

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAÚDE

**ANA MAGALI LEITE MIRANDA
FILLIPE MIRANDA DE ALBUQUERQUE**

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO COM PACIENTES DIABÉTICOS COM
LESÕES NOS MEMBROS INFERIORES EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA MÉDICA
HOSPITALAR**

São Luís
2018

ANA MAGALI LEITE MIRANDA
FILLIPE MIRANDA DE ALBUQUERQUE

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO COM PACIENTES DIABÉTICOS COM
LESÕES NOS MEMBROS INFERIORES EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA MÉDICA
HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Pós Graduação em Auditoria, Planejamento, e Gestão em Saúde (APGS), da Faculdade Laboro para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Nadja Maria da Silva Campos

São Luís
2018

Ficha Catalográfica

**NA MAGALI LEITE MIRANDA
FILLIPE MIRANDA DE ALBUQUERQUE**

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO COM PACIENTES DIABÉTICOS COM
LESÕES NOS MEMBROS INFERIORES EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA MÉDICA
HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde (APGS) da Faculdade Laboro para obtenção do título de Especialista.

Aprovada em:/...../.....

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Nadja Maria da Silva Campos
(Orientadora)

1º Examinador

2º Examinador

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO COM PACIENTES DIABÉTICOS EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR

Ana Magali Leite Miranda

Fillipe Miranda De Albuquerque

RESUMO

O Ministério da Saúde oferece garantias constitucionais no atendimento assistencial favorecendo um tratamento satisfatório a pacientes portadores de diabetes *mellitus*. Este estudo de natureza de revisão teórica tem Analisar a importância da humanização hospitalar para pacientes diabéticos com lesões nos membros inferiores. A metodologia utilizada para sua construção contemplou a pesquisa bibliográfica quanto aos principais fatores que possam melhorar o atendimento, visando aspectos como a qualidade nos serviços de saúde pública através do SUS. Após a coleta e análise das informações destacou-se, neste estudo, que a humanização no âmbito hospitalar é reconhecida pela Saúde Pública no Brasil, como um direito regulamentado pelo Ministério da Saúde com base na Constituição Federal. Este estudo mostrou que as doenças acentuam as fraquezas humanas, portanto, é preciso saber enfrentá-las com domínio das forças positivas, com o entendimento, ressaltando a importância da humanização hospitalar para o paciente com diabetes.

Palavras-chave: Humanização hospitalar; Diabetes Mellitus; Membros Inferiores.

THE IMPORTANCE OF HUMANIZATION WITH DIABETIC PATIENTS WITH REGARD TO HOSPITAL MEDICAL ASSISTANCE

ABSTRACT

The Ministry of Health offers constitutional guarantees in care assistance favoring a satisfactory treatment for patients with diabetes mellitus. This theoretical review has the objective to analyze the importance of hospital humanization for diabetic patients with lesions in the inferior members. The methodology used for its construction contemplated the bibliographical research regarding the main factors that can improve care, aiming at aspects such as quality in public health services through SUS. After collecting and analyzing the information, it was highlighted in this study that humanization in the hospital environment is recognized by Public Health in Brazil, as a right regulated by the Ministry of Health based on the Federal Constitution. This study showed that diseases accentuate human weaknesses, so it is necessary to know how to address them with mastery of the positive forces, with the understanding, emphasizing the importance of hospital humanization for the patient with diabetes.

Keywords: Hospital humanization; Diabetes Mellitus; Lower members.

1 INTRODUÇÃO

O mundo presencia a crise de humanismo e grandes transformações ocorrem nas mais variadas esferas como economia, política, tecnológica, sociais, saúde e sobrevivência de muitos povos. Nesse sentido Pessine et al. (2003) enfatiza que a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade em toda sua esfera. A questão é que não pode-se esquecer que uma sociedade violenta, iníqua e excludente interfere no contexto das instituições de saúde, uma vez que o contexto macro influi de modo contundente no condicionamento e na determinação da cultura, influenciando determinantes nos relacionamentos, no contexto micro das instituições prestadoras de serviços na área de saúde.

É importante notificar que as pessoas têm dignidade e clamam por respeito, ou seja, entrar num círculo vicioso de inversão cruel dos valores de coisificação das pessoas humanas e sacralização das coisas, abre um neste horizonte para a necessidade da política de humanização (PESSINE et al., 2003).

De uma forma simples, o diabetes é caracterizado como o excesso de glicose (ou açúcar) no sangue. A doença é consequência da falta ou do mal funcionamento da insulina, um hormônio proteico que facilita, nas células, a entrada da glicose, que serve de substrato para inúmeras e essenciais funções do corpo. A glicose é a principal fonte de energia, onde advém a enorme importância da insulina (BENCHIMOL, 2006).

Basicamente, são os carboidratos que, após absorvidos e metabolizados pelo sistema digestivo, vão para a corrente sanguínea em forma de glicose. Esta, entretanto, não é logo distribuída por toda a engenharia do corpo. Como o metabolismo básico precisa ser mantido com ou sem alimento, uma parte da glicose é de imediato gasta e outra, maior, é estocada no fígado, principalmente, e nos músculos, para ser aproveitada mais tarde. É assim que o organismo humano consegue manter níveis sempre adequados de glicose, quer em jejum prolongado, quer após uma farta refeição (BENCHIMOL, 2006).

No diabetes, a insulina não age de forma correta nas células, sobretudo no fígado, no tecido muscular e no tecido gorduroso. Com isso, essas grandes massas celulares do corpo desenvolvem uma espécie de resistência à ação do hormônio. Para compensar essa ação, o organismo é obrigado a produzir mais insulina. Durante algum tempo, a resistência é assim contornada, até que a capacidade de produção

de hormônio se esgote. O Pâncreas é o órgão mais relacionado com o diabetes, porque é ele que produz a insulina. É o pâncreas que, por excesso de trabalho, pode se tornar inoperante, o que resultará em glicose em excesso na corrente sanguínea (JORDÃO NETO, 1997).

Sob estes pressupostos o presente estudo tem como objetivo analisar a importância da humanização hospitalar para pacientes diabéticos com lesões nos membros inferiores como recomenda o Ministério da Saúde, dando garantias constitucionais para que o atendimento à saúde seja feito de forma justa e favoreça um bom tratamento a estes pacientes. Entende-se que o portador de diabetes é sem dúvida um paciente que merece cuidados especiais e humanizados.

Portanto, apresenta-se através de pesquisa bibliográfica os principais fatores que possam melhorar o atendimento, visando aspectos como a qualidade nos serviços de saúde pública através do SUS, principais complicações. O trabalho tomou por base autores especialistas em Administração Hospitalar, para o embasamento teórico do tema em foco. Este estudo também tem a pretensão de contribuir como fonte de pesquisa para outros trabalhos relacionados a Humanização na rede de Saúde Pública de São Luís.

2 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO

O fator humano tem suma importância em qualquer ambiente de trabalho. Isso deixa claro que a empresa, neste caso uma instituição de saúde, jamais deve pensar o contrário ou simplesmente não dar o real significado a esta questão. Os recursos humanos são os principais componentes do hospital em sua prestação de serviços. São eles que transportam e manifestam a imagem do hospital (CHERUBIN,1998).

A valorização e o reconhecimento das pessoas dentro das instituições de saúde são os principais ingredientes para os primeiros passos de qualquer organização. Essa valorização e esse reconhecimento trazem os colaboradores para mais perto dos objetivos da organização e conseqüentemente ocasionam o seu comprometimento diante de suas atividades e fora delas também. As instituições de saúde (hospitais, clínicas e postos de saúde) estão carentes de pessoas comprometidas e participativas. Enquanto organizações de outros segmentos dão

grandes saltos em relação quanto a competitividade e ao dinamismo, a área da saúde está estagnada e um tanto perdida (MEZOMO, 2003).

Na década de 1900 as discussões sobre os avanços tecnológicos invadiram o universo científico. Na atividade hospitalar, o desenvolvimento atingiu a arquitetura, máquinas e equipamentos, produtos farmacêuticos, de limpeza etc. A informatização, tendo como retaguarda o efeito global da economia, exigiu uma concentração maior de esforços no tocante à minimização de custos, de materiais e tempo. No âmbito da saúde ocorreu um novo referencial de prestação de serviços e hotelaria hospitalar, envolvendo a estrutura organizacional, os projetos de arquitetura, até os serviços de limpeza e higiene, lavanderia, nutrição, manutenção, visando ao “encantamento do cliente” e apresentando um modelo moderno de gestão (MEZOMO, 2003).

Ainda, na compreensão do mesmo autor, apesar dos altos investimentos e da modernidade implantada, algumas unidades de saúde permanecem alheios aos novos acontecimentos. Por exemplo, o caso das lavanderias hospitalares, em que as máquinas e equipamentos adquiridos são de última geração, porém operados por indivíduos de baixa escolaridade e a qualificação fica distante da realidade científica e tecnológica. Isso afeta diretamente nas tarefas diárias comprometendo o grau de comprometimento e motivação. Algumas organizações de saúde já estão tomando as medidas corretivas e/ou preventivas necessárias, agregando em seu planejamento estratégico, as ações que envolvam a “gestão de pessoas” como ferramenta de integração nos processos de humanização e motivação no trabalho.

No Brasil, o projeto de humanização hospitalar é um programa lançado pelo Ministério da Saúde em maio de 2000 e a portaria 881 de 19/06/01. O Ministério convidou seis profissionais da área de saúde mental, para elaborar uma proposta de trabalho visando a humanização dos serviços hospitalares. Em 24 de maio de 2000 foi apresentado o Projeto Piloto e nove hospitais foram selecionados. O trabalho foi monitorado pelo Comitê Técnico do MS com o objetivo de “deflagrar um processo de humanização dos serviços, para provar mudanças na cultura de atendimento à saúde em benefício dos usuários e dos profissionais” (MEZOMO, 2003).

Pessine et al. (2003) afirma que o princípio da humanização da saúde tem no seu patamar a essência do ser humano, cuidando de evidenciar o respeito da individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o aspecto humano das pessoas envolvidas. Esse enfoque

também inclui a atenção integral voltada para indivíduo e família, através de ações de equipes multidisciplinares que são desenvolvidas nos âmbitos da unidade de saúde do domicílio e da própria comunidade. O cuidar humanizado implica na compreensão do significado da vida, na capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história.

Em resumo, Pessine et al. (2003) ressalta que humanizar a saúde é qualificar a relação profissional da saúde-paciente no nível do apoio diante das angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo e da mente. As ações, portanto, devem ser compreensão e de competência relacionais positivas, pondo em evidência a solidariedade e atendimento respeitando a dignidade do outro que sofre com calor humano, e essas atitudes são imprescindíveis. É o compartilhar com pacientes, experiências e vivências, que resultem na ampliação do foco de suas ações, é exercer na prática a compreensão da pessoa na peculiaridade e originalidade de ser.

Os profissionais de saúde devem entender e compreender o estado de fragilidade em que se encontra o paciente, essa ação torna o tratamento torna mais eficaz quando a pessoa sente-se acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde. O sistema que rege a humanização no Brasil precisa passar, necessariamente, por profunda reflexão e, seguramente, por alterações importantes, visando adequá-las aos tempos atuais (MEZOMO, 2003).

Assim, o princípio da humanização no trabalho direciona a valorização do potencial humano e profissional com o oferecimento de condições seguras e dignas, no tocante às cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e, principalmente, às psíquicas. O ambiente de trabalho com humanização insere duas condições: a busca pela qualidade de vida e a motivação para executar as tarefas. A interação entre as características pessoais, como necessidades, impulsos, expectativas, pensamentos, desejos, bem como inclui também as características situacionais que envolvem salário, benefícios, tecnologia e sistemas de trabalho. Forma única para alcançar a otimização no trabalho (BLASCO, 2017).

Para Santiago (2015), a manutenção do clima organizacional enfatiza a tolerância, o bom humor, os pontos fortes das pessoas e a cordialidade. O oferecimento de melhoria das condições de trabalho deve ser uma constante. Assim, o ambiente passa a ser motivador visualizado pelo respeito mútuo, abertura nos diálogos, padrões de ética, confiança, resgate e manutenção da cidadania. O

trabalhador motivado e valorizado será um agente multiplicador presente e ativo em sua comunidade, no seio da família, no grupo de amigos e em toda sociedade. O processo atual de humanização no trabalho sente a presença do impacto educacional em que indivíduos buscam a melhor forma de se capacitar para uma atuação com qualidade.

Blasco (2017) afirma ainda que a humanização, portanto, pauta pela excelência e pela qualidade, ou seja, a humanização atua de forma constante, implicando em dar evidência à ação humanitária através de um processo de reflexão que permite ao profissional de saúde reavaliar sua opção vocacional, considerando sua resposta como pessoa e como profissional. Humanizar, no campo da saúde, significa sentir-se no lugar da outra pessoa, que necessita de atendimento, é interessar-se em resolver não só a dor, mas considerar a pessoa humana, o que vai refletir na qualidade do trabalho oferecido.

Nesse cenário ressalta-se Araújo (2011), que corrobora acentuando que a qualidade pode ser definida como a busca pela perfeição com a finalidade de agradar, cada vez mais, aos cidadãos dentro das expectativas de atendimento dos serviços de saúde, uma vez que as pessoas clientes estão atentas às questões dos padrões de qualidade com um atendimento digno.

3 A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Sem dúvida, o mundo inteiro esteja tentando decifrar o problema da prestação de serviços de saúde de qualidade, diante do conjunto de complexidades enfrentado pelos profissionais de saúde. Um número infinito de variáveis parecia estar além do controle humano que precisam ser respondidas rápida e corretamente. No processo da doença, além do estado físico, existe também a relação com pensamentos, emoções e estilo de vida, representando um conjunto substancial de evidências que a gênese dos agravos à saúde. Os prestadores dos serviços de saúde precisam ser habilitados para uma abordagem multidisciplinar. Necessitam também saber quando e onde aplicá-lo. Agir sobre qualquer processo sem a consciência do seu estado de equilíbrio estatístico equivale à adulteração que é contrária à primeira obrigação do médico: “Não causar qualquer dano” (MARTINHO, 2002).

No Brasil, o Sistema Único da Saúde (SUS), constitui-se em uma política nacional voltada para o atendimento à saúde da população que apresenta marcada

vocação participativa e integradora. A tríade descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, representam os princípios que formaram a base do Sistema Único de Saúde, detalhados através das Leis 8.080 e 8.142, publicadas em 1990. Diversos ações como, a habilitação das práticas de saúde e prevenção positiva podem funcionar como mecanismos efetivos de redução das desigualdades sociais, ao beneficiar, sobretudo, as regiões com menos estrutura de serviços (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Nos últimos anos da década de 80, a humanização se propagou como um movimento técnico-político na área da saúde ampliando espaços nas discussões em torno da qualidade dos serviços prestados na área de saúde. Em meados do ano 2000, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH) passa a compor políticas públicas do SUS, sendo vista como ampliação do processo de comunicação priorizando o diálogo como o caminho para as soluções dos problemas. Nos dias contemporâneos é um tema recorrente nos serviços de saúde, devido os atendimentos médicos focarem na época no quantitativo realizado, ou seja, o principal interesse está em atender mais pacientes, sem preocupar-se com a qualidade (RIOS; SIRINO, 2015).

Azevedo (2015), constatou que os serviços médicos têm dois objetivos centrais no exercício das atividades: primeiro entender as doenças e em segundo entender seus pacientes, os quais são indivisíveis, uma vez que para entender de forma completa sobre a doença de um paciente é necessário que o profissional de saúde tenha entendido o próprio paciente como pessoa.

4 COMPLICAÇÕES CAUSADAS PELO DIABETES

O diabetes *Melitus* é uma doença metabólica, cuja característica é a hiperglicemia crônica, decorrente da incapacidade das células e tecidos em metabolizar a glicose. Essa incapacidade ocorre pela não secreção da insulina pela célula beta das ilhotas de Langherans do pâncreas, e pela resistência e/ou deficiência de insulina secretada pelo pâncreas, resultando no aparecimento do diabetes tipo 2.

O diabetes tipo 2 é uma doença comum em pessoas idosas (60 a 65 anos) e seu aparecimento ocorre devido as alterações fisiológicas normais do processo de envelhecimento: aumento da massa adiposa, predisposição ao surgimento de outras patologias devido a redução das funções orgânicas e perda da massa muscular

associada a fatores externos, (como uso de drogas hiperglicemiantes, inatividade) e a fatores genéticos. Como característica marcante dessa patologia, a hiperglicemia nos idosos ocorre, principalmente pela redução da secreção de insulina e maior resistência à insulina nos tecidos periféricos, levando a maior incidência de tolerância anormal à glicose nesses indivíduos (PAPALÉO NETTO, 2002).

Segundo Nasri (2001, p. 529) “A prevalência do diabetes mellitus no idoso é maior do que a observada na população geral e pode chegar aos 20% aos 80 anos de idade”. A presença do diabetes em pessoas acima de 65 anos pode manifestar-se por sintomas clássicos da doença: poliúria, nictúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento rápido, astenia, prurido vulvar e infecções de repetição, como também pode apresentar-se de forma silenciosa, devido ao declínio fisiológico das funções gerais que podem mascarar ou interferir nas manifestações de certos sintomas, de forma que o indivíduo só descobrirá que é portador do diabetes pela presença de alguma complicação crônica.

O diagnóstico do diabetes pode ser estabelecido pelos sintomas clássicos quando presente, e pela dosagem de glicose no sangue. Considera-se diabético, o indivíduo com glicemia de jejum, com valores acima de 126 mg/dl e glicemia ao acaso acima de 200 mg/dl e/ ou aqueles com níveis plasmáticos de glicose acima de 200mg/dl, duas horas após ingestão de 75g de glicose (EDELMAN; HENRY, 2001).

Como citam Tavares; Rodrigues (1999, p. 12), a OMS aponta “que mais da metade das pessoas diabéticas desconhecem o diagnóstico fazendo-o tardiamente. Esse fato permite observar que o diagnóstico tardio aumenta as chances de complicações resultantes desta patologia [...]”. O diabetes mellitus tipo 2, é um distúrbio que compromete o armazenamento de energia e está associado a complicações microvasculares específicas, macrovasculares e neuropatias severas muito mais evidentes nestes indivíduos do que nos jovens.

No paciente com diabetes *mellitus* as complicações podem surgir anos antes de alguns sinais e sintomas. Os idosos portadores do diabetes, por estarem sofrendo alterações fisiológicas normais são mais suscetíveis ao aparecimento de complicações crônicas, muitas vezes por desconhecimento da patologia, ou de sua condição e por falta de informação do tratamento adequado (EDELMAN; HENRY, 2001).

A principal morbidade do diabetes está relacionada com as complicações a longo prazo da hiperglicemia crônica, que podem ser divididas em complicações

microvasculares e danos aos nervos periféricos. A microangiopatia diabética acomete capilares e arteríolas, afetando de forma frequente, os olhos e os rins. A nefropatia ocorre devido a lesões dos vasos capilares renais, seguidas de degeneração glomerular. Manifesta-se por perda da capacidade renal ou infiltração, ocorrendo proteinúria, retenção de uréia e creatinina, levando a um quadro de insuficiência renal. O diabetes mellitus tipo 2 traz ao indivíduo, comprometimento neurológico significativo, e é um dos principais responsáveis pela morbidade e mortalidade desse paciente (FRONTERA; DAWSON; SLOVIK, 2003).

Nascimento; Pupe; Cavalcanti (2016) apontam que cerca de 20% dos pacientes diabéticos apresentam algum tipo de neuropatia, que comumente contribuem para a incapacitação que ocorre nas fases avançadas da doença. As neuropatias apresentam-se sob várias formas clínicas, sendo diferenciadas por suas localizações anatômicas. A forma mais frequente de neuropatia é a polineuropatia simétrica distal, que pode ser de início insidioso, com alterações da sensibilidade superficial, como parestesias (formigamento, sensação de queimadura), ou dores em forma de bota (membros inferiores) ou luva (membros superiores) e alterações da sensibilidade profunda (vibração e propriocepção).

As macroangiopatias são complicações dos grandes vasos, decorrentes do processo de arteriosclerose, levando a variação do metabolismo de lipídios, comprometendo a chegada sanguínea em vários órgãos e tecidos. As manifestações desta patologia se relacionam ao território, por ela acometida. Quando há obstrução das artérias coronárias, ocorre infarto do miocárdio, caso aconteça o comprometimento da artéria cerebral, haverá acidente vascular hemorrágico ou isquêmico. Alterações nos vasos responsáveis pela circulação dos membros inferiores acometem as extremidades, causando necrose ou dores ao caminhar (TRICHES, 2009).

Os problemas que surgem nos membros inferiores, particularmente nos pés dos diabéticos, constituem um constante desafio à ciência e aos profissionais da área da saúde, podemos dizer que o pé reflete de uma maneira muito fiel todos os danos causados por esta doença. O pé diabético pode ser definido como uma infecção, ulceração e/ ou destruição de tecidos profundos associados às anormalidades neurológicas e às doenças vasculares periféricas nos membros inferiores, sendo que esta condição, é uma das mais temíveis complicações do diabetes mellitus, pois se manifesta de forma agressiva e até mutilante, acarretando

ao indivíduo portador e ao sistema de saúde um ônus exorbitante, é também de difícil manuseio por parte dos profissionais da área da saúde (PORCIÚNCULA et al., 2007).

A lesão do pé nos diabéticos é decorrente da neuropatia diabética e suas alterações sensitivo-motoras e à doença vascular periférica, na qual ocorre mudança na parede dos vasos (de grande e pequeno calibre), nas camadas média e íntima, promovendo disposição de plaquetas, células, lipídios e cálcio. As manifestações decorrentes do pé diabético decorrem do aparecimento ou diminuição dos reflexos tendinosos, levando ao aparecimento de atrofia muscular, retrações tendinosas, parestesias e dor articular acarretando o surgimento de calosidades, necrobioses e ulcerações, infecções, gangrena, culminando num evento final que é a amputação (CAIAFA, et al., 2011).

O diagnóstico desta complicação é realizado pela história clínica e pelo exame físico da lesão. Para Deliberato (2002, p. 86), o tratamento do paciente diabético é feito por um conjunto de ações que envolvem uma tríade constituída por: dieta, medicação e exercícios regulares. Com relação aos medicamentos, estes só serão administrados pelos diabéticos tipo 2, caso não haja controle da dieta e exercícios.

As úlceras dos membros inferiores de pacientes diabéticos são um dos motivos principais de internação em hospitais. O membro que permanece apresenta também um risco considerável, sendo que cerca de 60% dos pacientes acabam sofrendo outra amputação no período de cinco anos. As úlceras diabéticas e vasculares estão se tornando feridas cada vez mais comum e crescente a quantidade de internações causadas por estas lesões. A amputação é uma das medidas curativas mais utilizadas. Entretanto, medidas preventivas incluem educação, controle glicêmico, curativos especializados, adequação de calçados e palmilhas, (NASCIMENTO, 2004, p.4)

Nesse contexto existem tratamentos que podem evitar esse tipo e conduta ou pelo menos retardar, na maioria dos casos, a cirurgia. Dentre vários tipos de tratamento o uso de equilibrantes dérmicos à base de ácidos graxos para hidratar e nutrir a pele tem se mostrado um importante aliado na prevenção das amputações, devido a sua eficácia em reparar vários tipos de úlceras e lesões. A compreensão dos mecanismos de ação da reprodução celular e metabolismo do paciente diabético, além do estudo de métodos de prevenção e tratamento de úlceras crônicas (diabéticas e vasculares) é de fundamental importância, considerando o grande risco dos

pacientes diabéticos de desenvolverem lesões nos membros inferiores que podem resultar em amputações (ALMEIDA et al., 2006).

Diante desses pressupostos Alves; Araújo, Albuquerque (2013) enfatizam a humanização no cuidado com paciente com ferida, em que o processo de trabalho desenvolvido pelo profissional de saúde, envolve a construção de vínculos emotivos, Assim como a ampliação dos conhecimentos quanto as ações terapêuticas, conscientização acerca da patologia e suas complicações decorrentes, além de ter controle na gerencia dos recursos humanos e materiais. É importante em todo processo de cuidado e tratamento, haver reflexões sobre os cuidados no tratamento de pacientes com feridas, proporcionado em ambiente favorável e bem estar ao paciente.

O Diabetes Mellitus está entre os maiores problemas de saúde pública, afetando grande parcela de pessoas em todo mundo. É necessário que gestores e trabalhadores de saúde estejam comprometidos com a ética e a política da humanização evidenciado os vínculos estabelecidos em relação aos direitos dos usuários quanto um atendimento respeitoso e de qualidade. Arruda; Silva (2012, p.759) ressaltam que “o acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do profissional pelo usuário, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias”, e dessa forma analisar toda situação, e em torno do atendimento garantir atenção integral e responsável na assistência, onde o preparo técnico e humanístico do profissional vai de encontro à busca do paciente fragilizado pela segurança de melhora do seu estado físico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de uma política de humanização hospitalar ocorre através de estratégias que devem ser implantadas de forma gradativa e eficaz, sendo planejadas em equipe, com foco voltado a atender bem os pacientes.

Embora o conhecimento sobre as emoções humanas tenha evoluído dia a dia das pessoas, ainda não está integrado por completo à realidade. Lidar com as emoções e a doença exige uma grande esforço para o profissional, em que se coloca no lugar do outro para entendê-lo e ajudá-lo. As doenças acentuam as fraquezas

humanas, mas é preciso saber enfrentá-las com inteligência emocional, com domínio das forças positivas, com o entendimento e o exercício do poder e do limite.

Doenças crônicas como o diabetes, apontam para a existência de um desvio físico já estabelecido que atinge as emoções do agente portador, sendo importante balizar a preservação e a oportunidade de repensar a questão básica do poder emocional e do limite, e acolher o paciente deixando confiante na sua recuperação.

Ressalta-se a importância da humanização para o paciente com diabetes como um dos aspectos que poderá amenizar o sofrimento do paciente, uma vez que este encontra-se acompanhado de angústia, pela própria doença. O tema humanização tem sido um dos pontos chave da apreciação do profissional de saúde, e o atendimento hospitalar, já compartilha com essa inovação, como pode ser observado nas pesquisas literárias realizadas.

O objetivo do trabalho foi realizado do ponto de vista que foi possível analisar sobre as iniciativas que têm sido tomadas para minorar os problemas decorrentes das lesões nos membros inferiores em diabéticos, como promover uma via saudável através de dietas e atividades físicas, ter acesso a um tratamento eficaz e disponível para todos, assim como desenvolver autonomia para o autocuidado, aspectos importantes que fazem parte do cuidado humanizado com o paciente diabético.

Este estudo tem a pretensão de servir como instrumento auxiliar para futuras pesquisas sobre o tema em foco.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Costa et al. **Pé diabético**. Recomendações para o diagnóstico, profilaxia e tratamento. Sociedade Portuguesa de Cirurgia. Portugal, 2006.
Disponível em < <https://www.spcir.com/wp-content/uploads/2016/06/PeDiabetico.pdf> > Acesso 17 abr. 2018.
- ALVES, Georgia Mayara Leandro; ARAÚJO, Taynara Macedo; ALBUQUERQUE, Alberiza Veras de. **Humanização no cuidado a ferida de idoso portador de pé diabético**: relato de experiência. 2013. Monografia (Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Saúde) Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).
- ARAÚJO, Luis César G. de. Organização, sistemas e métodos e as modernas ferramentas de gestão organizacional. São Paulo: Atlas, 2011.
- ARRUDA, Cecilia; SILVA Denise Maria Guerreiro Vieira da. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes *mellitus*. **Rev Bras Enferm**, set-out; 65(5): 758-66. Brasília, 2012.
- AZEVEDO, Valderílio Feijó. Uma breve história da arte na formação de médicos Universidade Federal do Paraná. 2015.
Disponível em < https://www.researchgate.net/publication/274962430_A_brief_History_of_Art_in_Medical_Education_Uma_breve_historia_da_Arte_na_Formacao_de_Medicos_ > Acesso 8 maio 2018.
- BENCHIMOL, Daniel. **Diabetes: tudo que você precisa saber**. Rio de Janeiro: Best Seller, 2006.
- BLASCO, Pablo González. O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da Medicina. *RBM Abr 11 V 68 Especial Oncologia*, 2017.
Disponível em < http://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2011_mai_o_humanismo_medico_humanizacao_sustentavel_da_medicina.pdf > Acesso 8 maio 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei 8.142 de 28/12/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.
Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm. Acesso 18 mar. 2018.

CAIAFA, Jackson Silveira et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. **J. vasc. bras.** vol.10 no.4 supl.2. Porto Alegre, 2011.

CHERUBIN, N. **Um compromisso com a ciência e a arte.** São Paulo: Loyola, 1998.

DELIBERATO, Paulo C. P. **Fisioterapia preventiva:** fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole, 2003.

EDELMAN, Steven V; HENRY, Robert R. **Diagnóstico e manejo do diabetes tipo 2.** 4 ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas, 2001.

FRONTERA, Walter R.; DAWSON, David; SLOVIK. Benefícios da atividade física: ponto de vista. In: SILVA, Vandeir Gonçalves. **Benefícios e riscos da atividade física para diabéticos.** Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/contendo_exibe.asp?cód.noticia=944.htm>. Acesso em: 29 set. 2006.

JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia básica.** São Paulo: Lemos, 1997.

MARTINHO, Eduardo. Por que escolher o tema da Humanização. In. **Rev. Notícias Hospitalares.** Nº 36, abr/mai 2002.

MEZOMO, Augusto A. **Humanização da assistência hospitalar.** Definição e objetivos de um projeto de humanização hospitalar. 2003. Disponível em <http://www.saudebusinessweb.com.br/sbw_artigo.vxlpub?id=40386&p=2&pct=2> acesso em 18 mar. 2018.

NASCIMENTO, Kátia Andréa Fernandes do. **Amputações de pés diabéticos: um mal necessário?**2004. 66 f. il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2004.

NASCIMENTO, ^{Oswaldo} José Moreira do; PUPE, Camila Castelo Branco; CAVALCANTI, Eduardo Bateu Uchôa. Neuropatia diabética. **Rev. dor** vol.17 supl.1. São Paulo, 2016.

NASRI, Fabio. Diabetes mellitus no idoso. In: PRADO, F. C.; RAMOS, Jairo; VALLE, J. Ribeiro. **Atualização terapêutica:** manual prático de diagnóstico e tratamento. São Paulo: Artes médicas, 2001. p. 529-531.

PAPALÉO NETTO, Matheus. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In FREITAS, Elizabete V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.1, p. 2-19.

PESSINI, Léo. Envelhecimento e saúde: ecos da II Assembléia Mundial Sobre o Envelhecimento. **O mundo da saúde.** São Paulo, v. 26, n. 24, p. 457-463, out./dez. 2003.

PORCIÚNCULA. MVP, et al. Análise de fatores associados à ulceração de extremidades em indivíduos diabéticos com neuropatia periférica. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2007;51(7):1134-42

RIOS, Izabel Cristina; SIRINO Caroline Braga. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. *Revista brasileira de educação médica* 39 (3): 401-409; 2015.

Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0401.pdf>> Acesso 8 maio 2018.

SANTIAGO, Thaiana Helena Roma; TURRINI, Ruth Natalia Teresa. Cultura e clima organizacional para segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, 49(Esp):123-130, 2015.

TAVARES, Darlene M. dos S.; RODRIGUES, Rosalina A. P. Situação de saúde do idoso diabético. **Revista da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 11-17, jan./abr. 1999.

TRICHES, Cristina et al. Complicações macrovasculares do diabetes mellitus: peculiaridades clínicas, de diagnóstico e manejo. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2009;53/6.