

# ESCALA DE SEDAÇÃO DE RASS E SUA APLICAÇÃO NA ROTINA FISIOTERAPÊUTICA

Silva,<sup>1</sup> N. R e Sá,<sup>2</sup> P. M.

## RESUMO

A literatura descreve o emprego das escalas de sedação e agitação GCS, Ramsay, SAS (Sedation Agitation Scale) e o escore de sedação de Richmond (RASS), na prática clínica. Contudo, o escore para avaliação do nível de sedação mais utilizado atualmente é a escala de Ramsay. O RASS, contudo apresenta vantagem sobre a escala de Ramsay por graduar o nível de agitação e ansiedade do doente. A partir de aplicação de questionário e levantamento bibliográfico esperamos compreender porque a escala de RASS é pouco utilizada na prática clínica fisioterapêutica.

Palavra chave: Escala de sedação, RASS, fisioterapia

## ABSTRACT

The literature describes the use of sedation scales and bustle GCS, Ramsay, SAS (Sedation Agitation Scale) and sedation score of Richmond (RASS), in clinical practice. However, the score for assessment of sedation level is currently the most widely used scale Ramsay. The RASS, yet presents advantage over the Ramsay scale for grading the level of agitation and anxiety of the patient. The starting of a questionnaire and bibliographic hopefully understand why the scale of RASS is rarely used in clinical practice physiotherapy.

Key words: Sedation Scale, RASS, physiotherapy

## INTRODUÇÃO

O uso de analgésicos e sedativos é frequente no ambiente de terapia intensiva [1]. A sedação envolve um amplo espectro de condições desde um simples estado de cooperação, tranquilidade e vigília, com orientação temporoespacial preservada, até estados de depressão das respostas aos comandos [2].

As escalas para avaliação de dor e sedação são procedimentos a serem realizados através de métodos precisos, simples, reproduzíveis, disponíveis e passíveis de inclusão entre os controles regulares do estado clínico do doente grave [3].

A literatura descreve o emprego das escalas de sedação e agitação GCS, Ramsay, SAS (Sedation Agitation Scale) e o escore de sedação de Richmond (RASS), na prática clínica [4]. Contudo, o escore para avaliação do nível de sedação mais utilizado atualmente foi proposto por Ramsay et al. [5] em 1974, e baseia-se em critérios puramente clínicos para classificar o nível de sedação, seguindo a numeração de 1 a 6 para graduar de ansiedade, agitação ou ambas, até coma sem resposta [6].

O RASS, que foi recentemente revisado e validado para pacientes gravemente enfermos apresenta como vantagem so-

bre a escala de Ramsay a graduação do nível de agitação e ansiedade [7]. O paciente alerta e calmo representa o zero da escala, existem quatro níveis de agitação graduados de forma crescente de um a quatro, e mais cinco níveis de sedação graduados de um a cinco negativos [7]. A parte negativa da escala é equivalente ao proposto pelo escore de Ramsay, enquanto que os escores positivos discriminam graus de agitação que vão de inquieto a agressivo, e que não são contemplados pela escala de Ramsay [7].

Com base no exposto esperamos compreender porque a escala de RASS é pouco utilizada na prática clínica fisioterapêutica.

## Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo transversal com aplicação de questionário individual. O instrumento de coleta de dados foi elaborado após leitura e análise da bibliografia revisada que aborda a atuação do fisioterapeuta na área de terapia intensiva.

Consta no questionário indagações como: experiência profissional, atualização acadêmica e conhecimentos específicos para escala de sedação, aplicabilidade na rotina clínica dos entrevistados (Anexo A). Foram considerados cursos de atualização os entre 30 e 150 horas/aula. O questionário foi preenchido individualmente, sem influência do pesquisador.

Foram entrevistados 50 sujeitos de ambos os sexos. Os dados foram apresentados através de percentis.

## RESULTADOS

Dos 50 indivíduos entrevistados, 86% tem ao menos uma especialização; 10% tem 2 especializações e 4 % tem 5 ou mais especializações específicas na área de terapia intensiva (Gráfico 1).

Com relação aos cursos de atualização, 70 % tem de 1 a 5 cursos. 14 % tem de 6 a 15 cursos. 10 % tem mais de 20 cursos e 6% não tem nenhum curso de atualização (Gráfico 2).

Os indivíduos com mestrado totalizaram 8 % da amostra. Doutorado 4%.

Mais da metade da amostra apresenta experiência profissional de 1 a 2 anos (56%). 10% alega 2 a 3 anos de experiência. 4% de 3 a 4 anos. 22 % mais de 5 anos de experiência. Durante as entrevistas, os indivíduos que se descreveram sem experiência profissional, alegaram ter experiência ao nível de estágio realizado durante a graduação e/ou especialização (8%) (Gráfico 3).

Avaliando o conhecimento sobre as escalas de sedação, ape-

nas 2 % da amostra disseram conhecer todas as escalas de sedação, desses, 1% tem mestrado ou doutorado. 10% e 4 % conhecia ao menos 3, sendo essas respectivamente: Ramsay, RASS e GCS; e Ramsay, RASS e SAS; e desses, quase a metade tinha ao menos uma especialização. O conhecimento das escalas de Ramsay e RASS foi o que predominou nos indivíduos entrevistados (60%). 22 % conhece apenas a escala de Ramsay e 2 % só a RASS (Gráfico 4).

Em relação ao uso na rotina de trabalho, a escala de Ramsay foi a mais presente com 50% das respostas, seguida da escala de RASS com 16 %. 28 % relataram utilizar Ramsay e RASS. 2 % utiliza as de Ramsay e GCS. 2 % utiliza as Ramsay e

GCS. 2 % relataram utilizar todas as escalas (Gráfico 5).

Avaliando o conhecimento a respeito da escala escolhida, 42 % responderam que utilizam a escala escolhida por ser protocolo do seu ambiente de trabalho. 34 % disseram que utilizam por ser a que deteem o conhecimento necessário para aplicabilidade. 18 % descreveram não dominar o conhecimento necessário para a aplicação das outras escalas. 2 % responderam que a escolha da referida escala deveu-se tanto pelo domínio do conhecimento da mesma quanto pela ausência do conhecimento essencial para outra escala. 2 % referiu dominar o conhecimento na escala escolhida e ser protocolo do seu ambiente de trabalho. 2 % descreveu dominar o conhecimento da escala escolhida, não dominar o conhecimento e ser rotina no seu ambiente de trabalho (Gráfico 6).

**DISCUSSÃO**

As escalas de sedação tem o intuito de monitorar o nível de consciência ou excitação, bem como para avaliar a cognição, a agitação, a sincronia paciente-ventilador, e outros parâmetros [6,8,9]. Para que essa ferramenta seja eficaz no ambiente de terapia intensiva, os usuários devem estar confiantes da precisão da escala escolhida [10].

As características desejáveis de uma boa escala de sedação passam por determinados critérios [11]: desenvolvimento multidisciplinar rigoroso; facilidade de administração, recall, e interpretação; bem definidos critérios distintos para cada nível; níveis de sedação suficientes para titulação droga eficaz; avaliação de agitação; e demonstração de confiabilidade entre avaliadores e evidência de validade em populações relevantes paciente.

Em 2002, a publicação das diretrizes do SCCM, relataram dados a partir de estudos em 44 unidades de terapia intensiva no ano de 2004 e revelaram que a avaliação de sedação ainda não é protocolo em pacientes que estão recebendo sedativos [12]. Os autores descrevem que de 72% dos pacientes estavam recebendo medicações sedativas, mas apenas 43% receberam avaliação de sedação. A oportunidade perdida para titular medicamentos eficazmente usando uma escala de sedação é aparente, visto que 57% dos pacientes avaliados estavam sob sedação profunda [12].

Um levantamento nacional no Canadá mostrou que apenas 49% dos intensivistas utilizou um sistema de pontuação sedação [13]. Outro estudo em 44 UTIs na França mostrou que apenas 43% dos pacientes foram avaliados quanto à sedação e apenas 42% foram avaliados para analgesia pelo segundo dia na UTI [12].

A utilização da escala de Richmond poderia permitir condutas terapêuticas mais específicas para diferentes graus de agitação e ansiedade. Níveis adequados de sedação, Ramsay de 2 a 4 e Richmond de 0 a -3, correlacionaram-se positivamente com a alta da UTI, com sensibilidade de 100% e especificidade de 67%. Os escores de Ramsay e Richmond também apresenta-



Gráfico 1



Gráfico 2



Gráfico 3

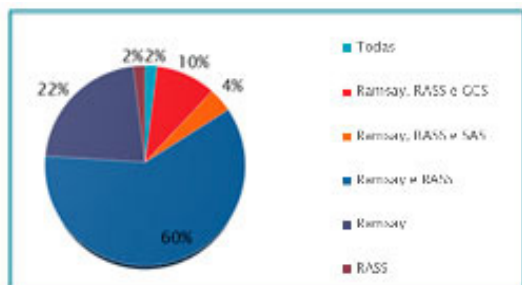


Gráfico 4



Gráfico 5



Gráfico 6

ram uma boa correlação com desfecho desfavorável. Sedação profunda, Ramsay > 5 ou Richmond < -4 correlacionaram-se positivamente à mortalidade, com especificidade de 97% e sensibilidade de 75% [9,14].

Em estudo descrito na literatura, foram avaliados 29 pacientes. Um total de 136 notas estavam disponíveis a partir de cada escala. SAS e RASS tiveram o maior acordo entre observadores, mas todas as comparações tiveram ao menos um acordo substancial (> 0,60). A confiabilidade inter de RASS e SAS foi boa (> 0,80) entre todos os membros da equipe multidisciplinar [15].

O GCS é uma escala de coma, e seu uso tem sido extrapolado para quantificação da sedação [12,13]. Já a escala de Ramsay, tem sido descrita como a mais utilizada na prática clínica [12,13]. No entanto, alguns autores, têm sugerido que os níveis de sedação de Ramsay não são conclusivos [16].

A implementação de um instrumento de avaliação de sedação pode ter um impacto positivo sobre a precisão da administração sedativo [17,18], com maior frequência de avaliação do nível de sedação adequada e menor incidência de excesso de sedação, redução na dose dos sedativos e drogas analgésicas, menor duração da ventilação mecânica, e até mesmo redução do uso de medicamentos vasopressores [17,18].

A utilização de estratégias que incorporem a avaliação agendada para a agitação, dentro do contexto de monitoramento adicional e gestão orientada, tem sido associada com uma redução na agitação, menor duração da ventilação mecânica, e ainda menos infecções hospitalares [18,19]. O desempenho regular e documentação de nível de sedação e agitação usando um instrumento lógico, fácil, validado, é fortemente recomendado.

Os resultados descritos na literatura corroboram com os encontrados no nosso estudo, sendo a escala de Ramsay a de maior uso na prática clínica. Não observamos estudos anteriores que avaliem o conhecimento dos profissionais fisioterapeutas diante das escalas de sedação, contudo, diante dos nossos resultados, podemos inferir que existe uma relação direta entre a aplicabilidade de diferentes tipos de escalas e o nível técnico dos profissionais.

## CONCLUSÃO

Tanto a aplicabilidade quanto o conhecimento sobre a escala de RASS são pouco frequentes na prática clínica fisioterapêutica. A escala de Ramsay parece permanecer como dominante na rotina de atendimento e sua empregabilidade pode ser atribuída a falta de domínio dos profissionais para as demais escalas.

É possível que com a ênfase na educação continuada e a elaboração de protocolos de avaliação de sedação possamos atingir um ponto de equidade para melhor compreensão dos aspectos que cercam os escores de sedação. Todavia, contribuir para a prática clínica fisioterapêutica.

Assim, tanto a escala de RASS quanto as demais escalas de sedação, poderão estar inseridas na rotina clínica de atendimento, promovendo a melhor gestão da sedação com foco na individualidade do paciente.

## REFERÊNCIAS

- [1] Sessler, C., Wilhelm, W. (2008), Analgesia and sedation in the intensive care unit: an overview of the issues. *Crit Care*. 12(Suppl 3):S1.
- [2] Gommers, D., Bakker, J. (2008), Medications for analgesia and sedation in the intensive care unit. *Crit Care*. 12(Suppl 3):S4.
- [3] Do Amaral, J.L.G., Issy, A.M, et al. Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira sobre Analgesia, Sedação e Bloqueio Neuromuscular em Terapia Intensiva. AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 1999.
- [4] Jacobi, J., Fraser, G.L., Coursin, D.B, et al. (2002), Diretrizes de prática clínica para o uso sustentado de sedativos e analgésicos em estado crítico adulto. *Crit Care Med*. 30 (1):119-41.
- [5] Rhoney, D.H., Murry, K.R.(2003), National survey of the use of sedating drugs, neuromuscular blocking agents, and reversal agents in the intensive care unit. *J Intensive Care Med*. 18(3):139-45.
- [6] Ramsay, M.A., Savege, T.M., Simpson, B.R., Goodwin, R. (1974), Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *Br Med J*. 2(5920):656-9.
- [7] Soliman, H.M., Mélot, C., Vincent, J.L. (2001), Sedative and analgesic practice in the intensive care unit: the results of a European survey. *Br J Anaesth*. 87(2):186-92.
- [8] Riker, R.R., Picard, J.T., Fraser, G.L. (1999), Avaliação prospectiva da Escala de sedação e agitação de pacientes críticos adultos. *Crit Care Med*. 27:1325-1329.
- [9] Sessler, C.N., Gosnell, M.S., Grap, M.J., Brophy, G.M. (2002), O'Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK. O Richmond Escala de Agitação-Sedação: validade e confiabilidade em pacientes de unidade de terapia intensiva de adultos. *Am J Respir Crit Care Med*. 166:1338-1344.
- [10] Sessler, N.C.(2005), Anais da 6ª Conferência do Centro de Segurança de medicamentos e melhora clínica: 17-18 novembro. San Diego, CA: Centro de Segurança de medicamentos e melhora clínica; 2005 O uso de escalas de avaliação de sedação em UTI: Prestar atenção ao que estamos fazendo, pp P6-P10. <http://www.cardinal.com/clinicalcenter/materials/conferences/SedationProceedings.pdf>.
- [11] Sessler, C.N. (2004), Escalas de sedação em UTI. *peito*. 126 :1727-1730. doi:. 10.1378/chest.126.6.1727

[12] Payen, J.F., Chanques, G. J., Mantz, Hercule, C., Auriant, I., Leguillou, J.L., Binhas, M., Genty, C., Rolland, C., Bosson, J.L.(2007), As práticas atuais em sedação e analgesia para pacientes críticos sob ventilação mecânica: um estudo com base em paciente prospectivo multicêntrico. Anestesiologia. 106 :687-695.

[13] Mehta, S., Burry, L., Fischer, S., et al. (2006), Pesquisa canadense do uso de sedativos, analgésicos e agentes bloqueadores neuromusculares em pacientes criticamente enfermos. Crit Care Med. 34 (2):374-80.

[14] Ely, E.W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J.W., Wheeler, A.P., Gordon, S, et al. (2003), Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 289 (22):2983-91.

[15] Junior, A.P.N., Neto, R.C.P., De Figueiredo, W.B., Parque, M.(2008), Validade, confiabilidade e aplicabilidade das versões em português de escalas de sedação e agitação em pacientes críticos. São Paulo Med.J. vol.126 n.4, São Paulo, jul.

[16] Carrasco, G.(2000) Instrumentos para monitoramento de cuidados intensivos da unidade sedação. Cuidado Crítico. 4 (4) :217-25.

[17] Costa, J. L., Cabre, Molina, R., Carrasco, G. (1994), Custo de sedação em UTI: Comparação de métodos empíricos de sedação e controlados . Clin Terapia Intensiva. 5 (Supl) :17-21

[18] Botha, J.A., Mudholkar, P.(2004), O efeito de uma escala de sedação em horas de ventilação, sedativos, analgésicos e uso de inotrópicos em uma unidade de terapia intensiva, Crit Care Resusc. 6 . :253-257

[19] De Jonghe, B., Bastuji-Garin, S., Fangio, P., Lacherade, J.C., Jabot, J., Appere-De-Vecchi, C., Rocha, N., algoritmo Outil, H. (2005) sedação em pacientes criticamente doentes sem lesão cerebral aguda. Crit Care Med. 33: 120-127.

## Anexo 1

### Questionário

#### 1. Pós-Graduação específica na área de terapia intensiva

- ( ) 1  
 ( ) 2  
 ( ) 3  
 ( ) 4  
 ( ) 5 ou mais

#### 2. Cursos de atualização específicos nas áreas de terapia intensiva

(30 até 150 h/a)

- ( ) de 1 à 5  
 ( ) de 6 à 15  
 ( ) 16 à 20  
 ( ) Mais de 20

3. Mestrado ( ) Sim ( ) Não

Em área afim ( ) Sim ( ) Não

4. Doutorado ( ) Sim ( ) Não

Em área afim ( ) Sim ( ) Não

5. Experiência profissional na área

- ( ) 1 a 2 anos  
 ( ) 2 a 3 anos  
 ( ) 3 a 4 anos  
 ( ) Mais de 5 anos

6. Quais escalas de sedação você conhece?

- ( ) Ramsay  
 ( ) RASS  
 ( ) GCS  
 ( ) SAS

7-Qual a escala que você utiliza na sua rotina?

- ( ) Ramsay  
 ( ) RASS  
 ( ) GCS  
 ( ) SAS

8- De acordo com a escala que utiliza. Permaneceu utilizando esta escala por que:

- ( ) Acredito dominar o conhecimento necessário referente a mesma  
 ( ) Não domino completamente o conhecimento necessário a aplicabilidade das outras escalas  
 ( ) Não acredito na eficiência e eficácia das outras escalas  
 ( ) A escala utilizada é protocolo do setor em que trabalho

1-Fisioterapeuta intensivista , Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI), Instituto de Fisioterapia Intensiva (IFI) Rio de Janeiro, Brasil

2-Fisioterapeuta, Universidade do Estado do Rio de Janeiro(UERJ), Rio de Janeiro, Brasil

Contato:

e-mail: neisereis@yahoo.com.br