

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

PROFESSIONAL TRAINING ON OF THE PROTOCOL OF RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION IN PEDIATRICS
CAPACITACIÓN PROFESIONAL ACERCA DEL PROTOCOLO DE ACOGIMIENTO CON CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN PEDIATRÍA

Francisca Elisângela Teixeira Lima¹, Fernanda Jorge Magalhães², Alline Falconieri de Moura³, Ana Paula Oliveira Queiroz⁴, Diliâne Paiva de Melo Matos⁵, Michelle Sampaio Bezerra⁶

O protocolo de acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em pediatria possibilita a classificação da criança conforme sua gravidade. O objetivo foi relatar a experiência de capacitação da equipe multiprofissional para implementação do protocolo de ACCR em pediatria. Relato de experiência de um curso de capacitação da equipe multiprofissional para implementação do protocolo em um hospital pediátrico municipal de Fortaleza-Ceará-Brasil. O curso foi realizado em três etapas: 1ª) Abertura e apresentação do protocolo de ACCR em pediatria; 2ª) Atividades de dispersão; e 3ª) Discussões e encerramento do curso. Portanto, acredita-se que a utilização da estratégia de capacitação dos profissionais para implementação do protocolo foi satisfatória, já que os participantes verbalizaram a compreensão do protocolo e o interesse em implementá-lo, pois possibilita a melhoria no atendimento e favorece o cuidado holístico, humanizado e eficaz.

Descritores: Acolhimento; Humanização da Assistência; Enfermagem Pediátrica.

The protocol of reception with risk evaluation and classification (RREC) in pediatrics enables the classification of children according to severity. The aim of this research was to report the experience of training a multidisciplinary team to implement the protocol RREC in pediatrics. This is an experience report of a training course of the multidisciplinary team to implement the protocol in a municipal pediatric hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil. The project was approved by the Ethics Committee under protocol No. 80/09. The course was conducted in three stages: 1st) Opening and Presentation of the Protocol; 2nd) Activities of dispersion, and 3rd) Discussion and closure of the course. Therefore, it is believed that the use of the strategy of management training for implementation of the protocol was satisfactory, since the participants voiced an understanding of the protocol and the need to implement it because it allows for improvement in care and promotes holistic, humanized and effective care.

Descriptors: Welcoming; Humanization of Assistance; Pediatric Nursing.

El protocolo de acogida con Clasificación de Riesgo en pediatría posibilita la clasificación del niño según su gravedad. El objetivo fue relatar la experiencia de capacitación del equipo multiprofesional para la implementación del protocolo de con Clasificación de Riesgo en pediatría. Relato de experiencia de un curso de capacitación del equipo multiprofesional para la implementación del protocolo en un hospital pediátrico municipal de Fortaleza-Ceará-Brasil. El curso fue dividido en tres etapas expuestas a continuación: 1ª) Apertura y Presentación del protocolo; 2ª) Actividades de dispersión; y 3ª) Discusiones y clausura del curso. Por lo tanto, se cree que la utilización de la estrategia de capacitación de los profesionales para la implementación del protocolo fue satisfactoria, ya que los participantes verbalizaron la comprensión del protocolo y el interés en implementarlo, pues posibilita mejoría en la atención y favorece el cuidado holístico, humanizado y eficaz.

Descritores: Acogimiento; Humanización de la Asistencia; Enfermería Pediátrica.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFC (DENF/UFC). Líder do Grupo de Estudo sobre Consulta de Enfermagem da UFC (GECE/UFC). Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: felisangela@yahoo.com.br

²Enfermeira. Especialista em Neonatologia pela UFC. Professora substituta do DENF/UFC. Membro do GECE/UFC. Rua Henrique Ellery, - 513, apto. 102. Bairro Ellery. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com.br

³⁻⁶ Acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da UFC. Membros do GECE/UFC. E-mails: alline.falconieri@yahoo.com.br, paula_oliveiraqueiroz@hotmail.com, diliane1@yahoo.com.br, michelli_sampaio@hotmail.com

Autor correspondente: Fernanda Jorge Magalhães.

Rua Henrique Ellery, - 513, apto. 102. Bairro Ellery. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: fernandajmagalhaes@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As crianças constituem um grupo vulnerável à doença e à hospitalização, assim como ao atendimento nos serviços de urgência e emergência, os quais recebem alta demanda de crianças em situações de risco, exigindo da equipe multiprofissional atuante nessas unidades a trabalhar com rapidez e eficácia para minimizar as situações de risco de morte⁽¹⁾.

Nas circunstâncias emergenciais, a criança precisa de uma atenção especial devido às peculiaridades biológicas e psicológicas, necessitando de recursos materiais e profissionais especializados para o atendimento emergencial em pediatria. Muitas são as causas em que se faz necessária o atendimento da criança em emergência hospitalar. Dentre as principais, pode-se citar: asma, pneumonia, diarreia, desidratação, estado convulsivo, intoxicação, processo parasitário e infeccioso, acidente e trauma, as quais constituem os maiores agravos nas emergências pediátricas⁽¹⁾.

Como meta para o desenvolvimento do milênio e consequente redução das causas emergenciais pediátricas, a Organização Mundial da Saúde, propõe que o Brasil apresente uma taxa de mortalidade infantil inferior a 15,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2015. Isso equivale a uma redução de dois terços, em relação à taxa de 1990, a qual registrava 31,4 óbitos por mil nascidos vivos. No período de 2000 a 2007, houve redução de 26,9% na taxa de mortalidade infantil no Brasil, ou seja, passou de 27,4 para 20,0 óbitos por mil nascidos vivos. Essa redução também foi observada especificamente na Região Nordeste (31,0%) e no Ceará (34,6%)⁽²⁾.

Diante de tais dados e com o propósito de minimizar os índices de mortalidade infantil, o Ministério da Saúde sugere a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) no Sistema Único de Saúde (SUS), a qual visa: reduzir as filas e o tempo de espera

com ampliação do acesso; promover atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; garantir informações ao usuário; e proporcionar gestão participativa e educação permanente aos trabalhadores. Para isso foi criada, em 2003, a política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS, denominada HumanizaSUS, a qual busca contribuir para a sua legitimação como política pública por implantar práticas de humanização na atenção e na gestão de saúde⁽³⁾.

O termo humanização tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde. É considerado como a base de um amplo conjunto de iniciativas, na busca da atenção, além da técnica e preocupação com a doença. Autores⁽⁴⁻⁵⁾ referem que a humanização e o cuidado são indissociáveis, sendo tratados como uma necessidade de avaliar o ser humano considerando as características próprias de cada indivíduo. Aliado a isso, observa-se argumentações em modificar determinadas práticas, principalmente quanto à melhoria e qualificação da assistência através da atenção ao profissional de saúde, com o objetivo de torná-la humanizada, adaptando o cuidado a cada ambiente de saúde.

Para as ações do HumanizaSUS foi criado o programa de acolhimento com classificação de risco (ACCR), o qual consiste em ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecendo a construção de relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Além disso, possibilita avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira. O acolhimento é definido como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus

pedidos, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário⁽³⁾.

No entanto, para realizar a acolhida de crianças em situação de urgência e emergência de forma eficiente, eficaz e humanizada, uma equipe multiprofissional reuniu-se para elaborar o protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria, fundamentado no Protocolo de Manchester e no do Hospital Odilon Behrens, cuja publicação ocorreu em setembro de 2008, com o apoio do Ministério da Saúde, HumanizaSUS, Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, dentre outros⁽⁶⁾.

Portanto, em 2008, a Prefeitura de Fortaleza, com o apoio do Ministério da Saúde, implantou o serviço de Acolhimento com Classificação de Risco nos Hospitais municipais com utilização de um protocolo, o qual é considerado um instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências; a fim de melhorar o atendimento nas portas de entrada das instituições pediátricas dos hospitais municipais de Fortaleza, organizar espaços físicos, diminuir a superlotação e esclarecer à comunidade sobre a forma e a expectativa de atendimento nesse nível de assistência⁽⁶⁾.

De acordo com o Protocolo de ACCR em Pediatria a equipe de saúde, recebe a criança, realiza uma breve avaliação da situação, e classifica-a em prioridades, usando o protocolo padronizado, registra a avaliação e encaminha a mesma ao local de atendimento.

Na avaliação da criança considera-se a apresentação usual da doença, situação/queixa, início, evolução e duração dos sintomas, aparência física, resposta emocional, medicação atual e alergias. Ressalta-se que a intuição do profissional não será usada para diminuir prioridade, só para aumentar. Investiga-se, ainda, outros dados como: sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), saturação de O₂, escala de dor, escala de coma de Glasgow (ECG), glicemia, avaliação da superfície corporal queimada, entre outros, visando classificar prioridade, conforme consta no protocolo de acolhimento com classificação de risco.

Após avaliar a criança, a mesma deve ser classificada de acordo com as cores existentes no protocolo. Portanto, o usuário recebe ficha de avaliação com indicação da prioridade, considerando as prioridades de atendimento codificada nas seguintes cores⁽⁶⁾: Prioridade I – Vermelho: Atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro; Prioridade II – Vermelho/Laranja: Atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro e reavaliação pela enfermeira a cada 15 minutos; Prioridade III – Amarelo: Avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pela enfermeira a cada 30 minutos; Prioridade IV – Verde: Avaliação médica em até uma hora ou reavaliação pela enfermeira a cada uma hora; Prioridade V- Azul: Não urgente avaliação médica por ordem de chegada ou encaminhamento por escrito a outro centro de Saúde com contato telefônico prévio e garantia de atendimento.

Essa identificação da gravidade é feita por marca colorida, para tanto, as crianças em situação de emergência são direcionadas imediatamente para unidade de terapia intensiva. As crianças em situação de urgência serão conduzidas à sala de classificação de risco. As que procurarem especialidades (odontologia,

ginecologia, obstetrícia, otorrinolaringologia, oftalmologia), onde houver, aos respectivos setores. Este processo deverá ser feito no menor tempo possível. Reavaliações são previstas, já que a classificação é dinâmica.

Diante das considerações e da importância de implementar o Protocolo de ACCR em um hospital pediátrico de Fortaleza-CE, têm-se como objetivo relatar a experiência de capacitação da equipe multiprofissional para implementação do protocolo de ACCR em pediatria.

TRAJETÓRIA PERCORRIDA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido em um hospital pediátrico municipal de Fortaleza-Ceará-Brasil, no qual há atendimento exclusivo às crianças e aos adolescentes em situação de risco e emergência, funcionando 24 horas diárias.

Cabe enfatizar que na referida instituição é realizado o acolhimento com classificação de risco, executado por uma equipe multiprofissional formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social. Entretanto, não há o seguimento do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria⁽⁶⁾, ou seja, o enfermeiro organiza a assistência à criança com base no seu conhecimento prévio, classificando a criança como manifestações clínicas graves (atendimento imediato), moderadas (pode aguardar as emergências) e leves (permanecem na fila de espera por ordem de chegada).

Portanto, para implementar o referido protocolo foi realizado, no mês de abril de 2010, um curso de capacitação, com uma carga horária de 40 horas/aula, para a equipe multiprofissional, do qual participaram 2 médicos, 12 enfermeiras, 21 técnicas de enfermagem e 5 assistentes sociais.

A capacitação foi divulgada por meio de cartaz e folder afixados nos flanelógrafos da instituição,

constando objetivo principal, data, hora e local de realização. Sendo as inscrições limitadas a 40 vagas, visando um melhor aproveitamento dos participantes, já que havia estratégias de debates e discussão em grupos, cujas técnicas devem ser utilizadas em pequenos grupos. Contudo, o mesmo será oferecido outras vezes até contemplar todos os profissionais que atuam no acolhimento da instituição.

É importante ressaltar que foram atendidas as exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sendo a experiência realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará por meio do protocolo de nº 80/09.

EXPLICITAÇÃO E DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA

Conforme citado, para implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria se faz necessário a adesão de toda a equipe multiprofissional, incluindo a capacitação dos enfermeiros para organizar o processo de trabalho a partir do referido protocolo.

Para tanto, propôs-se um curso de capacitação profissional, ou seja, a construção do conhecimento com base nas reflexões da práxis de atendimento à criança em unidade de emergência e urgência pediátrica propondo efetivar um processo educativo em saúde envolvendo o profissional, em especial de enfermagem, e a comunidade por meio de um processo participativo que permita uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de um viver saudável⁽⁷⁾.

A educação permanente cria espaços de discussão para que a equipe multiprofissional repense sua prática, entendam os processos de trabalho no qual estão inseridos, e tenham a possibilidade de repensar condutas, de buscar novas estratégias de intervenção e

perseguir, também, a superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho⁽⁸⁾.

Diante dessas considerações, foi realizado um curso sobre o protocolo, dividido em três etapas, as quais foram: 1ª etapa - Abertura e apresentação do

protocolo de ACCR; 2ª etapa - Atividades de dispersão; e 3ª etapa - Discussões e encerramento do curso de protocolo de ACCR em pediatria. Na figura 1, apresenta-se o fluxograma das etapas do curso de acolhimento de classificação de risco em pediatria.

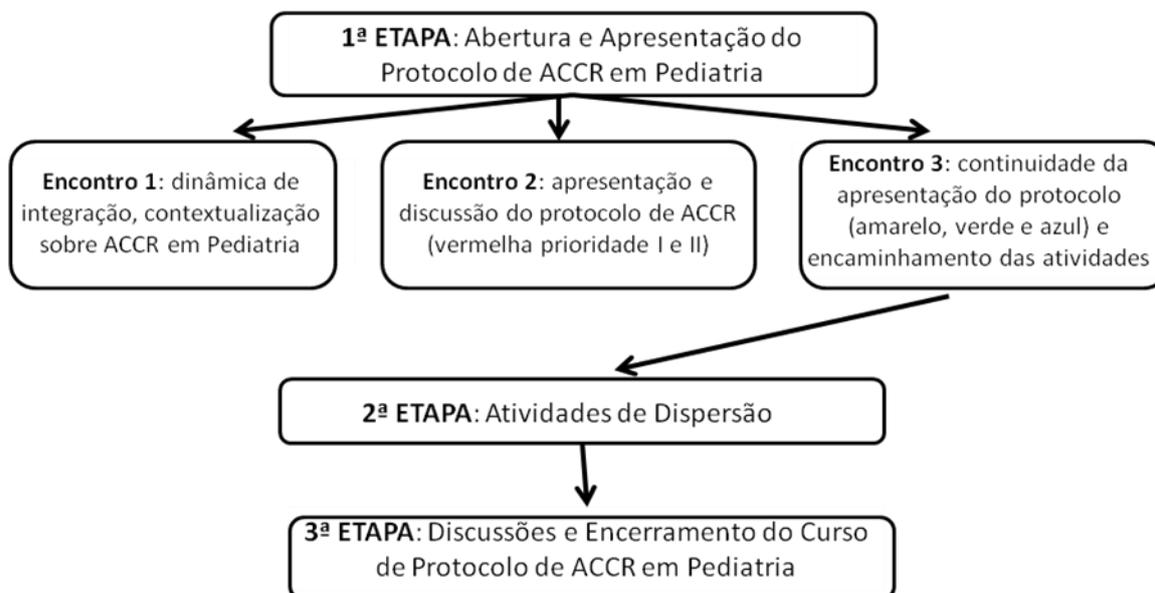


Figura 1 - Fluxograma das etapas do curso de acolhimento de classificação de risco em pediatria

Como demonstrado, a experiência constou de três etapas didáticas. A primeira etapa foi composta por três encontros: no primeiro houve dinâmica de integração, contextualização sobre acolhimento com classificação de risco, dando ênfase à humanização na assistência à criança e ao acompanhante; além de uma discussão sobre a importância de relações interpessoais entre funcionários, crianças e acompanhantes; no segundo houve a apresentação e discussão do protocolo de ACCR (vermelha prioridade I e II); e no terceiro houve a finalização da apresentação do protocolo (amarelo, verde e azul).

No primeiro encontro, optou-se por iniciar o treinamento pela integração profissional, tendo em vista que todos os participantes já se conheciam. Assim, realizou-se uma dinâmica intitulada de "Quebra-cabeça

de frases", na qual cada um recebia uma frase e teria que encontrar o seu complemento. Cada pessoa ao encontrar seu par, interagiu durante dez minutos e apresentava as qualidades do outro para o grupo.

Durante a contextualização do ACCR em pediatria, várias discussões foram realizadas pelos participantes, em especial, acerca da otimização das relações interdisciplinares e da importância de um cuidado holístico e humanizado junto à criança em situação de risco, considerando os princípios do SUS (equidade, integralidade e universalidade).

O acolhimento pode ser considerado uma prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecendo a relação e confiança entre as equipes e os serviços, possibilitando avanços na construção de vínculos entre usuários, trabalhadores e gestores da

saúde em defesa do SUS como política pública essencial para a população brasileira⁽²⁾.

Diante do contexto de trabalho em uma unidade de internação pediátrica, é necessário que os profissionais, ao desenvolverem práticas de assistência destinadas à integralidade, estejam mais atentos aos anseios e às manifestações da criança enquanto indivíduo capaz de expressar sua subjetividade e que deseja ser ouvido. Proporcionando ações destinadas tanto à assistência como à prevenção de agravos e/ou complicações decorrentes do processo patológico que ocasionou a internação favorecendo o cuidado humanizado⁽⁹⁾.

No segundo encontro, foi realizada a apresentação e discussão do protocolo de ACCR (Vermelha prioridade I e II), sendo debatida a realidade da instituição acerca dos profissionais, usuários, ambiente e equipamentos necessários para a implementação do referido protocolo, tendo em vista que a instituição deve adequar-se às exigências do protocolo. Contudo, deve considerar o perfil de sua demanda, em dados epidemiológicos, a experiência e capacitação, diferenças culturais, área física, risco ou existência de superlotação, dentre outros⁽⁶⁾.

Portanto, ressalta-se a importância do hospital reunir esses pré-requisitos necessários a atender adequadamente ao protocolo de ACCR em pediatria, enfatizando a capacitação multiprofissional, sem esquecer os demais aspectos como ambiência e equipamentos.

Em relação ao terceiro encontro deu-se a finalização da apresentação do protocolo de maneira clara e objetiva (amarelo, verde e azul). Logo depois, os participantes foram divididos em subgrupos e cada um recebeu uma lista de casos clínicos para realizar a classificação de risco, havendo debate crítico-reflexivo sobre as respostas de cada subgrupo. Após a referida

discussão foi solicitado que cada participante escolhesse cinco casos reais e os classificassem de acordo com o protocolo associando o conhecimento teórico adquirido com a prática assistencial.

A segunda etapa correspondeu a uma atividade de dispersão, a qual ocorreu no decorrer de duas semanas. Nessa etapa, cada participante aplicava o conhecimento estabelecido na primeira etapa sobre o protocolo de ACCR em pediatria na sua prática diária, tendo apoio dos facilitadores do curso para esclarecimento de eventuais dúvidas que surgissem no decorrer da assistência.

Estudiosos⁽¹⁰⁾ referem, que a vivência e/ou a reflexão sobre a práxis pode gerar a disposição na produção de alternativas para enfrentar o desafio da transformação. Ou seja, as mudanças de concepções e práticas de saúde dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir as informações a partir das práticas e da democratização da gestão e dos processos de trabalho.

De acordo com alguns autores, o exercício de fixação é uma forma de avaliação em relação ao conteúdo ministrado em cursos e palestras. É uma maneira de associar o assunto visto, com vivências do dia-a-dia, associando as habilidades teóricas-práticas. Quanto à aprendizagem, entende-se o termo como o processo no qual o indivíduo, em interação com o ambiente, adquire e retém um novo conhecimento, habilidade ou atitude, que será expressa futuramente, por meio de mudança em seu comportamento⁽¹¹⁾.

Para tanto, foi fundamental, na segunda etapa, a utilização do exercício de fixação como forma clássica de se medir o ganho de ciência e, a partir daí verificar o alcance dos objetivos de ensino traçados no planejamento do curso ministrado para a equipe multiprofissional de saúde atuante na referida instituição.

Na terceira ocorreram as discussões dos pontos fortes e limitações da aplicabilidade do protocolo, a partir da prática vivenciada pelos participantes durante a segunda etapa. Além disso, foram discutidas as adequações do ambiente e equipamentos para implementação do protocolo. Durante essa etapa, médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem e assistentes sociais, participantes do curso, puderam expor questionamentos e dificuldades que sentiram em seu primeiro contato com a aplicabilidade do protocolo e os resultados esperados deste processo.

Tais dificuldades confirmam os achados de um estudo desenvolvido no mesmo local, o qual detectou como principais problemas: recursos humanos insuficientes para atuar no acolhimento, estrutura física inadequada, rede de apoio insatisfatória, falta de treinamento da equipe multidisciplinar acerca do acolhimento e grande demanda de pacientes⁽¹²⁾.

Sabe-se, também, que a instituição hospitalar se constitui em um ambiente onde o ser humano trabalhador libera suas potencialidades e compartilha uma meta coletiva. Por isso, desencadear um processo de humanização, no âmbito hospitalar, não resulta de uma percepção isolada, mas constitui uma síntese de muitas percepções, vivências e intervenções pautadas em valores e princípios vitais e éticos. Torna-se fundamental permitir um ambiente confortável e adequado para o cliente e ao profissional, favorecendo satisfação e, conseqüentemente, melhoria da qualidade do cuidado⁽¹³⁾.

Portanto, as dificuldades na implementação do protocolo vão desde a necessidade de maior envolvimento da equipe multiprofissional, até as mudanças mais profundas nas atitudes de toda equipe, a fim de propiciar um cuidado integral, humanizado e igualitário. É necessário mudanças, também, em pontos ainda frágeis do sistema de saúde, para que o mesmo

funcione realmente como uma rede de atenção. Faz-se importante também um local privativo para ocorrer as classificações e que a unidade possua todos os equipamentos necessários para que haja classificação de risco com segurança⁽¹⁴⁾.

Outro item identificado como limitação da implementação do protocolo como tecnologia foi a ausência de uma sala adequada ao atendimento de enfermagem, visando classificar a criança de acordo com o protocolo de ACCR.

Entretanto, o ACCR possui diversos benefícios, conforme encontrado em um estudo realizado apenas com as enfermeiras da mesma instituição que o protocolo possibilita: diminuir tempo de espera, atender a população por prioridades de risco, reduzir o risco de complicações e morte, sensibilizar o profissional a ouvir e orientar, criar credibilidade por parte dos usuários e dos servidores, humanizar e melhorar o atendimento e trabalho da equipe de forma interdisciplinar⁽¹²⁾.

Destaca-se que a capacitação é um dos requisitos para a implementação do protocolo, contudo é necessário também considerar o ambiente e equipamentos da instituição. Isso é necessário, uma vez que a organização, articulada à diretriz do acolhimento favorece que a intervenção e a criação de espaços físicos na urgência possam identificar a problemática das práticas, os processos de trabalho e os modos de viver e conviver nesse espaço⁽²⁾.

Para tanto, torna-se fundamental que o lugar de trabalho seja constituído de espaços físicos e sociais, ou seja, que a ambiência social estabeleça relações interpessoais alicerçadas no autoconhecimento e no conhecimento do outro. Além disso, o local deve ter mecanismos que promovam qualidade de vida no trabalho, caracterizando prazer ao cuidar da criança, o que, conseqüentemente, humanizará o processo e o

serviço da unidade de acolhimento com classificação de risco da criança⁽¹⁵⁾.

REFLEXÕES FINAIS

Foi possível relatar a experiência vivenciada durante um curso de capacitação profissional de implementação de um Protocolo de ACCR em pediatria junto à equipe multidisciplinar da referida instituição.

Diante disso, acredita-se que este protocolo constitui um caminho a ser utilizado por toda a equipe de saúde que atua nas emergências pediátricas, para a realização de uma assistência de qualidade, holística, individualizada e eficaz; de modo que possibilite a identificação dos problemas de saúde das crianças que exigem classificação quanto ao risco de complicações e morte.

Por meio de uma reflexão crítica, traz-se que a utilização da estratégia de capacitação dos profissionais para implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria foi satisfatória. Isso foi percebido uma vez que os participantes verbalizaram a compreensão do protocolo e o interesse em implementá-lo na sua prática assistencial, visto que possibilita a melhoria no atendimento em unidades pediátricas e, assim, favorece o cuidado holístico, humanizado e eficaz.

Vale ressaltar que o presente estudo sugere que para melhor aplicabilidade do protocolo como tecnologia de saúde devem-se realizar adequações específicas ao ambiente da instituição e aquisição de materiais necessários para garantir o uso adequado do protocolo.

REFERÊNCIAS

1. Tacci YRC, Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Rev Latino-am Enferm.* 2004;12(3):477-84.

2. Ministério da Saúde (BR). Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de situação do Ceará. 2009 [Internet]. [citado 2010 jul 13]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/002_ce_r elatorio_de_situacao.pdf

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

4. Oliveira CP, Kruse MHL. A humanização e seus múltiplos discursos-análise a partir da REBEn. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(1):78-83.

5. Corbani NMS, Bretas ACP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):349-54.

6. Mafra AA, Martins P, Shimazaki ME, Barbosa YR, Rates SMM, Noronha R et al. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza; 2008.

7. Machado MFA, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):335-42.

8. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: relato da experiência de Porto Alegre-RS. *Interface Comun Saúde Educ.* 2008;12(26):659-66.

9. Santos DL, Santos JLG, Prochnow AG, Pedroso MLR, Lima MADS. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009;13(31):359-68.

10. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Rev Eletr Enferm. 2007;9(2):389-401.
11. Carvalho R, Abbad G. Avaliação de treinamento à distância: reação, suporte à transferência e impactos no trabalho. Rev Adm Contemp. 2006;10(1):95-116.
12. Magalhães FJ, Lima FET, Matos DPM, Moura AF, Bezerra MS, Queiroz APO. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria: fatores intervenientes na implementação. In: 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: ciências da Enfermagem em tempos da interdisciplinaridade; 2011 Junho 1521-1524; Campo Grande: ABEN; 2011.
13. Backes DS, Lunardi Filho, WD, Lunardi, VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(2):221-7.
14. Shiroma LMB, Pires DE, Reibntz KS, Marques GQ. Reflexão acerca da implantação de um protocolo de Classificação de risco no serviço de emergência. Rev Latinoam Enferm. 2007;11(2):1-6.
15. Fontana RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. Rev Rene. 2010;11(1):200-7.

Recebido: 26/08/2010

Aceito: 05/05/2011