

## DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES, SEGUNDO O GRAU DE CUIDADO \*

Jorge Lorenzetti

RBEEn/06
----------

---

LORENZETTI, J. — Distribuição de pacientes segundo o grau de cuidado. *Rev. Bras. Enf.*, DF, 31 : 496-507, 1978.

---

### INTRODUÇÃO

As ciências da área da saúde têm presenciado nas últimas décadas um intenso e prodigioso desenvolvimento científico e tecnológico, sem no entanto, um adequado acompanhamento dos serviços que atendem a população, que em geral, permanecem atrasados e orientados como serviço de doença, mantendo a maioria da população marginalizada dos benefícios deste desenvolvimento.

Esta dicotomia entre saúde como "ciência" e "serviços" exige das profissões da área da saúde uma dedicação prioritária na busca de um equilíbrio entre teoria e prática. O caminho para tal, parece ser o da intensificação da pesquisa científica, como forma adequada de sentir-se a realidade e a partir daí planejar e executar uma intervenção que modifique positivamente esta realidade, em termos de saúde da população.

A enfermagem, como profissão de saúde, portanto, co-responsável por ela, e

ainda, em fase de consolidação e afirmação como ciência, precisa enfrentar esta dicotomia, armada do espírito científico para cumprir satisfatoriamente o seu papel na sociedade atual. O conhecimento científico guiará a prática de enfermagem e esta promoverá o seu desenvolvimento como ciência.

É dentro deste contexto maior que se insere este trabalho, a busca do concreto conhecimento da prática que permitirá a sua transformação.

O hospital, através dos tempos, pode ser configurado em três fases distintas; a primeira caracterizada como de "horror", foi a de início do hospital, local onde os indivíduos indesejáveis da sociedade e praticamente condenados, eram confinados, nas piores condições e jogados à própria sorte; a segunda surgiu com o desenvolvimento da medicina, caracterizando o hospital como local para tratamento de doentes e, foi denominada fase de "doença", centrado na

---

\* Tema Livre apresentado no XXX CBEEn, julho, 1978.

doença, fase que ainda predomina em muitos, senão na grande maioria dos nossos hospitais até o momento; a terceira fase, caracteriza o que se chama de hospital moderno, que é a de "saúde", centrado na saúde e visto como uma instituição perfeitamente integrada na atenção à saúde da população, no sentido preventivo, curativo e de reabilitação, onde o indivíduo é considerado um ser humano integral e único para a assistência. A idéia que melhor representa o hospital moderno é a de um centro de saúde, voltado para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, além do ensino e pesquisa.

O hospital atual busca a eficiência para atender bem um maior número de pessoas no menor tempo possível, por razões técnicas e econômicas. Isto, exige uma adequada organização do cuidado que favoreça e permita alcançar esta eficiência. A teoria do cuidado Progressivo ao Paciente, CPP, têm mostrado grande valor, neste sentido, permitindo uma organização do cuidado ao paciente onde o ser humano é o centro da atenção, pois hierarquiza o cuidado em função das necessidades do cliente, sendo as necessidades da pessoa que determinam, em número e grau, a sua assistência, inclusive, em termos do local para o atendimento, ou seja, atender o ser humano de forma certa, no momento certo e no local certo. O CPP hierarquiza o atendimento do hospital em três níveis: intensivo, intermediário e mínimo, colocando o hospital num sistema integrado de saúde, valorizando o trabalho domiciliar e ambulatorial, recomendando que o atendimento em regime de internação de pacientes com cuidado mínimo não ultrapasse os 15% do total de pacientes internados. Assim, o CPP permite a racionalização do atendimento e um efetivo rendimento quantitativo e qualitativo do hospital.

O contato com a teoria do CPP sempre evidenciou para nós estes aspectos,

e neste trabalho, nos propomos a verificar a utilização dos leitos do hospital, em termos do grau de cuidado dos pacientes internados, saber a distribuição dos pacientes por necessidade de atenção. E, o instrumento de Jelinek et alii é que veio possibilitar esta verificação.

A enfermagem está intimamente relacionada ao hospital, não se podendo conceber hospital sem enfermagem, e o próprio conceito de internação implica em necessidade de cuidados de enfermagem nas 24 horas do dia, sendo assim, é a principal responsável pela organização do cuidado, de onde, o seu interesse e necessidade deste tipo de trabalho.

Justifica-se ainda este estudo, pelo fato de, Florianópolis viver uma queixa generalizada pela superlotação dos seus hospitais, falta de leitos hospitalares e a necessidade de mais hospitais.

## 2 — OBJETIVOS

— Identificar a distribuição dos pacientes segundo o grau de cuidado num hospital geral de Florianópolis;

— Verificar a sistemática geral de atendimento do mesmo hospital geral de Florianópolis.

## 3 — METODOLOGIA

### 3.1 — POPULAÇÃO

Todos os pacientes internados no hospital geral de Florianópolis escolhido, cujas principais características são:

a) 242 leitos de internação assim distribuídos:

Unidade 1 — Clínica cirúrgica feminina  
— 46 leitos;

Unidade 2 — Clínica médico-cirúrgica masculina — 11 leitos;

Unidade 3 — Terapia intensiva (UTI)  
— 11 leitos;

Unidade 4 — Clínica cirúrgica masculina — 61 leitos;

Unidade 5 — Clínica médica masculina  
— 51 leitos;

Unidade 6 — Clínica médica feminina — 46 leitos;

Unidade 7 — Clínica médico-cirúrgica mista — 16 leitos.

As unidades 2 e 7 são privativas (apartamentos) e a terapia intensiva está subdividida em 6 leitos gerais, 4 coronarianos e 1 de isolamento.

A utilização dos leitos da UTI implica sempre em manter disponível o leito de internação da unidade de origem do paciente.

b) Resumo acumulado da atividade hospitalar de janeiro a outubro de 1977, fornecido pela secretaria de saúde do Estado de Santa Catarina:

Média de leitos disponíveis: 231,11 leitos

Média de leitos ocupados: 200,04 leitos

Taxa de ocupação: 86,55%

Média de permanência: 11,46 dias

Taxa de mortalidade geral: 8,18% egressos

Taxa de mortalidade após 48 horas: 7,10% egressos.

### 3.2 — INSTRUMENTO

O instrumento utilizado foi o formulário de Jelinek et alii, também aplicado por NEVES, E. P., em sua dissertação de mestrado "Avaliação da Qualidade da Assistência de Enfermagem, Validação de um instrumento". Este instrumento, anexo I, constitui um sumário das condições dos pacientes, que possibilita a classificação dos mesmos em 4 tipos, correspondentes ao grau de cuidado, pela atribuição de escores:

Tipo I — É o paciente de *auto-cuidado*, que requer um mínimo de assistência de enfermagem, como o paciente que deambula e não necessita de medicamentos e/ou tratamentos com frequência.

Tipo II — É o paciente de *cuidado parcial*, que necessita algum cuidado de enfermagem, supervisão ou alguma ajuda para locomover-se e desempenhar seu cuidado pessoal. Não está sob medica-

ções e/ou tratamentos complexos e frequentes.

Tipo III — É o paciente de *cuidado total*, que requer pessoal de enfermagem para iniciar, supervisionar e desempenhar a maioria de suas atividades; ou paciente que necessita receber medicações e/ou tratamentos complexos.

Tipo IV — É o paciente de *cuidado intensivo*, que necessita de assistência de enfermagem complexa e requer uma pessoa de enfermagem constantemente a seu lado.

O formulário está organizado em colunas que agrupam três aspectos do paciente: condições, cuidados básicos e necessidades terapêuticas, sendo que cada coluna apresenta um item a ser observado para assinalar ou não.

Cada item do formulário tem um valor numérico fixo e após assinalados na observação, com auxílio de uma régua que se adapta a cada coluna, soma-se os pontos correspondentes na régua, a cada coluna assinalada e anota-se na coluna própria o total correspondente, que dará o tipo de paciente:

Tipo I = 0 a 24 pontos;

Tipo II = 25 a 48 pontos;

Tipo III = 49 a 120 pontos;

Tipo IV = 121 ou mais pontos.

O instrumento foi utilizado originalmente, inclusive a classificação e a orientação básica para preenchimento, anexo II, apenas sendo retirados os itens de idade, transferência e alta, que não eram de interesse para o presente trabalho.

### 3.3 — PRÉ-TESTE

Com o intuito de calibrar o instrumento com os observadores, para que todos os itens tivessem a mesma interpretação e para que os observadores contactassem com as suas unidades de

observação realizou-se um pré-teste, onde os nove observadores, incluídos os colaboradores da pesquisa mais duas enfermeiras do hospital, foram divididos em grupos de 3 e cada grupo classificou 5 pacientes, ao mesmo tempo, porém, sem comunicação entre eles.

Antes do pré-teste foi realizada uma reunião com os observadores para discussão e análise do instrumento e sua orientação básica para preenchimento.

O pré-teste mostrou uniformidade dos observadores, com pequenas diferenças individuais que não alteraram a classificação dos pacientes, com todos os 3 grupos de 3 observadores classificando seus 5 pacientes dentro do mesmo tipo, respectivamente.

Após o pré-teste, fez-se nova reunião onde se discutiu os resultados do mesmo e as dúvidas finais foram esclarecidas, partindo-se assim, para a coleta de dados.

### 3.4 — COLETA DE DADOS

A aplicação do instrumento foi no período de 30/11/77 à 05/12/77, ou seja, em seis dias consecutivos, respectivamente de quarta a segunda feira, das 7 às 9 horas, em todas as unidades de internação do hospital geral escolhido. Observou-se todos os pacientes que estavam na unidade neste horário, inclusive os que teriam alta naquele dia, pois, viu-se observar que tipos de pacientes, grau de cuidado, ocupavam os leitos e mesmo o período de 6 dias equilibrou as altas e internações. Ficaram excluídos da

classificação apenas os pacientes ausentes da unidade durante todo o tempo da observação, como em cirurgia ou Raio X.

Escolheu-se seis dias com o intuito de tornar a amostra mais representativa, e pela uniformidade dos resultados, este período mostrou ser suficiente. Também, propositalmente, o período englobou um final de semana.

O horário das 7 às 9 horas foi conveniente por ser o de início das atividades dos pacientes, em geral, e da assistência mais concentrada, além de movimento diminuído nas unidades.

A coleta transcorreu sem incidentes e a partir do terceiro dia graças ao conhecimento dos pacientes, a observação ficou mais rápida, sendo que em média, cada observador classificava 30 pacientes em uma hora e meia.

Os observadores consideraram o instrumento válido, pela comparação do tipo de paciente definido e observado, de fácil aplicação e assim, útil e necessário ao planejamento da assistência de enfermagem.

### 4 — APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados da classificação dos pacientes, por tipo, nos seis dias, foram tabulados e resumidos em seis tabelas e um gráfico, tratados sob a forma de médias, desvios padrões e percentuais.

Na tabela 1, temos o percentual de pacientes classificados no período, sendo que em média, foram classificados 97,87% dos pacientes internados.

Tabela 1 — Percentual dos paciente classificados no período de 30/11 à 05/12/77 (1.º ao 6.º dia) num hospital geral de Florianópolis.

Dia	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º	Média
Pacientes Classificados	95,89	98,50	95,02	100,00	100,00	97,84	97,87

FONTE: O total de pacientes internados foi fornecido pelo SAME do hospital.

Na tabela 2, temos um resumo da distribuição dos pacientes no hospital, classificados por grau de cuidado, onde vemos que 61,90% dos pacientes internados eram do tipo I ou de auto-cuidado e que mais de 80% são do tipo I e II e

apenas 0,61% são do tipo IV ou de cuidado intensivo. E que o 6.º dia, 2.ª feira, apresentou o menor número de pacientes tipo III e o maior tipo IV do período de observação.

Tabela 2 — Distribuição dos pacientes classificados, por grau de cuidado (tipo) no período de 30/11 à 05/12/77, num hospital geral de Florianópolis.

Dia Tipo	1º	2º	3º	4º	5º	6º	$\bar{M}$	DP	%
I	109	126	129	115	109	115	117,16	7,80	61,90
II	44	38	31	38	41	40	38,66	4,50	20,42
III	33	32	30	39	36	24	32,33	4,73	17,07
IV	1	1	1	1	-	3	1,16	0,90	0,61
Total	187	197	191	193	186	182	189,31	5,75	100,00

$\bar{M}$  = média

DP = desvio padrão

% = percentagem

Na tabela 3 visualizamos o perfil da distribuição dos pacientes pelas sete unidades do hospital, onde destacamos:

a) — A unidade 6, clínica médica feminina, possui um percentual de pacientes tipo I maior que a unidade 4, clínica cirúrgica masculina;

b) — A unidade 7, sendo do tipo privativa (apartamentos) apresentou o maior percentual de pacientes tipo I;

c) — A UTI com 91,52% de pacientes tipo III e apenas 1,65% de pacientes tipo IV;

d) — Existência de pacientes tipo IV nas unidades 5 e 4.

Na tabela 4 repetimos os elementos da tabela 3, porém, relacionando com a capacidade total de leitos de cada unidade e salientamos:

a) — A unidade 6 apresentou a menor disponibilidade de leitos e o maior percentual de pacientes tipo I;

b) — A UTI foi a 2.ª unidade com menor disponibilidade de leitos;

c) — As unidades 5 e 3 foram as de maior percentual de pacientes tipo II e III depois da UTI;

Na tabela 5, temos a tabela 4 considerando-se a capacidade total do hospital e observamos:

a) — Taxa de ocupação no período em torno de 80%;

b) — 6.º dia, 2.ª feira, foi o de maior disponibilidade de leitos;

c) — Os leitos disponíveis mais aqueles ocupados por pacientes tipo I perfazem 70,21% dos leitos do hospital;

d) — Pouca variabilidade dos pacientes por grau de cuidado nos 6 dias.



Tabela 5 — Distribuição percentual dos pacientes classificados por grau de cuidado (tipo) em relação à capacidade total do hospital no período de 30/11 à 05/12/77, num hospital geral de Florianópolis.

Tipo	Dia						Média
	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º	
I	45,06	52,08	53,33	47,54	45,05	47,54	48,45
II	18,18	15,70	12,80	15,70	16,94	16,53	15,97
III	13,63	13,22	12,39	16,11	14,87	9,91	13,35
IV	0,41	0,41	0,41	0,41	—	1,23	0,47
Disponível	22,72	18,59	21,07	20,24	23,14	24,79	21,76
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Na tabela 6 temos a distribuição geral dos pacientes classificados que não obtiveram nenhum ponto na observa-

ção e tivemos em média 33,16 pacientes ou 17,50% com zero ponto nos seis dias.

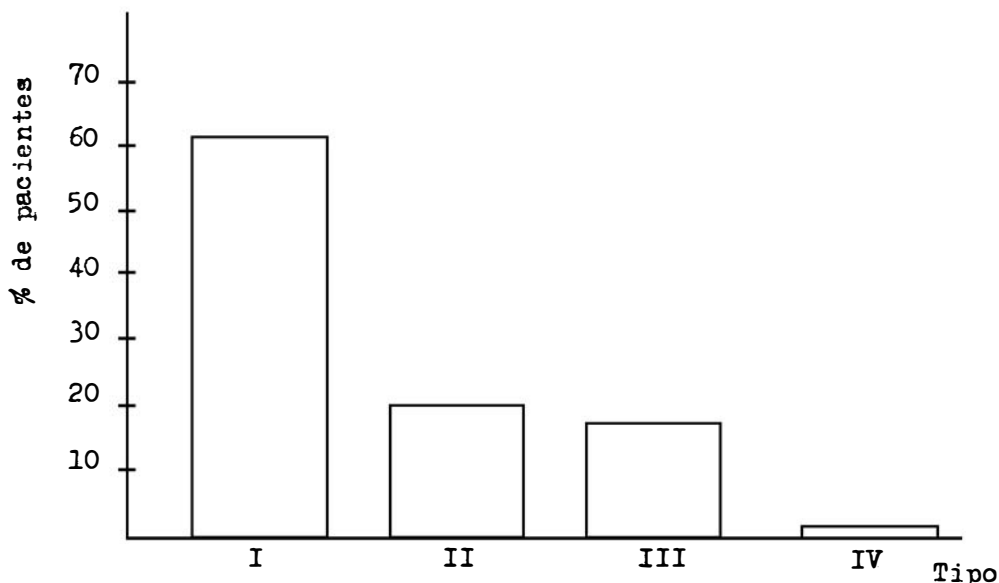
Tabela 6 — Distribuição dos pacientes classificados com zero ponto no período de 30/11 à 05/12/11, num hospital geral de Florianópolis.

Dia	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º	Média
Pacientes	24	39	38	35	31	32	33,16
%	12,83	19,79	19,89	18,13	16,66	17,58	17,50

No gráfico temos representado a distribuição geral dos pacientes classificados no período, por grau de cuidado,

onde fica evidenciado a importância dos pacientes tipo I na composição da ocupação do hospital.

Gráfico — Distribuição dos pacientes classificados por grau de cuidados (tipo) no período de 30/11 à 05/12/77 num hospital geral de Florianópolis.



Os pacientes estão distribuídos em clínicas médicas, cirúrgicas, mistas e por sexo, como já ficou explícito na caracterização do hospital.

Nas unidades, os pacientes estão distribuídos independentemente do seu grau de cuidado, levando a uma mistura de pacientes com graus de cuidado diferentes.

A classificação dos pacientes aqui utilizada pode ser enquadrada do ponto de vista do CPP, correspondendo:

Tipo I — *Auto cuidado a cuidado mínimo*;

Tipo II e III — *cuidado parcial e total a cuidado intermediário*;

Tipo IV — *cuidado intensivo a cuidado intensivo*.

## 5 — DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A organização do hospital em clínicas, critério de conveniência médica, e a mistura de pacientes com graus de cui-

dado diferentes, se relacionam aos resultados obtidos, em termos de utilização dos leitos hospitalares e provavelmente, precisa ser pesquisado, compromete significativamente o desempenho qualitativo e quantitativo do hospital. Pois, isto evidencia que a assistência ao hospitalizado não parte da permanente avaliação das necessidades do paciente como ser humano, que exige organização que favorece o atendimento destas necessidades em gênero, número e grau.

Os aspectos mais relevantes dos resultados apresentados são:

a) — A utilização dos leitos do hospital em 61,90% por pacientes tipo I e somando-se os leitos disponíveis temos 70,21% da capacidade do hospital. Isto por um lado evidencia que o hospital ainda não atingiu a fase de saúde e por outro, mostra a necessidade do desenvolvimento do hospital como centro de saúde, inserido no seu contexto sócio-econômico-cultural, para cumprir o seu



papel, como instituição voltada para a saúde da população. Também é alarmante a exigência de um adequado trabalho ambulatorial e a criação de serviços domiciliares, pois, teoricamente, a grande maioria destes pacientes tipo I, portanto, a maioria dos internados, poderiam e deveriam estar sendo acompanhados em ambulatório ou domicílio com vantagens técnicas e econômicas evidentes e possíveis de comprovação num trabalho posterior.

b) — A UTI é uma unidade que representa uma fase do cuidado progressivo, porém, mostrou que aplicada isoladamente leva a distorções claras da sua função como a utilização dos leitos em 91,52% por pacientes tipo III, superlotação e pacientes com necessidade de cuidado intensivo sendo atendidos nas unidades de internação. E ainda, o número de leitos da UTI deve ser estabelecido em função da demanda de pacientes que exigem cuidados intensivos.

c) — Unidades de clínica médica com menor disponibilidade de leitos e maior incidência de pacientes tipo I. Os pacientes de clínica médica são os que, de fato, preencheriam em maior número os serviços a domicílio e ambulatorial, ficando a cirurgia mais com necessidade de alta precoce e aumento das cirurgias externas, e aí, também seriam servidas por este tipo de serviço. Os estudos da OMS recomendam maior número de horas de assistência ao paciente clínico em relação ao cirúrgico, e o trabalho mostrou que a unidade 4, cirúrgica, possui um contingente de pacientes com maior grau de cuidado que a unidade 6, médica.

d) — Houve variabilidade do grau de cuidado dos pacientes dentro das diversas unidades nos seis dias e pouca variabilidade do número de pacientes por grau de cuidado nos seis dias em todo o hospital, confirmando a viabilidade de

um organização orientada pela sistemática do cuidado progressivo.

e) — O instrumento de classificação dos pacientes por grau de cuidado mostrou-se prático pela sua funcionalidade e rapidez, e sensível, constituindo-se num achado a ser trabalhado constantemente, por representar o ponto de partida para que a assistência ao paciente hospitalizado deixe de ser subjetiva, centrada no pessoal hospitalar, enfim, anti-científica, para tornar-se objetiva, centrada nas necessidades apresentadas pelo paciente e assim, planejada e científica.

## 6 — CONCLUSÃO

Os objetivos do presente estudo foram plenamente alcançados, na medida que permitiu se conhecer o perfil da utilização dos leitos do hospital pela distribuição dos pacientes segundo o grau de cuidado e da sistemática geral de atendimento do referido nosocômio.

A prática por nós desenvolvida, no desempenho profissional, levou-nos a uma progressiva preocupação com o enfoque deste trabalho, notadamente, nos últimos tempos com as novas descobertas mostrando a correlação positiva existente entre tempo de internação e infecção hospitalar, e os levantamentos de acidentes hospitalares e queixas “mitos” como as já descritas na introdução. Este estudo mostrou objetivamente a visão subjetiva que tínhamos da organização hospitalar e seu desempenho.

Há uma necessidade que trabalhos neste sentido sejam intensificados, relacionando os aspectos quantitativos e qualitativos que interferem no hospital, para que assim, o hospital alcance o desenvolvimento que a sociedade atual exige dele, técnica e cientificamente comprometido com a saúde da população em que está inserido.

## 7 — RECOMENDAÇÕES

a) — Que este tipo de trabalho seja repetido e analisado nas instituições hospitalares para permitir um aperfeiçoamento do instrumento, além é claro, de favorecer a adequada organização hospitalar.

b) — Que o planejamento da quantidade e qualidade da assistência ao hospitalizado, bem como do pessoal, seja centrado nas necessidades dos pacientes, fazendo-se pesquisa relacionando o grau de cuidado com a assistência necessária.

c) — Que as instituições hospitalares procurem assumir o conceito de centro de saúde, aplicando o cuidado progres-

sivo ao paciente com seu dinamismo ambulatorial e domiciliar.

d) — Que os enfermeiros apliquem a classificação dos pacientes mesmo no sistema tradicional de organização, possibilitando o planejamento da assistência de enfermagem e a sua execução pelo processo de enfermagem. Também, como uma forma de aperfeiçoar o instrumento de classificação por grau de cuidado, inclusive, em termos da teoria das necessidades básicas.

e) — Que o rendimento qualitativo e quantitativo do hospital seja uma preocupação de todos os profissionais da saúde, permitindo assim, que o mesmo esteja unicamente voltado para a saúde da população.

## REFERÊNCIAS

- 1 — NEVES, Eloita Pereira. *Avaliação da qualidade da Assistência de Enfermagem*, validação de um instrumento. Tese de Mestrado, UFRJ, 1977. 500 p.
- 2 — Organización Mundial de La Salud. Oficina Sanitária Panamericana. *Unidades de Cuidado Intensivo para la América Latina*, 1973.
- 3 — DAVILA, C. J. *Organización de Unidades de Cuidado Intensivo*. Organización Panamericana de La Salud, 1972.
- 4 — Organización Mundial de La Salud. Oficina Sanitária Panamericana. *Método del Camino Crítico en la Administración de Proyectos de Salud*, 1975.
- 5 — SALOMON, D. V. *Como fazer uma Monografia*. Belo Horizonte, Interlivros, 1972. 295 p.

## ANEXO I

### ORIENTAÇÃO BÁSICA PARA A CLASSIFICAÇÃO DOS TIPOS DE PACIENTES

- 1 — Atualização da lista de pacientes da unidade;
- 2 — Os observadores assinalam as condições de seus pacientes, de acordo com os seguintes indicadores:

**Inconsciente:** se o paciente está inconsciente não pode ser assinalado também confuso ou desorientado. Se além de inconsciente é cego, assinalar só inconsciente.

**Incontinente:** refere ao paciente que está com incontinência de fezes ou urina, mas não está com sonda.

**Cego ou quase cego:** assinalar se o paciente necessita da enfermagem devido à cegueira. Assinalar também para os pacientes com curativo ocular, ex. pós-operatório de catarata, etc.

**Isolamento:** refere ao paciente portador de infecções ou doenças transmissíveis, em isolamento.

**Imobilidade parcial:** Ex. paciente em repouso no leito pode ser capaz de usar a comadre, mudar de posição no leito, etc., mas necessita de ajuda para sair do leito para a cadeira.

**Imobilidade total:** refere a um grau maior de imobilidade.

**Traqueostomia:** assinalar para paciente que tenham traqueostomia. Também assinalar sondas, drenos ou tubos, se o cuidado com as cânulas está sendo feito pela enfermagem.

**Cuidados com sondas, drenos, ou tubos.** Ex. aspiração, limpeza, irrigação, etc.

**Curativos e cuidados de pele:** assinalar se o paciente necessita de curativos, bandagens, ou cuidados com a pele incluindo cuidados com escaras (preventivo ou curativo).

**Sinais vitais:** assinalar caso os sinais vitais devam ser controlados mais frequente do que rotina. Inclui T, P, R, e T. A, reflexos, pulso nas extremidades, etc.

**Necessidades especiais de ensino:** Ex. paciente diabético, ensino pré-operatório, etc.

**Necessidades emocionais especiais:** assinalar somente aqueles que necessitam maior apoio emocional do que é esperado para a média dos pacientes da unidade.

**Preparo para testes diagnósticos:** assinalar aqueles testes que requerem preparo do paciente pela enfermagem. Ex. cateterismo cardíaco, etc.

3 — Os observadores utilizam uma régua que se adapta à cada coluna do sumário e soma mentalmente os pontos correspondentes na régua, em cada coluna assinalada, e anota na coluna própria o total correspondente. Os valores correspondentes, na régua, foram determinados de acordo com as horas de trabalho de enfermagem previstas para a execução completa da tarefa ou do cuidado.

4 — Os observadores verificam no verso da régua os valores correspondentes a cada tipo e anota na coluna própria.

5 — Valores correspondentes na régua a partir da 1.<sup>a</sup> coluna (inclusive).  
24 — 15 — 18 — 12 — 9 — 9 — 24 — 24 — 24 — 6 — 10 — 5 — 0 —  
3 — 4 — 10 — 3 — 2 — 2 — 8 — 8 — 6 — 12 — 12 — 12 — 12 — 3.

6 — Valores correspondentes a cada tipo de paciente, existentes no verso da regra:

0 — 24 = tipo I (auto-cuidado)  
25 — 48 = tipo II (cuidado parcial)  
49 — 120 = tipo III (cuidado total)  
121 ou mais = tipo IV (cuidado intensivo).

