

# *Revista da Graduação*

---

Vol. 6

No. 1

2013

7

---

**Seção:** Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia

**Título:** AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS  
HOSPITALIZADOS CONFORME A MORSE FALL SCALE TRADUZIDA  
PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

Autor: HELENA BRUM DA ROCHA, RITA DE CÁSSIA FERREIRA SAMUEL, LIDIANE ANFLOR LAHTI, RAFAELA CONTI DE AZEVEDO, MARION CREUTZBERG, ANDRÉIA DA SILVA GUSTAVO, BEATRIZ SEBEN OJEDA, BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS, JANETE DE SOUZA URBANETTO

---

---

## ARTIGO ORIGINAL

# AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM ADULTOS HOSPITALIZADOS CONFORME A MORSE FALL SCALE TRADUZIDA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA<sup>1</sup>

*Assessing the risk of falls among adults hospitalized as Morse Fall Scale for language translated portuguese*

---

Helena Brum da Rocha<sup>2</sup>; Lidiane Anflor Lahti<sup>1</sup>; Rafaela Conti de Azevedo<sup>1</sup>; Andréia da Silva Gustavo<sup>3</sup>; Marion Creutzberg<sup>4</sup>; Beatriz Sebben Ojeda<sup>5</sup>; Rita de Cásia Ferreira Samuel<sup>6</sup>; Beatriz Regina Lara dos Santos<sup>7</sup>; Janete de Souza Urbanetto<sup>8</sup>

---

---

### RESUMO

**Objetivo:** verificar a associação das variáveis demográficas e problemas musculoesqueléticos com a classificação de risco conforme a *Morse Fall Scale* (MFS), traduzida e adaptada para a língua portuguesa, na admissão do paciente hospitalizado. **Método:** trata-se de um estudo preliminar transversal alinhado a um estudo de Coorte, com amostra de 84 pacientes adultos hospitalizados, avaliados conforme a MFS, traduzida e adaptada para a língua portuguesa, sendo identificado também às características demográficas e os problemas musculoesqueléticos. Os dados foram analisados pela estatística descritiva e analítica. **Resultados:** o risco elevado, conforme a MFS, foi o mais prevalente (45,2%), seguido pelo risco moderado (32,2%), sendo encontrada associação do primeiro com a presença de distúrbios musculoesqueléticos. **Conclusões:** A utilização da MFS pode auxiliar na detecção precoce do risco para quedas, contribuindo para a implementação de medidas preventivas a esse evento, e consequentemente, reduzindo as taxas de quedas e possíveis complicações em pacientes hospitalizados.

**Palavras-chave:** Acidentes por Quedas; Segurança do Paciente; Fatores de Risco; Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess the association of demographic variables and musculoskeletal problems with the classification of risk as the *Morse Fall Scale* (MFS), translated and adapted into Portuguese, at patient's admission to hospital. **Method:** This is a cross over aligned to a cohort study, with a sample of 84 hospitalized adult patients, evaluated according to MFS, and also identified demographic characteristics and musculoskeletal problems. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics. **Results:** high risk, according to MFS, was the most prevalent (45.2%), followed by moderate risk (32.2%), high risk was associated with the presence of musculoskeletal disorders. **Conclusions:** The use of MFS can help in early detection of risk for falls, contributing to the implementation of preventive measures to this event, and consequently reducing the rates of falls and possible complications in hospitalized patients.

**Keywords:** Accidental Falls; Patient Safety, Risk Factors; Nursing.

---

<sup>1</sup> Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (FAENFI/PUCRS).

<sup>2</sup> Acadêmicas do 8º Nível do Curso de Graduação em Enfermagem da FAENFI/PUCRS.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela UFRGS. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAENFI/PUCRS

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Gerontologia pela PUCRS. Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da FAENFI/PUCRS

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da FAENFI/PUCRS

<sup>6</sup> Acadêmica de Enfermagem da FAENFI/PUCRS. Bolsista de Iniciação Científica FAPERGS.

<sup>7</sup> Enfermeira. Doutora em Educação pela PUCRS. Professora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem da FAENFI/PUCRS

<sup>8</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pela PUCRS. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da FAENFI/PUCRS. Coordenadora da Pesquisa.

---

## 1 INTRODUÇÃO

A queda deixou de ser considerada como um “acidente” ou “má sorte” a partir do momento em que pesquisas realizadas foram capazes de prever quais pacientes são mais propensos a cair<sup>1</sup>. É possível identificar qual paciente tem risco de quedas em função da fragilidade da doença e envelhecimento (antecipação da queda fisiológica) e implementar estratégias de prevenção e/ou proteção<sup>2</sup>.

Queda é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o evento em que a pessoa “inadvertidamente cai ao solo, chão ou níveis inferiores, excluindo mudança intencional da posição para repouso na mobília, paredes ou outros objetos”<sup>3:1</sup>.

A queda, geralmente, é responsável pela perda da autonomia e da independência do idoso, mesmo que por tempo limitado<sup>4</sup>. As principais consequências identificadas após a queda foi a fratura (64%) e o medo de cair (44%), seguidas por hospitalização, necessidade de ajuda nas atividades, isolamento, entre outras<sup>5</sup>.

Estudos de avaliação de risco para quedas utilizam escalas de forma individual ou comparativa entre elas, como, por exemplo, a *Bobath Memorial Hospital Fall Risk Assessment Scale* (BMFRAS) e a *Johns Hopkins Hospital Fall Risk Assessment Tool* (JHFRAT)<sup>6</sup>, a *Spartanburg Fall Risk Assessment* (SFRAT) e a *Morse Fall Scale* (MFS)<sup>7</sup>. Esta última foi construída por Janice Morse<sup>1,8</sup> e traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Urbanetto e colaboradores em 2012<sup>9</sup>, ficando os critérios de risco assim descritos no português do Brasil: histórico de quedas, diagnóstico secundário, auxílio na deambulação, terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado, marcha e estado mental.

As quedas podem ser classificadas em três tipos: as quedas acidentais (geralmente causadas por fatores ambientais que fazem o paciente escorregar, tropeçar, ou ter algum outro incidente); as quedas fisiológicas antecipadas (que ocorrem com os pacientes propensos a quedas identificados pela MFS) e as quedas fisiológicas inesperadas (podem ser atribuídas a causas fisiológicas, mas são criadas por condições que não podem ser previstas antes da primeira ocorrência)<sup>2</sup>. A MFS somente pode estabelecer uma “predição de risco para quedas no grupamento de quedas fisiológicas antecipadas”<sup>2</sup>.

A utilização da MFS é bastante ampla em pesquisas internacionais<sup>6,7,10,11,12</sup>, mas no Brasil sua utilização ainda é incipiente e os estudos com a versão na língua portuguesa estão em fase de desenvolvimento. Neste contexto, esse estudo preliminar teve como objetivo verificar a associação das variáveis demográficas e problemas musculoesqueléticos com a classificação de risco conforme a MFS, traduzida e adaptada para a língua portuguesa, na admissão do paciente hospitalizado.

## 2 MÉTODO

Trata-se de um estudo preliminar transversal alinhado a um estudo de Coorte. A coleta de dados foi realizada em duas unidades de internação adulto (Clínica e Cirúrgica), de um hospital universitário de Porto Alegre, no período de julho a setembro de 2012. A amostra do estudo foi constituída por 84 pacientes, tendo como critérios de inclusão a idade  $\geq$  a 18 anos e o período de internação, antes do início da coleta, inferior a 24 horas.

Os dados foram obtidos nas primeiras 24h da internação, por meio da avaliação direta do paciente buscando responder as questões da MFS traduzida para a língua portuguesa<sup>9</sup>, questões relacionadas ao perfil demográfico (sexo, idade) e problemas musculoesqueléticos. A MFS traduzida e adaptada para a língua portuguesa está organizada em seis itens: história de quedas (não – 0 ponto ou sim - 25 pontos), diagnóstico secundário (um diagnóstico – 0 ponto ou mais de um diagnóstico 25 pontos), auxílio na deambulação (sem auxílio ou acamado - 0 ponto, usa bengala ou andador -15 pontos, segura-se em móveis - 25 pontos), terapia intravenosa/dispositivo salinizado/heparinizado (não – 0 ponto ou sim – 25 pontos), marcha (normal/ sem deambulação, acamado, cadeira de Rodas - 0 ponto, fraca - 15 pontos, comprometida ou cambaleante - 25 pontos) e estado mental (orientado quanto a sua capacidade - 0 ponto, não orientado – 25 pontos). Cada item deve obter uma única resposta, cuja soma de todas as pontuações remete ao escore de risco baixo (0 a 24 pontos), risco moderado (25 a 44 pontos) e de risco elevado ( $\geq$  45 pontos)<sup>1</sup>.

Os dados preliminares foram analisados pela estatística descritiva (frequência absoluta e relativa e de

variabilidade) e analítica (teste qui-quadrado para avaliação da associação entre as variáveis), por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 17.0).

O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “Associação do risco com a ocorrência de quedas em pacientes hospitalizados” aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, sob protocolo OF.CEP.1279/09 e os pacientes ou seus responsáveis que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando com uma via. Os pesquisadores assinaram o termo de compromisso com a utilização dos dados dos prontuários.

### 3 RESULTADOS

Foram analisados 84 pacientes adultos hospitalizados com relação a fatores de risco para quedas. Na Tabela 1 observa-se que a faixa etária de maior prevalência foi de 70 anos ou mais, com média de idade de 59,7 anos ( $\pm 15,8$ ). O sexo masculino foi o mais frequente e não foram observados/relatados problemas musculoesqueléticos na maioria dos pacientes estudados.

**Tabela 1:** Características dos pacientes estudados. Porto Alegre, 2012. (n=84)

	n	%
<b>Idade</b>		
Até 39 anos	10	11,9
40 a 49 anos	9	10,7
50 a 59 anos	18	21,4
60 a 69 anos	22	26,2
70 ou mais	25	29,8
<b>Sexo</b>		
Feminino	37	44
Masculino	47	56
<b>Problemas Musculoesqueléticos</b>		
Sim	24	28,6
Não	60	71,4

Na Tabela 2, apresentam-se os itens da MFS traduzida e a classificação do risco para quedas. Para as variáveis histórico de quedas, diagnóstico secundário, deambulação, marcha e estado mental houve prevalência nas opções consideradas de melhores condições para não cair. Somente na variável terapia intravenosa/dispositivo salinizado/heparinizado, houve prevalência na opção sim, considerada como fator de risco para queda. Quanto aos pontos da

somatória dos seis itens da MFS, obteve-se a média de  $46,9 \pm 24,9$  pontos e a classificação de risco para quedas mais prevalente, conforme a MFS, foi o risco elevado.

**Tabela 2:** Características dos pacientes, nas primeiras 24h de internação, conforme a Morse Fall Scale traduzida e adaptada para a língua portuguesa. Porto Alegre, 2012. (n=84)

Itens da MFS	n	%
<b>Histórico de quedas (últimos três meses)</b>		
Não caiu	52	61,9
Caiu	32	38,1
<b>Diagnóstico Secundário</b>		
Sim	19	22,6
Não	65	77,4
<b>Deambulação</b>		
Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	73	86,9
Muletas/Bengala/Andador	8	9,5
Mobiliário/Parede	3	3,5
<b>Terapia intravenosa/dispositivo salinizado/heparinizado</b>		
Não	14	16,7
Sim	70	83,3
<b>Marcha</b>		
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	63	75,0
Fraca	12	14,3
Comprometida/Cambaleante	9	10,7
<b>Estado Mental</b>		
Orientado quanto a sua capacidade/limitação	67	79,8
Não orientado quanto a sua capacidade/limitação	17	20,2
<b>Classificação de risco MFS</b>		
Risco Baixo	19	22,6
Risco Moderado	27	32,1
Risco Elevado	38	45,2

Na Tabela 3, quando buscou-se identificar a associação dos itens da escala com os escores de risco para quedas, apenas o item auxílio na deambulação não esteve associado estatisticamente ( $p > 0,05$ ) com o risco estabelecido, demonstrando que não há interferência desse item na configuração do risco para quedas na amostra estudada.

Na avaliação da relação da classificação de risco para quedas, somente encontrou-se associação estatística significativa com os problemas musculoesqueléticos ( $p < 0,05$ ), mostrando que os pacientes com este agravo possuíam risco elevado de cair (Tabela 4).

**Tabela 3:** Associação dos itens da MFS traduzida para o português com os escores de risco estabelecidos pela MFS. Porto Alegre, 2012. (n=84).

Itens MFS	Pontos MFS	MFS						p
		Risco Baixo		Risco Moderado		Risco Elevado		
		n	%	n	%	n	%	
Histórico de Quedas	0	19	36,5	22	42,3	11	21,2	0,000*
	25	0	0,0	5	15,6	27	84,4	
Diagnóstico Secundário	0	12	63,2	4	21,1	3	15,8	0,00**
	15	7	10,8	23	35,4	35	53,8	
Auxílio na Deambulação	0	19	26,0	25	34,2	29	39,7	0,105**
	15	0	0,0	2	25,0	6	75,0	
	30	0	0,0	0	0,0	3	100,0	
Terapia Intarvenosa/ Dispositivo Salinizado e/ou Heparinizado	0	12	85,7	2	14,3	0	0,0	0,000**
	20	7	10,0	25	35,7	38	54,3	
Marcha	0	19	30,2	24	38,1	20	31,7	0,000**
	10	0	0,0	3	25,0	9	75,0	
	20	0	0,0	0	0,0	9	100,0	
Estado Mental	0	19	28,4	24	35,8	24	35,8	0,02**
	15	0	0,0	3	17,6	14	82,4	

\* Teste Qui-quadrado; \*\* Teste de Fisher

**Tabela 4:** Relação das variáveis demográficas e de problemas musculoesqueléticos com a classificação de risco conforme a MFS. Porto Alegre, 2012. (n=84).

	Risco Baixo		Risco Moderado		Risco Elevado		p
	n	%	n	%	n	%	
	<b>Sexo</b>						
Feminino	5	13,5	13	35,10	19	51,4	0,207*
Masculino	14	29,8	14	29,8	19	40,4	
<b>Faixa Etária</b>							
≤ 39 anos	5	50,0	4	40,0	1	10,0	0,109**
40 a 49 anos	1	11,1	3	33,3	5	55,6	
50 a 59 anos	5	27,8	5	27,8	8	44,4	
60 a 69 anos	6	27,3	8	36,4	8	36,4	
70 ou mais	2	8,0	7	28,0	16	64,0	
<b>Problemas Musculoesqueléticos</b>							
Sim	5	20,8	2	8,3	17	70,8	0,004**
Não	14	23,3	25	41,7	21	35,0	

\* Teste Qui-quadrado; \*\* Teste de Fisher

#### 4 DISCUSSÃO

Não foram encontradas publicações de artigos no Brasil utilizando a MFS para avaliar risco de queda de pacientes hospitalizados, o que impulsionou a realização desta pesquisa e a tradução e adaptação da Morse Fall Scale para a Língua portuguesa<sup>9</sup>.

Nesse estudo, 77,3% dos pacientes avaliados encontraram-se na classificação de risco moderado e elevado para quedas, conforme a MFS. Outro estudo<sup>10</sup> também encontrou percentual similar (77%) dos pacientes com escore de risco médio a alto e que, subsequentemente, poderiam sofrer quedas.

Com este mesmo objetivo, outro estudo realizado encontrou concentração de escores moderado e elevado, mas com prevalências diferenciadas dos citados acima, sendo apenas 2,2% dos pacientes no risco baixo, 21,2% no risco moderado e, de forma mais robusta, 76,6% dos pacientes possuíam escore de risco elevado para quedas<sup>11</sup>.

Os pacientes com idade  $\geq 70$  anos tiveram maior prevalência para o risco elevado para quedas, mas a idade, em geral, não apresentou associação estatística com as classificações de risco para quedas. Estudo evidenciou que existe uma maior prevalência (57%) de quedas em pacientes internados com idade  $\geq 60$  anos<sup>13</sup>.

Com relação ao sexo, não foi encontrado publicação relacionada ao risco para quedas. No entanto, um estudo evidenciou uma maior prevalência de quedas no sexo masculino (75%)<sup>14</sup>.

Com relação aos itens da MFS traduzida para a língua portuguesa, a maior prevalência dos resultados centrou-se nas opções não relacionadas ao risco (não tinham história anterior de quedas, possuíam apenas um diagnóstico médico, deambulavam sem auxílio ou eram pacientes acamados, tinham marcha normal e eram orientados quanto a sua capacidade ou limitação para deambular) com exceção da terapia intravenosa. Estudo que também avaliou este aspecto encontrou dados similares com relação ao histórico de quedas (69,7%), auxílio na deambulação (85,5%), terapia intravenosa (25,1%), marcha (65,8%) e estado mental (78,5%). Somente o item diagnóstico secundário, com 6,5% de pacientes difere dos achados desta pesquisa (77,4%)<sup>12</sup>.

Quanto aos problemas musculoesqueléticos, 70,8% dos pacientes apresentaram agravos desta natureza.

Dentre eles, o déficit da flexibilidade, força, equilíbrio; amputação de membro, fratura, paresias, plegias, entre outros, contribuíram para a classificação do risco para quedas, com associação estatística positiva.

Estudo realizado com idosos identificou que a diminuição da flexibilidade está associada à ocorrência de quedas, sobretudo em função da perda de mobilidade do quadril, joelhos, tornozelos e coluna vertebral (principalmente no envelhecimento) o que gera alteração no padrão da marcha e dificuldades no desempenho de tarefas cotidianas como caminhar. Nesse estudo, a relação entre os níveis de flexibilidade articular, força/equilíbrio e número de quedas apontaram resultados significativos quando houve redução da mobilidade articular levando ao aumento da incidência de quedas. No entanto, foram observadas somente diferenças significativas para os movimentos de flexão de quadril e extensão de tornozelo. 62% dos pacientes que tiveram duas ou mais quedas no ano anterior estavam no tercil inferior de flexão de quadril e a mesma proporção no tercil inferior de extensão de tornozelo<sup>15</sup>.

Este mesmo estudo acima analisou a ocorrência de quedas com o histórico de quedas e diagnósticos secundários e, identificou uma prevalência de 37% de quedas nos pacientes com mais de cinco diagnósticos médicos e 58% de quedas nos pacientes com histórico de quedas<sup>15</sup>. Este dado reforça os achados desse estudo em que ter mais de um diagnóstico eleva o risco para quedas.

Não há somente um fator que leve a acontecer queda, mas sim uma junção de inúmeras causas levando a este ocorrido. Para o risco de quedas, também é válida esta afirmação, visto que, é um aglomerado de fatores que predizem o grau de risco de queda para cada tipo de paciente, levando em consideração, o local, a idade, o sexo, os problemas musculoesqueléticos, a necessidade de auxílio na deambulação, aspectos relacionados quanto a marcha, dentre outros.

#### 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou, até o momento, que os pacientes hospitalizados possuem elevado risco para queda, segundo a Morse Fall Scale traduzida para a língua portuguesa e que existe associação do risco

elevado para quedas e a presença de distúrbios musculoesqueléticos. A identificação de escores de risco para quedas é uma das estratégias para que se implemente ações focadas para a prevenção destes eventos quase sempre danosos ao paciente, que envolvem aspectos tanto físicos (fraturas, escoriações, etc.) quanto psicológicos (medo de mobilizar-se) e sociais (afastamento da família, do trabalho por aumento do tempo de internação).

Vale ressaltar a limitação de comparação dos achados com outros estudos em função da recente tradução e adaptação da MFS para a língua portuguesa, não havendo ainda publicações em nosso país.

A utilização da Morse Fall Scale traduzida e adaptada para a língua portuguesa pode auxiliar na detecção precoce do risco para quedas, e, conseqüentemente, reduzir as taxas de quedas e as possíveis complicações trazidas por elas em pacientes hospitalizados.

Espera-se, ao final do estudo, contribuir para o planejamento de prática qualificada em saúde e em enfermagem, por meio do estabelecimento de protocolos de avaliação do risco e prevenção de quedas.

## REFERÊNCIAS

1. Morse JM. Preventing Patient Falls. 2ª ED. Canadá. Springer Publishing Company, 1997. 150p.
2. Morse J M. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. 2ª Ed. Springer Publishing Company, 2009. 169p.
3. World Health Organization. Who global report on falls prevention in older age. 2007. Acesso 24 novembro 2012. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/other\\_injury/falls\\_prevention.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/falls_prevention.pdf)
4. Silva TM, Nakatani AYK, Souza ACS, Lima MCS. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. Revista Eletrônica de Enfermagem. Abr, 2007;9(1):64-78.

5. Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa ML. Causas e conseqüências de quedas em idosos. Rev Saúde Pública. 2004; 38(1): 93-9
6. Kim KS, Kim JÁ, Choi YK, Kim J, Park MH, Kim HY et al. A comparative Study on the Validity of Fall Risk Assessment Scales in Korean Hospitals. Asian Nursing Research, March 2011;5(1):28-37.
7. Robey-Williams C, Rush KL, Bendyk H, Patton LM, Chamberlain D, Sparks T. Spartanburg Fall Risk Assessment Tool: a simple three-step process. Appl Nurs Res. 2007 May; 20(2): 86-93.
8. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. Canadian Journal on Aging. 1989; 8(4): 366-77.
9. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. "Morse Fall Scale": tradução e adaptação para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enferm USP. Artigo no Prelo. 2013.
10. Chapman J, Bachand D, Hyrkas K. Testing the sensitivity, specificity and feasibility of four falls risk assessment tools in a clinical setting. J. Nurs Manag. Jan, 2011;19(1):1233-42.
11. Bailey PH, Rietze LL, Moroso S, Szilva N. Description of a process to calibrate the Morse fall scale in a long-term care home. Appl Nurs Res. Nov, 2011;24(4):263-8.
12. Schwendimann R, De Geest S, Milisen K. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. Oxford Journals. Maio, 2006;35(3):311-313.
13. Costa SGRF, Monteiro DR, Hemesath MP, Almeida MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. Rev. Gaúcha Enferm. Dez, 2011;32(4):676-81.
14. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Basto RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. Rev. Saúde Pública. Fev, 2012;46(1):138-146.
15. Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. Rev. Bras. Med. Esporte. Outubro, 2005;11(5):299-305.

### Endereço para correspondência:

Janete de Souza Urbanetto  
Av. Ipiranga, 6681 – Partenon  
Porto Alegre – RS - CEP: 90619-900  
Telefone: (51) 3320.3646  
E-mail: jurbanetto@puccrs.br