

## Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

Pontos	Classificação	Descrição
<b>+4</b>	Agressivo	Violento, perigoso
<b>+3</b>	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos e catéteres
<b>+2</b>	Agitado	Movimentos sem coordenação frequente
<b>+1</b>	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
<b>0</b>	Alerta, calmo	
<b>1</b>	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (>10seg)
<b>2</b>	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (<10seg)
<b>3</b>	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz (mas sem contato visual)
<b>4</b>	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
<b>5</b>	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Procedimento da medida do RASS:

1. Observar o paciente.
  - Paciente está alerta, inquieto ou agitado. (0 - 4)
2. Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir para ele abrir os olhos e olhar para o profissional
  - Paciente acordado com abertura dos olhos sustentada e contato visual. (-1)
  - Paciente acordado realizando abertura de olhos e contato visual, porém breve. (-2)
  - Paciente é capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual. (-3)
3. Quando o paciente não responde a estímulo verbal, realizar estímulo físico.
  - Paciente realiza algum movimento ao estímulo físico. (-4)
  - Paciente não responde a qualquer estímulo. (-5)

Fonte:

NASSAR JUNIOR, A.P.; et al. Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. São Paulo Med J, vol 126., n. 4, 2008.