

## **Avaliação do risco de quedas em pacientes internados: por que realizar e como conduzir?**

Fall risk assessment of inpatient: why and how to perform?

Maria Carmen Martinez<sup>1</sup>  
Viviane Ernesto Iwamoto<sup>2</sup>  
Adriana Moreira Noronha<sup>3</sup>  
Ana Paula de Sousa Oliveira<sup>4</sup>  
Thais Helena Saes de Sant'Ana<sup>5</sup>  
Carlos Eduardo Alves Cardoso<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira, Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Mestre e Pós-doutora em Saúde Ambiental pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Samaritano de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: mcmarti@uol.com.br

<sup>2</sup>Enfermeira, Especialista em Centro Cirúrgico pela Universidade Estadual de Londrina, Líder de Enfermagem de Unidade de Internação do Hospital Samaritano de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: viviane.iwamoto@samaritano.org.br

<sup>3</sup>Enfermeira, Especialista em Enfermagem Clínica e Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo, MBA em Gestão Hospitalar pela Universidade Nove de Julho. Enfermeira do Hospital Samaritano de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: adriana.noronha@samaritano.org.br

<sup>4</sup>Matemática pela Universidade Nove de Julho. Analista do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Samaritano de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: ana.sousa@samaritano.org.br

<sup>5</sup>Enfermeira, Especialista em administração hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo. Enfermeira dos Serviços Diagnósticos do Hospital Nove de Julho. São Paulo. Brasil. E-mail: thsaess@gmail.com

<sup>6</sup>Enfermeiro, Especialista em terapia intensiva e cardiologia pela Universidade Nove de Julho. Líder de Enfermagem de Unidade de Internação Hospital Samaritano de São Paulo. São Paulo. Brasil. E-mail: carlos.cardoso@samaritano.org.br

### **RESUMO**

Quedas em hospitais são eventos de origem multifatorial, com consequências negativas para pacientes e instituições. A identificação do risco de quedas por meio de escalas de risco favorece o direcionamento dos cuidados de enfermagem centrados no paciente. Este artigo de reflexão objetiva refletir sobre o processo de avaliação do risco de quedas em pacientes hospitalizados no contexto da assistência gerenciada. Traz uma análise reflexiva suportada

por revisão não estruturada de literatura e por discussão da experiência de um hospital em São Paulo. Os resultados da reflexão foram apresentados em 5 tópicos: porque avaliar risco de quedas; porque utilizar escalas para avaliação do risco; porque utilizar escalas com propriedades de medida adequadas; como selecionar uma escala; escalas disponíveis no Brasil. Em seguida foi apresentada a experiência de sistematização da avaliação de risco de quedas no contexto da assistência gerenciada. Conclui-se que escalas devem ser válidas e confiáveis de forma a evitar erros da identificação e/ou classificação dos pacientes, ter baixo custo e facilidade operacional. Entretanto, o mais relevante é o direcionamento de cuidados individualizados a cada paciente, inseridos no contexto de práticas assistenciais gerenciadas.

**Palavras-chave:** Acidentes por quedas. Qualidade da assistência à saúde. Gerenciamento da prática profissional. Serviço hospitalar de enfermagem.

### **ABSTRACT**

Hospital falls are events with multifactorial origin, with negative consequences for patients and institutions. The identification of the falling risks by risk scales favors the targeting of nursing patient-centered care. This article of reflection aims to reflect on the process of falling risks evaluation in inpatients on the context of managed care. It brings a reflective analysis supported by unstructured literature review and discussion of the experience of a hospital in São Paulo. The results of the reflexion were presented in 5 topics: why to evaluate falling risks; why to use fall risk scales to risk evaluation; why to use scales with adequate measurement properties; how to select a scale; scales available in Brazil. Then it was presented the experience of a systematic assessment of fall risks in the context of managed care. It concludes that scales should be valid and reliable in order to avoid errors of identification and/or classification of patients. However, the most relevant is the direction of individualized care to each patient within the context of managed care.

**Descriptors:** Accidental falls. Quality of health care. Practice management. Nursing service, hospital.

### **INTRODUÇÃO**

Quedas em hospitais são eventos de origem multifatorial, cuja frequência varia em função de características dos pacientes e da instituição, com índices de 1,4 a 13,0 quedas / 1000 pacientes-dia (OLIVER, et al, 2004; CORREA, et al, 2012; BRASIL, 2013). As lesões ocorrem entre 15,0 a 50,0% dos eventos, com grande variedade de danos (OLIVER et al, 2007; CORREA, et al, 2012; BRASIL, 2013).

Esforços são feitos buscando identificar as melhores práticas, estabelecer avaliações de risco e definir protocolos eficazes no controle de riscos, prevenção do evento e minimização das consequências (OLIVER et al, 2007; OLIVER; HEALEY; HAINES, 2010; CORREA, et al, 2012; BRASIL, 2013).

A avaliação do risco de quedas consiste na identificação de pacientes em situações que favoreçam a ocorrência desses eventos, de forma a direcionar intervenções compatíveis com o tipo e grau do risco identificado (MYERS, 2003; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010). A estratégia mais utilizada para identificação e classificação deste risco é por meio de escalas de avaliação de risco.

O uso de estas escalas cresce impulsionado pelas exigências de certificações de qualidade assistencial e pela expansão da concepção de assistência gerenciada (MYERS, 2003; OLIVER, et al, 2004; CORREA, et al, 2012; BRASIL, 2013). Entretanto frequentemente observa-se a incorporação inadequada deste tipo de instrumento. Se por um lado a correta identificação de pacientes de risco podem subsidiar intervenções preventivas, o inverso pode gerar erros no diagnóstico induzindo à tomada equivocada de decisão (MYERS, 2003; OLIVER, et al, 2004; 2007; CORREA, et al, 2012).

Este artigo objetiva refletir sobre o processo de avaliação do risco de quedas em pacientes hospitalizados no contexto da assistência gerenciada.

Trata-se de uma reflexão sobre aspectos teóricos e práticos relativos à avaliação de risco de quedas em pacientes internados no contexto da assistência gerenciada complementada por um relato de experiência. Para dar suporte a esta reflexão foram utilizadas duas estratégias. Inicialmente foi realizada uma revisão não estruturada da literatura. As buscas foram feitas nas bases de dados Cochrane, Pubmed e Lilacs, e o descritor principal foi acidentes por quedas – *accidental falls*, complementada pelo descritor pacientes internados – *inpatients*. Priorizaram-se artigos dos últimos 10 anos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Também foram incluídos consensos, protocolos institucionais e livros-texto.

O conteúdo reflexivo teve ênfase no embasamento teórico-metodológico e foi abordado por meio de 5 questionamentos: (1) Por que avaliar risco de quedas em pacientes internados?; (2) Por que utilizar escalas para avaliação do risco de quedas?; (3) Por que utilizar escalas adequadamente adaptadas e validadas?; (4) Como selecionar uma escala de avaliação de risco de quedas?; e (5) Quais escalas de avaliação de risco de quedas estão disponíveis para uso no Brasil?.

Em seguida descreve-se a sistematização da avaliação de risco de quedas no contexto da assistência gerenciada em um hospital filantrópico de alta complexidade na cidade de São Paulo.

## **REFLEXÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

### ***Parte A – Análise reflexiva da temática***

#### **1) Por que avaliar risco de quedas em pacientes internados?**

As quedas resultam de uma grande variedade de fatores intrínsecos (relacionados ao paciente) e extrínsecos (decorrentes do ambiente ou fator externo), e intervenções bem sucedidas de prevenção de quedas são fundamentadas no conhecimento dos fatores de risco e na possibilidade de prever esse risco (MYERS, 2003; OLIVER, et al, 2004; 2007; CORREA, et al, 2012; BRASIL, 2013). A avaliação do risco possibilita a abordagem individualizada e os diagnósticos situacionais, permitindo comparações entre unidades/serviços e direcionando ações de caráter coletivo (OLIVER, et al, 2007; OLIVER; HEALEY; HAINES, 2010; CORREA, et al, 2012; BRASIL, 2013).

A avaliação de risco também favorece o alinhamento das práticas assistenciais com as práticas de certificação de qualidade, que entendem o gerenciamento das quedas como um dos requisitos fundamentais para a segurança assistencial, incorporando padrões quanto à avaliação e gestão deste risco e à implementação de intervenções preventivas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2010).

#### **2) Por que utilizar escalas para avaliação do risco de quedas?**

Instrumentos para rastreamento de riscos servem para distinguir pessoas que apresentam um determinado fator de risco daquelas que não os apresentam, detectando ou predizendo uma determinada condição (GOULART; CHIARI, 2007). As escalas de avaliação de riscos de quedas estão nesta categoria e são usualmente compostas por um conjunto de itens representativos dos fatores de risco (MYERS, 2003; OLIVER, et al, 2007). A adequada avaliação possibilita a identificação do risco para queda e para o dano. A gravidade do dano é condicionada por fatores específicos, tais como osteoporose, história de fratura anterior ou alterações na coagulação (BRASIL, 2013).

No contexto da assistência gerenciada o uso deste tipo de escala subsidia o direcionamento dos recursos e de intervenções para aqueles pacientes de maior risco (MYERS, 2003; OLIVER, et al, 2007; OLIVER; HEALEY; HAINES, 2010; BRASIL, 2013).

Seu uso também pode promover melhorias na prática assistencial por meio de sua incorporação à SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem no prontuário eletrônico, alinhada ao conceito de sistemas de apoio à decisão clínica, integrando avaliação de risco, diagnóstico e prescrição de enfermagem, notificação de eventos e geração de indicadores (RIBEIRO; MARIN, 2009; BAEK, et al, 2014). Essa integração aperfeiçoa o uso das informações para gestão assistencial: maior quantidade de variáveis disponíveis, diminuição nos erros de registros de dados, disponibilização de informações individuais e indicadores populacionais *on line*, e descentralização das informações de um órgão central com maior autonomia das unidades de serviço (RIBEIRO; MARIN, 2009; BAEK, et al, 2014).

### 3) Por que utilizar escalas adequadamente adaptadas e validadas?

Escalas devem ser válidas e confiáveis no rastreamento do risco, diagnóstico ou prognóstico, discriminando e categorizando adequadamente os indivíduos (GOULART CHIARI, 2007). Falhas do instrumento em identificar aquilo a que se destina e/ou a sua imprecisão na mensuração caracterizam limitações na sua validade e na confiabilidade (KERLINGER, 1986; MYERS, 2003; GOULAR; CHIARI, 2007). Essa questão é fundamental para a qualidade das informações produzidas e que serão utilizadas para a tomada de decisão.

### 4) Como selecionar uma escala de avaliação de risco de quedas?

O uso de instrumento sem a adequada avaliação de aspectos metodológicos, operacionais e éticos pode gerar problemas posteriores. Alguns cuidados são:

**População alvo:** identificar para pacientes com quais características a escala foi construída, dado que sua aplicação nem sempre pode ser generalizada (MYERS, 2003; OLIVER, et al, 2004; POE, et al, 2007).

**Aspectos operacionais:** uma escala deve ser de execução rápida e fácil, baixo custo, não causar transtornos ao paciente e capaz de agregar informações que contribuam com o planejamento terapêutico (GOULART; CHIARI, 2007).

**Aspectos éticos:** diversas escalas requerem autorização prévia de uso e/ou o pagamento de taxas. Embora possam ser identificadas publicações e/ou uso em serviços de saúde de escalas de avaliação de risco para quedas, nem sempre houve a pertinente autorização por parte dos autores. A ausência das devidas autorizações pode configurar violação de direitos autorais, potencializada pela divulgação indiscriminada de informações via internet (SANTOS; 2012).

**Avaliação das propriedades de medida:** diz respeito à verificação da capacidade do instrumento medir aquilo a que se propõe (KERLINGER, 1986).

Para escalas de avaliação de risco de quedas deve-se observar, minimamente, o processo de adaptação transcultural, a validade de conteúdo e a acurácia em termos de sensibilidade, especificidade e valores preditivos (BEATON, et al, 2000; MYERS, 2003; OLIVER, et al, 2004; VASSALLO, et al, 2008). Deve-se atentar para o fato de que um estudo publicado não garante a qualidade do instrumento, sendo necessário analisar criticamente os resultados das avaliações. Diversas escalas disponíveis em literatura apresentam acurácia insatisfatória ou não tiveram o processo de avaliação com o rigor metodológico adequado (MYERS, 2003; OLIVER, et al, 2004; VASSALLO, et al, 2008).

#### 5) Quais escalas de avaliação de risco de quedas estão disponíveis para uso no Brasil?

Há pelo menos 47 instrumentos disponíveis na literatura internacional, porém poucos foram adequadamente construídos e/ou com propriedades de medida avaliadas, com limitações metodológicas como: inconsistência na seleção dos fatores, inconsistência na forma de avaliação dos riscos e características clínicas, amostras inadequadas, estatísticas inconsistentes e critérios de pontuação obscuros (MYERS, 2003; OLIVER, et al, 2004; VASSALLO, et al, 2008). Tais instrumentos podem não ser efetivos quando de sua utilização e carecem de consistência científica para uso na prática clínica (OLIVER, et al, 2004).

Entre as escalas disponíveis para uso em pacientes adultos internados em hospital, somente uma *Morse Fall Scale*, passou por adequado processo de adaptação transcultural para uso no Brasil, porém ainda não há relato da análise de acurácia dessa versão brasileira (URBANETTO, et al, 2013).

#### ***Parte B – A sistematização da avaliação de risco de quedas no contexto da assistência gerenciada***

A seguir, é apresentada a título de exemplo, a experiência dos autores deste artigo na sistematização da avaliação de risco de quedas no contexto da assistência gerenciada.

O Hospital alvo dessa experiência conta com um protocolo para gerenciamento de quedas estabelecido desde o ano de 2005 e revisado periodicamente. Esse protocolo contempla ações sistematizadas e baseadas em evidências para a prevenção de quedas e minimização de danos com foco tanto no ambiente coletivo como na abordagem individual e, também, na conduta e caso de ocorrência de eventos (CORREA, et al, 2005).

O protocolo é gerenciado por uma Comissão de Quedas com composição multidisciplinar, que tem como metas manter o indicador de quedas em níveis baixos e prevenir a ocorrência de danos quando da vigência de eventos.

Ao longo do tempo de seguimento, 2005 em diante, o índice de quedas, que é um indicador sensível ao cuidado de enfermagem, apresentou tendência de redução após implantação de ações de caráter assistencial e tendência de elevação após ações de caráter gerencial estimulando a notificação de eventos (CORREA, et al, 2005). Consequente à gestão dos processos, o indicador vem se mantendo estável - média anual de 1,2 a 1,3 quedas/1000 pc.dia, abaixo dos valores reportados em literatura.

Considerando a centralidade do uso de escalas como estratégia para a assistência gerenciada, essa Comissão de Quedas substituiu o uso de uma escala não estruturada por outra validada para avaliação do risco de quedas e do dano. Buscou-se uma escala que atendesse os requisitos sinalizados no item 4 deste artigo. Foi identificada a Escala de avaliação de risco de queda Johns Hopkins – JH-FRAT. Cabe lembrar que na ocasião do início deste processo a adaptação da versão brasileira da Escala Morse não estava publicada.

A JH-FRAT é estruturada a partir de fatores de risco identificados em literatura, sendo composta por 8 áreas de avaliação: (a) situações prévias definidoras do risco: imobilização, história pregressa de queda, e história de queda durante a internação; (b) Idade; (c) história de queda anterior à hospitalização; (d) eliminações; (e) medicação; (f) equipamentos assistenciais; (g) mobilidade; (h) cognição (POE, et al, 2007). A JH-FRAT foi testada em diferentes cenários de pacientes e sua aceitabilidade e validade de conteúdo foram avaliadas com resultados satisfatórios (POE, et al, 2007). Estudos para avaliação das propriedades de medida estão em desenvolvimento (POE, et al, 2007).

Integrantes da Comissão de Quedas optaram por realizar um projeto de pesquisa para adaptação transcultural e validação desta escala para uso no Brasil, iniciado após obtenção das autorizações junto aos autores da JH-FRAT e da aprovação pelo Comitê de Ética da Instituição (número 678.566). Com subsídios materiais e recursos humanos da Instituição, o projeto foi estruturado em duas etapas:

**Etapa 1: Adaptação transcultural e avaliação da validade de conteúdo:** baseado em BEATON et al. (2000). foi feito o processo de tradução e retrotradução, com ênfase na equivalência transcultural (semântica, idiomática, experiencial e conceitual). Foi avaliada a adequação do conteúdo do instrumento abrangendo os diferentes aspectos do seu objeto, por meio de um Comitê de Juízes (KERLINGER, 1986; BEATON, et al, 2000; POE, et al, 2007), finalizando com um pré-teste. Esta etapa está em fase de publicação dos resultados.

**Etapa 2: Avaliação das propriedades de medida:** a avaliação da validade verifica se o instrumento mensura aquilo que se deseja (KERLINGER, 1986). A confiabilidade é entendida

como a relativa ausência de erros de mensuração (KERLINGER, 1986). A avaliação será por meio de estudo longitudinal, com conclusão prevista até 02/2016.

Após a conclusão da etapa de adaptação transcultural a escala foi integrada ao prontuário eletrônico do paciente, com os resultados das avaliações vinculados ao protocolo preventivo de quedas e à análise dos eventos ocorridos. O grupo de pesquisadores acompanhou a parametrização da escala em sistema, dos relatórios gerados, e das respectivas validações. Essa integração favorece as práticas assistenciais por meio de abordagem individualizada e institucional:

**Abordagem individualizada:** o registro em prontuário pelos enfermeiros, concomitante à avaliação do risco de quedas, gera a subsequente classificação do risco, direcionando a conduta preventiva de enfermagem prevista em protocolo para cada paciente.

**Abordagem institucional:** a base de dados dos riscos integrada à base de dados dos eventos subsidia análises epidemiológicas e geração de indicadores, possibilitando conhecimento consistente da incidência dos eventos segundo estratos de risco, dimensionamento do risco real e identificação de falhas em processos, de forma a direcionar ações de melhoria, alocação de recursos e ações educacionais, bem como integração à avaliação do desempenho estratégico da instituição. Sustentando este processo, é imprescindível o treinamento de toda a equipe de enfermagem e sua participação no processo de análise crítica dos resultados e de ações de melhoria.

A identificação do risco de quedas por meio de escalas favorece o direcionamento dos cuidados de enfermagem centrados no paciente. Essas escalas devem ser válidas e confiáveis de forma a evitar erros da identificação e/ou classificação dos pacientes (KERLINGER, 1986; GOULART, CHIARI, 2007). Essa questão ganha maior relevância com a intensificação das exigências por processos que promovam a qualidade assistencial, com a avaliação de risco de quedas inserida na sistematização de ações preventivas no contexto dos processos de acreditação da qualidade (MYERS, 2003; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL 2010, BAEK, et al, 2014).

Embora escalas tenham a possibilidade de prever riscos, mais importante do que meramente classificar o paciente, é o direcionamento individualizado e coletivo de ações preventivas (OLIVER, et al, 2004; OLIVER; HEALEY; HAINES, 2010). Cabe lembrar que as abordagens mais apropriadas para a prevenção de quedas no ambiente hospitalar são aquelas que incluem intervenções multifatoriais com equipes multiprofissionais (OLIVER, et al, 2007; OLIVER; HEALEY; HAINES, 2010; BRASIL 2013).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escalas devem ser válidas e confiáveis de forma a evitar erros da identificação e/ou classificação dos pacientes, ter baixo custo e facilidade operacional. Entretanto, o mais relevante é o direcionamento de cuidados individualizados a cada paciente, inseridos no contexto de práticas assistenciais gerenciadas. A experiência no uso da avaliação do risco de quedas em pacientes internados em um hospital de alta complexidade por meio de uma escala confiável e válida mostrou ser esta uma estratégia adequada integrada à implantação e desenvolvimento de um protocolo gerenciado de prevenção de quedas fundamentado em melhores práticas assistenciais.

## REFERÊNCIAS

BAEK, S. et al. Validity of the Morse Fall Scale implemented in an electronic medical record system. **J Clin Nurs**, New Jersey, v.23, n. 17-18, p. 2434-2440, 2014.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **SPINE**, Philadelphia, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Fundação Oswaldo Cruz. **Protocolo prevenção de quedas**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/controloinfeccoes/pasta12/protocolos\\_cp\\_n6\\_2013\\_prevencao.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/controloinfeccoes/pasta12/protocolos_cp_n6_2013_prevencao.pdf)>. Acesso em: 19 nov. 2015.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a09.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B.M. Testes de rastreamento x testes de diagnóstico: atualidades no contexto da atuação fonoaudiológica. **Pró-Fono**, Barueri, v. 19, n. 2, p. 223-232, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pfono/v19n2/a11v19n2.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Metas internacionais de segurança do paciente. In: **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2010. p. 31-36.

KERLINGER, F. N. **Foundations of behavioral research**. New York: CBS College Publishing, 1986.

MYERS, H. Hospital fall risk assessment tools: a critique of the literature. **Int J Nurs Pract**, New Jersey, v. 9, n. 4, p. 223-235, 2003.

OLIVER, D. et al. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. **Age ageing**, Oxford, v. 33, n. 2, p.122-130, 2004.

OLIVER, D. et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. **BMJ**, London, v. 334, n. 7584, p. 82-85, 2007. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/334/7584/82.full.pdf+html>>. Acesso em: 19 novembro 2015.

OLIVER, D.; HEALEY, F.; HAINES T. P. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. **Clin Geriatr Med**, Amsterdam, v. 26, n. 4, p. 645-692, 2010.

POE, S.S. et al. The Johns Hopkins Fall Risk assessment Tool: Postimplementation Evaluation. **Journal of Nursing Care Quality**, Philadelphia, v. 22, n. 4, p. 293–298, 2007.

RIBEIRO, R. C.; MARIN, H. F. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v.62, n. 2, p.204-212, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a06v62n2.pdf>>. Acesso em: 19 novembro 2015.

SANTOS, G.O. A batalha dos direitos autorais no século XXI. **Habitus**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 48-71, 2012. Disponível em: <<http://www.habitus.ifcs.ufrj.br/ojs/index.php/revistahabitus/article/view/152/177>>. Acesso em: 19 novembro 2015.

URBANETO J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 569-575, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>>. Acesso em: 19 novembro 2015.

VASSALLO M. et al. Fall risk-assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation ward. **Age ageing**, Oxford, v. 37, n. 3, p. 277–281, 2008.

*Recebido em: 19/11/2015.*

*Aceito em: 23/05/2016.*

*Publicado em: 05/08/2016.*