

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DILEUZA ALVES MACEDO**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA  
GESTANTE: INSTRUMENTO REORGANIZADOR NO PROCESSO DE  
TRABALHO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DILEUZA ALVES MACEDO**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA  
GESTANTE: INSTRUMENTO REORGANIZADOR NO PROCESSO DE  
TRABALHO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora:** Carolina Frescura Junges

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **AGRADECIMENTOS**

Meus sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão desse trabalho se tornasse possível:

Primeiramente a Deus, que me deu a vida, e que todos os dias reestabelece minhas forças para continuar a caminhada em busca dos meus objetivos.

Aos meus PAIS, pois foram eles meus primeiros mestres que me ensinaram a não temer desafios e a superar os obstáculos com humildade, pelo exemplo de vida, pela minha formação e educação.

A professora Ana Maria Fernandes Borges por seu apoio no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos, pela ajuda e incentivo.

A minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Carolina Frescura Junges pela sua compreensão e contribuição, pelo auxílio, disponibilidade de tempo para realização deste trabalho.

Em especial a minha amiga Cibele Gomes pela sua dedicação e colaboração na construção desse trabalho

Toda experiência, conhecimento e amizades que eu levarei comigo para sempre, mas a grande lição é que nada é impossível, quando se tem um objetivo a concluir, um caminho a percorrer e força de vontade para realizar.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2.OBJETIVOS.....	10
2.1 Geral.....	10
2.2 Específicos .....	10
3. METODOLOGIA.....	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	15
6. REFERÊNCIAS .....	16
7. ANEXOS.....	17

## **RESUMO**

O estudo objetivou humanizar o atendimento para que seja capaz de acolher e garantir um melhor acesso ao serviço de atendimento a gestante e organizar o processo de trabalho e ambiência hospitalar. Além de melhorar a informação para as usuárias e seus familiares sobre sua situação de saúde e sua expectativa de atendimento e tempo de espera. Classificar mediante protocolo as gestantes em qualquer grau de urgência afim de identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato. Construir um fluxo de atendimento a gestante considerando todos os serviços da rede de assistência a saúde. Fomentar a rede de atenção de saúde articulando a atenção básica e maternidades com vistas a atenção integral. Prioritariamente foi elaborado um pré-projeto do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco a gestante com base no Protocolo de Manchester, no segundo momento foram realizadas oficinas de trabalho com a participação de profissionais da enfermagem que atuam na assistência nos setores envolvidos. Observamos a necessidade de desenvolver parcerias com Hospitais que já atuam na área de maternidade e hoje são considerados referências, com essas parcerias realizar trocas de experiências visando também capacitações para a equipe, com isso construir um fluxo de atendimento de qualidade e humanizado. Concluimos que é de extrema importância a construção e a implantação do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco da Gestante como instrumento reorganizador no processo de trabalho.

**PALAVRAS CHAVES:** Acolhimento, Enfermagem, Gestante.

## 1. INTRODUÇÃO

Devido aumento da procura dos serviços de urgência e emergência obstétrica observou-se um enorme fluxo com “circulação desordenada” de usuários nas portas de entrada dos Hospitais de Referência e Pronto Socorro, fazendo-se necessária a reorganização do processo de trabalho de forma que a assistência prestada consiga, de acordo com diferentes graus de necessidades, promover uma assistência segura e de qualidade. Para tanto, é necessário afastar a impessoalidade e perceber que o atendimento por ordem de chegada abre lacunas, tornando o atendimento pouco acolhedor, inespecífico e desorganizado.

Deve-se garantir atendimento a todas as gestantes, tanto aquelas de baixo risco como as de alto risco, em todas as portas de entradas do SUS (Sistema Único de Saúde), ou seja, pelo conjunto das unidades básicas de saúde e suas equipes de Programa Saúde da Família, pelas unidades de atendimento pré-hospitalares fixas e móveis e pelas unidades hospitalares, devemos promover um cuidado humanizado, organizado e prioritário. O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar este direito das gestantes. Tal instrumento poderá estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS, além disso, é um importante meio de consolidar o cuidado humanizado.

As gestantes atendidas nos Centros de Saúde devem ser informadas desde o pré-natal sobre os locais de referência para o alto risco. Assim, espera-se que possam ser atendidas de forma segura, tanto no momento do parto quanto em situações de urgência e emergência.

A Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde, de cinco de novembro de 2002, propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a triagem classificatória de risco. Essa necessidade surgiu devido ao aumento demasiado de procura para atendimento de urgência e emergência nos estabelecimentos de saúde que atendem a população em geral, sobretudo a rede SUS. Espera-se com isso otimizar o serviço nas redes de atendimentos tais como Unidades básicas de saúde, Policlínicas e Pronto Atendimento, que devido a alta taxa de procura, deixa, por vezes, de oferecer um atendimento humanizado e de qualidade.

Considerando o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população; Considerando as ações já

desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que, em parceria com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento do atendimento às urgências e emergências no País, tanto pela criação de mecanismos para a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências como pela realização de investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência. (Portaria nº 2048 MS de 05/11/2002)

A Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do SUS. De acordo com esta Portaria, um dos modos de corrigir as diversas dificuldades seria reestruturando e reorganizando das RAS (Redes de Atenção a Saúde), trazendo novas propostas que favoreçam e fundamentem essas ações, refletindo como ponto positivo nos indicadores de saúde. Observamos claramente que para superar essa fragmentação nas RAS faz-se necessário o redirecionamento nas ações e serviços. Os Hospitais vivenciam diariamente essa realidade, pois essas lacunas existentes na implementação das Redes de Atenção Básica refletem diretamente nas portas de entradas dos Hospitais e, conseqüentemente, nos atendimentos ambulatoriais e acompanhamento de Pré-natal. Além disso, o fluxo de atendimento acaba desestruturado e acarreta quase que sempre em um atendimento precário e de baixa qualidade.

O modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde. (Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010)

A partir de minha experiência profissional, identifiquei que a estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco no Hospital Geral Universitário – HGU na cidade de Cuiabá -MT, possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional, de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Além disso, tal processo possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos das gestantes que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas. (Portaria nº 1.020 de 29 de maio de 2013)

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo das gestantes que procuram as portas de entrada, gerando um atendimento resolutivo e humanizado. Traz como missão acolher e garantir um melhor acesso ao serviço, humanizar o



atendimento à gestante, sendo assim, um modelo que promove atendimento rápido e efetivo. (Ministério da Saúde, 2009).

O ACCR apresenta como benefícios o atendimento prioritário para os casos de maior risco, diminuição do tempo de espera para os casos agudos e os que demandam urgência, principalmente. É necessário ponderar a importância do repasse de informações sobre a situação da gestante e o tempo de espera aos usuários e familiares, além da melhoria da qualidade do atendimento.

O AACR proporciona aos profissionais de saúde melhorias no processo de trabalho, eficácia, efetividade e a otimização do serviço bem como a valorização do trabalho em saúde. Com isso, observamos a construção de propostas que visem a integração da equipe e o envolvimento de todos os profissionais de saúde, gerando assim aumento do grau de satisfação dos profissionais de saúde.

Uma das referências mais conhecida a respeito da Classificação de Risco é a resolução do Cofen 423/2012 que diz: “Considerando a classificação de risco e correspondente priorização do atendimento em Serviços de Urgência como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução; Considerando o processo de acolhimento e classificação de risco como parte do sistema de humanização da assistência, objeto de padronização do Ministério da Saúde; Considerando que a metodologia internacionalmente reconhecida para classificação de risco (Protocolo de Manchester) prevê que o usuário seja acolhido por uma equipe que definirá o seu nível de gravidade e o encaminhará ao atendimento específico de que necessita; Considerando a imprescindível qualificação e atualização, específica e continuada, do Enfermeiro para atuar no processo de classificação de risco e priorização da assistência à saúde. (Resolução COFEN Nº 423 DE 09/04/2012)

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar a gravidade dos que procuram os serviços de emergência, assumindo importante função na regulação da demanda assistencial e na determinação da prioridade no atendimento desses pacientes.

No âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão. (Resolução COFEN Nº 423 DE 09/04/2012)

## **2. OBJETIVOS**

### ***2.1 Geral***

- ✓ Estruturar um protocolo para Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia em Hospital Geral Universitário na cidade de Cuiabá – MT.

### ***2.2 Específicos***

- ✓ Organizar o processo de trabalho e ambiência hospitalar;
- ✓ Melhorar a informação para as usuárias e seus familiares sobre sua situação de saúde e sua expectativa de atendimento e tempo de espera;
- ✓ Classificar mediante protocolo as gestantes em qualquer grau de urgência, a fim de identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.
- ✓ Construir um fluxo de atendimento a gestante considerando todos os serviços da rede de assistência a saúde.

### 3. METODOLOGIA

A partir da metodologia é que foram desenvolvidas as atividades, bem como a definição do público alvo e as estratégias seguidas para o alcance dos objetivos. O planejamento para realização deste trabalho teve início frente à necessidade de se implementar o Acolhimento à gestante em todas as consultas realizadas no Pronto Atendimento Obstétrico do hospital Geral Universitário, que atualmente é referencia no estado de Mato Grosso para Gestação de Alto Risco. Esse método faz parte do fluxo de atendimento e tem a finalidade de avaliar as gestantes em qualquer período gestacional e emergências obstétricas.

Com inclusão da Instituição na Rede Cegonha observou-se a necessidade de iniciarmos os trabalhos referentes essa classificação tendo em vista atendermos em media 200 gestantes /mês. Esse projeto é realizado por todo o país e tem como objetivo principal o cuidado com a vida.

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. (Portaria Nº 1.459 DE 24/06/2011).

A estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde da mulher, do recém-nascido e da criança no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

Para a construção de nosso trabalho, primeiramente, foi elaborado um pré-projeto do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco a Gestante, embasado no Protocolo de Manchester. O protocolo de Manchester é um sistema de construído a partir de uma metodologia científica que confere classificação de risco para os pacientes que buscam atendimento em uma unidade de pronto atendimento. Os pacientes são classificados por cor e cada cor de classificação determina um tempo máximo para o atendimento ao paciente, de forma a não comprometer a sua saúde (BRASIL, 2009).

Para darmos inicio a construção do protocolo ocorreu uma visita técnica no Hospital Sofia Feldman nos dias 17 e 18 de setembro de 2012. Tive a oportunidade de estar presente nesta ocasião como representante do Hospital Geral Universitário Cuiabá – MT, juntamente

com demais representantes de outras maternidades, tais como Hospital Universitário Julio Muller Cuiabá - MT, Hospital e Maternidade Santa Helena Cuiabá - MT, e órgãos representativos como Secretaria Municipal de Saúde do Estado de Mato Grosso.

Naquele momento verificou-se a real necessidade da implantação do protocolo como instrumento reorganizador no processo de trabalho, esse reconhecimento se deu logo de imediato, porém o processo de construção do material se estendeu por um período de dois anos, e hoje encontra-se em fase de aprimoramento.

Para construção desse protocolo contamos com o apoio de alguns setores tais como Serviço de Educação Permanente, Enfermeiras Assistenciais do setor Pronto Atendimento Obstétrico e Alojamento Conjunto. Foram realizadas socialização por meio de Oficinas de trabalho. Essas parcerias foram bastante fortalecedoras neste processo, pois todos trocaram experiências vivenciadas e oportunizaram um novo saber. Essa troca de experiências foi utilizada para a adequação das necessidades de acordo com nossa realidade, respeitando as especificidades de nossa clientela bem como nossa estrutura física, pois somos um Hospital Universitário que atende diversos serviços de Referência.

Na função de Supervisora da área atenção à saúde da mulher, do recém-nascido e da criança e responsável direta do Projeto, solicitei a participação de 09 enfermeiros, sendo 04 enfermeiros assistenciais do Pronto Atendimento Obstétrico e 04 enfermeiros assistenciais do Alojamento Conjunto e também 01 enfermeiro responsável pelo serviço de Educação Permanente. Destes, participaram ativamente apenas 05, sendo 02 enfermeiros assistenciais do Pronto Atendimento Obstétrico e 02 enfermeiros assistenciais do Alojamento Conjunto e 01 enfermeiro do serviço de Educação permanente.

Considerando este um processo trabalhoso e que requer dedicação e tempo, optamos por dividir a construção do Protocolo em etapas, após a visita técnica realizamos uma programação ao qual estipulamos as oficinas uma vez ao mês, sendo realizada três oficinas com a participação dos enfermeiros no ano de 2013.

Foram utilizados manuais do Ministério da Saúde e realizadas revisões de Literatura para a construção deste projeto. Além disso, houve também a participação efetiva dos profissionais envolvidos no dia a dia com a utilização do protocolo.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, e a análise dos mesmos, que teve como sustentação o referencial teórico e a literatura sobre os temas, discutimos a seguir os principais aspectos que possibilitaram a construção do Protocolo.

O processo de trabalho e ambiência hospitalar encontra-se em fase de organização, pois para isto estamos nos estruturando e buscando melhorias. Fica claro que, na visão dos profissionais, o Acolhimento com Classificação de Risco trouxe uma maior segurança para desenvolver suas atividades e, conseqüentemente, uma maior atenção as gestantes, promovendo um atendimento especial às usuárias dentro de um sistema de saúde regionalizado, isso através de um trabalho em parceria com as UBS e a comunidade, em qualquer grau de urgência a fim de identificar as que necessitam de atendimento medico mediato ou imediato.

Ao analisarmos o tempo decorrido desde a fase de inicio do projeto Rede Cegonha em nossa Instituição até a criação do pré-projeto do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco da Gestante percebe-se um longo tempo de trabalho, com diversas discussões e debates entre profissionais da área, pois foi necessário o envolvimento, mesmo que parcial, de diversos serviços para esse impulso. Encontramos ainda com diversas interrogações, pois estamos em fase de aprimoramento desse protocolo, e já evidenciamos a necessidade de melhorar a informação para as usuárias e seus familiares sobre sua situação de saúde.

Observou-se também a necessidade de desenvolver parcerias com Hospitais de Referencias para troca de experiências e para realizar capacitações com a Equipe em geral. Tais capacitações tem a finalidade de trazer para os profissionais de diversos setores a necessidade de um atendimento diferenciado as gestantes e demais pacientes, objetivando a construção de um fluxo viável a um atendimento de qualidade e humanizado as gestantes integralizando todos os serviços da rede.

A portaria nº 1.459, de 24 de junho, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha: Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

- I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

De acordo com o Ministério da Saúde, torna-se necessário a implementação, bem como o acompanhamento, da Rede Cegonha. Visando uma otimização do serviço fez-se necessária a criação do Mapa de Vinculação com o objetivo de fomentar a rede de atenção de saúde articulando a atenção básica e maternidades com vistas a Atenção Integral. Este mapa funciona como um instrumento norteador as Unidades Básicas de Saúde, pois ao procurar a unidade de risco habitual mais próxima de sua residência, conseguimos restringir a demanda espontânea para as unidades de atendimento às gestantes de alto risco. Conforme o mapa de vinculação da Rede Cegonha, os pontos de atenção para o cuidado com a gestante iniciam com a visita domiciliar e se estendem pela Unidade Básica de Saúde (UBS), Centros de Referência Ambulatorial, Casas de Parto, Centro de Parto Normal, Centro de Referência de Risco Habitual e Centro de Referência de Alto Risco; além da Casa de Gestante.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao término do trabalho evidenciamos que a assistência prestada as gestantes quando realizada com Acolhimento com Classificação de Risco transmite confiança e faz com que haja um diferencial positivo para gestante e seus familiares durante o pré-parto, parto e nascimento. A grande vantagem deste movimento é separar os casos verdadeiramente urgentes dos não urgentes e garantir o atendimento prioritário dos casos mais graves, além disso, as pacientes deixam de ser atendidas pela ordem de chegada no setor de urgência e passam a ser em função da gravidade. É um grande passo para a sistematização da assistência.

Cito como experiência a visita realizada no Hospital Sofia Feldman, pois tive a oportunidade de compreender a importância do profissional enfermeiro como autor desse processo de cuidar desde o momento da sua chegada à unidade, durante a avaliação e também no período de sua internação no pré parto, parto e pós parto. Foi possível observar o respeito e o reconhecimento direcionado a esses profissionais, que souberam através de seus esforços ser devidamente recompensados. O enfermeiro é um dos profissionais indispensáveis neste processo tanto pela sua dedicação, quanto pelo conhecimento específico.

A implantação do Acolhimento com Classificação de Risco se torna vantajosa para a paciente, pois submetida a esta metodologia está certamente assegurado um atendimento humanizado e diferenciado. Destaca-se ainda que, o tempo de atendimento será determinante para uma melhor recuperação e intervenções mais assertivas para a queixa que motivou a procura do serviço e também a garantia de oferecer um serviço homogêneo, ou seja, independentemente do horário, do dia da semana instituição de saúde terá a mesma padronização no atendimento.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.

Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)> Acesso em: 18/01/2014

BRASIL. Portaria n.º 2048/GM DE 5 de novembro de 2002.

Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>> Acesso em: 18/01/2014

BRASIL. Portaria Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013.

Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestão de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestão de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html)> Acesso em: 22/01/2014

BRASIL. RESOLUÇÃO COFEN Nº 423/2012

Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012\\_8956.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html)> Acesso em: 03/02/2014.

BRASIL. Portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011.

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)> Acesso em: 18/01/2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)> Acesso em: 05/02/14.



## 7. ANEXOS

### ANEXO A – VISITA TÉCNICA AO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

# Declaração

Declaramos para os devidos fins que **Dileuza Alves Macedo** esteve em visita técnica no Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte/MG nos dias 17 e 18 de setembro de 2012, de 8 às 17 horas.

Belo Horizonte, 18 de setembro de 2012.



**Dra. Lélia Maria Madeira**  
Coord. Linha de Ensino e Pesquisa - HSF

**ANEXO B – PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PARTO HUMANIZADO**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PARTO HUMANIZADO**

**PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E PARTO HUMANIZADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) HOSPITAL GERAL UNIVERSITÁRIO – HGU CUIABÁ-MT**

**PÚBLICO ALVO:**

Promover um atendimento de excelência à comunidade, em especial à mulher e à criança, em nível secundário, para clientela universalizada, dentro de um Sistema de Saúde regionalizado e hierarquizado, trabalhando em parceria com a comunidade e com eficazes mecanismos de controle social.

“Tudo está indo bem.

Relaxo minha mente e músculos.

Coragem, fé e paciência.

Eu estou no controle completo do que está acontecendo comigo.

Meu corpo não é projetado para ferir-se. Meu corpo é inteligente e lidará com todas as situações eficientemente.

Mantenho respiração lenta e nivelada. Inalo a paz, exalo a tensão.

Mantenho minha mente na aceitação e entrega.

Eu não mostro absolutamente nenhum sinal de medo nem preocupação.

Minha única responsabilidade é controlar minha mente. Meu corpo vai parir meu bebê de forma segura e eficaz.

O nascimento do meu filho faz o caminho  
Meu corpo dará à luz em seu próprio tempo.

Eu tenho um parto feliz”.

## **INTRODUÇÃO**

A assistência ao parto tem sido foco de estudos e debates de especialistas, Sendo as práticas obstétricas predominantemente hospitalares, intervencionistas e, muitas vezes, consideradas como desnecessárias.

Nos últimos anos, o nascimento vem sendo conduzido pelos profissionais a partir de normas e rotinas preestabelecidas. A mulher, o pai do bebê e outros familiares são privados de participar da evolução do trabalho de parto e do parto e nascimento levando-os à insatisfação nesse momento tão importante de suas vidas. (SANTOS, 2000).

As taxas elevadas de morbi-mortalidade materna e perinatal e a assistência Intervencionista prestada durante esse momento, principalmente os altos índices de cesárea, foram decisivos para que a assistência ao parto se tornasse alvo de preocupação por parte de profissionais e de entidades que atuam na promoção da saúde da mulher.

Na tentativa de reverter essa situação, diversos estudiosos incentivam o parto normal, buscando alertar e subsidiar reflexões a respeito da assistência prestada pelo profissional, bem como sobre o papel social e cultural da mulher no momento do parto e da maternidade no seu mais profundo significado (SANTOS, 2000).

No Brasil, apesar desse movimento, ainda há o predomínio da visão biologicista, tecnicista, tendo como consequência a medicalização, a utilização de práticas intervencionistas que culminam com a institucionalização do parto.

A classificação de Risco, deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de para o parto humanizado / Rede Cegonha, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

## **MISSÃO**

- Trata-se de um ambiente seguro, de qualidade, confortável para a assistência à parturiente e ao recém-nascido de baixo risco;
- Antes de ser admitida no Centro de Parto Normal, a mulher deverá expor ao profissional assistente suas expectativas e desejos quanto a experiência do parto;
- A inserção no Centro de Parto Normal é uma opção da mulher, após esclarecimento acerca da proposta assistencial;

## **OBJETIVOS**

- Implementar o modelo humanizado de assistência à mulher e ao recém-nascido, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde;
- Melhorar a qualidade da assistência ao parto e nascimento, buscando impactar nas taxas de mortalidade materna e perinatal;
- Ampliar o acesso à assistência ao parto e nascimento à população usuária do Sistema Único de Saúde - SUS, em sua plena universalidade.

## **PROCESSO DE TRABALHO**

O profissional da obstetrícia, para atuar no CPN deve ser capaz de:

- atuar em consonância com os princípios filosóficos da assistência preconizada para o CPN;
- prestar uma assistência compreensiva e personalizada à mulher e seus familiares;
- apoiar a mulher, seu parceiro e sua família durante o trabalho de parto, no momento do nascimento e no pós-parto;
- encorajar a mulher a participar ativamente do seu processo do nascimento;
- monitorar o trabalho de parto com utilização do partograma, realizando intervenções necessárias;
- monitorar o estado fetal e posteriormente o recém-nascido, avaliando os fatores de risco e detectando, precocemente, as intercorrências;
- encaminhar a mulher e/ou o recém-nascido para unidades de referência de maior complexidade (HGU), de acordo com fatores de risco ou complicações que o justifiquem;
- participar de discussões clínicas;
- participar e incentivar a implementação de pesquisas no âmbito do CPN, divulgando e aplicando seus resultados;
- divulgar a filosofia e indicadores assistenciais do CPN.

## **EQUIPE MÍNIMA:**

- Enfermeira Obstetra
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem
- Auxiliar de Serviços Gerais

## **EQUIPE DE APOIO:**

- Médico Pediatra ou Neonatologista
- Médico Obstetra
- Assistente Social
- Motorista de Ambulância

## **ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE DO CENTRO DE PARTO NORMAL**

- Dirigir a Casa de Parto, Coordenando a equipe local e respondendo pela administração do serviço;
- Acompanhar visitas programadas de gestantes a casa de parto, provenientes dos Centros de Saúde;
- Realizar o Plano de Parto a partir de 35 semanas, com vistas a prepará-las para o parto no CPN;
- Fazer a admissão no CPN, das gestantes em trabalho de parto;
- Realizar e emitir um laudo de cardiotocografia;
- Realizar e emitir laudo de amnioscopia;
- Realizar interpretação de laudo ultrassonográfico;
- Solicitar os exames de rotina que julgar necessário;
- Prestar assistência ao parto de evolução fisiológica;
- Detectar anormalidades no trabalho de parto e tomar as providências até remoção da mulher para o serviço de referência localizado anexo ao CPN;
- Prestar assistência imediata ao recém-nascido nas situações anômalas, instituindo manobras básicas de ressuscitação: aspiração, ventilação com pressão positiva ou manobras avançadas, quando estritamente necessário: intubação orotraqueal e uso de fármacos - segundo protocolos da Sociedade Brasileira de Pediatria;
- Providenciar a remoção do RN de risco para o serviço de referência, localizado anexo ao CPN;
- Registrar a evolução do trabalho de parto, parto e condições do RN em impresso próprio, contendo folha de Partograma e identificação do RN;
- Fazer exame somático e neurológico do RN, antes de sua alta;
- Preencher e entregar as Declarações de Nascido Vivo;



- Incentivar o Aleitamento Materno;
- Dar alta à mãe e ao recém-nascido, preenchendo devidamente o sumário de alta;
- Liberar e orientar a mãe no momento da alta do CPN, mediante cópia do sumário de alta;
- Manter os serviços de referência (Centros de Saúde, Programa de Saúde da Família) informados sobre a clientela assistida no CPN, a fim de subsidiar as estratégias locais de acompanhamento da mãe e do recém-nascido;
- Elaborar e divulgar os indicadores assistenciais perinatais.

### **TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

- Controlar o estoque de materiais de consumo do CPN e providenciar sua reposição;
- Limpar, preparar, acondicionar material de assistência a mulher / RN e encaminhá-los a esterilização;
- Assistir a parturiente em suas necessidades de higiene e conforto;
- Auxiliar o Enfermeiro Obstetra durante o trabalho de parto e parto;
- Realizar o controle materno de 30'/ 30' minutos até duas horas pós – parto e de 3/3 horas até a alta;
- Receber o bebê nascido em boas condições, e prestar assistência imediata;
- Auxiliar a Enfermeira Obstetra nas manobras de ressuscitação de RN nascido em condições especiais;
- Administrar a vitamina K, fazer o Crede após o nascimento;
- Administrar BCG e Hepatite em todos os RN antes da alta;
- Administrar vacina anti-rubéola nas puérperas;
- Realizar coleta de material p/ exame laboratorial e encaminhar ao laboratório;
- Fazer o controle da glicemia dos RN através de fita reagente se a enfermeira obstetra julgar necessário;
- Oferecer suplementação alimentar ao RN quando necessário, a critério da Enfermeira Obstetra;
- Acompanhar a parturiente e/ou RN nas remoções aos serviços de referência;
- Fazer o relatório de enfermagem das ocorrências de plantão;
- Administrar os medicamentos prescritos;
- Orientar e incentivar as mulheres aos cuidados com os recém – nascidos

- e no aleitamento materno.

### **ASSESSORIA OBSTÉTRICA**

- Oferecer suporte técnico-científico no momento da avaliação e/ou remoção da mulher para o hospital de referência (HGU);
- Participar de discussões clínicas, contribuindo com os profissionais do CPN, na construção do conhecimento.

### **ASSESSORIA PEDIÁTRICA**

- Preparar enfermeiras obstétricas para a recepção do recém-nascido, através de aulas teóricas e práticas, com revisões pelo menos bimestrais;
- Auxiliar na instalação de sala adequada para a ressuscitação neonatal;
- Orientar na escolha de meios de transporte adequados para as remoções de RN aos hospitais de referência;
- Supervisionar o treinamento da equipe do CPN em situações de emergência neonatal;
- Auxiliar na implementação de metodologias assistências que privilegiam a humanização do nascimento;
- Capacitar enfermeiras obstetras para a triagem de RN, tendo como base os escores mais consagrados em neonatologia (Boletim de Apgar).

### **PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO:**

É a identificação das pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

1 - Usuária procura o serviço de urgência;

2 - É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários/profissionais de enfermagem e encaminhada para confecção da ficha de atendimento.

3 – Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhida pelo Técnico de Enfermagem e Enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo técnico de Enfermagem e Enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário em:

### **VERMELHO**

#### 1. Mulheres com ou sem confirmação de gravidez:

- Convulsão
- Hipotensão (PAS < 80mmHg)
- Bradicardia (< 45bpm)
- Taquicardia (>120bpm)
- Pele fria, palidez acentuada, sudorese, pulso fino e síncope postural.

#### 1.1 – Insuficiência respiratória

- Incapacidade de falar
- Cianose
- FR < 10ipm ou FR > 32ipm
- Respiração Agônica, dispnéia, fadiga muscular
- Uso de musculatura acessória

#### 2. Gestante

##### 2.1 – Alterações do estado mental

- Não responsiva déficit cognitivo, confusão mental
- Letargia, agitação, paralisia
- Hipoglicemia com sudorese e/ou alteração no nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispnéia
- Alteração grave de comportamento com risco de agressão

##### 2.2 - Trabalho de parto – Período expulsivo (M/E)

##### 2.4 - Hemorragia genital e/ou dor de garganta - > 8/10

##### 2.4 - Prolapso de cordão

- Exteriorização de partes fetais pelos genitais

## **LARANJA**

1- Gravidez > 20 semanas (M/E)

- TP, Ausência de MF, pós parto imediato (no trajeto ou domiciliar)

2- Gestante ou puerpera (M)

2.1 – Hipertensão com PA>160/100 mmHg

2.2 – Hipertensão com PA> 140/100 com cefaléia, epigastralgia e alterações visuais

2.3 – Febre ( Tax >40°C, Toxemia e Alteração mental)

2.4 – Doença psiquiátrica com rigidez de membros

2.5 – Relato de convulsão em pós comicial

3- Não gestante com dor abdominal aguda, de forte intensidade associada à náusea e/ou vomito e/ou sudorese/ou sangramento genital com suspeita de gravidez

## **AMARELO**

1. Hipertensão em gestante ou puerpera (M)

- PA>140/90 e < 160/100mmHg

2. Gestante com:

2.1 – Sangramento genital e/ou dor(> 4/10 e <8/10) sem repercussões hemodinâmica

2.2 – Emese ou hiperemese (sinais de desidratação com letargia, mucosas secas e turgor pastoso)

3. Paciente com ou sem confirmação de gravidez e puerpera (febre >38,5°C e <40°C)

4. Queixa ligada a amamentação (Hiperemia, dor, febre e sinais de abcesso)

5. Situações especiais (Referencias de outras unidades, já avaliadas por outro médico e com diagnóstico de urgência e vitimas de violência)

6. Paciente não grávida com corrimento genital associado a dor e febre

## **VERDE**

1. Gestante com febre - Tax < 38,5°C (M)

2. Emese ou hiperemese sem sinais de desidratação (M/E)

3. Dor abdominal aguda de leve a moderada (<4/10) sem contrações – avaliar DU (M)

4. Queixas urinárias – alguria, disuria e febre (M)
5. Avaliação de FO com suspeita de infecção superficial (M)
6. Sinais de Bartholinite (M)
7. Gestante do pré natal de alto risco sem queixas que demandem urgência (M)
8. Queixas ligadas a amamentação (ingurgitamento, dificuldade para amamentar) (M/E)
9. Gestante com perdas de líquido (M/E)
10. Risco Social – encaminhar ao serviço social (M/E)
11. Gestante de risco Habitual – queixas não sanadas no CS, encaminhadas dos CS, não enquadradas nas situações de urgência.

### AZUL

1. Consultas de baixa complexidade
  - Consulta de PN sem procura ao CS (M/E)
  - Questões sociais sem acometimento clínico (M/E)
  - Curativos(M/E)
  - Trocas ou requisição de receitas (M)
  - Dor pélvica crônica ou recorrente (M)
  - Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (diag. Gravidez) (M)
  - Irregularidades menstruais (M)
  - Problemas com contracepção oral/ injetável (M)
  - Retiradas de DIU ainda que o fio não visível (M)
  - Retirada de pontos (M/E)
  - Avaliação de exames (M)
  - Exames preventivos (M/E)

### **CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO DA PARTURIENTE NO CPN.**

- Gestação única  $\geq 37$  semanas e  $< 41$  semanas;
- Trabalho de parto em fase ativa (contrações uterinas que produzem dilatação cervical  $> 4$  cm);
- Apresentação cefálica de vértice;

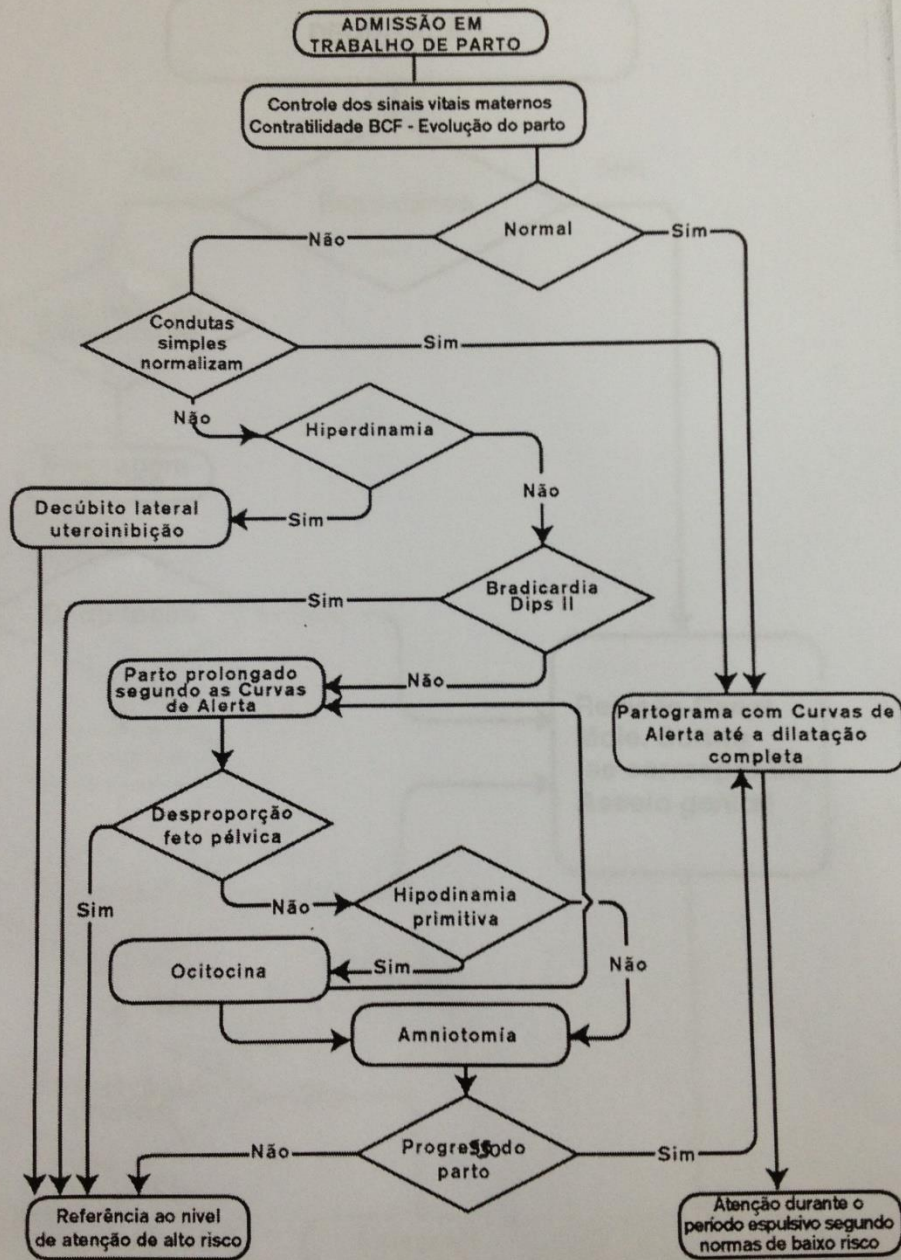
- Ausência de mecônio;
- Parturiente em bom estado geral, afebril, eupneica , normotensa, ausculta pulmonar e cardíaca adequadas, sem intercorrências obstétricas e/ ou clínicas;
- BCF normal;
- Ausência de macrosomia ( peso fetal estimado >4.000 g) / CIUR/ PIG;
- Ausência de cesárea prévia e /ou cirurgias ginecológicas prévias;
- Rotura de membranas até 6 horas no momento da admissão.

Nenhuma paciente poderá ser dispensada sem ser atendida, ou seja, sem ser acolhida, classificada e encaminhada de forma responsável a uma Unidade de Saúde de referência.

**CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO E/OU REMOÇÃO DA PARTURIENTE DURANTE O 1º ESTÁGIO DO PARTO DO CPN (Enfermeiro/Médico Obstetra)**

- Se for o desejo da mulher;
- Presença de líquido amniótico meconial;
- Alterações na frequência cardíaca fetal com: desacelerações tardias, desacelerações variáveis acentuadas e de repetição, desacelerações prolongadas (duração  $\geq$  60 segundo); Elevação dos níveis pressóricos;
- Febre materna;
- Parada de progressão do parto (dilatação cervical e/ou descida da apresentação) por duas horas, tendo atividade uterina adequada ( 4 a 5 contrações em 10 minutos, de 40 a 50 segundos) e membranas rotas;
- Alterações na atividade uterina (hipertonia e/ou hiperdinamia => mais que cinco contrações de 50 segundos em 10 minutos);
- Detecção de hemorragia.

**Fluxograma de decisões durante o primeiro estágio do trabalho de parto**  
(é o estágio de apagamento e dilatação cervical)



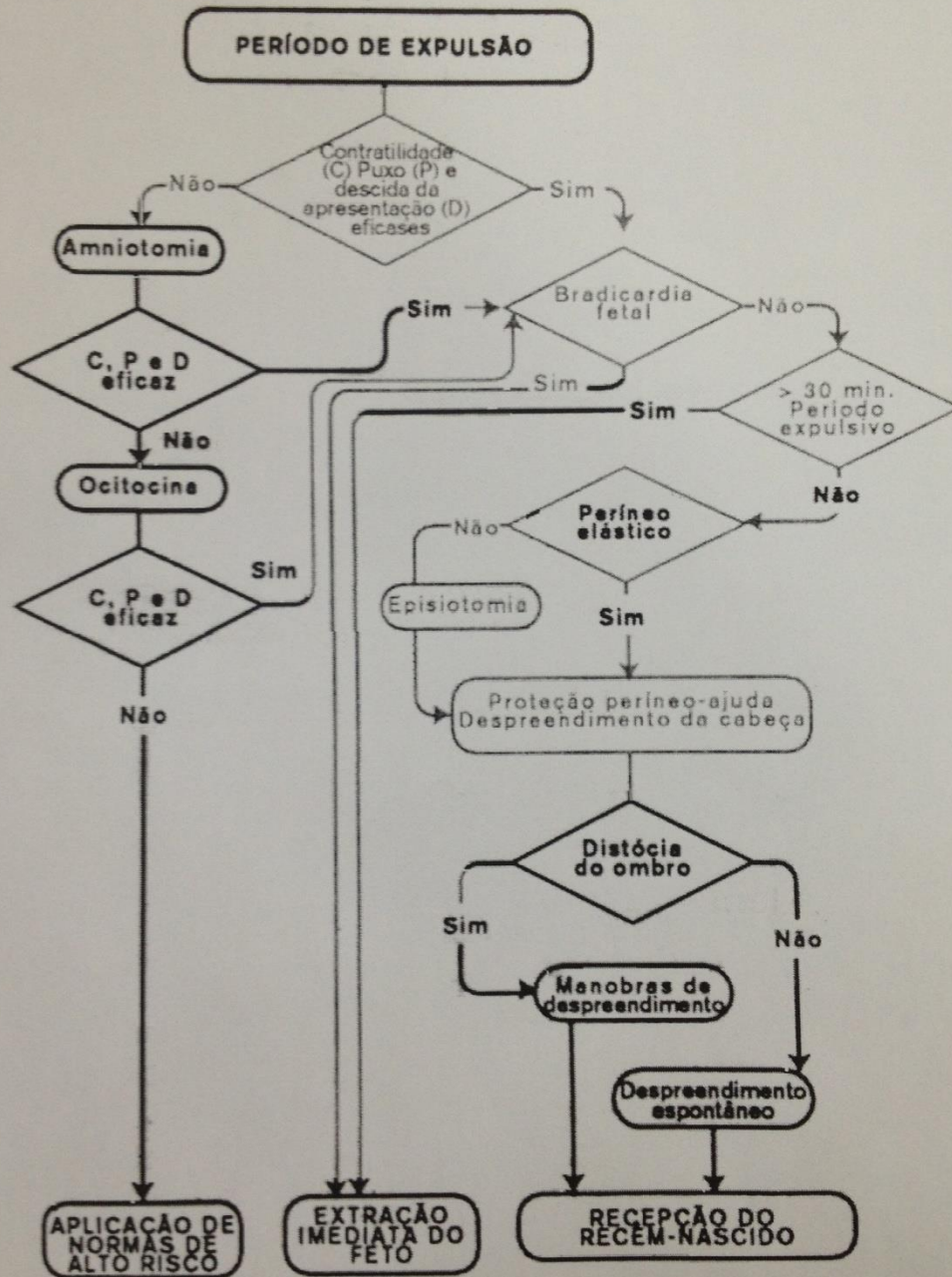
**CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO E/OU REMOÇÃO DA PARTURIENTE DURANTE**

## **O 2º ESTAGIO DO PARTO DO CPN (Enfermeiro/Médico Obstetra)**

- Presença de líquido amniótico meconial;
- Alterações da frequência cardíaca fetal como: desacelerações tardias;
- desacelerações variáveis acentuadas e de repetição, desacelerações prolongadas (duração  $\geq$  60 segundos);
- Persistência de variedade transversa e de variedade posterior;
- Parada de descida da apresentação por uma hora, tendo a atividade uterina adequada (2 a 5 contrações em 10 minutos, de 30 a 60 segundos) e membranas rotas;
- Alterações na atividade uterina (hipertonia e/ou hiperdinamia = mais que 5 contrações de 60 segundos em 10 minutos);
- Detecção de Hemorragia.



Fluxograma de decisões durante o segundo estágio do trabalho de parto  
(é o estágio de expulsão do feto)



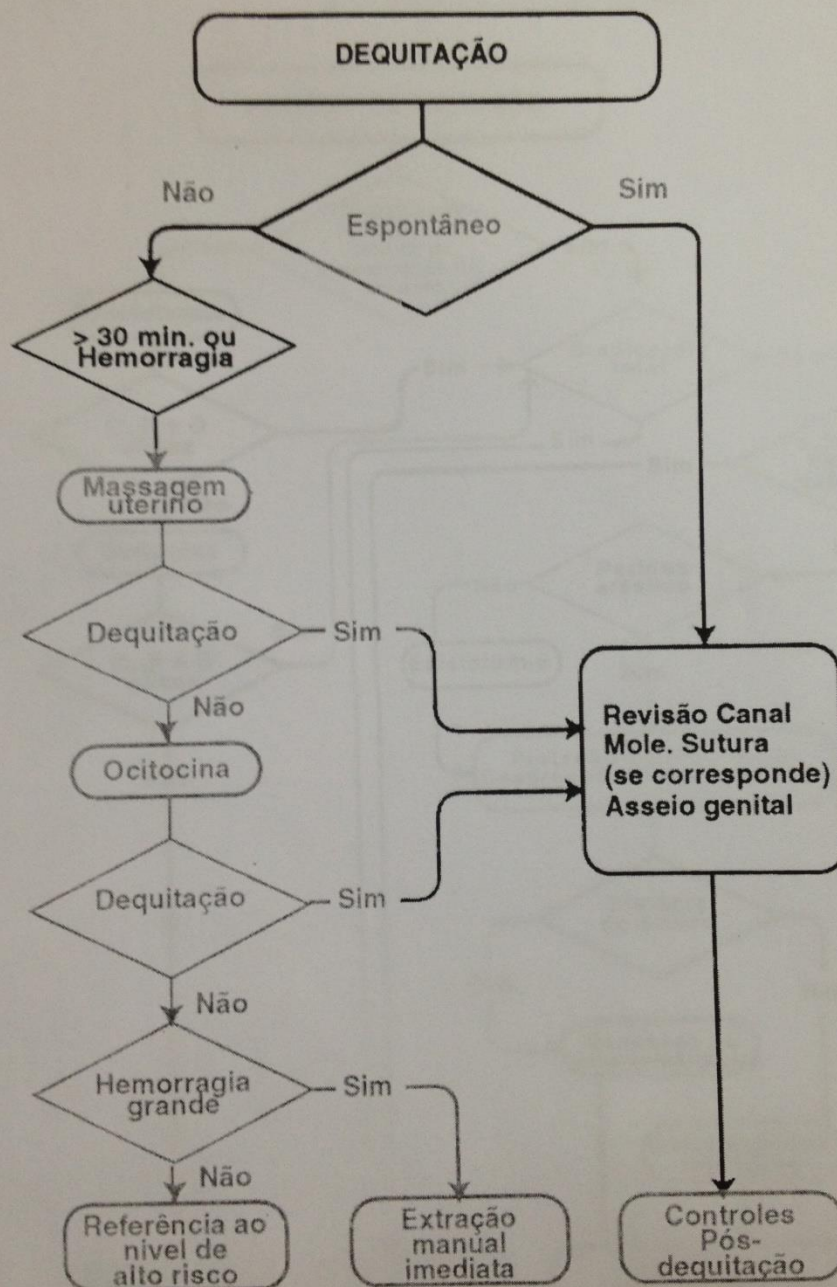
Fonte: SCHWARCZ et al, 1996.

**CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO E/OU REMOÇÃO DA PARTURIENTE DURANTE**

### **O 3º ESTAGIO DO PARTO DO CPN (Enfermeiro/Médico Obstetra)**

- Retenção placentária ( $\geq 30$  minutos) desde que demais parâmetros permaneçam estáveis;
- Suspeita de restos placentários na cavidade uterina desde que não possíveis de extração manual;
- Hemorragia (sangramento  $\geq 500$  ml) não controlada com medicamentos;
- Hematomas de parede vaginal ou de episiotomia que necessitem drenagem;
- Lacerações de 3º e 4º graus.

Fluxograma de decisões durante o terceiro estágio do trabalho de parto  
(é o estágio de separação e expulsão da placenta)



Fonte: SCHWARCZ et al, 1996.

## CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DO RECÉM - NASCIDO

- RN submetido a manobras de reanimação, que se apresenta instável e/ou grave;
- RN com desconforto respiratório crescente, persistente, diverso da taquipnéia transitória do RN;
- RN com peso menor que 2500g, baixo peso e/ou pré - termo, mesmo que em boas condições ao nascer;
- RN com suspeita de mal - formação congênita (cardiopatias, atresias, imperfuração anal e outras).

## **MATERIAIS E EQUIPAMENTOS BÁSICOS PARA UTILIZAÇÃO NO CPN**

- Mesa para exame ginecológico
- Escada
- Foco
- Fita Obstétrica
- Estetoscópio de Pinard
- Estetoscópio clínico
- Esfigmomanômetro de coluna de mercúrio móvel
- Amnioscópio
- Sonar
- Buzina Kobo
- Cardiotocógrafo
- Caixa de ginecologia (Espelho e cheron)
- Termômetro
- Lâminas
- Microscópio
- Microcomputador
- Som
- Relógio de parede
- Glicosímetro

- Aspirador de secreções ( 1 em cada sala =5)
- Berço Aquecido (2)
- Fonte de oxigênio (1 em cada sala =5)
- Balão auto-inflável com reservatório de oxigênio e válvula de segurança (2)
- Máscara para neonatos (PMG - 2 conjuntos)
- Laringoscópio (2)
- 2 lâminas de laringoscópio retas (nº 0 e nº 1)
- Cânulas orotraqueais ( 2 de cada nº 2,5/3,00/3,5/4,00 )
- Extensões de borracha látex (15)
- Oxímetro de pulso (1)
- Adaptador para mecônio
- Cânulo de Guedel (1)
- Material para cateterismo umbilical
- Estetoscópio Pediátrico
- Incubadora de transporte
- Bala de oxigênio para transporte
- Bala de oxigênio com manômetro e fluxômetro
- Balança digital para recém-nascido
- Balança para adulto

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência: Humanização dos “territórios” de encontro do SUS: Formação de apoiadores para a Política nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à saúde.** Brasília: Fiocruz: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 26 de jun. 1986. Seção 1, p.9273-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Plano de ação para redução da mortalidade materna.** Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 22p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS,1996. 53p. (Maternidade Segura).

SANTOS, N. C. P. **Conhecimento técnico-científico associado à humanização ao parto: percepção das mulheres.** Belo Horizonte. EE.UFMG. Junho de 2.000 (Dissertação de Mestrado).

SÃO PAULO/ Casa de Parto de Sapopemba - Qualis- **Programa saúde da Família. Normas De Funcionamento.** São Paulo: [s. d.]. 25p. (Mimeo).