

FATEP – FACULDADE DE TECNOLOGIA PAULO FREIRE
UNAT - BRASIL – UNIÃO NACIONAL DE ANALISTAS TRANSACIONAIS
ALINE ALVES FERREIRA DE REZENDE

UMA CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE TRANSACIONAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS.

UMA CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE TRANSACIONAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Faculdade de Tecnologia Paulo Freire, como requisito parcial para obtenção do título de licenciada em Psicologia Transacional.

Local de apresentação: FATEP
Orientadora: Cláudia Ferreira de Almeida

UBERLÂNDIA-MG

2011

ALINE ALVES FERREIRA DE REZENDE
TRATAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS.

**UMA CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE TRANSACIONAL NO
TRATAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS.**

Artigo apresentado ao programa de Pós-graduação em Análise Transacional da UNAT – BRASIL - União Nacional dos Analistas Transacionais - em parceria com a FATEP – Faculdade de tecnologia Paulo Freire, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Análise Transacional.

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Ede Lanir Ferreira Paiva

UBERLÂNDIA-MG

2011

UMA CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE TRANSACIONAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES DIABÉTICOS.

Aline Alves Ferreira de Rezende¹

FATEP – Faculdade de Tecnologia Paulo Freire

UNAT – BRASIL – União Nacional dos Analistas Transacionais

RESUMO

O diabetes é uma doença crônica que pode comprometer vários órgãos do corpo, podendo levar à invalidez, caso não haja um tratamento adequado. Cerca de 6% da população brasileira é portadora da doença, a qual se tornou caso de saúde pública, em que menos de 50% dos diabéticos aderem ao tratamento, por ignorarem sua condição. O objetivo deste artigo consiste em fazer uma análise crítica de uma proposta de intervenção no tratamento de pacientes diabéticos através da Análise Transacional, utilizando os conceitos de Estados de Ego e de Carícias, ajudando o paciente a promover mudanças necessárias para a manutenção de sua qualidade de vida. O paciente precisa ser cuidado juntamente com a doença e como não há cura para o diabetes, a falta de tratamento adequado pode comprometer a qualidade de vida, colocando o sujeito em risco de morte. Assumir a responsabilidade buscando compreender e informar-se sobre a doença, buscar apoio, lidar com as emoções, destruir crenças bloqueadoras e inserir hábitos saudáveis constitui o arsenal de estratégias utilizadas pela Análise Transacional para construir junto ao diabético, uma nova forma de viver com o diabetes.

Palavras-chaves: diabetes, tratamento, análise transacional

Introdução

Em meu trabalho como psicóloga clínica, tenho tido alguns contatos com pacientes diabéticos, os quais me despertaram o interesse em estudar mais sobre o assunto. Percebia certo desgosto quando o paciente comentava ser portador do diabetes, sobretudo, quando mencionava sobre as restrições alimentares, mas sem mais delongas. Parecia incomodá-los falar até o nome da doença, como se quisessem mantê-la distante. Nessa busca pelo conhecimento a literatura mostrou-me que metade dos pacientes que sabem que estão diabéticos não faz o tratamento adequado, pois não aceita sua condição de doente e como o diabetes não tem cura, o paciente precisa aprender a conviver com sua doença, buscando apoio, assumindo a responsabilidade por sua doença e mudando

¹ Psicóloga Clínica, email: alineapsico@yahoo.com.br

seus hábitos de vida. Antes de se tratar a doença é necessário tratar a pessoa doente e neste artigo serão apontados os fatores que podem desencadear o diabetes e diante deste diagnóstico, se fará uma análise crítica a respeito da aceitação e tratamento da doença à luz da Análise Transacional.

As facilidades propiciadas pelo capitalismo vistas nos meios de transporte e comunicação e os atrativos gerados pela indústria alimentícia produtoras de alimentos calóricos e que fiquem os diversos paladares, se contrapõem aos benefícios trazidos pela tecnologia e ao avanço da medicina em termos de bons hábitos de vida, no que diz respeito à questão da alimentação e das atividades físicas. Colleta e Santos (2011) destacaram a fartura de lanchonetes e restaurantes vendedores de comidas gordurosas e açucaradas, as quais consumidas em excesso têm levado muitas pessoas à obesidade, ao aparecimento de alguns tipos de câncer e ao diabetes.

Cerca de sete milhões de pessoas no Brasil é afetada pelo Diabetes. É uma doença que não tem cura e precisa ser tratada para não agravar mais os sintomas e colocar a pessoa em risco de morte ou de incapacitá-la. Porém, muitos negam a doença e metade nem sabe que está doente e que precisa construir uma nova forma de viver e conviver com a doença (GRAÇA et al., 2007).

O presente artigo tem como objetivo fazer uma análise crítica através de uma proposta de intervenção no tratamento de pacientes diabéticos utilizando os conceitos de Estados de Ego e de Carícias abordados pela Análise Transacional, com o intuito de se tratar não somente a doença como o doente, ajudando-o assumir a responsabilidade por sua doença e gerar as mudanças necessárias para melhorar sua qualidade de vida.

O Diabetes

O Diabetes é uma doença crônica e chama atenção por ser uma das patologias que vem crescendo no mundo contemporâneo. Isto devido, em parte, às mudanças no estilo de vida que a modernidade promoveu através da alimentação industrializada e hipercalórica, ao sedentarismo, a obesidade entre outros fatores. No Brasil, cerca de metade da população diabética desconhece sua situação, de modo que esta doença se tornou caso de saúde pública, devido às necessidades de hospitalização e às complicações que trazem nos nervos e vasos sanguíneos, olhos, rins e coração, amputação de membros inferiores, levando muitas vezes à invalidez (ORTIZ E ZANETTI, 2001). O Diabetes é conhecido desde 1500 a.C e afeta 6% da população brasileira. Alguns sintomas são: fome e sede excessivas, urinar freqüentemente e em

abundância, emagrecimento ou obesidade, cansaço e visão turva. O Diabetes não tem cura, mas tratamento, o qual implica em restrições alimentares, uso de medicamentos, prática de atividade física e testes freqüentes de sangue e urina, impondo ao paciente uma significativa mudança no estilo de vida (GRAÇA et al., 2007).

O Diabetes, cujo nome científico é *Diabetes Mellitus* é uma doença metabólica em que há uma disfunção na ação da insulina, causando hiperglicemia. Há três tipos de Diabetes, o gestacional, o tipo 1 e o tipo 2. O Diabetes gestacional incide em mulheres grávidas, mas desaparece após o parto. O Diabetes tipo 1 aparece em crianças e jovens, cujo fator ambiental é decisivo no surgimento da doença e é auto-imune, porém é mais raro. Por fim, o Diabetes tipo 2, representando cerca de 95% do total dos diabéticos, em que a carga genética aliada ao estilo de vida possibilitam o aparecimento da doença, principalmente após os 40 anos de idade. Na maioria dos casos do Diabetes tipo 2 não requer a utilização de insulina, salvo em casos mais graves e nos de tipo 1 (GROSSI E PASCALI, 2009).

Segundo Boas et al. (2011), o paciente diabético necessita aderir a uma série de mudanças para manter a qualidade de vida e evitar o agravamento da doença. O cuidar-se implica em cinco fatores segundo a Organização Mundial da Saúde: as características da pessoa, os aspectos relacionados ao tratamento, à doença, à condição sócio-econômica, ao sistema de saúde e à equipe multiprofissional.

Os portadores de doenças crônicas têm pouca adesão ao auto-cuidado, representando cerca de 50% dos doentes que não se submetem ao tratamento. E no caso do Diabetes é necessário o controle metabólico, seja por medicamento ou não, sendo este administrado através de alimentação saudável e prática de exercícios físicos, os quais são a terapia fundamental para o controle do diabetes (BOAS et al., 2001; OTERO et al., 2008). É essencial que os pacientes conheçam mais sobre sua doença, seu significado e riscos e assumam estilo de vida adequado, conduzindo atitudes corretas de modo a tornarem-se mais ativos, visto que o meio pelo qual o indivíduo compreende sua situação vai determinar a forma dele conduzir sua vida (XAVIER et al., 2009).

Antes de tratar alguma doença é necessário primeiramente que o paciente aceite sua condição, isso significa olhar a pessoa antes da doença, pois segundo Mello Filho (1983, *apud* BURD et al., 2007) a concepção dinâmica do adoecimento se dá por três fatores interligados: o desenvolvimento emocional através das relações e do meio, um estresse longo e persistente apresentado com uma situação atual de conflito e, por fim, a

predisposição genética, em que a pessoa se encontra psicologicamente vulnerável simultaneamente ao desgaste fisiológico.

Segundo Faria e Belatto (2010), receber um diagnóstico de Diabetes pode gerar sentimentos de desesperança, medo da morte, impotência e auto-desvalorização, gerando um estresse em que a pessoa se depara com a necessidade de promover uma série de mudanças que são impostas pelos profissionais da saúde, pois possuir uma doença crônica implica em um tratamento prolongado e viver o adoecimento gera mudança na relação da pessoa com ela mesma, com o mundo em que vive e sua família. Graça et al. (2007) acrescentam que diante desse diagnóstico, o paciente pode vivenciar vários sentimentos, como negação da situação, regressão, perda da autoestima, ansiedade, insegurança e depressão. A forma de vivenciar a doença aliada aos mecanismos adaptativos e de defesa facilitará ou não a participação ativa do paciente.

A Análise Transacional e o Diabetes

Diante dessa perspectiva, a Análise Transacional se constitui em uma ferramenta para auxiliar a conscientização e a mudança comportamental dos portadores de diabetes, apresentando uma série de coordenadas que podem ser assimiladas e experimentadas pela maioria das pessoas. Trata-se de uma ferramenta de mudança pessoal, a qual instiga a pessoa a assumir responsabilidade por si, encarar a realidade sem desqualificação e desenvolver a honestidade em relação a si e aos demais, ou seja, visa à autonomia (JAMES e JONGEWARD, 1990). E segundo Graça et al. (2007) por mais doloroso que seja lidar com a doença, esta pode ser controlada com a postura ativa e consciente do paciente e com o apoio da família, pois as condutas e procedimentos da equipe médica são insuficientes para o controle da doença, caso o paciente não assuma a responsabilidade que lhe cabe.

O portador de Diabetes pode se beneficiar através do conhecimento da teoria da personalidade da Análise Transacional (AT) a qual permite ao paciente tomar uma maior consciência de onde se originam seus conflitos íntimos bem como os relacionais, podendo favorecer os *insights*, treinar uma comunicação melhor direcionada, buscar satisfazer as próprias necessidades, fortalecer seu Adulto, liberar emoções reprimidas e incorporar novos padrões de pensamento.

Eric Berne, criador da Análise Transacional era um canadense que nasceu em 1910 e faleceu em 1970. Formou-se em medicina e depois se dedicou aos estudos em psiquiatria nos EUA. Desenvolveu sua teoria dos Estados de Ego e iniciou a publicação

de seus artigos a partir de 1949, juntamente com seus Seminários, os quais estruturaram o surgimento e desenvolvimento da Análise Transacional (TEIXEIRA, 2009).

Segundo Berne (2008) o conceito de personalidade provém de três Estados de Ego denominados: Pai, Adulto e Criança, que se constituem, sentem e atuam de formas distintas, e interagem entre si bem como com os Estados de Ego de outra pessoa através da emissão e recepção de uma mensagem, denominada de Transação. Em algum momento, um dos Estados de Ego tende a se manifestar com maior destaque em relação aos demais, conforme a situação. Isso ocorre porque a Catexia, ou seja, a energia psíquica flui entre os três Estados de Ego, e quando um deles comanda é porque se encontra mais catexizado. O fluxo de energia ocorre porque existe uma fronteira psicológica que delimita cada Estado de Ego. Entretanto, em algumas pessoas essas fronteiras não estão bem definidas, e sua personalidade dá impressão de ser frouxa ou relaxada. Por outro lado, quando as fronteiras de ego são rígidas a energia não consegue fluir pelos três de modo adequado, a pessoa fica sob o comando de um dos Estados de Ego, e poderá ocorrer a exclusão de algum Estado de Ego. Qualquer das duas situações é indicativo de patologias neuróticas ou psicóticas (BERNE, 1985).

O Estado de Ego Pai (P) constitui a parte da personalidade que carrega os valores, preconceitos, a moral, a autoridade e forma de educação das figuras parentais. O Estado de Ego Criança (C) representa a criança que fomos, os prazeres, a sexualidade, os impulsos agressivos e a submissão. O Estado de Ego Adulto (A) é a parte mais racional dos três, analisa, trabalha, estuda, resolve problemas e conflitos existentes entre os outros dois (BERNE, 1980).

A função do Estado de Ego Pai é necessária para se inserir na cultura e permitir uma convivência na sociedade, demonstra autoridade e certa dureza – Pai Crítico –. Mas também atua protegendo, educando e nutrindo para o crescimento e a autonomia e é fornecedor de Carícias positivas – Pai Protetor –. Lá também residem os temores parentais, que podem ser transmitidos aos filhos e desenvolvidos nestes. Assim, o Estado de Ego Pai é dividido em duas partes: o Pai Crítico e o Pai Protetor ou Nutritivo. O Estado de Ego Criança divide-se em três partes: A Criança Livre, que constitui a parte mais instintiva ou biológica da personalidade, demonstra o amar, o prazer, a alegria, assim como situações de agressão e fuga quando percebe que está em perigo. A Criança Adaptada constitui outra parte, sendo resultado das influências parentais exercidas sobre ela, sejam verbais ou não, de modo que ela se manifesta de uma forma submissa, obediente por temor ou culpa – Criança Adaptada Submissa – ou opositora –Criança

Adaptada Rebelde –. Por fim existe o Pequeno Professor, que é um Adulto da Criança em busca de Carícias e tem a função de acumular informações, assimilá-las e tomar decisões de forma intuitiva. Ela é criativa, curiosa e astuta, porém pode ser manipuladora e desonesta. O Estado de Ego Adulto é a parte da personalidade onde esta se completa, em que o charme, a simpatia e a compaixão, que trazem um encanto à personalidade se integram à ética e aos atributos cognitivos – raciocínio, pensamento, controle do comportamento, e outros –. Quando o Estado de Ego Criança de uma pessoa diabética quer algo que o Estado de Ego Pai recusa a dar, por exemplo, um bolo de chocolate, se instala um conflito interno. Um Estado de Ego bem estruturado buscará uma solução para gratificar a ambos e uma resposta do Estado de Ego Adulto poderá ser como opção uma barrinha de chocolate *diet*. (KERTÉSZ et al, 1975).

Pela observação do comportamento é possível saber qual Estado de Ego está mais atuante numa situação, basta observar a Conduta da pessoa, por exemplo, dedo em riste é conduta do Estado de Ego Pai, um ar concentrado com lábios franzidos são expressões do Estado de Ego Adulto, uma fisionomia mau humorada é manifestada pelo Estado de Ego Criança. Os Gestos, o Vocabulário, a Voz são alguns elementos observáveis que indica qual das partes da personalidade está se manifestando em determinado momento (BERNE, 1985).

Entre alguns entraves para a participação ativa do paciente está no sentimento de impotência diante da doença, em que o sujeito assume a posição Eu Não Sou OK perante os profissionais de saúde, como se estivesse na mão deles toda a responsabilidade pelo tratamento e o objetivo é fazer com que o paciente assuma a posição Eu Sou OK. Harris (1977) afirma que esta posição, diferentemente da anterior que se baseia em sentimentos, se firma na fé, no pensamento e no risco de agir, ou seja, ela se baseia numa decisão pessoal de transcender às experiências pessoais e assumir a responsabilidade por si mesmo.

Para tornar o paciente responsável e mais ativo em seu tratamento é preciso energizar o Estado de Ego Adulto da personalidade, buscando as informações sobre a doença através da equipe multidisciplinar e demais fontes de comunicação, assim como se inteirar sobre os cuidados necessários. O paciente deve buscar o apoio psicológico, seja individual ou em grupo, para compartilhar suas experiências, falar de seus medos e frustrações como forma de dar voz à Criança interna, que sofre, tem raiva e pode ser cuidada em processo psicoterapêutico.

O paciente precisa fortalecer seu Adulto para separar a realidade das fantasias que estão no Estado de Ego Criança, a qual pode encarar a doença como algo passageiro, o que não é verdade. Neste caso há uma contaminação do Adulto pela Criança, que o impede de perceber com maior nitidez a realidade. Segundo Berne (1985) a Contaminação ocorre quando os limites do Estado de Ego Adulto não estão firmemente estabelecidos, de modo que as ilusões provenientes do Estado de Ego da Criança ou preconceitos oriundos do Estado de Ego Pai invadem o Estado de Ego Adulto distorcendo a realidade percebida pelo sujeito.

Alguns prazeres da Criança precisarão ser controlados, e disso poderá vir muita frustração, como a da dieta. Outros prazeres devem ser incorporados por outras fontes não danosas, como as Carícias, que serão tratadas mais à frente.

Conforme James e Jongeward (1990) algumas crenças do Estado de Ego Criança e/ou do Pai podem invadir a fronteira do Estado de Ego Adulto, deturpando sua forma de pensar com clareza e como consequência impedirá que algumas medidas importantes sejam postas em prática. O fortalecimento e descontaminação do Adulto através de novas informações e feedbacks passados ao paciente possibilitam a sua compreensão e novos caminhos comportamentais mais transparentes, sem utilização de mecanismos desonestos em suas interações pessoais, aumentando seu poder pessoal e a capacidade de resolver problemas (STEINER, 2009).

As cobranças de mudança de comportamento vindas dos médicos, nutricionistas e enfermeiros funcionam como um Estado de Ego Pai externo que é necessário ser incorporado pelo paciente para que ele mesmo se monitore para evitar constrangimentos e ser responsável na parte que lhe cabe.

Segundo uma pesquisa feita com um grupo de diabéticos nordestinos constatou-se que a crença influencia a escolha dos alimentos e estes estão bastante vinculados tanto à cultura como à condição social, e as exigências tradicionais acabam prevalecendo às necessidades fisiológicas, mostrando que não é tão fácil mudar hábitos alimentares devido à representação que a comida tem em determinada cultura (XAVIER et al., 2009). Segundo a Análise Transacional, isso se dá porque no Estado de Ego Pai há o comando do que se deve fazer. Existem forças de apoio como de destruição capazes de minar vontades e êxito, as quais foram apropriadas por influência de gerações anteriores e assumidas pelo sujeito como parte de si (DASHIEL, 1978). Dessa forma a educação do paciente precisa ser contextualizada, levando em consideração sua cultura, tanto familiar como regional, pois pedir, por exemplo, para um nordestino não

comer mais rapadura, significa mexer em uma determinada representação que este alimento traz na vida dele, ou seja, pode ser doloroso ter que abrir mão de certos alimentos.

Assim a comida assume alguns significados, como o de valor cultural e nutricional, sendo este de maior interesse de estudo para os nutricionistas, os quais contribuem no tratamento de controle alimentar. A comida também pode ter um significado psicológico, por exemplo, já ouvi de algumas pessoas que quando estão ansiosas comem mais, ou quando estão mais carentes buscam por chocolates e outros doces. E há casos em que a comida pode desempenhar a principal fonte de prazer para algumas pessoas, as quais conseguem no mercado uma grande variedade de alimentos açucarados, gordurosos e pouco nutritivos, sendo nocivos ao organismo quando consumidos em excesso.

Segundo Berne (1988), todas as pessoas têm um plano de vida pré-consciente ou *Script*, que são constituídos pelas decisões de vida na infância e programação parental, em que as crianças dão um propósito à sua vida baseado no modelo de vida dos seus pais, que transmitem aos filhos o que aprenderam ou que pensam que aprenderam. Tomando isto por base, supondo que uma mulher diabética tenha filhos, alguns deles já carregam consigo o componente genético do Diabetes. Se seus pais não praticam atividade física e têm uma alimentação inadequada, regada de doces e gorduras, eles estarão ensinando este modelo de vida aos filhos, o qual poderá acarretar problemas futuros à saúde dos mesmos. Assim, a educação e a mudança no estilo de vida do doente acabam por repercutir em sua família, não somente como fator de evitar o aparecimento da doença em outros integrantes como ser também uma fonte de apoio ao tratamento. Como retrata Graça et al. (2007, p.205) “O trabalho com pacientes com doença crônica prioriza a realização do atendimento grupal aos doentes e seus acompanhantes familiares”.

Como o tratamento do Diabetes impõe certas restrições, principalmente na esfera alimentar, algumas pessoas podem simplesmente deixar o tratamento de lado ao se depararem com eventos sociais os quais desejam participar ou como já ouvi em outros casos, os que deixam de se divertir, pois não poderão comer. Dessa forma reduzem os contatos sociais, que por sua vez pode gerar insatisfação por carência de contato.

Tive uma paciente, que vou chamar de Paula, a qual me relatou que quando tinha mal-estar por causa do Diabetes, seu marido dizia que era “frescura”. Ele gostava de sair para beber e a convidava para sair. Ela, por sua vez ficava chateada pela

incompreensão do marido, pois não podia beber e quase sempre recusava o convite. Porém, mesmo assim ele saía com outras pessoas e o casal foi ficando cada vez mais distante. Faltava compreensão por parte do marido, mas Paula também acabava por se colocar numa situação de vítima, como se estivesse impotente para melhorar sua situação. Mas teve um dia que ela não recusou o convite dele, e saíram juntos com outro casal. Sua estratégia foi manter o seu copo de cerveja cheio e eventualmente dava uns goles, ela me disse que fingia beber para não se sentir excluída do grupo e alternava suas bebidas com um suco ou uma água com gás.

Outra paciente mais jovem, dizia que não tinha problemas para lidar com sua doença. Antes de ir a restaurantes ou outros eventos, sempre comia em casa para não “atacar a mesa” das festas e levava uma barrinha de cereal na bolsa junto com seu medidor de glicose. Comia com moderação ou mesmo abria mão de certos alimentos, procurando ficar mais distante das comidas e dava mais prioridade aos bate-papos e ao salão de dança.

Berne (1988) aborda sobre a importância dos contatos sociais e físicos para a manutenção da saúde física e mental de crianças e de adultos, se referindo à importância das Carícias, que são estímulos sociais que um ser vivo dirige ao outro, reconhecendo sua existência, sendo a motivação básica do ser humano. Shinyashiki (1985) aponta algumas necessidades do ser humano, como a de reconhecimento, de estrutura - que são referenciais para o indivíduo - e a de incidentes - em que o tédio é rompido por surpresas e novidades geradoras de emoções-. Um olhar, o toque, um carinho, uma palavra de reconhecimento se constituem como Carícia, podendo ser positivas ou negativas dependendo se convidam a ficar bem ou mal. Assim, quando nos ofertamos Carícias positivas - elogio, gratificações, uma atividade prazerosa -, seja por meios próprios ou por interações bem-sucedidas com os outros, possibilitamo-nos viver mais ajustados. Por outro lado, a escassez de Carícias assim como o contato com Carícias negativas (gritos, tapas e castigos) podem gerar sentimentos de inadequação e insatisfação. Os estímulos positivos aumentam a sensação de bem-estar e a autoestima, e ao contrário, a hostilidade, a indiferença e as lástimas minam a autoestima e geram desequilíbrios emocionais (KERTÉSZ et al., 1975).

Assim, o paciente deve buscar fontes de Carícias para lidar com as restrições e melhorar sua autoestima, como pedir o apoio da família, interagir com pessoas que proporcionem bem-estar, convidar um amigo ou outro colega diabético para se exercitarem juntos, trocar receitas *lights* para variar o cardápio, praticar técnicas de

relaxamento ou massagens para revigorar o corpo e a mente e procurar outras atividades prazerosas que não se restringem ao prazer da alimentação.

Conclusão

Assim, a compreensão da teoria dos Estados de Ego da Análise Transacional, libera o indivíduo para se permitir dar vazão aos sentimentos despertados pelo Diabetes, de modo que possam ser compartilhados e trabalhados em psicoterapia. O Estado de Ego Criança pode ser beneficiado a partir da liberação de emoções reprimidas e das fantasias, que bloqueiam uma visão mais realista da situação, além de descobrir por novas fontes de prazer e de Carícias, que tornam a vida mais convidativa. A inserção de novos valores no Estado de Ego Pai que visem à saúde e à capacidade de cuidar-se são maneiras do paciente ter dentro de si um apoio, um Pai cuidador e motivador. Fortalecer o Estado de Ego Adulto para assumir responsabilidades e lidar com os conflitos dos outros dois Estados de Ego - como o conflito de ir ou não a um aniversário, comprar ou não determinado alimento, ceder à preguiça e não se exercitar constitui alguns exemplos - permite ao paciente manejar sua doença com atitudes positivas, não somente aquelas passadas pela equipe profissional, mas através de comportamentos que lhe permitem obter Carícias positivas. Dessa forma, a pessoa com Diabetes pode comandar sua vida com os cuidados que a doença requer, assim como os cuidados que o sujeito necessita em sua singularidade, para aumentar seu prazer de viver e melhorar sua qualidade de vida e a Análise Transacional, de uma forma muito clara, o auxilia neste caminho.

Bibliografia

- ERIC, B. **Análise transacional em psicoterapia**. São Paulo: Summus, 1985.
- _____. **O que você diz depois de dizer olá?** São Paulo: Nobel, 1988.
- _____. **Sexo e amor**. 2. ed. Rio de Janeiro: Olímpio, 1988.
- BOAS, L. C. G. V.; FOSS, M. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; TORRES, H. C.; MONTEIRO, L. Z.; PACE, A. E. **Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus**. In: Revista de enfermagem, v. 20, n. 2. Florianópolis, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a08v20n2.pdf. Acesso em 17 set 2011.
- COLETTA, D. D.; SANTOS, P. Cabeça de Magro. In: **Revista Galileu**. n 242. Editora Globo, p. 45-52, 2011.
- DASHIEL, S. R. **O processo de resolução do Pai**. TAJ, v. 8, outubro, 1978.
- FARIA, A. P.S., BELLATO, R. **A compreensão do fenômeno condição crônica por diabetes mellitus a partir da experiência de adoecimento**. In: Rev. Eletrônica de Enfermagem, v.12, n.3, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a15.htm>. Acesso em 02 set. 2011.
- GRAÇA, L. A. C.; BURD, M.; FILHO, J. M.; Grupos com diabéticos. In: FILHO, J. M. **Grupo e corpo**. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007.
- GROSSI, S. S. A; PASCALI, P. M. **Manual de enfermagem**, 2009. SP. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/attachments/1118_1324_manual_enfermagem.pdf. Acesso em 02 set 2011.
- HARRIS, T. A. **Eu estou ok você está ok**. Rio de Janeiro: Artenova, 1977.
- JAMES, M; JONGEWARD, D. **Nascido para vencer**. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- KERTÉSZ, R.; DEL CASALE, F. P., KERMAN, C., SARVOGAN, J. A.; VECCHIO, E. **Análise Transacional**. Porto Alegre: Livraria Sulina, 1973.
- ORTIZ, M. C. A; ZANETTI, M. L. **Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior**. In: Revista Latino Americana de Enfermagem, v.9, n.3, 2001, Ribeirão Preto.
- OTERO, L. M; ZANETTI, M. L; OGRIZIO, M. D. **Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes1**. In: Ver. Latino Americana de Enfermagem. V.16, n.2, 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em 04 set 2011
- SHINYASHIKI, R. **A carícia essencial**. São Paulo: Ed. Gente, 1985.
- STEINER, C. M. (2009/2010). Revista Brasileira de Analise Transacional, p 60-76. Suliani: Porto Alegre.

TEIXEIRA, M.M. Eric Berne: Sua história e fundação da análise transacional. **Revista Brasileira de Análise Transacional**. São Paulo, p. 125-133. 2009/1010.

XAVIER, A. T. F; BITTAR, D. B; ATAÍDE, M. B. C. **Crenças no autocuidado em diabetes - implicações para a prática**. In: Revista de enfermagem, v.18, n.01. Florianópolis, 2009. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a15.pdf
Acesso em 17 set 2011.