

# Escala de Quedas de Morse

**Manual de Utilização**

## Índice:

Introdução .....	3
Tipos de Queda .....	4
Escala de Quedas de Morse.....	5
Princípios de utilização .....	6
Antecedentes de Queda/História de Queda .....	7
Diagnóstico Secundário .....	8
Apoio na Deambulação .....	9
Terapia Endovenosa em Perfusão .....	10
Tipo de Marcha .....	11
Estado Mental/Percepção Mental .....	12
Referências Bibliográficas .....	13

# Introdução

---

*A avaliação do risco de queda é intervenção essencial para a prevenção de quedas (Chang et. al, 2004), sendo para isso importante a correta utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM).*

---

O Enfermeiro visa diariamente a excelência no seu exercício profissional pelo que a prevenção de complicações, nomeadamente a referente às quedas, é um dos seus focos de atenção.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0 (ICN, 2011, p.42) Cair é: “realizar: descida de um corpo de um nível superior para um nível inferior devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar pesos e permanecer na vertical”, que se traduz pelo “evento ou episódio – Queda”. Por sua vez, de acordo com Saraiva (2008, p.29), a queda pode ainda ser compreendida como “um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo útil”.

Sendo as quedas uma preocupação enquanto indicador da qualidade em saúde uma vez que são a segunda causa de morte por acidente a nível mundial (OMS, 2012), os enfermeiros têm um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros e normas que visem a sua prevenção.

Decorrendo do imperativo de se desenvolverem estratégias para diminuir o número de quedas promovendo a qualidade de cuidados de enfermagem prestados aos clientes, surge a necessidade de se identificarem corretamente os clientes com risco de queda, pois tal como afirma Morse (2009), o aspeto mais importante da prevenção das quedas é antecipar o seu acontecimento. Assim a avaliação do risco de queda é intervenção essencial para a sua prevenção (Chang et. al, 2004), sendo para isso importante a correta utilização da Escala de Quedas de Morse (EQM).

Este manual não substitui a necessidade de formação para a utilização da EQM, no entanto pode ser utilizado como uma ferramenta de apoio à mesma. Contudo, pretende-se que este seja um instrumento que auxilie a prática diária dos Enfermeiros, com o intuito de se minimizar a subjetividade de interpretação da EQM e de se conseguir uma uniformização da aplicação da mesma.

Este manual encontra-se dividido em duas partes. Inicialmente são apresentados os diferentes tipos de quedas assim como os princípios básicos de aplicação da escala. Numa segunda fase são explanados todos os elementos constituintes da escala assim como as possibilidades de resposta para que a avaliação seja efetuada com o maior nível de objetividade.

# Tipos de Queda

*Segundo Morse (2009), as quedas têm diferentes causas e por isso devem ser classificadas como:*

## **Quedas acidentais:**

Ocorrem por fatores externos à pessoa, acontecendo a clientes sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar. Este tipo de quedas não podem ser previstas pela escala e as estratégias para a sua prevenção passam por minimizar os riscos ambientais (Morse, 2009).

## **Quedas fisiológicas não antecipáveis:**

Ocorrem em indivíduos sem fatores de risco para a queda. Não sendo, portanto, possíveis de prever, até que a primeira ocorra de facto. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força, ou fraturas patológicas (que ocorrem pela primeira vez). Correspondem a cerca de 8% do total das quedas (Morse, 2009).

## **Quedas fisiológicas antecipáveis:**

Ocorrem em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda. Este tipo de quedas constituem quase 80% do total de quedas e são as potencialmente preveníveis com a utilização da EQM (Morse, 2009).

# Escala de Quedas de Morse

*Informações da e para a aplicação da escala.*

Janice Morse, autora da Escala de Quedas de Morse, iniciou a construção da escala num projeto piloto em 1985, tendo passado por várias fases da construção desta até 1989, quando publica o artigo “Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient” (Morse et. al, 1989). Em 1997 publica o livro “Preventing Patient Falls” o qual sofre uma revisão com a segunda edição em 2009.

A escala encontra-se a ser aplicada a nível internacional. Em Portugal é utilizada em vários centros hospitalares e a Direção-Geral da Saúde indica a necessidade de se avaliar o risco de queda como uma intervenção adequada e personalizada para a prevenção (DGS, 2011) . A mesma encontra-se ainda em fase de validação para a população portuguesa.

É constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação.

De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia de 0 a 125 pontos.

# Princípios de Utilização

---

*Princípios básicos para a avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse.*

---

- 1: A escala deve ser vista como um todo e preenchida na sua totalidade;
  - 2: A escala deve de ser aplicada a todos os clientes com mais de 18 anos;
  - 3: O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco;
  - 4: Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos.
- 

## Fator de Exclusão na Utilização da Escala de Quedas de Morse:

Clientes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora. A queda é um tipo de auto cuidado, logo pressupõe ação. Assim, a um cliente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a EQM.

---

**Nota:** A nível institucional a avaliação do risco de queda através da EQM deve ser efetuada no momento da admissão assim como quando existe alteração da condição clinica do cliente ou quando existe uma queda. A autora recomenda que a periodicidade para aplicação da escala seja uma vez por turno.

# Antecedentes de Queda/ História de Queda

---

Não: 0 pontos

Sim: 25 pontos

---

## Instruções

### Não:

O cliente não teve nenhum episódio de queda no último ano.

### Sim:

O cliente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem uma história de queda(s) fisiológica(s) antecipáveis e não antecipáveis no último ano (Tinetti, 2003; Morse, 2009). Exemplos incluem quedas resultantes de convulsões ou de uma marcha debilitada anteriormente à admissão, que resulta sempre da condição física e mental do cliente.

## Notas

Se um cliente cai pela primeira vez (dentro dos critérios referidos anteriormente nas instruções) durante o presente internamento, então a sua pontuação passa imediatamente de 0 para 25 pontos neste tópico.

## Observações

Nos antecedentes de queda não é considerada a queda acidental, uma vez que não é provocada por um fator fisiológico. Por exemplo uma pessoa empurrada por outra com o intuito de lhe provocar a queda, um jogador de futebol que é ras-teirado ou alguém que cai no autocarro porque ia de pé e o condutor travou com intensidade instantaneamente, não se considera como antecedente.

# Diagnóstico Secundário

---

Não: 0 pontos

Sim: 15 pontos

---

## Instruções

### Não:

Se não existir um diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda.

### Sim:

Se existir mais do que um diagnóstico médico ou de Enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda.

## Notas

Não existe nenhum tópico com medicação pois a escala já a contabiliza implicitamente neste tópico, podendo apenas a multimedicação ser uma estratégia de percepção de diagnósticos secundários.

## Observações

Doenças ou condições de saúde do cliente tais como: hipotensão, défices nutricionais, insónia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crónicas como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda, são consideradas como “Diagnósticos Secundários”.

Outros diagnósticos resolvidos, tais como apendicectomia ou fratura de algum membro que já não apresentem interferência na condição física do cliente, não são considerados como diagnósticos secundários.

# Apoio na Deambulação

---

Sem Apoio: 0 pontos  
Auxiliar de Marcha: 15 pontos  
Apoiado na Móbia: 30 pontos

---

## Instruções

### Sem Apoio:

O cliente anda sem qualquer apoio. É considerado também sem apoio se o cliente andar sempre apoiado por outra pessoa.

Se usa uma cadeira de rodas e esta adaptado à utilização e transferência autónoma de e para a mesma. Também é considerado sem apoio quando é transferido sempre por alguém de e para a cadeira de rodas.

Se está em repouso e cumpre o repouso na cama, não saindo da mesma.

### Auxiliar de Marcha:

Se utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho).

### Apoiado na Móbia:

Se anda apoiando-se na móbia, ou em tudo o que se encontra ao seu redor (ex.: medo de cair).

## Notas

A utilização de suporte rodado não pode ser considerado como “Apoio na Deambulação” uma vez que já se encontra contabilizado no item “Terapia Endovenosa em Perfusão”.

## Observações

Neste ponto é apenas aferida a utilização ou não de dispositivos ou apoios na deambulação, não é avaliado o tipo de marcha ainda que tenha semelhanças com o tópico “Tipo de Marcha”.

# Terapia Endovenosa em Perfusão

---

Não: 0 pontos

Sim: 20 pontos

---

## Instruções

### Não:

O cliente não se encontra com terapia endovenosa em perfusão.

### Sim:

O cliente encontra-se com terapia endovenosa em perfusão.

O cliente apenas se encontra em risco quando conectado à terapia endovenosa. Portanto, se o cliente se encontra a efetuar uma perfusão intermitente, ainda que por curtos períodos, como por exemplo, antibiótico ou outro tipo de perfusão de curta duração, pontua-se com 20 pontos.

## Notas

Antibióticos ou outras medicações efetuadas em bólus não são considerados como terapia endovenosa em perfusão.

Outros tipos de perfusão que não endovenosa (como por exemplo perfusão com cateter epidural) podem também contribuir para a queda, pelo que são ponderados como Sim.

## Observações

Este item encontra-se atualmente na escala como “Terapia Endovenosa/Heparina”, o termo heparina foi usado com o intuito de se tentar demonstrar a necessidade de perfusão, pois em alguns casos a heparina endovenosa é usada em perfusão contínua (durante longos períodos).

# Tipo de Marcha

Normal: 0 pontos

Desequilíbrio Fácil: 10 pontos

Défice de Marcha: 20 pontos

## Instruções

### Normal:

O cliente caminha com a cabeça erguida, os braços balançando livremente ao lado do corpo, andando sem hesitação.

O cliente move-se em cadeira de rodas (encontrando-se totalmente adaptado à utilização e transferência autónoma para e da cadeira de rodas e/ou é sempre transferido por alguém de e para a cadeira de rodas) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma.

### Desequilíbrio Fácil:

O cliente anda curvado mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está em redor como apoio, fá-lo de forma leve para se sentir mais seguro e não o agarra de modo a conseguir permanecer na posição vertical.

### Défice de Marcha:

O cliente tem dificuldade em levantar-se, realizando várias tentativas para o fazer, quando se encontra numa cadeira tenta levantar-se empurrando os braços da mesma e/ou balançando-se de forma a tentar colocar-se na posição de pé.

Quando tenta andar a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Agarra-se a tudo o que se encontra ao seu redor porque apresenta um défice de equilíbrio e não consegue andar sem essa assistência.

Ao ajudar o cliente a andar, o/a enfermeiro(a) aperceber-se-á que ele/ela segura a sua mão com força, ou quando agarra um corrimão ou os móveis, agarra-se com tanta força que as suas mãos ficam menos coradas. O cliente dá passos curtos e vacila.

## Observações

Se o cliente está numa cadeira de rodas, terá uma pontuação de acordo com a sua capacidade de se transferir da cadeira de rodas para a cama e vice-versa ( de acordo com o que já é referido nas instruções).

# Estado Mental / Perceção Mental

---

Consciente das suas Limitações: 0 pontos  
Não consciente das suas Limitações: 15 pontos

---

## Instruções

### Consciente das suas Limitações:

O estado mental é avaliado através da verificação da autoavaliação (efetuada pelo próprio cliente) relativamente à sua capacidade de andar.

Questione o cliente: "É capaz de ir à casa de banho sozinho?" ou "Precisa de ajuda?". Se a resposta do cliente ao julgar a sua própria capacidade é consistente com as prescrições/perceções de enfermagem, então o cliente tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas, logo está consciente das suas limitações.

### Não Consciente das suas Limitações:

Se a autoavaliação do cliente é irrealista, então considera-se que o cliente sobrestima as suas capacidades e esquece-se das suas limitações, logo não está consciente das suas limitações.

## Notas

O estado mental é diferente da orientação tempo-espacial. Um cliente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado das suas limitações em relação ao risco de queda, por conseguinte pode não agir de acordo com as recomendações.

## Observações

Um cliente confuso não está consciente das suas limitações. Incluindo-se os estados de confusão aguda, crónica ou intermitente.

# Referências Bibliográficas

---

---

Chang, J. T., Morton, S. C., Rubenstein, L. Z., Mojica, W. A., Maglione, M., Suttorp, M. J., Roth, E. A., Shekelle, P. G.— Interventions for the prevention of falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *British Medical Journal*, 2004.

Comité Internacional De Enfermeiros—Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), 2011, ISBN: 9789295094352.

Morse, J., et. al - Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient—*Canadian Journal on Aging*, 1989, Vol. 8, Nº4.

Morse, J.—*Preventing Patient Falls – Second Edition*, Springer Publishing Company, LLC, 2009, New York. ISBN: 978-0-8261-0389-5.

Saraiva, D. M. R. F. [et al.] – Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*. Lisboa, 2008, Ano 18, Nº 235, p. 28-35.

Tinetti M.—*Preventing Falls in Elderly Persons*. *The New England Journal of Medicine*, 2003; 384;1: 42-49.

World Health Organization - Falls, [em linha]. 2012 [Consult. 16 Fev. 2013. Disponível em WWW:<URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>>.

# Anotações

---