

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.057 – Página 1/7	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS E IDOSOS: ESCALA DE MORSE	Emissão: 30/06/2025	Próxima revisão: 30/06/2027
		Versão: 03	

1. OBJETIVOS

- Avaliar o risco de quedas dos pacientes adultos e idosos nas unidades assistenciais, visando proporcionar um ambiente seguro e qualificado;
- Gerar indicadores para avaliação da segurança e estratégias de melhorias na assistência à saúde.

2. MATERIAL

- Escala de Queda de Morse;
- Caneta;
- Prontuário eletrônico (AGHUX).

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS


- 1º Realizar a avaliação do risco de queda, utilizando a escala de Morse (Anexo 1), em pacientes acima de 18 anos:
 - Até 24 horas após a admissão na instituição ou unidade do cliente;
 - Diariamente;
 - Mudança do quadro clínico;
 - Episódio de queda durante a internação.
- 2º Realizar a coleta de dados e o exame físico;
- 3º Aplicar as informações coletadas na escala de queda de Morse, avaliando cada item das definições operacionais da mesma (Observe o Anexo 1);
- 4º Somar a pontuação nas suas respectivas áreas de cuidado e anotar o valor total;
- 5º Avaliar a classificação de risco para quedas de acordo com a escala de MORSE, conforme tabela 1.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.057 – Página 1/7	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS E IDOSOS: ESCALA DE MORSE	Emissão: 30/06/2025	Próxima revisão: 30/06/2027
		Versão: 03	

Tabela 1 - Classificação de risco para quedas de acordo com a escala de Morse.

Classificação de risco para quedas de acordo com a escala de Morse	
PONTOS	RISCO
0 a 24	Baixo
25 a 44	Médio
≥ 45	Alto

Fonte: Urbanetto *et. al*, 2013.

- 6º Registrar as pontuações no Sistema AGHUX utilizando o campo “Enfermagem/ Controles do paciente/Lista de pacientes/na coluna Ações, clicar no ícone  identificado como Manter Registros do Controle do Paciente/ Insira a hora do registro da sua avaliação e clique para abrir opções no campo Grupo/ selecione ESCALA DE MORSE” (Observe o Anexo 03);
- 7º Registrar a classificação de risco para quedas no censo dos pacientes/instrumento de passagem de plantão, identificação à beira leito e formulários padronizados na unidade.

3.1. Informações Adicionais

- A escala de quedas de Morse está dispensada para usuários com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora (tetraplégicos, comatosos ou sedados). Porém as intervenções mínimas de prevenção de quedas continuam vigentes conforme *PRT.CP-NSP.003- Prevenção de Quedas* da instituição.
- A escala de quedas de Morse é constituída por seis itens, com pontuações específicas para cada resposta. A soma das pontuações resulta num escore, com classificação de risco baixo, médio ou alto (Urbanetto *et. al*, 2013).
- O instrumento de classificação de risco para quedas deverá ser preenchido pelo enfermeiro.
- O plano de cuidados para prevenção de quedas conforme estratificação de risco de queda deve ser baseado no *PRT.CP-NSP.003- Prevenção de Quedas* da instituição.

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.057 – Página 1/7	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS E IDOSOS: ESCALA DE MORSE	Emissão: 30/06/2025	Próxima revisão: 30/06/2027
		Versão: 03	

4. REFERÊNCIAS

HC-UFTM. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. EBSERH – Ministério da Educação. **Protocolo/ Quedas: prevenção e atendimento imediato** – Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais do HC-UFTM, Uberaba, 2017. 20p.

HU-UFGD. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Comissão Permanente do Núcleo de Segurança do Paciente. **PRT nº 03 Prevenção de quedas**. Dourados, setembro de 2024. Disponível em: < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/aceso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gad/prt-cp-nsp-003-prevencao-de-quedas-v4.pdf>>. Acesso em: 11 de junho de 2025.

URBANETTO, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**. v.47, n.3, p.569-75. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/i/reeusp/a/47DLRTfZvzWVv459NLk9r4D/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 de junho de 2025.

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	25/09/2020	Elaboração do Procedimento/Rotina.
02	25/10/2023	Revisão e atualização
03	11/06/2025	Revisão do documento

Elaboração Patrícia Lopes de Freitas Siqueira Iara Beatriz Andrade de Sousa	Data: 25/09/2020
Revisão Ely Bueno da Silva Bispo Shislene Espíndola Lopes	Data: 25/10/2023 Data: 11/06/2025
Validação Fuad Fayez Mahmoud - STGQ	Data: 26/06/2025
Aprovação Rodrigo Alexandre Teixeira – Chefe da DENF Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 13/06/2025 Data: 30/06/2025

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.008381/2025-88



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.057 – Página 1/7	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS E IDOSOS: ESCALA DE MORSE	Emissão: 06/2025	Próxima revisão: 06/2027
		Versão: 03	

ANEXO 1 - Escala de Quedas de Morse (Morse Fall Scale) tradução e adaptação para língua portuguesa (Urbanetto et al, 2013)

Definição Operacional		Pontos
1. Histórico de quedas		
NÃO	Se o paciente não tem história de quedas nos últimos três meses.	0
SIM	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente (até três meses) de quedas por causas fisiológicas, tais como convulsões ou marcha comprometida antes da admissão hospitalar.	25
2. Diagnóstico Secundário		
NÃO	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico médico.	0
SIM	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico.	15
3. Auxílio na deambulação		
Nenhum/ acamado/ Auxiliado por profissional	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar (muleta, bengala ou andador); Se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde; ou Se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.	0
Muletas/ bengala/ andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.	15
Mobiliário/paredes	Se o paciente se movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.	30
4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado		
NÃO	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. (quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso)	0
SIM	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).	20
5. Marcha		
Normal /sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).	0
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve somente para se sentir seguro, não para se manter ereto	10
Comprometida/ Cambaleante	O paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com esse tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio à marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue caminhar sem essa ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que, quando o paciente se apóia em um corrimão ou móvel, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.	20
6. Estado Mental		
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/limitação	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.	0
Superestima capacidade/ Esquece limitações	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta não é consistente com as informações do prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontecer, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.	15



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.057 – Página 1/7	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS E IDOSOS: ESCALA DE MORSE	Emissão: 06/2025	Próxima revisão: 06/2027
		Versão: 03	

ANEXO 2 - Dia D – Instrumento de avaliação das medidas de prevenção de quedas

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados - HU-UGD

DIA D - Instrumento de avaliação das medidas de prevenção de quedas



Unidade:		Data de coleta:														Responsável:				
Amostra - todos pacientes internados no dia "D"		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	TOTAL
Use as iniciais dos nomes dos pacientes ou número de leitos																				
O paciente apresentou queda hoje ou nas últimas 72h? (buscar em prontuário, questionar o profissional e o paciente/acompanhante) S: Sim/N: Não (confirmar com a equipe se as quedas foram notificadas).																				
No caso em que o paciente caiu, houve dano? Caso o paciente tenha sofrido mais de uma queda, considerar a com dano. (marcar S: Sim/N: Não/NA: Não se aplica)																				
O paciente foi avaliado quanto ao risco de queda dentro das primeiras 24h da sua admissão na UNIDADE?																				
O paciente foi avaliado nas últimas 24 horas quanto ao risco de queda? Insira N se não foi, B para risco baixo, M para risco médio e A para risco alto																				
Medidas Universais (insira S: Sim/N: Não/NA: não se aplica)																				
MS		Observe: calçado seguro nos pés? (NA: quando não deambula)																		
MS		Observe: acessos livres de obstáculos e iluminado?																		
MS/A		Observe: materiais de uso pessoal ao alcance da mão ?																		
ARH		Pergunte: a campinha está ao alcance da mão e o paciente sabe usa-la? (NA: quando não houver campinha)																		
AR		Leito baixo, travado e com grades elevadas																		
AR		Observe: as superfícies e pisos estão secos?																		
AR		Observe: se o paciente estiver em cadeira, ela está com rodas fixas ou pés firmes																		
AR		Pergunte: o paciente sabe que deve ser cuidado ao levantar e faz-lo lentamente? (NA: se o paciente estiver confuso ou sedado)																		
Medidas conforme o risco descrito no protocolo da sua instituição - Incluir as medidas nos campos em branco e responder conforme observado na coleta: S: Sim/N: Não/ NA: Não se aplica																				
Risco Alto	B	Pergunte: Paciente ou acompanhante sabe para que serve e quais os cuidados necessários para prevenção?																		
		Avalie registro: Houve revisão da necessidade e da possibilidade de retirada de dispositivos médicos?																		
		Avalie registro: A classificação do risco de queda está identificada na passagem de plantão da enfermagem?																		
		Observe: Se paciente de risco médio ou alto, há sinalização individual do risco de queda em campo específico de identificação beira-leito?																		
		Pergunte: Familiar/acompanhante foi orientado sobre a importância de acompanhamento 24 horas?																		
Risco Médio	B	Avalie registro: Houve revisão das medicações associadas a queda?																		
		Observe: Paciente com ALTO risco está próximo ao posto de Enfermagem?																		

Observação: SEMPRE que ocorrer queda*, esta deve ser notificada à Gestão de Risco.

**Considera-se queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, de cama/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário* (Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde).



Tipo do Documento	PROCEDIMENTO / ROTINA	POP.DENF.057 – Página 1/7	
Título do Documento	AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS E IDOSOS: ESCALA DE MORSE	Emissão: 06/2025	Próxima revisão: 06/2027
		Versão: 03	

ANEXO 3 – Tela do AGHUX – Caminho para registro da escala de Morse.

The screenshot shows the AGHUX interface. On the left is a sidebar menu with options like 'Painel Geral', 'Prontuário Online', 'Pacientes', 'Internação', 'Prescrição', 'Ambulatório', 'Exames', 'Suprimentos', 'Enfermagem', 'Controles do Paciente', 'Lista de Pacientes', 'Visualizar Controles', 'Cirurgias / PDT', and 'Outros Módulos'. The main area displays 'Lista de Pacientes' for 'FERREIRA'. It includes fields for 'Prontuário' (FERREIRA), 'Leito' (01), and a 'Manter Controles do Paciente' button. Below this is a table for recording controls with columns for 'Ações' and 'Medição'. A dropdown menu is open, showing a list of actions including 'ESCALA DE MORSE', 'BRADEN ADULTO', 'BRADEN Q PEDIÁTRICO', 'ESCALA DE NIPS', 'ESCALA RISCO DE QUEDA ASSOCIADA AO USO DE MEDICAMENTOS', 'Acompanhamento Saúde Indígena', 'Acompanhamento Fisioterapia', and 'Acompanhamento Fisioterapia Obstétrica'. The 'ESCALA DE MORSE' option is highlighted. At the bottom, there is an 'Anotações' field with a 4000-character limit.