

SONOTERAPIA MEDICAMENTOSA

HORÁCIO BELFORT MATTOS *

AMADEU AGA *

HILDEBRANDO ARAUJO *

O sono é reconhecido como um mecanismo de proteção e reparação do organismo desde há muitos séculos. A descoberta dos barbitúricos levou Wolff, em 1901, a usá-los pela primeira vez, como um corretivo dos estados de agitação. Coube a Kaesi, em 1921, o mérito de preconizar o emprêgo dos barbitúricos na indução ao sono prolongado e de exaltá-lo como um recurso terapêutico de valor nas esquizofrenias. Pavlov em seu trabalho intitulado "Inibição Interna e Sono: um único e mesmo processo", publicado em 1922, deu as primeiras interpretações quanto ao fenômeno do sono e do seu papel na defesa do organismo. A partir de 1930, com Cloetta, vêm sendo ensaiadas e preconizadas várias associações medicamentosas, como eficazes na determinação do sono prolongado. A introdução dos derivados da fenotiazina no arsenal terapêutico, levou A. Deschamps em 1952, a publicar os primeiros resultados obtidos através do sono hiberna⁷. Nestes últimos 10 anos, numerosos trabalhos têm sido divulgados, todos salientando o valor da sonoterapia no combate de uma série de afecções direta ou indiretamente relacionadas ao sistema nervoso.

MODALIDADES DE INDUÇÃO AO SONO

Múltiplos processos podem ser empregados para a indução ao sono, tais como, através de drogas hipnóticas; por bloqueio medicamentoso córtico-diencefalo-hipofisário; por supressão de estímulos externos; pelo emprêgo de estímulos monótonos e intermitentes ou ainda pela hipnose¹. Várias Escolas dão interpretações diferentes quanto ao mecanismo da cura pelo sono; assim é que, segundo os reflexologistas, seria criada uma inibição cerebral protetora, tal fato acarretando o descondicionamento de reflexos mórbidos⁹; os jacksonianos explicam-na através da dissolução e reconstituição dos níveis de integração córtico-diencefalo-medular. Os psicanalistas veriam, na cura pelo sono, processos de regressão a estágios primitivos da evolução libidinal, correspondendo a fase do despertar à evolução através das etapas necessárias à maturidade personalística. Segundo Seyle, o bloqueio da atividade vegetativa e endócrina permitiria ao organismo desenvolver uma reação harmoniosa com o ambiente sem prejuízo de sua homeostase¹⁰.

* Médicos da Casa de Saúde Tremembé, São Paulo (SP).

A tendência atual é a de valorizar a participação do córtex cerebral, em especial, do lobo parietal, que recolhe as sensações do mundo exterior, da circunvolução pericalosa e cérebro orbitário (cérebro visceral), na patogenia das neuroses e psicoses.

A hibernoterapia, bionarcese ou cura neuroléptica (designações usadas respectivamente por Ey, Delay e Laborit) serviu de base à sonoterapia, conforme é entendida atualmente (A. Deschamps), em que se potencializa a ação dos hipnóticos, colocando-se em repouso o sistema neurovegetativo com o auxílio de neurolépticos ^{4, 5}.

A sonoterapia contínua, medicamentosa ^{2, 4, 7, 8}, pelas sérias complicações que envolve, vem sendo abandonada em favor do tratamento pelo sono prolongado, descontínuo, de êxitos terapêuticos similares e riscos reduzidos ^{3, 9, 10}.

PRINCÍPIOS BÁSICOS

Uma vez reconhecido que o aumento da média diária do sono induzido por certos medicamentos assegura ao organismo melhores condições de defesa de sua integridade funcional, é de todo aconselhável que êle seja, o mais próximo possível, semelhante ao fisiológico.

O sono normal caracteriza-se principalmente pelo desaparecimento da consciência vigil, com conservação das funções vegetativas e reversibilidade espontânea. Durante o sono predominam as reações catabólicas, ocorrendo: aumento da reserva de glicogênio hepático, bradicardia, bradisfigmia, bradipnéia, ligeira queda da pressão arterial, diminuição da atividade digestiva bem como da diurese, hipotermia, hipotonia muscular, hipoestesia, hiporreflexia, além de hiperglobulia relativa, aumento da taxa de hemoglobina e leucopenia ⁹. O sono fisiológico apresenta flutuações quanto à sua profundidade, a qual seria mais acentuada nas duas ou três primeiras horas. Sua instalação seria precedida de torpor, sonolência, elevação progressiva do umbral de percepção dos estímulos externos ou internos, pensamento ideó-fugo, sentimentos imprecisos e finalmente adormecimento. O despertar seria lento e progressivo, desacompanhado de qualquer sensação molesta.

Na indução ao sono terapêutico deve-se atentar para o fato de que o equilíbrio entre os níveis de integração pessoal acha-se comprometido, advindo daí a necessidade de se bloquear o sistema nervoso da maneira mais extensa possível, através o emprêgo de associações medicamentosas de efeitos secundários pouco intensos e baixa toxidez, buscando-se conseqüentemente, obter o máximo de efeitos desejáveis com o mínimo de ações desfavoráveis.

Nossa experiência tem comprovado que um sono médio diário de 16 horas, mesmo quando mantido durante 14 dias, em lugar de 20, tem-se mostrado suficiente para proporcionar os resultados terapêuticos esperados, sem os inconvenientes que habitualmente eclodem, após um período mais dilatado.

DROGAS PSICOTRÓPICAS HABITUALMENTE EMPREGADAS

Rotineiramente usam-se hipnóticos, neurolépticos, tranqüilizadores e timoanalépticos neste tipo de tratamento. Na eleição dos hipnóticos são considerados o seu grau de toxidez, rapidez de ação e tempo de duração de seu efeito. Elegem-se barbitúricos de ação rápida e tempo de atuação média, para serem administrados durante o dia e de efeito prolongado para a noite. São eles reforçados em sua eficácia por hipnóticos não barbitúricos, de toxicidade bastante reduzida, se bem que de potência sonífera mais atenuada. Dentre os neurolépticos, são escolhidos aqueles mais aptos a potencializar a ação dos hipnóticos, de efeitos secundários fracos, uns de absorção rápida e ação em torno de cinco horas e outros de efeito mais prolongado, reservado para o período noturno. Deve-se tomar o especial cuidado de empregar a quantidade de neuroléptico exclusivamente necessária para potencializar o efeito hipnótico das outras drogas. Entre os tranqüilizadores dá-se preferência aos pouco tóxicos, de eficaz ação redutora dos estados de tensão emocional. Os timoanalépticos são associados durante todo o transcurso ou na fase final do tratamento, na dependência do grau de depressão dos pacientes, ou ainda, objetivando atenuar ou impedir as crises paroxísticas ansiosas passíveis de eclodirem, quando da redução da dosagem dos hipnóticos^{6, 11}.

TÉCNICA DO TRATAMENTO

O objetivo a atingir é o de assegurar uma média de sono diário, em torno de 16 horas, sendo reservado o tempo restante para a alimentação, higiene individual, movimentação e ingestão dos medicamentos. Em princípio, os medicamentos são ministrados em horas certas, sendo, porém, evidente, que não se deve despertar o paciente na hipótese dêle ainda encontrar-se dormindo na hora da nova prescrição estabelecida. A prática sancionou às 7, 11,30, 16 e 20,30 horas, como as que melhor atendem ao ritmo fisiológico do paciente e às limitações habituais dos hospitais.

Numa cura de sono bem conduzida o paciente deve permanecer desperto cêrca de 2 horas em torno dos horários assinalados, o que se busca conseguir, com uma distribuição racional dos medicamentos. Outro ponto importante a ser considerado é o nível de profundidade do sono, o qual nunca deverá ultrapassar um grau que impeça ao paciente de responder de maneira vaga e difusa aos estímulos externos mais violentos para, logo em seguida, retornar ao sono. O sono superficial, ou seja, aquele que permite ao seu portador despertar e responder aos estímulos externos, de maneira adequada, para voltar a dormir, espontâneamente, deve ser respeitado e computado como horas de sono. Mesmo nos períodos em que o paciente está desperto, não deixa de estar sob o efeito, se bem que mitigado, da medicação em curso; vale dizer, que uma sonolência de maior ou menor intensidade deve acompanhar os períodos de vigília.

Inferese do que foi dito, que o paciente submetido a sonoterapia necessita ser acompanhado muito de perto, pois é comum verificar-se a necessi-

dade de um reajuste na dosagem, quer porque no transcurso de dias o sono tende a superficializar-se, quer porque pode haver acúmulo medicamentoso e propensão a um sono muito profundo ou prolongado.

Além do contrôlo permanente do sono em si, deve-se atentar, para outros fenômenos que ocorrem ao lado, como relaxamento muscular excessivo ou ainda a eclosão de sinais sugestivos de extrapiramidalismo.

Ao lado do acompanhamento do ponto de vista psiquiátrico é também importante que se faça uma revisão clínica diária com vistas a possíveis complicações ou intercorrências clínicas, as quais se não atendidas a tempo, podem evoluir rapidamente, graças à baixa resistência do organismo do paciente em sonoterapia.

É de todo aconselhável que se inicie a sonoterapia, com doses reduzidas, as quais se avolumam progressivamente, em cada tomada ou diariamente, na dependência das reações do paciente às mesmas. Convém também que a dose das 7 horas seja um pouco mais potente que a das 11,30 e 16 horas, pois pela manhã vem o paciente de dormir um sono mais prolongado e naturalmente encontra-se mais resistente aos hipnóticos.

A dosagem de cada um dos medicamentos, que integram as composições terapêuticas e que devem ser ingeridas pelos pacientes, é de suma importância para a obtenção do sono desejado. Para efeito de elucidação do que foi dito, se elegermos a clorpromazina como o neuroléptico de base, teríamos a dose de 150 mg por dia. Em relação ao tranqüilizador, se optarmos pelo meprobamato, a dose total diária poder-se-ia arbitrar em tórno de 1600 mg. Ainda dentro deste esquema a fenil-etil-maloniluréia, hipnótico barbitúrico escolhido, seria ministrada à razão de 500 mg por dia, sendo seu efeito reforçado pela imida do ácido glutárico, hipnótico não barbitúrico na dose de 750 mg por dia. Para completar a composição, a imipramina seria introduzida na dose de 75 mg por dia. A associação medicamentosa supra seria subdividida nas 4 tomadas de maneira racional, cabendo uma dose mais concentrada à prescrição das 20,30 horas. No primeiro dia da sonoterapia seria empregada a quarta parte da dosagem acima; no segundo, a metade; no terceiro, três quartas partes e finalmente no quarto dia a dose total que serviu de exemplo. Torna-se claro que nem sempre há necessidade de atingir a dose do quarto dia para manter um bom sono e também que em casos mais raros ela se mostra insuficiente, obrigando a um acréscimo da dosagem, a qual, em princípio, não será feita às custas do barbitúrico. A substituição da clorpromazina pela levopromazina, na dose de 50 mg por dia, tem-se mostrado útil, como também podemos substituí-la por outros neurolépticos em caso de intolerância individual. O emprêgo de neurolépticos de ação e efeito rápido durante o dia como os já citados é recomendado, convindo que a prescrição da noite inclua um de efeito prolongado como a trifluoprazina (2 mg) ou fluofenazina (1 mg), vindo cada um destes produtos substituir a dose de clorpromazina ou levopromazina prevista para a noite.

O meprobamato tem sido substituído pela clormezanona, a qual seria prescrita na dose de 500 mg por dia e ultimamente pelo chlórdiazepoxide ministrado em tórno de 60 mg por dia.

Quanto aos barbitúricos, têm sido usadas composições de ação rápida e efeito médio para serem ministrados durante o dia. Por exemplo: seco-barbital sódico (100 mg), butabarbital sódico (50 mg) e à noite associam-se ao fenobarbital (100 mg), um produto que integra três barbitúricos: seco-barbital (50 mg), butobarbital (30 mg) e fenobarbital (50 mg), com vistas a indução rápida a um período de 8 horas de sono.

A imipramina tem sido também substituída pela amitriptilina, mantendo-se a mesma dosagem, isto porque esta última é dotada de um bom efeito anti-ansioso e efeitos secundários mais moderados.

A imida do ácido glutárico pode eventualmente ser substituída pela metilprilona, pela metilquinazolona ou, em parte, pela dicloralfenazona.

Últimamente tem sido integrado ao arsenal terapêutico destinado à sonoterapia um derivado do tioxanteno (RO 4-0403), com resultados bastante promissores.

Tratamentos pelo sono também têm sido efetuados com o auxílio de um produto que reúne um tranqüilizador a dois barbitúricos.

Na fase final do tratamento, os barbitúricos e neurolépticos devem ser reduzidos progressivamente; os tranqüilizadores e os hipnóticos não barbitúricos também o serão, porém em ritmo mais lento; finalmente, os psicanalépticos deverão ser aumentados, atingindo no 2.º e 3.º dias desta etapa a dose de 125 ou 150 mg.

Tôdas estas considerações em torno dos produtos eleitos, de suas respectivas dosagens e horas de suas prescrições, visam unicamente dar um roteiro para o tratamento, o qual, na maioria dos casos, não é seguido na íntegra, por força das variações individuais que devem ser respeitadas, contornando-se as dificuldades que surgem através de modificações parciais ou substanciais do esquema de tratamento em curso.

O manejo dos medicamentos citados por parte de pessoas pouco experimentadas, mesmo seguindo o esquema acima, pode levar a resultados desastrosos, colocando inclusive em risco de vida o paciente.

MEDICAMENTOS AUXILIARES

A administração prolongada e intensiva de medicamentos psicotrôpicos e o próprio sono prolongado, apesar de descontínuo, requerem maiores cuidados do ponto de vista clínico. Grande parte dos medicamentos usados é metabolizada pelo fígado, tal fato acarretando um incremento do consumo de vitaminas, em especial as do complexo B, além da vitamina C. Daí a necessidade da sua suplementação obrigatória. Uma gastrite aguda, por irritação devida aos medicamentos, surge com bastante freqüência, devendo ser combatida com anti-ácidos administrados generosamente. A obstipação intestinal é uma constante deste tratamento, conseqüente a hipotonia intestinal, fruto dos efeitos secundários da medicação em curso e do repouso

prolongado do paciente. É a mesma combatida através de laxativos vegetais (tipo aloes e cáscara sagrada) ou em casos mais severos com o emprêgo de supositórios ou clisteres de glicerina ou ainda com a juda de pros-tigmina oral ou parenteral. A ligeira queda da pressão arterial que se instala, pode agravar-se com a mudança de decúbito ou mesmo sem ela, o que se procura corrigir com extratos de supra-renal ou, excepcionalmente, com a redução da dose dos neurolépticos. O ressecamento das mucosas do aparelho respiratório e congestão da mucosa nasal ocorre, quase sempre, levando o paciente a respirar pela bôca, com subsequente aumento do risco de ser contraída uma infecção da árvore respiratória, pois, a par da hipoventilação pulmonar própria da sonoterapia, há uma queda da resistência geral do organismo às infecções. A simples instilação nasal de sôro fisiológico ou de vasoconstritores de ação suave e prolongada, auxilia bastante na prevenção de intercorrências dêste tipo. O aprofundamento excessivo do sono com a eclosão de sinais incipientes de sofrimento bulbar deve ser combatido com urgência por meio de analépticos respiratórios, além da oxigênio-terapia que o estado impõe.

DIETA

A alimentação deve ser de fácil digestão, de consistência pastosa, preferivelmente, capaz de proporcionar ao organismo, em média, 3000 calorías diárias. Líquidos, sucos de frutas, limonada ou laranjada deverão ser oferecidos em abundância ⁸.

As refeições devem preceder a ingestão dos medicamentos.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O contrôle da pressão arterial, respiração, pulso e temperatura, deverá ser efetuado, no mínimo, quatro vêzes ao dia, antes de ser administrada a medicação. A evacuação e a diurese também devem ser controladas, assim como a quantidade de líquidos e alimentos ingeridos. A higiene pessoal deve ser auxiliada, com especial referência para a pele. Em certos tipos de doentes faz-se necessário o emprêgo de anteparos nos lados das camas, para prevenir quedas. A alimentação, muitas vêzes, deve ser administrada pela enfermagem, pois o paciente não consegue fazê-la só, devido à hipotonia muscular. Os pacientes submetidos a sonoterapia deverão, de preferência, ficar alojados em quarto com dois leitos.

PROBLEMAS DA FASE FINAL DO TRATAMENTO

Até há bem pouco tempo, em cêrca de 20% dos casos e em média 36 horas após a retirada dos barbitúricos, ocorriam crises paroxísticas do tipo onírico ou ansioso, principalmente naqueles que se mostravam mais resistentes à indução ao sono. Em 6% dos casos, ocorriam crises convulsivas, sucedidas de melhoras clínicas notáveis, tendo até certos autores preconizado

o emprêgo da sismoterapia, neste período. A redução lenta e progressiva da dosagem, associada a introdução ou aumento da dosagem de timonalépticos ou do Tioxanteno, vieram reduzir de muito a intensidade e frequência destas crises, apesar de que pode haver mutações maniatiformes em deprimidos e reaparição transitória e paroxística dos distúrbios iniciais, de rápida e espontânea remissão. Crises de angústia e de expressão fóbica, estados fugazes oníricos e delirantiformes também têm-se manifestado nesta fase do tratamento^{6, 11}. Paralelamente à redução da dosagem hipnótica, procede-se a um tratamento desintoxicante intensivo, associado à vitamino-terapia.

INTERCORRENCIAS MAIS FREQUENTES

Segundo sua incidência, podem surgir complicações respiratórias, hepato-biliares, reativação de infecções em especial urinárias ou intestinais, flebites, radiculalgias, dispepsias e manifestações alérgicas, principalmente para o lado da pele. A gravidade das mesmas ditará a conveniência da interrupção ou não do tratamento em curso. Um exame de urina tipo I, hemograma, hemossedimentação e provas de função hepática podem vir a ser necessários.

INDICAÇÕES

Indicações preferenciais — Timopatias ansiosas, episódios reativos histéricos, estados hipocondríacos e quadros reativos depressivos; psicoses psicogénicas; afecções psicossomáticas: hipertensão arterial (fase neurogênica), úlcera gastroduodenal, certas dermatoses (psoríasis, neurodermites e eczemas) e outras afecções psicossomáticas nas quais a angústia intervém de maneira marcante^{7, 8, 10, 11}

Indicações secundárias a outros tratamentos — Síndromes alucinatórias e delirantes, crônicas; depressões melancólicas com predomínio da ansiedade; neuroses obsessivas; estados psicóticos angustiosos; esquizofrenias catatônicas; síndrome de abstinência de certas toxicomanias; estados confusionais residuais; síndromes de agitação psicomotora.

CONTRA-INDICAÇÕES

Estados caquéticos, insuficiências circulatórias, hepáticas, renais, discrasias sangüíneas e processos infecciosos.

BIBLIOGRAFIA

1. ANGEL, J. M. — *The Thérapeutique par le Sommeil*. Masson, Paris, 1953, pág. 92.
2. BASTIÉ, J.; FERNANDES, A. — *La cure du sommeil de long cours en psychiatrie*. Presse méd., 61:651, 1953.
3. BRISSET, C.; DURAND, C.; GACHKEL, V. — *Les cures de sommeil*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Psychiatrie) — 2 — 37840 A¹⁰, págs. 1-8, 1955.
4. DESCHAMPS, A.; CADORET, M. — *Cure de sommeil*

prolongé en pratique médico-psychiatrique par le méthode dite d'hibernation. Presse méd., 43:878, 1953. 5. EY, H.; BERARD, E. — Les nouvelles techniques de cure de sommeil dans la pratique psychiatrique. Évolut. psychiat., 4:661, 1952. 6. EY, H.; SIVADON, P.; FAURE, H.; AMIEL, R.; IGERT, C. — Les paroxysmes oniriques et anxieux au cours de la cure de sommeil. Évolut. psychiat., 4:753, 1954. 7. GOMES, M. J. P. — Relatório sobre 24 casos de sono prolongado. Neurobiología, 18:24, 1955. 8. NORRY, J. T. — Terapeutica por el Sueno Prolongado. Alfa, Buenos Aires, 1953. 9. PACHECO E SILVA, A. C. — A cura pelo sono em psiquiatria. Rev. Med. Cirurg. S. Paulo, 15:1, 1955. 10. PEREIRA, J. M. N. — Sonoterapia descontinua e abreviada em Psiquiatria. Publ. méd., 32:73, 1962. 11. RACAMIER; CAURETIER; SENS — Les lendemains de cure de sommeil: la crise d'après cure. Évolut. psychiat., 2:305, 1959.