa perspectiva autopoietica através de autonarrativas .

Eu, como pesquisadora, precisei estar atenta quanto a formação de uma postura médica em termos de subjetividade, afetividade e auto-organização de cada aluno.

A geração dos dados foi feita em etapas:

1. I Etapa: Conversei com os acadêmicos escolhidos e expus para eles os objetivos da pesquisa. Solicitei a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada um, sendo que após solicitei que fizessem uma pequena

autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos de enfrentarem tal situação. (ANEXO I)

2. II Etapa: Solicitei a autorização por escrito dos pais selecionados para ser realizada a pesquisa. (ANEXO II)

3. III Etapa: Coloquei os acadêmicos frente aos pais para realizarem a conversa e responderem aos questionamentos feitos por eles, ou seja, provoquei uma fonte de ruídos.

4. IV Etapa: Após o contato com os pais estar feito, cada acadêmico respondeu a um questionamento feito por mim: (ANEXO III)

a) Que sinais afetivos e cognitivos emergiram em cada um ao ser criado um ambiente de ruído com a presença dos pais de um recém-nascido prematuro?

b) Como ocorreu o processo de organização afetiva e cognitiva, assim como sua auto-organização, frente a situação de stress/ruídos?

c) Que contribuição essa pesquisa teve na sua formação médica?

5. V Etapa: autonarrativas dos acadêmicos após contato com os pais respondendo ao mesmo questionamento anterior o contato, colocando suas perturbações e medos após o contato. (ANEXO IV)

6. VI Etapa: Trabalho com os dados gerados.(ANEXO V)

### **3.4 Fluxo da análise dos dados – Construção dos marcadores**

#### **1) Acoplamento produzido pela proposta da pesquisa**

Este primeiro marcador utilizou as primeiras interações dos acadêmicos antes da conversa com os pais, fazendo as relações entre processo cognitivo e as perturbações geradas a partir da proposta da pesquisa em saber do enfrentamento com os pais. Ocorre acoplamento estrutural, para Maturana e Varela (2001), quando o sujeito e o meio, em relação, constituem perturbações recíprocas que implicam em transformações/conversações. Eles foram submetidos ao primeiro ruído que foi a proposta da pesquisa sem saber como seria o contato com os pais. O que provocou em cada um, ou seja, quais foram as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta. Após terem escrito, conversei com eles e percebi seus medos e suas angústias em como encarar essa situação até então não vivida no caminho percorrido desde o início da graduação. Essa inserção no projeto

da pesquisa era necessário para a construção de relações dialógicas onde deveria existir a criação de consensos e condutas, através da linguagem, como demonstra os escritos de Maturana. Questionei-os sobre as expectativas diante de fazer o contato com os pais e percebi uma relação de entrosamento, simpatia e certa liberdade de expressão.

Esse primeiro encontro ocorreu alguns dias antes de colocá-los frente aos pais. Explanei sobre a proposta da pesquisa e percebi que estavam inseguros quanto a proposta pois era algo novo para eles. Tranquilei-os e tentei uma maior aproximação deles explicando que biologicamente e cognitivamente o ser humano é autoprodutor e exerce sobre si sua auto-poiese e que essa relação em rede criada origina o acoplamento estrutural esperado. Vivenciar esse momento de aprender tornou-se enriquecedor para mim pois pude presenciar o crescimento e o desenvolvimento da autonomia de cada acadêmico, demonstrando o quanto era importante esta aprendizagem para eles – as transformações – acoplamentos.

A seguir exponho as primeiras escritas sobre a proposta da pesquisa antes do contato com os pais (ANEXO I):

*Acadêmico I: “...principal angústia em relação ao projeto é o enfrentamento da mãe....se estou preparado para responder o que ela não quer ouvir.....se terei empatia pela mãe...se conseguirei criar um vínculo com ela?....Qual o pensamento dela em relação ao acadêmico de Medicina.....”*

*Acadêmico II: “Como ter uma boa relação com a mãe sem tocá-la a fundo nos sentimentos?...Como ter uma boa relação com a mãe? ...Maneira correta de ter esse vínculo?...”*

Percebe-se claramente que esses dois acadêmicos apresentaram uma modificação na sua estrutura e essas perturbações resultaram em outras interações desencadeando mudanças no estado interno de cada um. O acoplamento estrutural ocorreu diante de um fenômeno social (que pode ser qualquer fenômeno), fazendo uma transformação entre o organismo e a sua própria visão da vida. Com essa verbalização deles percebe-se a formação do processo de conhecer, onde ocorre mecanismos próprios da natureza de cada ser vivo, a partir de seus sentimentos internos e os estímulos externos, construindo um aprendizado. Entendo que essa complexificação ocorre a partir do mecanismo básico evolutivo que Maturana e Varela chamam de acoplamento estrutural.

Acadêmico III: *“...Sentar na frente da mãe não é um problema, porém saber que sua palavra pode gerar repercussões psicológicas nela, me preocupa!...Tenho a noção que fundamental esse tipo de enfrentamento ...na formação Médica.”*

Nesta colocação, percebe-se a preocupação em como a mãe irá se sentir perante a situação proposta o que se evidenciou com a busca pela participação da mãe necessitando haver uma boa relação de conversa com a mesma, tanto no acadêmico III como o IV, necessitando desempenhar o ato de conhecer. A explicitação de Pellanda sobre o conhecer fica bem evidenciado nessas colocações: *“Sob o ponto de vista da complexidade, posso dizer que o conhecer é um processo de adaptação complexa que emerge na evolução como resultado de um processo de complexificação”*. (PELLANDA, 2009, p.38).

Revedo minha trajetória profissional, percebo que esse conhecimento existe apenas após ter tido uma experiência pessoal, onde o conhecimento sobre o assunto ou situação emerge juntamente com seu conhecer, ou seja, quero dizer que para haver um conhecimento formal, necessitamos a presença da lógica circular, conhecer-viver.

Acadêmico IV: *“...não conversei nenhuma vez com pais na UTI Neonatal no estágio... primeiramente tive medo...questionamentos que saberei responder...tenho certeza que conversando com a mãe conseguirei fazer uma boa relação com ela.”*

Acadêmico V: *“...proposta é novidade...não nos deparamos com a visão dos pais. O primeiro pensamento é de entusiasmo,...os pensamentos surgem e as indagações aparecem....me sinto com pouca experiência e conhecimento...muito vulnerável...Há uma mistura de medo, ansiedade e vontade de enfrentar essa situação.”*

Pelas escritas, percebi que o que foi solicitado gerou um desconforto íntimo de cada acadêmico pois era preciso fazer o que estava sendo solicitado pela pesquisadora, ou seja, o que estava obscuro, se traduzindo por certo medo, obediência. Fiquei pensando como devemos formar esses futuros Médicos? Médicos com medo e anseios de enfrentar determinadas circunstâncias do cotidiano? Conforme Maturana (2006), essa obediência percebida implica na negação de si mesmo, fazendo o que o professor solicita e centrando sua aprendizagem de forma linear, acarretando em repressão do saber /aprender.

A visão inicial dos acadêmicos mostra a consciência de cada um como cuidador pois lida-se com o desenvolvimento do recém-nascido prematuro e com os

familiares aprendendo a compreender suas necessidades para recuperação completa de sua patologia necessitando uma visão mais ampla, em rede. Fiquei muito feliz com as colocações pois demonstrou a maturidade em enfrentar e sentir seus medos demonstrando que os médicos também apresentam inseguranças ao se depararem com o inesperado, necessitando um aprendizado de maneira contínua.

## 2) Autopoiese e a Complexificação:

Os resultados colocados com os sentimentos vividos pelos acadêmicos após o contato com os pais inicia o segundo marcador onde o processo de complexificação ocorre a partir do mecanismo básico de evolução denominado de acoplamento estrutural por Maturana e Varela. Todos acadêmicos conseguiram expressar seus sentimentos e expectativas, se autoconfigurando em um processo autopoietico, ou seja, se auto-constituindo como profissional da área da saúde.

A formação acadêmica do curso de Medicina tende a fazer com que o aluno busque controlar seus sentimentos e emoções, de forma que não interfira no desempenho das atividades cotidianas. A convivência com a dor, a morte, com o sofrimento dos pais (no caso dessa pesquisa) gera conflitos que muitas vezes excede nossos limites pessoais e profissionais. Maturana e Varela (2001) afirmam que um sistema está vivo quando é capaz de gerar estados de autopoiese, gerando uma rede onde cada componente transforma outros componentes da rede.

A seguir, cito algumas escritas feitas após o contato com os pais: (ANEXO IV)

Acadêmico I: *“Achei importante ouvir mais os pais do que ficar falando.”*

O Acadêmico II ficou muito angustiado que apenas descreveu várias perguntas que ele esperaria dos pais, como por exemplo: *“a primeira pergunta?;... a primeira resposta?; ...quando a mãe falaria?...haveria algum momento de conflito?...os pais iriam chorar?”*

Aqui percebe-se claramente a angústia do acadêmico onde conforme Maturana refere que a construção da educação é um fenômeno de transformação tanto pessoal como social para conseguir superar esses desafios.

Acadêmico III: *“... sem dúvida estar diante dessa situação gerou ansiedade e medo de comprometer a estrutura psicológica dos pais....o desenvolver essa atividade promoveu uma auto-análise sobre meu papel diante dessas situações.”*

*“...meus medos e ansiedades devem ser tratados de forma resolutiva ...e não servir de rédeas na relação médico-paciente.”*

Acadêmico IV: *“...a angústia e o medo se concentraram em saber como conversar com os pais. ..Pude perceber que ouvir os medos e angústias dos pais também nos ensina a lidar com situações futuras.”*

Acadêmico V: *“os sentimentos variaram entre frustração quando a mãe ao ser questionada não conseguia nos passar seus sentimentos...surpresa com o empenho do pai...satisfação ao saber que a criança estava melhor...e medo por poder ter ocorrido o pior e os pais não foram orientados se tal situação ocorresse.”*

Após o contato com os pais, percebi as mudanças iniciais na postura dos acadêmicos frente a tais situações, ou seja, houve uma mudança estrutural deles, permitindo uma troca, aumento da confiança e transformações cognitivo-afetivas, vivenciando a autopoiese. Conforme Maturana (1997), a estrutura de um sistema vivo muda de forma quando começamos a ver surgir uma conduta adequada que até então não era vista, onde o meio no qual o sistema existe também está variando. Maria Candido Moraes afirma:

*é preciso educar para que o aprendiz tenha condições de enfrentar as diversidades e de desenvolver a sua autonomia e criatividade para que possa ser capaz de resolver os seus problemas mais prementes e inventar o que precisa ser inventado. (MORAES, 2003, p. 24)*

Após ler e reler, percebi que os acadêmicos iniciaram as suas primeiras mudanças com a difícil tarefa que é a aprendizagem, que de acordo com a Biologia da Cognição (MATURANA, 2001) é a experimentação que ocorre que faz a mudança estrutural. Através do enfrentamento em conversar com os pais do recém-nascido surgiram perturbações construtivas que os transformaram, havendo a autopoiese na ação deles e na reflexão após. (MATURANA, 1997). Essa complexificação que ocorre se dá a partir do mecanismo básico evolutivo que Maturana e Varela denominam de acoplamento estrutural. Entendo que esse processo de aprendizagem nas práticas de colocar os alunos frente aos pais, faz um processo que articula todas as dimensões do ser, havendo o conhecimento através de uma conexão. A grande maioria dos acadêmicos conseguiu expressar seus medos e anseios na expectativa da conversa com os pais, havendo necessidade de pensarem, refletirem e se autoconfigurarem em um processo autopoietico.

### 3) Complexificando após o ruído:

Após terem tido o contato com os pais, os acadêmicos responderam a um questionário que liberei para ser respondido em suas casas e me devolverem após 48 horas. Acredito que puderam ter mais tempo para pensar e refletir em relação ao enfrentamento sugerido e seus anseios e medos. Para minha surpresa, responderam antes do tempo previsto e logo me encaminharam suas respostas, relatando que estavam aflitos para saber se haviam colaborado na geração dos dados e que a situação proposta tinha sido de extrema importância para o desenvolvimento afetivo-cognitivo tanto na vida profissional como pessoal de cada um.

Esse marcador foi construído associando a linguagem e a emoção de cada um através de sua auto-organização pessoal após o contato. Conforme Maturana (1998, p.168) “a linguagem consiste num fluir de interações recorrentes que constituem um sistema de coordenações consensuais de conduta”. Quer dizer que a linguagem se desenvolveu nas relações naturais que ocorre em um fluxo e, não está no corpo através de um conjunto de regras.

Ao fazer as perguntas do questionário, lembrei-me da época em que era Residente de Pediatria e depois em Neonatologia onde éramos em poucos residentes e precisávamos atender uma demanda enorme de pacientes, deixando muitas vezes aquele minuto a mais para ter uma conversa mais detalhada com a mãe ou pai ou familiar que estava acompanhando a criança. Isso sempre me angustiava pois parecia que sempre eles queriam dizer alguma coisa a mais e não era possível. Comento com meus discentes em sala de aula que tirem “um minuto” a mais de suas consultas/conversas com as famílias para darem um acréscimo na valorização dessas pessoas que estão tão carentes de informação e de carinho. Esse pensamento fez-me buscar na teoria da Biologia da Cognição os elementos teóricos que fizessem essa idéia tornar-se numa visão da complexidade, ou seja, auto-constituindo o acadêmico.

Abaixo, segue alguns fragmentos das respostas em relação a cada questionamento: (ANEXO III)

**1. Que sinais afetivos e cognitivos emergiram em cada um ao ser criado um ambiente de ruído com a presença dos pais de recém-nascido prematuro?**

Acadêmico I: *“...fazer com que eles se sentissem a vontade, o mais confortável possível...”*

Acadêmico II: *“...entre os alunos foi de alegria, ...cheios de medos de algum questionamento não ser respondido...”*

Acadêmico III: *“...mistura de ansiedade e incerteza sobre a atividade a ser realizada...na frente dos pais , foi de utilidade...”*

Acadêmico IV: *“Medo...de não corresponder as expectativas dos pais...Apreensão quanto à lidar com a emoção dos pais...não somos preparados para isso durante a faculdade...”*

Acadêmico V: *“intriga...alegria, entusiasmo e aconchego ao escutar os pais...”*

Ver o processo de aprendizagem deles nessa pesquisa é sentir a emoção e o amor pelo cuidar desses pais, onde percebi que em alguns estudos de Maturana, o ato de aprender constitui-se em um fenômeno complexo que envolve as múltiplas dimensões do humano, havendo uma autonomia de cada um. Essa autonomia associa-se a sua autoprodução, ou seja, sua autopoiese.

Essa linguagem junto com os questionamentos e anseios, associados a emoção fez com que adquirissem uma estabilidade emocional, tentando deixar os pais a vontade e fazer com que se sentissem o mais acolhidos possível. Conforme Maturana (1998), a razão deixa de fundamentar as ações, deixando a emoção aparecer através da linguagem escrita nas respostas. Esses sentimentos que envolveram os acadêmicos me fez refletir sobre as coisas não serem lineares, sem determinismo, porém auto-organizativas e emergenciais constituindo as características básicas dos fenômenos complexos onde Atlan (1992) apresenta muito bem no seu livro “Entre o Cristal e a Fumaça”.

**2. Como ocorreu o processo de organização afetiva e cognitiva, assim como sua auto-organização, frente a situação de stress/ruídos?**

Acadêmico I: *“... tentar deixar os pais a vontade...”*

Acadêmico II: *“...mais tímido do grupo ser eu...organização afetiva foi amistosa...”*

Acadêmico III: *“...o estresse gerado em mim é responsável pela minha organização afetiva/cognitiva...se não há estresse não há o que organizar...”* *“...o processo de empatia só ocorre no momento que os ruídos tornam-se baixos ...”*

Acadêmico IV: *“...costumo ser uma pessoa que logo estabelece contato...me expresso bem...”*

Acadêmico V: *“...foi tranquilo interagir com os pais...”* *“a ansiedade pré-conversa pode ter deixado a situação em si menos conflitante...”*

Conforme Atlan (1992) refere ao desenvolver sua teoria da complexificação pelo ruído que os seres humanos dão sentido às suas vidas ao produzirem diferenças, ou seja, complexificando-se. Os relatos feitos mostram que todos tiveram de se organizar e aprender a lidar com as perturbações causadas pelo ambiente. Para Atlan, esse processo de auto-organização é a criação de ordem a partir da desordem, tocando no próprio segredo da vida.

### **3. Você sente que essa pesquisa, de alguma maneira, fez a diferença na tua formação médica e na vida pessoal?**

Acadêmico I: *“...pesquisa que envoca ruídos no nosso aprendizado...saberei compreender os familiares.”* *“Essa pesquisa deveria ser repassada para os semestres mais abaixo...para serem acostumados a esse s ruídos.”*

Acadêmico II: *“...primeira vez que estive do outro lado da moeda..., somos poucos preparados para lidar com essa situação.”*

Acadêmico III: *“...essa situação é um aprendizado...o curso não trabalha muito bem as questões afetivas do futuro médico frente aos ruídos enfrentados na profissão.”*

*“...ser um médico ouvinte e não um médico de carimbo”.*

Acadêmico IV: *“..oportunidade única de enfrentar os medos...saber os sentimentos dos pais...e mantê-los bem informados”.*

Acadêmico V: *“...ver que a situação pode e deve ser enfrentada...nossos sentimentos fossem instigados e conseguíssemos chegar a um equilíbrio para continuar a conversa”.*

Esses relatos me mostraram que o acadêmico não tem apenas uma visão sobre o cuidado fisiológico mas sim, uma visão do todo do paciente e familiar. Percebi que a própria convivência entre os acadêmicos demonstrou mudanças em seus comportamentos, ocorrendo perturbações construtivas permitindo

transformações cognitivo-afetivas, que devem ter ocorrido principalmente ao responder o questionário sozinhos em suas casas.

Esses relatos tem relação direta com a convivência, ou seja, relação em rede, apresentado falas através do aprender e viver como processos intrínsecos e simultâneos, vindo de encontro a Biologia do Conhecer. Essas relações sociais acontecem durante a aprendizagem e conforme Maturana (1999), a solidariedade e o respeito pelos demais sujeitos, fazem com que ocorram os laços sociais, numa circularidade sem separação entre o ser e o conhecer.

O que me sinto livre para dizer que essas relações sociais são extremamente difíceis de iniciarem e de se manterem durante o período de internação do paciente junto com seus pais. Através disso associo a aprendizagem eficaz do acadêmico devido ao envolvimento pessoal em uma experiência direta, envolvendo o corpo como um todo. Conforme Maturana (1993) refere que a tarefa do educador é criar um espaço de convivência para o qual se convida o outro, de modo que o outro esteja disposto a conviver conosco, por um tempo e dessa convivência haverá uma transformação congruente. Assim essa ansiedade na aprendizagem de cada acadêmico foi sentida por mim provocando uma maturidade na visão como um processo interminável. O que quero dizer que como é importante as reflexões diárias e a busca do conhecimento gerando o que aprendemos e podemos ensinar ao longo da vida.

#### 4. EMOÇÃO NA CONCLUSÃO

Os resultados obtidos e vividos foram muito além das expectativas iniciais pois durante a geração de dados percebi que o assunto da pesquisa podia gerar muitos outros trabalhos para serem aplicados em nossos acadêmicos tanto da Medicina como de outra área da saúde. Percebi a construção do processo de complexificação de cada um através de seus próprios limites e fragilidades, por isso que fui buscar através da Biologia da Cognição elementos teóricos que embasassem minha pesquisa numa perspectiva da Complexidade.

Refletir e fazer os acadêmicos de Medicina refletirem sobre o processo de aprendizagem nessa pesquisa foi de fazê-los se colocarem no lugar dos pais e escutá-los, em uma relação de amor, um olhar diferente, sendo dessa perspectiva que saem muitos estudos de Maturana sobre o ato de aprender nem fenômeno complexo que envolve todas as dimensões do humano. A minha preocupação sempre foi com a formação acadêmica desses acadêmicos da área da saúde pois precisam saber controlar seus sentimentos e emoções frente a situações do cotidiano. Porém a convivência com essas situações (dor, sofrimento e muitas vezes até a morte), são desgastantes e geram conflitos que muitas vezes excedem os limites pessoais e profissionais. Maturana e Varela (2001) afirmam que um sistema está vivo quando é capaz de gerar estados de autopoiese, quando se constitui por uma rede de processos de produção em que cada componente participa da produção e da transformação de outros componentes da rede.

Moraes (2003) lembra, de acordo com as teorias de Maturana, que qualquer mudança pessoal deve ser uma expressão dos interesses internos de qualquer sistema, já que muda-se porque interiormente se que mudar, porque algo nos diz que vale a pena mudar. O que quis provocar em cada acadêmico é que nenhuma mudança deve ser feita de maneira obrigatória e sim nascer de dentro para fora, e que seja motivado e confiante, havendo a compreensão do conhecer.

Fazer e gerar os dados dessa dissertação foi um desafio para essa autora onde tive que construir e rever meus conceitos para poder me complexificar em primeiro ponto e após poder estimular os acadêmicos a se auto complexificarem. Esse período foi muito difícil pois mantive minhas atividades profissionais e acadêmicas, além de manter todos compromissos sociais e familiares normais a um ser humano. Na busca pela compreensão dos conceitos precisei ler e reler muitas

vezes para compreender a Biologia da Cognição e complexificação para poder montar a dissertação, ou seja, precisei quebrar um paradigma interno, mudando minha visão um tanto linear em uma visão em rede.

Concluindo, o que acho muito difícil pois sei que tenho muito a observar, educar e aprender com minha dissertação, acredito poder afirmar que devemos estimular essa prática de colocar os acadêmicos de Medicina frente a situações de ruídos para ocorrer a formação afetiva-cognitiva de cada um. Conforme Maturana (1995) diz: “viver é conhecer e conhecer é viver!”

## REFERÊNCIAS

ATLAN, Henri. *Entre o Cristal e a Fumaça*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

BRAZELTON, T. B. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Atendimento Humanizado ao Recém-nascido de Baixo Peso, 2006. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

GONZÁLES, REY, F. *Pesquisa Qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GUSTSACK, Felipe. et al. Narrativas em convergências: ser – agir em uma metodologia complexa. 2003. Disponível em: <[http://ead.unisc.br/moodle/file.php/44/Guia de Sala de Virtual EAD UNISC.pdf](http://ead.unisc.br/moodle/file.php/44/Guia%20de%20Sala%20de%20Virtual%20EAD%20UNISC.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2010.

KLAUS, M. & Kennel, J. *Pais e bebês: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

KLAUS, M, & Klaus, P. *O surpreendente recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MARIOTTI, Humberto. Prefácio. In: MATURANA, Humberto.; VARELA Francisco G. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena, 2002.

MATURANA, Humberto. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: UFMG, 1997.

\_\_\_\_\_. *Cognição, Ciência e Vida cotidiana*. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

\_\_\_\_\_. *De máquinas e seres vivos: autopoiese - a organização do vivo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

\_\_\_\_\_. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

\_\_\_\_\_. *Transformación em La convivência*. Chile, Santiago: Dolmen, Ediciones 1999.

\_\_\_\_\_. *Transdisciplinaridade e cognição*. In: NICOLESCU, Bassarab. et al. *Educação e transdisciplinaridade*. Brasília: Unesco, 2000.

\_\_\_\_\_. Uma nova concepção de aprendizagem. *Dois Pontos*, Belo Horizonte, v. 2, n. 15, 1993.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco G. *A árvore do conhecimento as bases biológicas do conhecimento humano*. São Paulo: Palas Athena, 2001.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco G. *Autopoiesis and cognition: the realization of the live*. London: D. Reidel, 1980.

MORAES, Maria Cândida. *Educar na biologia do amor e da solidariedade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MORIN, *Introdução ao Pensamento Complexo*. 1ª reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2006.

NIETZSCHE, F. *Nietzsche*. (Os Pensadores). São Paulo: Abril, 1983.

OLIVEIRA, C. *A educação como processo auto-organizativo: Fundamentos teóricos para uma educação permanente e comunitária*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

PAIM, Beatriz Pereira. *Vínculo pais-bebê em UTI Neonatal: a educação de pais e a Posição Canguru*. ULBRA, 2005.

PELLANDA, Nize Maria Campos. *Escola e produção de subjetividade*. 1992. Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1992.

\_\_\_\_\_. Sofrimento escolar como impedimento da construção de conhecimento/subjetividade. *Educação & Sociedade* (Impresso), v. 29, p. 1069-1088, 2008.

PELLANDA, Nize Maria Campos. Conversações: Modelo cibernético da constituição do conhecimento/realidade. *Educação & Sociedade*, Campinas, vol. 24, n. 85, p. 1377-1388, dezembro 2003.

\_\_\_\_\_. *Maturana & a Educação*. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

\_\_\_\_\_. Muito além do jardim: transpondo o confinamento disciplinar do sujeito moderno. *Redes – Economia para o homem e desenvolvimento Regional*, Santa Cruz do Sul: Edunisc, v.6, n.1, p 127-136, jan./abril. 2001.

\_\_\_\_\_. *Reflexões sobre um laboratório conversacional e a emergência de processos cognitivos-subjetivos*. Anped, 2009.

VON FOERSTER, H. *Visão e conhecimento: disfunções de segunda ordem*. Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 14ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

**ANEXO I – Formulário: primeiras perturbações antes da entrevista com os pais**

Projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação -  
Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em  
Aprendizagem, Tecnologias e Linguagens na Educação - UNISC.

**Título:** O OLHAR AFETIVO/COGNITIVO NO ATENDIMENTO A FAMÍLIA DO  
RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DO CURSO DE  
MEDICINA NA UNISC

**Mestranda:** Fabiani Waechter Renner

**Nome :**

Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da  
situação proposta:.

**ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**  
**O OLHAR AFETIVO/COGNITIVO NO ATENDIMENTO A FAMÍLIA DO**  
**RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DO CURSO DE**  
**MEDICINA NA UNISC**

**I - Relevância e os objetivos da pesquisa:**

O tema principal deste projeto está direcionado para: “O olhar afetivo/cognitivo no atendimento à família do recém-nascido prematuro na formação acadêmica do curso de medicina na UNISC”. Esse tema envolve o aperfeiçoamento da subjetividade e da sensibilização dos acadêmicos perante situações de extrema complexidade, onde ocorre o afeto e a cognição, havendo uma autopoiese.

Objetivo Principal: Provocar o desenvolvimento de um pensar complexo e sua auto-organização através da formação cognitiva e afetiva do acadêmico de medicina frente a um ambiente de stress/ruído na UTI Neonatal.

**II - Metodologia do estudo:**

**Tipo de estudo:** O estudo será qualitativo e observacional dos acadêmicos de medicina no internato do curso quando estiverem no estágio da pediatria, em específico na UTI Neonatal, sendo uma pesquisa-intervenção-social.

**Local da pesquisa:** O local a ser aplicado o estudo é a Unidade de Terapia Neonatal do Hospital Santa Cruz localizada no terceiro andar do Hospital Santa Cruz, onde os acadêmicos terão uma sala que poderão usar para entrevistar e dialogar com os pais do recém-nascido prematuro escolhido por mim.

**Sujeitos:** Os sujeitos que farão parte do estudo serão 5 alunos do internato do curso de medicina que estiverem no estágio da pediatria no período analisado (maio a junho de 2012), os quais por estarem dentro da UTI neonatal apresentam um contato mais próximo aos pais que tem filhos prematuros internados na unidade.

**Geração de dados:** Os dados gerados serão trabalhados por mim como pesquisadora e estes dados serão provenientes da interpretação das autonarrativas sobre as conversações dos 5 alunos produzidas após as entrevistas com os pais dos recém-nascidos prematuros usando os marcadores para a interpretação.

**Análise dos dados:** Para análise de dados será utilizada a construção de conhecimento por meio da Dinâmica das Conversações e a complexificação pelo ruído (ATLAN, 1992). Conversação é um dos pressupostos básicos da teoria de Humberto Maturana sobre Biologia da Cognição, a qual constitui o núcleo do marco teórico deste trabalho que será colocado através de autobiografias

### **III - Benefícios esperados para o indivíduo/ para a sociedade:**

O estudo tem por finalidade avaliar a construção do processo subjetivo e cognitivo dos acadêmicos de medicina por ocasião de suas passagens no internato, no estágio na pediatria, em relação à formação do vínculo dos pais com o recém-nascido prematuro que se encontra na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Posturas e práticas em Unidades de Terapias Intensivas Neonatais são permeadas por conflitos (ruídos), negociações e adaptações ao trabalho, constituindo um desafio na construção de um modelo assistencial humanizado, que alie diferentes tecnologias, respeito e acolhimento às necessidades intersubjetivas de pacientes, profissionais e acadêmicos de medicina, ou seja, o que estou propondo é uma abordagem complexa.

### **IV - Patrocinador do projeto:**

É a própria pesquisadora.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- **da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;**
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é FABIANI WAECHTER RENNERT (Fone 51 99953227 ou 51 37151216 ou 51 37113299 ).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do paciente ou Responsável legal

### ANEXO III - Questionário

Projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Aprendizagem, Tecnologias e Linguagens na Educação - UNISC.

**Título:** O OLHAR AFETIVO/COGNITIVO NO ATENDIMENTO A FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA NA UNISC

**Mestranda:** Fabiani Waechter Renner

**Nome :**

**Responder:**

- a) Que sinais afetivos e cognitivos emergiram em cada um ao ser criado um ambiente de ruído com a presença dos pais de um recém-nascido prematuro?
- b) Como ocorreu o processo de organização afetiva e cognitiva, assim como sua auto-organização, frente a situação de *stress*/ruídos?
- c) Você sente que essa pesquisa, de alguma maneira, fez a diferença na tua formação médica e na vida pessoal?

**ANEXO IV – Formulário: primeiras perturbações após a entrevista com os pais**

Projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação - Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Aprendizagem, Tecnologias e Linguagens na Educação - UNISC.

**Título:** O OLHAR AFETIVO/COGNITIVO NO ATENDIMENTO A FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DO CURSO DE MEDICINA NA UNISC

**Mestranda:** Fabiani Waechter Renner

**Nome :**

Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta:.

## ANEXO V: Relatos dos acadêmicos

### Aluno I – D. A.V.

Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: (essa etapa foi desenvolvida antes do contato com os pais)

*-Apesar de estar no internato e já ter passado pelas cadeiras básicas de pediatria, minha principal angústia em relação ao projeto e ao enfrentamento da mãe é não saber responder algumas dúvidas que ela apresenta.*

*-Se vou estar preparado para responder o que ela não quer ouvir.*

*-Se terei empatia com a mãe.*

*-Se conseguirei criar um vínculo, na qual a mãe me trará suas angústias, medos e contará comigo como “MÉDICO”.*

*-Conseguir uma boa relação médico-paciente.*

*-Como é o pensamento dela em relação a nós acadêmicos de medicina?*

Respostas ao questionário: (respondido após contato com os pais)

1. Que sinais afetivos e cognitivos emergiram em cada um ao ser criado um ambiente de ruído com a presença dos pais de um recém-nascido prematuro?

*Aconteceu de nós tentarmos fazer com que eles se sentissem a vontade, o mais confortável possível para que com isso expusessem suas queixas e assim nós tentarmos explicar e tentar tranquiliza-los e explicar sempre suas dúvidas. Dizer que a prematuridade não pode ser tratada como culpa.*

2. Como ocorreu o processo de organização afetiva e cognitiva, assim como sua auto-organização, frente a situação de stress/ruídos?

*Acho que o mais importante de tudo foi deixar os pais a vontade para que não houvesse algum problema na hora deles nos passarem alguma informação, queixa ou angústia relacionada ao seu filho. Com isso eles puderam em um primeiro momento falar mais e nós ouvirmos mais, para depois podermos tratar os assuntos e suas dúvidas.*

3. Você sente que essa pesquisa, de alguma maneira, fez a diferença na tua formação médica e na vida profissional?

*Cada experiência que invoca ruídos no nosso aprendizado é importante no processo de ensino. Muitas vezes é mais importante ouvir do que ficar falando, pois as vezes deixa-los tentar, de uma forma onde não haja cobrança é mais satisfatório para os pais. Assim com isso sempre saberei e tentarei compreender os angustiados familiares. Acho que essa pesquisa deva ser de alguma forma passada para semestres mais abaixo dos semestres que já estão no internato para que quando chegarem a essa etapa já estejam mais adaptados a esse cotidiano de ruídos.*

Auto-narrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: (essa etapa foi desenvolvida após o contato com os pais)

*-Achei importante ouvir mais os pais do que ficar falando.*

*-Apesar de a mãe não ter falado tanto, o pai acabou se destacando mais mostrando mais dúvidas.*

*-Foi uma conversa informal*

*-Importante neste primeiro encontro é fazer uma melhor relação médico-paciente para que nas próximas vezes eles estejam mais a vontade e possam nos contar sobre seus medos e problemas referentes ao filho prematuro.*

## Aluno II – G.S.S.

Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: ( essa etapa foi desenvolvida antes do contato com os pais)

*-Será que saberei as respostas para perguntas?*

*-O que eu vou perguntar?*

*-Como será a relação com a mãe?*

*-Há alguma coisa em que a mãe ficará constrangida?*

*- Como ter uma boa relação, sem “tocar a fundo” nos sentimentos?*

*-Será que ela vai me ver como médico ou estudante?*

*-Ela está pronta para ouvir qualquer tema (piora do quadro clínico de seu filho)?*

*-Como a mãe vê este contato que temos com seu filho?*

*-Há alguma maneira correta de ter esse vínculo?*

*-Será que vou contribuir mesmo para a pesquisa?*

Respostas ao questionário: (respondido após contato com os pais)

1. Que sinais afetivos e cognitivos emergiram em cada um ao ser criado um ambiente de ruído com a presença dos pais de um recém-nascido?

*Sim, foi a primeira vez que estive do outro “lado da moeda”. Em outros casos, estava no lugar destes pais, querendo informações sobre os familiares , apresentando angústia. É uma situação que durante a faculdade fomos pouco preparados para lidar com ela.*

2. Como ocorreu o processo de organização afetiva e cognitiva, assim como sua auto-organização, frente a situação de stress/ruídos?

*Devido ao mais tímido do grupo ser eu, deixei os outros tomarem a frente, realizando os questionamentos. As respostas dadas pelo pai geralmente já respondiam muitas vezes as próximas perguntas que deveriam seguir. Frente a organização afetiva, essa foi amistosa. Os pais respondiam o que era perguntado e nós tentávamos não “invadir” muito a privacidade deles, buscando entender a situação que estavam passando.*

3. Você sente que essa pesquisa, de alguma maneira, fez a diferença na tua formação médica e na vida pessoal?

*Entre os alunos foi de “alegria”, devido a maioria de nós não ter lidado com essa situação antes, cheios de medo de algum questionamento que não fosse respondido. A mãe não demonstrou que estava presente na conversa, já o pai mostrava interesse, conhecimento da situação e esperando ansiosamente retornar para casa com seu filho.*

Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: ( essa etapa foi desenvolvida após contato com os pais)

*-A primeira pergunta?*

*-A apresentação?*

*-A primeira resposta?*

*-A mãe , quando falaria?*

*- Teria questionamento dos pais?*

*-Haveria algum momento de conflito?*

*-Algum momento, os pais iriam chorar?*

**Aluno III – H.B.N.N.**

Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: (essa etapa foi desenvolvida antes do contato com os pais)

*Sem dúvidas, encontrar a família, mas principalmente a mãe, de um paciente de risco de risco internado na UTI pediátrica é uma situação delicada. Existe por minha parte, um receio de provocar um estresse psicológico, além do que a mãe já está submetida.*

*Sentar frente a mãe não é a problemática, mas saber que a sua palavra pode gerar repercussões psicológicas na mãe, me preocupa. Contudo, tenho a noção que é fundamental esse tipo de enfrentamento, assim como é importante o treinamento teórico na formação médica.*

Respostas ao questionário: (respondido após contato com os pais)

1. Que sinais afetivos e cognitivos emergiram em cada um ao ser criado um ambiente de ruído com a presença dos pais de um recém-nascido prematuro?

*Em um primeiro momento, uma mistura de ansiedade e incerteza sobre a atividade a ser realizada. Contudo, ao transcorrer da atividade meu sentimento foi de utilidade frente aos pais, principalmente por estarmos no papel primordial de ouvintes de pessoas leigas frente as condutas médicas, e cheias de questionamentos sobre a saída de seu filho. O ruído da ansiedade e da incerteza foi fundamental para o processo de empatia com os pais.*

2. Como ocorreu o processo de organização afetiva e cognitiva, assim como sua auto-organização, frente a situação de stress/ruídos?

*Como mencionado anteriormente, penso que o estresse gerado em mim é o responsável pela minha organização afetiva/cognitiva. Afinal, se não há estresse não há o que ser “organizado”, logo não existe o processo cognitivo frente a novas e*

*adversas situações. O processo de empatia só ocorre no momento que os ruídos tornam-se suficientemente baixos afim de auto-compreendermos.*

3. *Você sente que essa pesquisa, de alguma maneira, fez a diferença na tua formação médica e na vida pessoal?*

*Indubitavelmente. Primeiro pois acredito que toda nova situação vivenciada é um aprendizado; segundo, pois o nosso curso, infelizmente , não trabalha muito bem as questões psicológicas e psicanalíticas do estudante, e futuro médico, frente os ruídos que encontramos na profissão; terceiro, pois ratifiquei em minha mente a importância de ser ouvinte e não apenas um médico com um carimbo.*

*Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: (essa etapa foi desenvolvida após o contato com os pais)*

*Sem nenhuma dúvida, estar diante dessa situação de estresse gera ansiedade e medo de comprometer ou apenas influir de forma negativa na estrutura psicológica dos pais. Contudo, o desenvolver da atividade promoveu uma autoanálise sobre o meu papel diante dessas situações. Analisar os medos, dúvidas e mitos dos pais frente a situação faz parte do papel do médico, assim como desmistificar e romper paradigmas dos pais, quando for necessário, independente dos possíveis resultados. Penso que, os meus medos e ansiedades devem ser tratados de forma resolutiva frente aos pais, pois as incertezas atingem ambas pessoas, e não devem servir de rédeas na relação médico-paciente.*

**Aluno IV – P.M.E.**

Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: (essa etapa foi desenvolvida antes do contato com os pais)

*Após ver a proposta do trabalho, achei muito interessante pois não temos contato com os pais das crianças da UTI neo-Ped, nem durante o período acadêmico e nem durante o internato. Eu, particularmente, não conversei nenhuma vez com pais na UTI neo-Ped.*

*Pensando sobre a proposta do trabalho, primeiramente tive medo. A UTI neo-Ped tem vários equipamentos que não somos acostumados à manusear, e muitas vezes não sabemos como eles funcionam corretamente e como ajustá-los adequadamente; e muitas vezes os pais tem questionamentos quanto a isso que receio não saber responder.*

*Certamente os pais de uma criança em estado grave precisam ser acolhidos da melhor maneira possível, o vínculo com os profissionais de saúde é fundamental para que eles possam entender a patologia, os cuidados e tratamentos que estão sendo instituídos na criança. E esse papel também é nosso, e saber como realiza-lo, da maneira mais correta, nos assusta.*

*Esse entendimento e vínculo da equipe com os pais é fundamental para a evolução e desfecho do caso.*

*Primeiro pensei que antes de conversar com os pais gostaria de estar na semana que passo pela UTI, ou saber quem é o paciente para poder vir vê-lo, checar todos os exames, medicamentos e condições associadas. Assim, eu poderia estudar bem o caso e viria conversar com os pais com muito mais segurança. Quando soube que não seria assim, fiquei com receio de não saber como responder os questionamentos dos pais.*

*Em relação a criação do vínculo, tenho certeza que que conversando com a mãe conseguirei ter uma ótima relação com ela; baseada na demonstração de conhecimento do caso e na preocupação com o cuidado com o paciente; e fazendo todo o possível para o bem estar e melhora clínica do mesmo; o que para mim é o mais importante. Explicar tudo e mantê-la informada sobre o que acontece e como*

*está evoluindo o caso também é fundamental, assim como conversar em relação à mudanças e tomada de condutas.*

Respostas ao questionário: (respondido após o contato com os pais)

1. Que sinais afetivos e cognitivos emergiram em cada um ao ser criado um ambiente de ruído com a presença dos pais de um recém-nascido prematuro?

*Medo. Medo de não saber responder aos questionamentos dos pais. De saber informar corretamente sobre a patologia, as complicações ocorridas e porquê ocorreram. Dos equipamentos que são utilizados dentro da UTI. Medo também de não corresponder às expectativas dos pais no momento de conversar e questionar.*

*Apreensão quanto à lidar com as emoções dos pais; pois não lidamos com esse tipo de situação, não somos preparados para isso durante a faculdade nem durante o internato.*

2. Como ocorreu o processo de organização afetiva e cognitiva, assim como sua auto-organização, frente a situação de stress/ruídos?

*Eu costumo ser uma pessoa que logo estabelece contato e consigo me expressar bem. Começar uma conversa e mostrar meu real interesse e preocupação com a situação emocional dos pais não me parece difícil. O difícil seria saber responder de maneira adequada aos questionamentos e medos em relação ao bebê. Saber o momento de perguntar sem deixar um silêncio constrangedor para não parecer que não sabia o que estava fazendo ali mas também saber o momento de silêncio adequados a emoção dos pais.*

3. Você sente que essa pesquisa, de alguma maneira, fez a diferença na tua formação médica e na vida pessoal?

*Sim, pois tive uma oportunidade que não tenho na faculdade e poder enfrentar todos esses medos. Saber um pouco sobre como os pais se sentem, com certeza nos faz entender melhor e saber como lidar com essas situações que aparecerão com*

*frequência na futura vida de médico. Saber como é importante manter os familiares informados sobre tudo o que é feito com o paciente.*

*Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: (essa etapa foi desenvolvida após o contato com os pais)*

*Como já mencionei na primeira narrativa, a angústia e o medo se concentraram em saber como conversar com os pais e saber responder seus questionamentos.*

*Durante a conversa, deu para perceber que o pai é dominante. Muitas vezes perguntei coisas diretamente para a mãe e o pai não a deixava responder, falou muitas vezes que a mãe era “doente dos nervos e tomava remédios”; e também que era tímida; mesmo que ela esboçasse um início de resposta.*

*Percebi que o conhecimento deles sobre a gestação e parto eram insuficientes, tanto que demoraram a reconhecer que deviam ir ao hospital quando a bolsa rompeu, pois foi bem antes da data prevista. No início ficaram aflitos com a situação do bebê que precisava ir para UTI neo-Ped, porém, com a instituição de uma relação médico-paciente e informações claras sobre a condição e evolução do caso, os deixaram bem tranquilos, e sabendo que o bebê estava sendo tratado adequadamente e melhorando.*

*Não houveram os tais questionamentos que tinha receio de não saber responder. A conversa foi tranquila apesar de alguns momentos em que houveram até atropelamentos de perguntas e respostas. Pude perceber e ouvir os medos e angústias dos pais também, o que nos ensina a lidar com situações futuras.*

**Aluno V – T.P.**

Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: (essa etapa foi desenvolvida antes do contato com os pais)

*A situação proposta é novidade, pois mesmo passando na Uti neo-pediátrica como doutoranda, o enfrentamento com os pais não acontece. Sabemos da história do paciente, suas limitações e busca pela melhora, mas não nos deparamos com a visão dos pais.*

*Ao ler a proposta, o primeiro pensamento é de entusiasmo, mais uma experiência não antes experimentada. Mas após, os pensamentos surgem e as indagações aparecem. Será que consigo entender como os pais reagem aquela situação angustiante?*

*Ainda, a UTI neo-ped já é um lugar totalmente controlado que possui aparelhos que só são encontrados ali, o manejo com os mesmos já nos parece aterrorizar. Quando os ruídos dos mesmos ocorrem a perturbação toma conta. Me sinto com pouca experiência e conhecimento, muito vulnerável.*

*A conversa com os pais dos pacientes é muito esperada, pois espero que eles possam mostrar (me mostrar) um outro lado da internação, como enfrentam esse período de angústia, que as expectativas são diversas.*

*Dependendo da situação o pior tem que ser cogitado, e como é isso na cabeça dos familiares?*

*Nesse momento, há uma mistura de medo, ansiedade e vontade de enfrentar essa situação – conversar com os pais de um paciente internado na UTI neo-ped.*

Respostas ao questionário: (respondido após contato com os pais)

1. Que sinais afetivos e cognitivos emergiram em cada um ao ser criado um ambiente de ruído com a presença dos pais de um recém-nascido prematuro?

*Intriga ao que seria respondido pelos pais. Alegria, entusiasmo e aconchego aos escutar os pais, principalmente o pai, que o nascimento do filho foi um sonho realizado.*

2. Como ocorreu o processo de organização afetiva e cognitiva, assim como sua auto-organização, frente a situação de stress/ruídos?

*Não sei se a situação já melhor (criança progredindo) facilitou o enfrentamento com a situação. Mas foi tranquilo interagir com os pais, saber como tudo ocorreu. Na verdade a ansiedade da pré-conversa pode ter deixado a situação em si menos conflitante.*

3. Você sente que essa pesquisa, de alguma maneira, fez a diferença na tua formação médica e na vida pessoal?

*Com certeza, fez ver que a situação pode e deve ser enfrentada. Além de demonstrar que devemos sempre orientar e explicar tudo o que está ocorrendo com o paciente para seus familiares, isso faz que com o decorrer do tempo os mesmos compreendam o que é feito e porque é feito e se tornam aliados na situação. Fez com que nossos sentimentos fossem instigados e conseguíssemos chegar no equilíbrio para continuar a conversa.*

Autonarrativa referindo as primeiras perturbações e medos no enfrentamento da situação proposta: (essa etapa foi desenvolvida após o contato com os pais)

*A situação proposta causou ansiedade prévia, isso fez com que muitas expectativas se criassem e fossem frustradas durante a conversa. Para mim, o papel da mãe seria o principal nessa situação já que era a pessoa mais ligada com a criança que nasce – seu filho que esperou por meses. Mas o que ficou evidente é que a mãe teve seus medos, mas passou e passa por todo período quase que espontaneamente.*

*O que me surpreendeu foi a presença do pai que desde o momento em houve ruptura da bolsa foi quem conduziu a situação e demonstrou estar sempre querendo saber como deveria ter ocorrido, o porquê aconteceu e tudo que iria acontecer durante o nascimento e internação. Mesmo tendo poucos conhecimentos sobre o*

*assunto, ser pai de primeira viagem aos poucos, do seu jeito conseguiu compreender o que estava acontecendo.*

*Os sentimentos variaram entre frustração, quando a mãe ao ser questionada não conseguia nos passar quais eram seus sentimentos ; surpresa , com o empenho do pai; satisfação , ao saber que a criança está melhor; medo, por ter ocorrido o pior já que os pais não foram orientados se tal situação ocorresse.*