

O SISTEMA DO CLIENTE
A IMPORTÂNCIA DO GRUPO DE APOIO DO CLIENTE
NA ÁREA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

Tânia Caetano Alves*

RESUMO

A autora propõe neste estudo fenomenológico, a apresentação do conceito Sistema do Cliente na área de Ciências da Saúde da Análise Transacional, **através** de um Estudo Narrativo ancorado em revisão de literatura. Traz embasamento para compreensão **da** importância do conhecimento e interação dos profissionais de saúde com os grupos de apoio dos clientes - o Sistema do Cliente - quando envolvidos em algum ponto do continuum saúde-doença. Reflete sobre o impacto que a perda do bem estar físico pode causar não só no indivíduo enfermo, mas também nos grupos aos quais pertence, incluindo a equipe de saúde envolvida em sua busca de recuperação. Também propõe uma visão de saúde mais holística e integradora.

PALAVRAS CHAVE: Saúde. Doença. Profissionais da saúde. Análise Transacional. Ciências da Saúde.

ABSTRACT

The author proposes in this Phenomenological Study, the conceptualization of the term Client System in the Health Sciences field of Transactional Analysis, through a Narrative Study based on a literature review. It provides a foundation for understanding the importance of knowledge and interaction between health professionals and groups that support clients - the Client System - when involved in some point of the health-disease continuum. It reflects on the impact of loss of physical well-being can cause not only on the sick person but also on the groups to which they belong, including the health team involved in their search for recovery. Also proposes a more holistic and integrative health vision.

KEY WORDS- Health. Disease, Health professionals. Transactional Analysis. Health Sciences.

**Médica, Analista Transacional certificada para as áreas da Psicoterapia e das Ciências da Saúde, Didata em Formação na área da Psicoterapia pela UNAT-BRASIL.
Email: taniaea2015@gmail.com*

Margaret Mead foi uma antropóloga norte-americana que viveu no período de 1901 a 1978 e contribuiu expressivamente para o entendimento da importância do papel da cultura na formação de valores e condutas sociais.

A ela é atribuída uma história sobre uma resposta dada a um aluno que lhe perguntou sobre o que ela considerava ser o primeiro sinal de civilização. Ao invés de ter citado o achado de potes de barro, ferramentas ou símbolos religiosos, a antropóloga elegeu como primeira evidência de civilização a descoberta de um fêmur fraturado e cicatrizado, de 15000 anos, em um sítio arqueológico. A explicação dela para esta afirmação foi a de que, no período de, pelo menos, 6 meses, alguém deve ter cuidado da pessoa ferida, atendendo suas necessidades mais básicas de alimento, abrigo e defesa até que o osso cicatrizasse. (Côrtes, 2021) Para Margaret Mead, a medida da civilização é feita em relação ao cuidado que temos com o outro.

É amplamente difundido e aceito o fato de que o homem é um animal gregário e podemos entender Gregarismo como “uma estratégia para proteção observada em diversos grupos de animais que se agrupam em populações mais ou menos estruturadas, permanentes ou temporárias, visando a proteção dos indivíduos que a compõem” (Wikipédia no verbete Gregarismo). Em seu artigo intitulado “A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade”, David Zimmerman (2007) justifica a atribuição desta importância a alguns fatores dos quais cito os três seguintes:

- o fato do ser humano ser gregário por natureza, participando de grupos diversos desde o nascimento e só existindo, segundo o autor citado, em função de seus inter-relacionamentos grupais.

- o fato de que todo indivíduo passa a maior parte do tempo de sua vida convivendo e interagindo com estes distintos grupos, desde o primeiro grupo natural que existe em todas as culturas - a família nuclear - passando pelos grupos formados pelas creches, maternais e escolas até os grupamentos que vão se ampliando e renovando na vida adulta, com a constituição de novas famílias e de grupos profissionais, esportivos, sociais, associativos e outros.

- o fato de que, segundo Zimmerman, como o mundo interior e o exterior são a continuidade um do outro, da mesma forma, o individual e o social também não existem separadamente. Estas duas dimensões do humano se interpenetram, complementam e confundem entre si. Baseado nisso, o autor afirma que “todo indivíduo é um grupo (na medida em que, no seu mundo interno, há um grupo de personagens que estão introjetados, como os pais, irmãos, etc. e que convivem e interagem entre si)”. (ZIMERMAN,2007).

Ao apresentar suas reflexões sobre as pulsões inatas que caracterizam *Physis*, entendendo *Physis* como “a força que leva as pessoas a crescer,

progredir e fazer melhor” (BERNE,1947, p. 98), Piccinino, analista transacional italiano, identifica, agindo dentro de nós, seres humanos, e motivando nosso comportamento os seguintes impulsos:

- Sobrevivência.
- Pertencimento a um grupo.
- Evolução e conhecimento.
- Auto realização

E segue afirmando que:

Para sobreviver, os seres humanos - especialmente devido ao seu relativo desamparo físico - tiveram que se unir em grupos e desenvolver uma tendência inata para o afeto, afiliação grupal, altruísmo, empatia, proteção mútua, mutualidade e até mesmo um sentido de justiça dentro do clã (de Waal, 2013; Ostaseski, 2017). Nós, portanto, "inventamos" amor e civilidade e a tendência de amar outro ser humano a fim de abordar nossas necessidades prementes por ligações afetivas e grupais, de modo a sobreviver desde o nascimento. (PICCININO,2018, p.274)

Por entender a importância do impulso de pertencer a um grupo, principalmente em momentos de maior desafio ou fragilidade como os que envolvem nossa saúde física e as questões que giram ao redor da preservação da integridade de nosso corpo físico é que se faz necessário que os diversos profissionais da área da saúde tenham como destaque, no atendimento ao seu cliente, o fato de que, quem ali lhes chega, não chega só. Pelo contrário, chega acompanhado de seu próprio grupo de personagens internos formado pelas figuras introjetadas na formação de seu Estado de Ego Pai, por exemplo; chega, trazendo consigo seu sistema de apoio, tanto de forma presencial como remota, juntamente com a cultura, as crenças, os rituais e valores contidos em tal contexto.

Este trabalho propõe a apresentação do conceito Sistema do Cliente na área de Ciências da Saúde da Análise Transacional, através de um Estudo Narrativo ancorado em revisão de literatura. Propõe a reflexão e o entendimento sobre grupos que formam o sistema de apoio de pessoas que encontram-se envolvidas em algum ponto do continuum saúde /doença e como este sistema, o Sistema do Cliente, impacta a relação entre profissionais da saúde e clientes. Tendo atuado como profissional da saúde por muitos anos, trago aqui, além da Revisão Narrativa da literatura, a visão que desenvolvi, sobre este tópico, ao longo de 40 anos de prática pediátrica.

REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA E DISCUSSÃO

PENSAMENTO SISTÊMICO E SAÚDE

Entende-se, para a presente reflexão, como profissionais da saúde, os diversos profissionais que se envolvem com pessoas que se encontram

doentes de forma aguda ou crônica, incapacitadas total ou parcialmente, de forma temporária ou definitiva ou em busca de cuidados preventivos para sua saúde. Portanto, profissionais que trabalham em qualquer um dos níveis de atenção à saúde: promoção, prevenção e reabilitação, incluindo cuidados paliativos e acompanhamento no processo da morte e do morrer.

Desenvolver a percepção do cliente que nos busca como alguém pertencente a um complexo sistema de grupos e subgrupos com os quais, inevitavelmente, teremos que lidar, nos remete às origens e à evolução do pensamento sistêmico.

Capra, em seu livro *A visão sistêmica da vida* (2014), percebe a evolução do pensamento holístico como uma necessária mudança de paradigma, uma nova visão sobre a própria vida. Em suas palavras:

...uma nova concepção científica emergente da vida, pode ser vista como parte de uma mudança de paradigma mais ampla, que vai de uma visão de mundo mecanicista para uma visão de mundo holística e ecológica. Em seu próprio âmago, encontramos uma mudança de metáforas que hoje está se tornando cada vez mais evidente...- uma mudança em que o mundo deixa de ser visto como uma máquina e passa a ser compreendido como uma rede. (CAPRA,2014, p.26)

Segundo Capra, existe uma tensão básica entre as partes e o todo. A visão mais mecanicista do mundo, também conhecida como reducionista ou atomística, embora tenha sido essencial para o surgimento da Ciência que nos afastou de um período de conhecimento obscuro, também apequenou a visão sobre a vida e o ser humano.

Em contraponto a isto, houve uma evolução para uma visão mais holística, orgânica ou ecológica, cuja ênfase se coloca no todo e não nas partes. Esta perspectiva conhecida como “sistêmica” a partir do século XX baseia-se no chamado “pensamento sistêmico”, cujas características veremos adiante.

O autor citado apresenta uma detalhada explanação sobre a evolução do pensamento e da visão sobre a vida e o universo através da história da ciência ocidental.

Esta evolução do pensamento através dos séculos, pode ser resumidamente exposta, da seguinte forma:

- Durante quase toda a Idade Média, até o século XIII, a visão que se tinha do mundo era uma visão orgânica, com pessoas vivendo em pequenas comunidades coesas e dependendo da natureza e umas das outras de forma íntima e comunitária, sob o sistema do feudalismo. A Igreja exercia uma importante influência e havia uma mescla de preocupações espirituais e materiais. No século XIII, houve uma fusão das ideias de Aristóteles sobre a natureza com a teologia e ética cristã, colocando a ciência desta época,

baseada na fé e na razão, em torno das questões relacionadas a Deus, à alma humana e à ética.

- Nos séculos XVI e XVII houve uma radical mudança da perspectiva vigente na Idade Média. Segundo Capra, “A noção de um universo orgânico, vivo e espiritual foi substituída pela do mundo como uma máquina, e a concepção mecanicista da realidade tornou-se a base da moderna visão de mundo.” (CAPRA,2014, p. 43) Esta mudança deu-se por descobertas e postulações revolucionárias no campo da Física, da Astronomia e da Matemática.

- O século XVII trouxe a aplicação da Mecânica de Newton que aprofundava a mudança de perspectiva ao explicar os movimentos dos planetas, luas e cometas até os seus menores detalhes, bem como o fluxo das marés e vários outros fenômenos relacionados à gravidade.

- Durante o século XIX, importantes investigações culminaram na apresentação da hipótese atômica e dos fenômenos elétricos e magnéticos. Além disso, houve o surgimento de Mendel com as postulações que se tornaram a base da genética moderna e o pensamento evolucionista com a Teoria da Evolução das Espécies de Lamarck (1744-1829) e Charles Darwin (1809-1882) que foi um marco de ruptura com a “concepção cartesiana do mundo como uma máquina que emergiu, já perfeitamente construída das mãos de seu criador” (CAPRA,2014, p. 58).

- Foi no século XX, recém findo, que surgiu a Teoria da Relatividade e a Teoria Quântica questionando e abalando os principais conceitos da visão de mundo cartesiana e da mecânica newtoniana. Capra situa o começo do pensamento sistêmico no início do século XX, tendo, como pioneiros, biólogos que enfatizaram a visão dos organismos vivos como totalidades integradas. Havia uma oposição ao reducionismo da Biologia, da Física e da Química. Escolas como Vitalismo (século XIX) e Organicismo (início do século XX) sustentavam que, embora aplicáveis a organismos vivos, as leis da Física e da Química eram insuficientes para compreender plenamente o fenômeno da vida. Capra, referindo-se ao pensamento sistêmico diz que

O comportamento de um organismo vivo como uma totalidade integrada não pode ser compreendido a partir do estudo de suas partes. Como os teóricos sistêmicos se expressariam várias décadas mais tarde, o todo é mais do que a soma de suas partes. (CAPRA, 2014, p.94)

A partir desta perspectiva, “um sistema passou a significar uma totalidade integrada, cujas propriedades essenciais surgem das relações entre suas partes, e “pensamento sistêmico” passou a indicar a compreensão de um fenômeno dentro do contexto de um todo maior.” (CAPRA,2014, p. 94)

Segundo Capra, a compreensão do mundo e dos seres de forma sistêmica significa compreendê-las dentro de um contexto, estabelecendo a

natureza das suas relações e ressaltando o fato de que as propriedades essenciais de um organismo surgem das relações e interações entre as partes.

O pensamento sistêmico apresenta várias características que se constituem como alterações de perspectivas que, se avaliadas dentro do contexto da saúde e das relações cliente/profissional da saúde, muito contribuem para o entendimento de uma outra forma de interação com o cliente e seu sistema de apoio.

Relacionando as várias características do pensamento sistêmico e atrelando-as a uma visão sistêmica da saúde, podemos refletir sobre algumas delas, como as listadas a seguir.

- Mudança de perspectiva das partes para o todo: As propriedades dos sistemas vivos não podem ser reduzidas às das partes menores. Suas propriedades essenciais, ou sistêmicas, são propriedades do todo, que nenhuma das partes tem. A superespecialização de muitas áreas da saúde, traz, como efeito colateral o risco de que os clientes dos profissionais destas áreas, muitas vezes sejam atendidos, não como o seu João, marido da dona Maria, mas como a cirurgia das 9h30m, a insuficiência cardíaca do 304, o molar das 15h, o atendimento de uma disfonia ou o banho do 503.

- Mudança de perspectiva de objetos para relações: Os seres vivos são vistos dentro da visão sistêmica, como totalidades integradas, tanto aos seus componentes menores como ao todo maior ao qual pertencem. Segundo Capra, não há partes, apenas padrões em uma “teia inseparável de relações.” (CAPRA,2014, p.113). Portanto, a percepção do cliente, pelo profissional da saúde sem associá-lo a seu contexto, sem a avaliação de sua história pregressa, fatalmente levará a uma visão incorreta dele e, talvez, a um diagnóstico e tratamento errôneo ou incompleto.

- Mudança de perspectiva de medição para mapeamento: Quando se pensa a respeito do mundo e dos seres de uma forma menos reducionista, percebemos que estes não podem ser avaliados através, apenas, de medições. No pensamento sistêmico a avaliação parte do pressuposto que relações não podem ser medidas e pesadas, mas sim, mapeadas. O autor em questão diz que “Quando mapeamos relações, descobrimos certas configurações que ocorrem repetidamente.” (CAPRA,2014, p.114). Capra chama isto de padrão. Perceber as pessoas dentro de seus padrões de repetição nos leva diretamente ao *link* com a Teoria do Script de Berne. É de suma importância que o profissional da saúde lembre que o cliente que lhe chega é um todo com uma história pregressa, provavelmente cheia de nuances e ciclos plenos de significado, mesmo que sua queixa seja torcicolo, rouquidão, cárie ou um nariz feio. E, também, que qualquer um destes ciclos, histórias ou crenças estão relacionados intimamente com as pessoas que formam os grupos de seu contexto.

- Mudança de perspectiva de estruturas para processos: A ciência sistêmica percebe as estruturas como a manifestação de processos subjacentes, compreendendo a estrutura viva através da compreensão de seus processos metabólicos e de desenvolvimento. Se tomarmos como exemplo algumas queixas infantis, poderemos observar que muitos sinais ou sintomas devem-se tanto ao contexto-grupo a que pertence- como à fase de desenvolvimento pela qual passa.

- Mudança de perspectiva de ciência objetiva para ciência epistêmica: Esta característica se destaca pelo fato de que, ao receber um cliente, o profissional da saúde torna-se parte de seu contexto, de seu grupo de apoio, enfim de sua rede e, por isto, torna-se também um importante influenciador de seus processos.

Para a ciência cartesiana, as descrições científicas devem ser objetivas, independentes do observador humano e do processo de conhecimento. Ao contrário disto, a ciência sistêmica postula que a compreensão do processo de conhecimento precisa ser explicitamente envolvida na descrição dos fenômenos naturais. Utilizando, de forma superficial, um pensamento do físico quântico Heisenberg: o observador altera o que é observado pelo simples fato de observá-lo.

- Mudança de perspectiva de certeza cartesiana ao conhecimento aproximado: O paradigma mecanicista baseia-se na certeza do conhecimento científico. No paradigma sistêmico, não encontraremos esta certeza plena, esta crença em uma verdade única.

Em relação à área da saúde, deter e concentrar o valor do conhecimento só no profissional de saúde não contribui para a Autonomia. A visão tradicional que as pessoas têm dos profissionais de saúde, em geral, coloca estes últimos em um papel hierárquico que tende a reforçar o “*status quo*”, o que intensifica as crenças a respeito de Poder, os Comportamentos Passivos por parte dos clientes e seus sistemas de apoio e torna as pessoas menos autônomas do que poderiam ser em relação a sua saúde.

As pessoas, de um modo geral, têm um conhecimento considerável sobre as suas questões físicas, mesmo que este conhecimento possa estar entremeado de ideias fantasiosas. A qualificação do conhecimento leigo sobre a doença e a saúde contribui para que os profissionais da saúde possam ter, no cliente, o indispensável protagonista em seu processo de cura.

A proposta sistêmica para saúde pressupõe que a entendamos de uma forma mais ampla, capaz de contemplar o ser humano como um ser, que, gregário por escolha e aptidão, tem seu bem estar relacionado com a harmonia entre seus muitos contextos de atuação.

Relacionando esta proposta com as várias definições de saúde, trago algumas delas para comparação e reflexão.

A atual definição de saúde da OMS (Organização Mundial da Saúde) diz que “Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecções e enfermidades.”

Esta definição de saúde, adotada pela Organização Mundial de Saúde em 1946, em um período imediatamente pós guerra, decorreu da preocupação vigente com a devastação ocorrida e de um otimismo em relação à paz mundial. Ela tem sido tão divulgada quanto criticada. Tem sido considerada uma utopia porque um estado de completo bem estar físico, pode ser uma bela meta a ser alcançada, mas não tem feito parte da realidade de nosso planeta, não sendo, portanto, uma meta a ser utilizada pelos serviços de saúde. Outra crítica a seu respeito tem a ver com a ausência de referência, em seu texto, ao contexto ambiental no qual o ser humano está imerso.

Também da OMS, mais especificamente do Escritório Regional Europeu, temos uma reflexão mais ampla sobre a questão da saúde: “Saúde é a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente.”

No Brasil, em 1986, na 8ª Conferência natural de Saúde (CNS), surgiu o chamado Conceito Ampliado de Saúde:

Conceito ampliado de saúde – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8ª CNS, 1986).

Este conceito ampliado de saúde foi reflexo do processo de redemocratização que acontecia na época e de um sentimento de liberdade para expressão de ideias e ideais que haviam estado reprimidos pela ditadura militar, que, tendo durado 21 anos, findara havia apenas um ano.

A 8ª Conferência de Saúde (1986) aconteceu em cinco dias de debates, com mais de quatro mil participantes distribuídos em 135 grupos de trabalho e com a participação de usuários. Foi a primeira conferência aberta ao povo. Além do Conceito ampliado de Saúde, desta conferência histórica saíram importantes subsídios para a futura Constituinte e para definição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma outra forma de pensar saúde tem a ver com o pensamento sistêmico sobre o qual discorreremos anteriormente. Para Capra:

Saúde é um estado de bem estar, resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, bem como suas interações com seu ambiente natural e social (CAPRA, 1982, p.323).

Para Capra, a compreensão de saúde está e sempre estará ligada à compreensão da vida. Na visão sistêmica, não seria possível definir saúde já que esta é uma experiência subjetiva, conhecida de forma intuitiva, mas não possível de ser descrita ou quantificada. Segundo o autor, “saúde é um estado de bem estar que surge quando o organismo funciona de uma certa maneira.” (CAPRA,2014, p.403).

Para finalizar este tópico, trago uma última definição, esta considerada uma definição holística já que, além de incluir os vários contextos que outras definições incluem, coloca também a dimensão espiritual.

Saúde é a consciência de bem estar, resultante de um processo contínuo de harmonização entre os aspectos físicos, psíquicos, sociais, ambientais... e espirituais... em todas as fases da existência humana. (Pozatti,2007, p.86).

Para Pozatti, o ser humano, na busca de sua inteireza e qualidade de vida, gera saúde. Para ele, ser saudável é voltar a ser inteiro.

Todas estas definições, elaboradas em vários momentos de vida de diferentes pessoas e grupos servem para reforçar a ideia de como o indivíduo pode alterar sua visão a respeito do bem estar associado com o conceito de saúde, dependendo de seu contexto e da época em que vive.

Parece essencial que os profissionais da área da saúde, independentemente de suas especialidades e de onde e como desenvolvem sua profissão, possam acolher o cliente que os procura tendo, como referência, a noção de que a pessoa que chega à sua frente trazendo queixa, esperança ou desespero tem uma história, uma família, uma situação sócio econômica cultural muito própria e, muito provavelmente, uma fé.

Este movimento de acolhimento traz, em seu rastro, vários desafios envolvendo a história pregressa do profissional e sua atual disponibilidade e inteireza para poder ser o alvo da Transferência e Projeção que o cliente, inevitavelmente, fará em seu processo de vinculação.

Nem todos os profissionais que atendem pessoas doentes ou em busca de cuidados preventivos para saúde tem, a sua disposição, tempo, equipamento ou local para atendimento que supram a todas as necessidades do cliente e do profissional de saúde. Esta é a aguda realidade brasileira, tristemente evidenciada na atual pandemia que nos assola.

Porém, acredito, que se o cliente puder ser visto como alguém inteiro e único, ganhará o cliente e o profissional, mesmo nas piores condições de atendimento.

O SISTEMA DO CLIENTE

Por Sistema do Cliente, entende-se o contexto do cliente e os vários grupos e subgrupos com os quais ele interage, considerando o nível de proximidade relacional por exemplo, família, família expandida, grupo de trabalho, grupo cultural, religioso e profissionais de saúde envolvidos. (UNAT-BRASIL,2019)

Em princípio, este sistema é o sistema de apoio do cliente. Sua peculiaridade é que é composto por pessoas, com todos os elementos que constituem a personalidade das pessoas, elementos estes que as tornam únicas e originais.

Ao apresentar sua visão da Estrutura da Personalidade, Berne, ao descrever os Determinantes, organizou estes vários elementos que determinam a forma como a pessoa vai se estruturando durante seu desenvolvimento neuropsicomotor e os chamou de Programação Interna, Programação Externa e Programação de Probabilidades (BERNE,1961).

A Programação Interna provém de forças biológicas naturais do indivíduo. Nós nascemos dotados deste organismo que tem uma programação para responder conforme seus instintos. Estes instintos são o instinto da sobrevivência que tem a ver com a busca do alimento e a preservação da vida e o instinto de preservação da espécie que está relacionado com a sexualidade.

Além disto, somos seres gregários que, enquanto organismos biológicos, precisamos que outro nos cuide. Não só nascemos aptos a ver, ouvir, sugar e pegar de forma altamente específica como de vincularmo-nos em nossas primeiras horas de vida. (LEWIS E WOLKMAR,1990).

A programação biológica provém além dos instintos, das emoções naturais e da nossa bagagem biológica, da nossa herança genética.

A Programação de Probabilidades provém do processamento de dados autônomo, baseado na experiência passada. Dizendo de outra forma, a Programação de Probabilidades é o resultado da experiência e do aprendizado que tivemos no encontro das características do organismo que nasce (Programação Interna) com o meio que o acolhe (Programação Externa).

As redes neurais que vão dar origem aos nossos Estados de Ego, vão se constituindo através deste aprendizado, através do resultado do que ocorre entre o organismo e o meio externo.

Na questão aqui em pauta, nos interessa focar na Programação Externa, um dos Determinantes que provem de cânones externos incorporados. Nós nascemos em um meio externo e devido a isto, a programação externa será tudo que vier da cultura, da sociedade, da família e dos pais. Portanto, estamos falando de valores, crenças, comportamentos imitados e rituais, incluindo aqueles que interferem de forma benéfica ou não no entendimento e comportamento frente aos sinais e sintomas das doenças.

Os Determinantes, integrantes do Aparato Psíquico, foram entendidos por Berne “como fatores que determinam a qualidade da organização e dos fenômenos” (BERNE, 1985, p. 222), isto é, estabelecem a programação dos Órgãos Psíquicos que se manifestam através dos Fenômenos ou Estados de Ego: Pai, Adulto e Criança. São os elementos que, diferentes para cada pessoa, nos tornam únicos. Somos originais não só pelas digitais ou pela voz, mas também pelo fenômeno único que é a formação das redes neurais que vão emergir como resultado da dinâmica que acontece no encontro entre o indivíduo e o meio externo.

Hine, analista transacional que estudou a relação entre redes neurais e Estados de Ego, entende a formação do *Self*, “nossa identidade, a essência de quem somos” (HINE, 2004. p. 60), como um movimento gradual, a partir de conexões neurais únicas, construídas pelas experiências, também únicas de cada pessoa.

Estes elementos do meio interno de cada pessoa, quando em contato com os elementos do meio interno de outra pessoa, através dos Estados de Ego, podem dar origem a várias formas de Estruturação Social do Tempo desde Rituais, passando por Jogos Psicológicos até Intimidade. Quando, somado a isto, há alguma ameaça à saúde física ou emocional, os riscos de conflito se tornam maiores, sendo, pois, importante foco de atenção para o Analista Transacional da área das Ciências da Saúde.

Portanto, quando uma pessoa procura um profissional da saúde, o faz com toda esta complexidade composta por instintos, emoções, crenças, rituais, valores, raciocínio lógico e experiência.

O cliente que recebemos, chega com um dos Órgãos Psíquicos (Arqueopsique, Exteropsique ou Neopsique) mais catexizado, sendo com este, então, que faremos o primeiro contato.

Mesmo que quem nos fale seja o Estado de Ego Adulto, expressando o conteúdo organizado pela Neopsique, este conteúdo pode vir com ou sem Contaminações dos outros Órgãos Psíquicos, o que poderá fazer diferença no modo como o contato se dará.

Frente ao stress causado por uma doença física ou mental, o doente e seu sistema de apoio podem reagir ao estímulo (doença) com a Neopsique (Adulto); neste caso as soluções de enfrentamento da crise virão desta estrutura psíquica, cuja característica é, segundo Berne, ocupar-se da transformação de estímulos em peças de informação e do processamento e arquivo dessa informação com base na experiência prévia.

Porém, o conteúdo da Exteropsique (Pai) ou da Arqueopsique (Criança) pode invadir ou contaminar a Neopsique, o que configura uma patologia estrutural, uma anomalia da estrutura psíquica, nomeada por Berne de Contaminação, que assume a configuração de certos tipos de Preconceitos por um lado e de Ilusões, por outro (BERNE, 1961, pág. 45).

No Preconceito, parte da Exteropsique se inclui nas fronteiras da Neopsique, havendo Contaminação desta por conteúdo da Exteropsique como preconceitos ou julgamentos estereotipados.

Na Ilusão, ocorre uma Contaminação da Neopsique como, por exemplo, ilusões ou temores, oriundos da Arqueopsique.

Pode ocorrer também uma dupla Contaminação, quando a Neopsique é contaminada tanto por preconceitos como por ilusões.

Cada um dos Órgãos Psíquicos percebe o ambiente de forma diversa, de acordo com sua função e, portanto, reage de forma diferente a um conjunto diferente de estímulos. Portanto, a reação frente ao estímulo doença, pode vir, não da Neopsique mas sim da Exteropsique com suas características de imersão na cultura em que o indivíduo vive ou da Arqueopsique baseada no pensamento pré-lógico e em percepções pouco diferenciadas ou distorcidas.

Esta possível Contaminação da Neopsique, que tanto pode atingir o cliente ou o Sistema do Cliente incluindo o profissional de saúde, tende a ser prejudicial tanto para a relação entre os envolvidos como para a adesão ao tratamento instituído para as variadas patologias.

Agora, multipliquemos esta situação, pelo número de pessoas que compõem o sistema de apoio do indivíduo em questão e teremos uma amostra do mosaico a que estaremos expostos como profissionais de saúde, envolvidos nas várias situações relacionadas ao processo saúde-doença.

Infelizmente, atualmente, temos exemplos diários disto, no tocante à forma como as pessoas tem se comportado frente à Pandemia. A questão do uso de máscaras, do distanciamento social, do tratamento precoce para a COVID e da vacinação são exemplos vívidos de como crenças e preconceitos provindos da cultura dos indivíduos, assim como as ilusões e os temores podem interferir na tomada de decisões Adultas, adequadas ao momento e com

impacto sobre a saúde do cliente, do Sistema do Cliente e da comunidade em geral.

Saber contextualizar teoricamente estas reações e responder a elas com intervenções que possam descontaminar o Estado de Ego Adulto do cliente e/ou dos integrantes de seu sistema de apoio (através do uso das Operações Terapêuticas, por exemplo) pode ser o diferencial que levará o cliente a uma boa evolução e melhor prognóstico de sua patologia.

É importante que se tenha o cliente e os grupos a que pertence como aliados em seu tratamento. A Descontaminação do Estado de Ego Adulto sobre ideias e comportamentos errados ou prejudiciais que possam estar ocorrendo em relação a sua saúde é tanto indispensável como desafiador.

Um dos eventos frequentes em Medicina e, imagino que em outras áreas das ciências da Saúde também, é a ação do “doente” e de seu sistema de apoio (Sistema do Cliente) sobre os sintomas e sinais da doença que o aflige.

O ditado popular que diz “De médico e de louco todos nós temos um pouco”, se refere a isto. As pessoas agem sobre suas patologias e sobre a patologia dos que amam, atuando contra os sintomas da doença e, sobretudo, sendo assediados por fantasias e crenças oriundas da interação dos indivíduos com a cultura da qual fazem parte.

No DSM 5- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, existe um capítulo cujo título é Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento, no qual são descritas diversas síndromes relacionadas com crenças da cultura na qual o indivíduo afetado está imerso, culturas estas de várias partes do mundo. Por exemplo, a síndrome de Dhat, termo criado no Sul da Ásia, que se refere a um conjunto de sintomas tais como ansiedade, fadiga, perda de peso e impotência que é atribuída à perda de sêmen, havendo uma disposição cultural para explicar problemas de saúde e sintomas por meio da referência à síndrome de Dhat.

Outro exemplo seria a “Maladi Moun” ou doença enviada, explicação cultural presente em comunidades haitianas para diversos transtornos médicos psiquiátricos; algo parecido com o nosso “Mau Olhado” ou “Quebrante” que causaria olhos lacrimejantes, moleza, tristeza, bocejos, espirros e inapetência.

Muitas vezes me deparei com relatos de tratamentos baseados em crenças da cultura de meus clientes. Cito alguns: assoprar a “moleira” (fontanela) ou o rosto do bebê quando se engasga, sacudir com força quando tem cólicas, colocar um pequeno fiapo de lã umedecido com saliva na testa para parar os soluços, instilar gotas de querosene nas narinas para tratar sinusite, colocar uma moeda no umbigo para tratamento de hérnias umbilicais, benzeduras para cobreiros, e outros.

Respeitar a cultura do cliente e de seu sistema de apoio e separar o que é inócuo do que é benéfico ou prejudicial é um desafio constante no atendimento dos clientes, em qualquer área da saúde.

O profissional da saúde trabalhará sempre com Grupos, já que seu cliente vem acompanhado, de forma subjetiva ou concreta por este sistema de apoio, o Sistema do Cliente.

Berne definiu Grupo como “qualquer agregado social que tenha uma Fronteira externa e pelo menos uma Fronteira interna” (BERNE,2011, p.63) entendendo como agregado social, aquele no qual existem estímulos e respostas transacionais.

O primeiro grupo social ao qual pertencemos é a família. Sociologicamente, família é entendida como uma agregação de indivíduos unidos por laços afetivos ou de parentesco em que os adultos são responsáveis pelo cuidado com os indivíduos mais jovens.

Apesar de ter sofrido alterações importantes ao longo dos tempos, o conceito de família continua a ter como características principais a formação de um núcleo e o cuidado com os elementos ainda não totalmente desenvolvidos. Por ser o primeiro grupo ao qual pertencemos, sua importância se impõe e sua influência atua sobre os demais grupos aos quais o indivíduo vai se integrando durante sua vida.

Geralmente, o primeiro contato que o profissional de saúde faz com o sistema de apoio do cliente é com alguém de sua família nuclear ou de origem, estando esta pessoa presente a este primeiro encontro ou não.

Em consultas médicas este contato com familiares, já na primeira consulta, é muito comum, sendo obrigatório na clínica pediátrica, em geriatria e em situações de emergência e quadros graves. Em outras profissões da área da saúde isto também ocorre, por exemplo, odontologia, fonoaudiologia, enfermagem, nutrição, terapia ocupacional, assistência social e outros.

Berne ao referir-se às forças organizadoras e desorganizadoras que atuam nos grupos, citou a Coesão grupal como uma força organizadora e a Pressão e a Agitação como forças desorganizadoras (BERNE,2011). Segundo ele, os grupos podem ser construtivos e destrutivos dependendo de quais destas forças estejam mais presentes. As atividades de um grupo construtivo aumentam a ordem do ambiente externo e as de um grupo destrutivo tem por objetivo promover a desordem no meio externo.

De um modo geral, “a família é um grupo construtivo no qual cada membro contribui para a Coesão do grupo e promove a ordem interna” (BERNE,2011, p. 94), embora não seja incomum que forças disruptivas internas ou externas possam ameaçar a sobrevivência do grupo família.

O SISTEMA DO CLIENTE E A DOENÇA

Ao atender seus clientes, os diversos profissionais da saúde entram em contato com toda a gama de emoções e sentimentos desencadeados quando alguém, de alguma forma, se envolve com questões de sua saúde, em qualquer um dos níveis de atenção à saúde como promoção, prevenção e reabilitação, cuidados paliativos e, também, o processo da morte e do morrer. Esta gama de sentimentos, é claro, se estende por todo o Sistema do Cliente, trazendo, a cada caso, as nuances da cultura daquele grupo.

Felizmente, nem sempre temos que lidar com a morte; com a definitiva e onipresente morte, mas, em se tratando do continuum saúde – doença, estaremos sempre tendo que lidar com o medo da perda de algo físico, e com o medo das ameaças à integridade deste veículo único para estar neste planeta, que é o nosso corpo físico.

Enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, educadores físicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, médicos, assistentes sociais, os que trabalham com idosos e, provavelmente outros que estou deixando de citar agora, todos estes, se veem frente à questão da perda ou da expectativa de algum tipo de perda física, com as várias demandas emocionais que estas possíveis ocorrências evocam.

São inúmeras as situações em que o cliente chega ao profissional de saúde devido à perda de alguma capacidade que implica em sua qualidade de vida, por exemplo: perda da amplitude dos movimentos, da força, dos dentes, da fala, da capacidade de andar, da possibilidade de cantar, do controle dos esfíncteres ou da juventude.

Muitas vezes, antes de chegar até o profissional de saúde, o assunto em questão já impactou vários dos grupos que fazem parte do Sistema do Cliente. Se o indivíduo estiver com algum tipo de desconforto ou limitação física, isto poderá se refletir em sua frequência e produtividade na escola ou no trabalho, talvez tenha que alterar elementos dos hábitos e da rotina do grupo familiar, e, em muitos casos, talvez já esteja ingerindo substâncias ou fazendo algum outro tipo de tratamento prescritos ou aconselhados pelos vários integrantes de todos os grupos a que pertence, incluindo os grupos que envolvem entidades não humanas, mas espirituais.

Várias foram as situações em que, como pediatra, recebi crianças encaminhadas ou já medicadas por componentes de seu sistema de apoio que não tinham nenhum conhecimento mais formal sobre a doença ou desconforto em questão. Embora isto não signifique que os conselhos sejam sempre inadequados e não resolutivos, muitas vezes causam problemas devidos à desinformação e à falta de objetividade que o envolvimento emocional e a falta de treinamento podem ocasionar. Some-se a isto as “pesquisas” realizada no Google e teremos uma visão bem aproximada do que costuma ocorrer.

Acho importante ressaltar que a equipe de saúde que, de uma forma ou outra, atende o cliente, também faz parte do referido Sistema do Cliente e, absolutamente não está isenta, de Emoções, Sentimentos, Transferências e Contratransferências e tampouco, de pesquisas no Google.

A doença e o medo da doença impactam o grupo como um todo e isto cria um contexto muito propício para que formas de relacionamento menos saudáveis apareçam devido à ansiedade. Poder identificar e diagnosticar o que está acontecendo nas relações entre os profissionais de saúde e o cliente, entre os cuidadores e o ser que está frágil ou entre os membros do sistema de apoio, pode ser um recurso inestimável nestas situações em que as emoções e a expressão delas possam estar prejudicando o processo de cura e a manutenção da saúde.

Os conceitos e propostas da Educação Emocional para entendimento das relações e calibragem pessoal como o conceito de Escala de Consciência Emocional proposto por Steiner em 1997, em seu livro Educação Emocional, podem ser valiosos para entendermos onde se situa o cliente ou o seu sistema de apoio no que se refere à consciência sobre suas Emoções ou Sentimentos.

Esta escala é um diagrama que serve para delinear os diversos perfis construídos a partir dos níveis de Consciência Emocional que vão desde um mínimo (Insensibilidade) até um máximo (Interatividade) de Consciência Emocional.

Os níveis de Consciência Emocional são, em ordem crescente, Insensibilidade, Sensações Físicas, Experiência Primitiva, Diferenciação, Causalidade, Empatia e Interatividade.

É muito comum que, ao tratar-se pessoas fisicamente doentes, no momento em que as recebemos, elas estejam nos níveis mais baixos de Consciência Emocional, não conscientes de como suas Emoções possam estar se movendo e expressando dentro e fora de si, ou vivenciando as alterações fisiológicas que as emoções originam como sintomas, não de suas emoções, mas como se fossem provenientes de alguma patologia (somatização). E, em algumas vezes, embora possa haver Consciência sobre as Emoções em curso, a pessoa não consegue entendê-las nem as controlar, podendo haver explosões emocionais ou acessos de impulsividade, que só servem para indispor os envolvidos na situação.

Compreender e diagnosticar estes níveis de Consciência Emocional no Cliente/Sistema do cliente e em nós mesmos, (equipe de saúde) é um recurso inestimável para saber qual a abordagem mais conveniente a cada momento emocional.

Mesmo levando em consideração que os contatos do cliente com profissionais da Área da Saúde possam ter uma duração curta, se tivermos consciência e conhecimento básico a respeito do processo intra e interpessoal,

isto será sem dúvida, um diferencial em nossa forma de acolher as pessoas que nos procuram e no resultado de nosso trabalho.

A EQUIPE DE SAÚDE E A DOENÇA

Quando o cliente e seu grupo de apoio buscam um profissional da área da saúde, geralmente o buscam para manutenção ou recuperação de seu bem estar.

Quero enfatizar, neste item do presente trabalho, a busca de profissionais para diagnóstico, tratamento e cura de algum aspecto debilitante, incapacitante ou potencialmente fatal.

Como todos nós sabemos, inclusive por experiência própria, quando a queixa física é colocada frente ao médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta ou outros, junto com ela, vai o anseio, o temor, a esperança e, às vezes, o desespero.

Acho importante refletir sobre o modo como isto impacta os integrantes da equipe de saúde que, da mesma forma que o cliente e seu sistema de apoio, pensam, sentem e atuam de acordo com sua cultura, suas emoções e suas experiências.

A atual situação mundial envolvendo a pandemia causada pelo SARS-CoV-2 intensificou muito o drama que, geralmente, fica escondido do público e que tem a ver com o impacto que a doença, a morte e a dor causam nos profissionais de saúde.

Caracterizada pela Organização Mundial da Saúde como uma pandemia em março de 2020, a COVID-19 tem dizimado famílias, prejudicado enormemente a economia e alterado, de forma consistente, o modo das pessoas se relacionarem.

Este grave quadro de saúde, embora já tendo sido cogitado, pegou a todos despreparados para seu enfrentamento. As pessoas que trabalham em serviços essenciais, como é o caso de vários profissionais de saúde, tiveram que caminhar na contramão do distanciamento social, expondo-se, no caso dos que estão no “*front*”, em ambientes com alto risco de contaminação pelo SARS-CoV-2.

Apesar dos usuários dos sistemas de saúde saberem que profissionais da saúde compartilham com eles de sua condição humana, sendo também alvos possíveis da doença, isto não impede que, em seu medo e tristeza, direcionem aos profissionais sua expectativa de que os mesmos, de alguma forma, os salvem e protejam do mal que os atemoriza.

A aquisição de conhecimento sobre a COVID-19, no tocante as suas características, possíveis tratamentos e formas de prevenção se deu enquanto as pessoas adoeciam e morriam e as equipes de saúde tentavam evitar isto de forma experimental e, certamente, com grande tensão emocional.

O risco de contaminar-se e contaminar a seus familiares, a falta de equipamento de proteção individual, a falta de medicamentos (lembremo-nos da crise pela falta de oxigênio ocorrida no Brasil) e a polarização política envolvendo tudo isto e favorecendo a negação da gravidade da crise, tem colocado muitos médicos e enfermeiros em situação de *stress* agudo.

Tidos em alguns momentos como os heróis da crise e, em outros, como vetores a serem evitados pelo risco de contaminação, os profissionais da saúde desenvolveram, durante esse período de pandemia que passamos, quadros como ansiedade, depressão, *stress* pós traumático e outros.

Embora estejamos falando destas situações agora, pelo evento da pandemia, isto não é novo e nem sem precedentes em relação aos profissionais da saúde.

Em artigo sobre - A saúde mental de médicos durante a pandemia COVID-19- Niall Galbraith e outros citam o seguinte:

Pesquisas de epidemias / pandemias anteriores (como o surto de SARS de 2003, a epidemia de MERS de 2012 ou surtos de Ebola na África Ocidental) mostra que os profissionais de saúde podem experimentar uma ampla gama de morbidades psicológicas, incluindo traumas, que podem perdurar por muitos meses após o surto. A relação entre eventos traumáticos de vida e suicídio está bem documentada e o trauma de eventos de desastre pode aumentar a ideação suicida em trabalhadores de emergência. O medo do risco à saúde e o isolamento social contribuem para o sofrimento psicológico, assim como percepções do estigma de infecção por parte da comunidade. No entanto, os efeitos negativos sobre a saúde mental podem ser encontrados em médicos, independentemente de trabalharem ou não diretamente com pacientes infectados. Embora as tensões dos cuidados de saúde da linha de frente, durante um surto infeccioso, possam levar à ausência por doença e maior rotatividade de pessoal, a maioria das evidências sugere que médicos e enfermeiras sentem uma forte obrigação profissional de continuar trabalhando apesar do perigo.”(GALBRAITH et al,2020).

Ainda no mesmo artigo, os autores comentam o fato de que, ter que equilibrar a própria segurança com as necessidades dos pacientes, familiares e empregadores, juntando-se a isto, a ausência de recursos e longas jornadas pode levar a dilemas éticos angustiantes e consequentes danos morais.

Lucia Cecilia da Silva em sua reflexão sobre “O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer” (SILVA,2009), traz considerações feitas por um outro autor- Martins (1991) - a respeito de características do trabalho de alguns profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e reabilitadores físicos que podem tornar-se fatores de risco para sua saúde mental.

Estas características seriam o contato íntimo e frequente com a dor e o sofrimento; o contato íntimo e frequente com a perspectiva da morte e com o morrer; o lidar com a intimidade corporal e emocional; o lidar com pacientes

difíceis, por exemplo, queixosos, rebeldes e não aderentes ao tratamento; o lidar com as incertezas e limitações do conhecimento científico que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes que desejam certezas e garantias.

Uma das conclusões da autora é que

...estando constantemente diante da fragilidade e vulnerabilidade humanas, os profissionais de saúde que atuam na atenção ao paciente oncológico estão expostos com mais frequência e mais intensidade diante de sua própria fragilidade e vulnerabilidade enquanto seres existentes. **É no contato com o outro que o "eu" se constrói, se diferencia e se reconhece, e saber da dor do outro, da finitude do outro é saber da própria dor, da própria finitude. E nesta identificação humana com o doente, o profissional se reconhece como um ser aberto ao sofrimento porque também se reconhece frágil e vulnerável, passível de todas as possibilidades que a vida apresenta, sendo a morte a possibilidade mais certa.** (SILVA,2019)

O ressalto do texto em negrito é meu e o faço porque estas questões são relevantes já que, na constante evidência da fragilidade da vida e no embate entre as necessidades pessoais e as do outro, pode se perder a informação de que todos, clientes, sistemas de apoio do cliente e profissionais da saúde, fazem parte de um mesmo e amplo Sistema do cliente emitindo estímulos e respostas transacionais, de forma intensa, assim como sinais de reconhecimento e afeto uns pelos outros.

Como as situações relacionadas ao processo saúde -doença impactam de forma tão poderosa, doentes e cuidadores, incluindo os profissionais de saúde, construir um espaço de escuta aberta e generosa tanto para as pessoas que estão enfermas como para aqueles que as cuidam, é vital para a manutenção da qualidade das ações promovedoras de saúde.

O contato da equipe de saúde com os outros grupos aos quais o cliente pertence pode se revelar elucidativo e útil, principalmente se voltarmos à ideia de que o todo pode ter mais recursos do que as suas partes.

Buscar a curiosidade e empatia sobre quem nos procura com sua dor e medo, expande o cenário do encontro. Que conjunto de experiências, traumas, crenças vem buscar nossa orientação? E como tudo isto se encontrará com o nosso próprio conjunto de experiências, traumas e crenças?

A EQUIPE DE SAÚDE E O SISTEMA DO CLIENTE

Além dos tópicos abordados até aqui, há uma questão interessante a respeito dos grupos e de como as pessoas se relacionam neles e com eles.

Segundo Berne, os indivíduos ingressam em grupos com um determinado equipamento necessário para isto, a saber: uma necessidade biológica de estimulação, uma necessidade psicológica de Estruturação do Tempo, uma necessidade social de Intimidade, uma necessidade nostálgica de

padronizar Transações e um conjunto provisório de expectativas baseadas em experiências passadas (BERNE,2011).

Ao entrar em um grupo, o indivíduo precisa fazer um movimento de ajustamento com o objetivo de adaptar suas necessidades e expectativas à realidade que encontra.

Berne definiu Imago Grupal como “qualquer retrato mental, consciente, pré-consciente ou inconsciente, do que um grupo é ou deveria ser.” (BERNE,2011, p.236)

Napper, ao referir-se à visão de Imago de Berne, diz que “o termo Imago de Berne se refere ao quadro que inconscientemente carregamos na nossa cabeça de como será qualquer grupo no qual entramos ou somos parte. É baseado na experiência passada do nosso primeiro grupo familiar, crescendo até experiências mais recentes de grupo” (NAPPER e NEWTON, 2016, p. 204).

A Imago do grupo vai se alterando enquanto ocorre o processo de ajustamento, passando por quatro fases diversas, nas quais a Estruturação Social do Tempo, no grupo em questão, será diferente para cada uma delas, indo de Rituais a Passatempos e Atividades, passando por Jogos Psicológicos até chegar à Intimidade Durante esta evolução, a maneira como os integrantes percebem a si e aos outros dentro do grupo se altera e, com isto, também a forma como se relacionam.

Tanto o cliente como o Sistema do Cliente têm impressões prévias ou a construir sobre o grupo no qual ele e o profissional de saúde procurado estão incluídos.

Assim como a equipe de saúde será o grupo a respeito do qual o cliente e seu sistema de apoio farão fantasias e desenvolverão expectativas baseadas em vivências passadas, também os profissionais de saúde ao se incluir no Sistema do Cliente poderão ver-se ou imaginar-se sendo vistos de acordo com suas experiências prévias.

Muitas vezes o profissional da saúde é colocado, no grupo ao qual pertence o cliente, como um líder no tocante às questões de saúde. Isto pode ocorrer de forma tranquila ou pode haver obstáculos, uma vez que o cliente pertence a outros grupos que também apresentam figuras de autoridade reconhecidas pelo cliente.

Reconhecer a existência destas outras lideranças importantes e influentes no sistema de apoio do cliente e trabalhar com elas de forma cooperativa, pode estimular no cliente e em seus familiares, a conquista da Autonomia em relação a sua saúde.

Como as situações as quais estamos nos referindo se relacionam com a manutenção ou recuperação do bem estar físico, teremos, como já foi frisado, a questão da vulnerabilidade física de cada um permeando todo este processo.

Piccinino (2018) ressalta um aspecto fundamental de tudo isso ao trazer a seguinte reflexão:

Não nos esqueçamos que a capacidade reflexiva necessária para escolher entre várias opções de comportamento implica, por um lado, a consciência da nossa vulnerabilidade à doença, nossa insegurança, nossa dependência casual de eventos externos e a inevitabilidade da morte. Mas, por outro lado, também implica a consciência da beleza da criação, bem como o prazer de viver e estar no mundo. A ansiedade e a alegria de viver tem a mesma raiz e racionalidade; elas são a consequência da ascensão da consciência de nós mesmos como indivíduos. Prever ameaças, estar preparado para enfrentar o inesperado, formar grupos, dar significado para a nossa existência e assim por diante. Estas são as reações que a humanidade tem “selecionado” não apenas para sobreviver, mas também para superar a ansiedade de conhecer nossa condição. (PICCININO,2018, p.275)

CONCLUSÕES

A partir da discussão e reflexões acima, o Sistema do Cliente- definido como o contexto do cliente e os vários grupos e subgrupos com os quais ele interage- fica definido, também, como elemento de suporte básico para a prevenção, manutenção e recuperação da saúde.

A visão sistêmica a respeito de saúde nos traz uma proposta de percepção do bem estar e da inteireza do ser, como algo integrado na cultura, no contexto e nas histórias de vida que os clientes trazem aos diversos profissionais da saúde que procuram.

Sendo o homem um ser gregário, esta característica definidora o marcará e influenciará em suas vivências desde os mais simples e alegres até as mais dramáticas e desafiadoras tais como as que envolvem a questão do adoecer e da finitude.

Ao tornar-se o depositário da queixa de saúde do cliente, o profissional que o atende tornar-se-á também depositário de seu afeto, seus medos, dores, raivas e expectativas de cura. Além disto, também estará exposto aos vários sentimentos e ações que a questão de saúde de seu cliente causa em seu grupo de apoio.

Defrontar-se com os sinais da vulnerabilidade do cliente, suas dores e o risco de, talvez, não poder evitar suas perdas, pode acionar, no profissional de saúde, pela evidência de sua própria fragilidade, quadros de ansiedade e depressão.

É um direito e, talvez, um dever do indivíduo que se encontra em algum ponto do continuum saúde-doença ser protagonista de sua própria saúde, buscando nos profissionais o diagnóstico, tratamento, orientações e suporte que precisa e, nos grupos a que pertence, compreensão e apoio.

O profissional de saúde, seja qual for sua profissão, precisará se envolver de alguma forma e, em algum nível, com o Sistema do Cliente e, se souber aproveitar a oportunidade, poderá encontrar aliados que, em algumas situações, se mostrarão de importância vital para a boa evolução do tratamento ou para o acolhimento de situações sem resolução.

Compreender e acolher características da cultura do cliente e do Sistema do Cliente, poderá facilitar não só a realização da anamnese e do diagnóstico, mas também a atuação para a eficácia do tratamento. É importante, para o profissional da saúde, saber que, ao dizer sim para ações de prevenção, reabilitação, cura ou adequação a situações de perdas, estará dizendo sim ao significado cultural de cada um destes elementos.

Algumas vezes o que podem parecer pequenas ações trazem alterações importantes no Quadro de Referência do profissional de saúde e do cliente proporcionando espaço para que os envolvidos possam funcionar como grupos interligados e apoiadores onde cada um respeita o conhecimento e a cultura do outro e pode falar das fronteiras de cada um de forma clara e respeitosa.

As experiências que nos tiram da zona de conforto, que expandem nossa consciência, nos permitem construir novas formas de atuar devido a novas experiências positivas. Ter feito diferente uma vez, ter enfrentado o desafio de sentir, de forma espontânea, uma nova possibilidade de relação com o cliente e seu contexto, traz um diferencial que vale a pena buscar.

Este diferencial que tem a ver com nuances sutis, é construído de pequenas mudanças que tem a ver com descontaminação do modo de pensar e com a revisão de questões éticas e de crenças.

A Análise Transacional, com seu enfoque relacional, vem a ser uma importante ajuda para que profissionais da saúde possam se mover através deste intrincado de crenças, emoções e expectativas que a doença gera, não só no cliente e em seu contexto, mas também na equipe de saúde que o atende.

Por fim, experimentar novas formas de relacionamentos com clientes e seus sistemas de apoio, com consciência de seus significados para uma vida “sistêmica”, pode nos ajudar a nos colocarmos neste intrincado mundo de limitações e plenitudes com nosso real tamanho e, sempre, de mãos dadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área de Ciências da Saúde foi validada a partir da formação da primeira turma no Brasil, em janeiro de 2021. Desta forma, o presente artigo é apenas o início de uma vasta área a ser investigada e aprofundada. A limitação deste estudo é a experiência isolada da autora.

Pesquisas de campo serão úteis para validar a fenomenologia empírica do conceito de Sistema do Cliente. Fica aqui a sugestão e o incentivo para tais estudos.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais- DSM 5.5** ed. Porto Alegre: Artmed,2014.

Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)1986. Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde. Disponível em: conselho.saude.gov.br.

BERNE, Eric. **Análise Transacional em Psicoterapia**. São Paulo: Summus, 1985.

BERNE, Eric. **Estrutura e Dinâmica das Organizações e dos Grupos**. UNAT-BRASIL, circulação restrita para fins didáticos. Porto Alegre: Suliani Editografia Ltda,2011.

BERNE, Eric. **Princípios do Tratamento de Grupo**. UNAT-BRASIL, circulação restrita para fins didáticos. Porto Alegre: Suliani Editografia Ltda,2013.

CAPRA, Fritjof / LUISI, Pier Luigi. **A visão sistêmica da vida: uma concepção unificada e suas implicações filosóficas, políticas, sociais e econômicas**. São Paulo: Cultrix,2014.

CÔRTEZ, Débora A. **A um fêmur de distância: a ligação da vida de Margaret Mead com a história das ciências**. 2021. Disponível em: <https://profissaobiotech.com.br/margaret-mead-historia-das-ciencias/>

GALBRAITH, Niall. The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. **Bjpsych Bulletin**, [S.L.], p. 1-4, abr. 2020. Royal College of Psychiatrists. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1192/bjb.2020.44>.

GREGARISMO. In: Wikipedia: a enciclopédia livre. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/>

HINE, Jenni. Estruturas Cerebrais e Estados de Ego. **Revista Brasileira de Análise Transacional**. Ano XIII, v.1/ Ano XIV,v.1 .Porto Alegre/RS. Jun. 2003, Jun. 2004. p.59-80.

MORAD, Tagrid. **The relevance of margaret mead's concepts in health and illness to the era of covid-19.** Theory and Practice in English Studies. Volume 9, No. 1–2. Nova Iorque. 2020

NAPPER, Rosemary e NEWTON, Trudi. **Táticas: conceitos de análise transacional para treinadores, professores, facilitadores, coaches e mentores, mais insights para estratégias de aprendizagem colaborativa.** Porto Alegre: Editora Medianitz, 2016.

PICCININO, Giorgio. Reflections on Physis, Happiness, and Human Motivation, **Transactional Analysis Journal**, 48:3, 272-285, DOI: 10.1080/03621537.2018.1471293

POZATTI, Mauro Luiz. **Buscando a inteireza do Ser / Proposições para o desenvolvimento sustentável da consciência humana** -Porto Alegre :Gênese Editora, 2007.

SILVA, Lucia Cecilia da. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicol. Am. Lat.** [online]. 2009, n.16, pp. 0-0. ISSN 1870-350X.

STEINER, Claude, PERRY, Paul. Educação Emocional. |Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda, 1998.

UNAT-BRASIL. Manual de Certificação de Analista Transacional, 2019.

ZIMERMAN, David. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade.** Vínculo, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1-16, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100002&lng=pt&nrm=iso>.