

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SONO

José Manuel Braz Veiga*



Sendo o Sono uma das necessidades humanas básicas, compete ao Enfermeiro cuidar do doente no sentido da sua máxima satisfação.

INTRODUÇÃO

Um ser humano passa cerca de um terço da sua vida a dormir, no entanto, o Sono só há cerca de 100 anos começou a fazer parte das preocupações da ciência médica. Na década de 50, depois de serem concluídos um conjunto

de estudos que envolveram, electroencefalografia, análises bioquímicas e observação clínica, o Sono passou a ser encarado como um processo fisiológico específico.

Os doentes internados são "bombardeados por um misto de sobrecarga e privação sensorial" que certamente irá perturbar os seus padrões de Sono. Hilton, usando o EEG, realizou um estudo que envolveu nove doentes internados em Unidades de Cuidados

Intensivos tendo concluído que, o tempo total de Sono oscilou entre 6 minutos e 13,3 horas. Nenhum dos doentes estudados teve ciclos completos de Sono.

Sendo o Sono uma das necessidades humanas básicas, compete ao Enfermeiro cuidar do doente no sentido da sua máxima satisfação.

O SONO E SEUS ESTÁDIOS.

A caracterização do processo fisiológico do Sono, foi conseguida através de investigações onde, simultaneamente, se monitorizava a actividade ocular por Electrooculograma(EOG), a actividade eléctrica cerebral por Electroencefalograma(EEG) e a actividade muscular por Eletromiograma(EMG).

Concluiu-se que o Sono se dividia em duas fases distintas,

REM (Rapid Eye Movement ou Movimento Rápido do Olho) NREM (Non Rapid Eye Movement ou Movimento Não Rápido do Olho).

O SONO NREM

A fase NREM do Sono divide-se em quatro períodos distintos conhecidos como estádios 1, 2, 3 e 4.

O estádio 1 do Sono NREM, é caracterizado por um EEG semelhante ao estado de vigília. Durante este estádio, com duração normal de 1 a 2 minutos, o indivíduo é facilmente despertável. Predominam as sensações de vagoio, pensamentos incertos, a actividade onírica está sempre relacionada com acontecimentos vividos recentemente, "daydreams", mioclonias das mãos e pés, lenta contracção e dilatação pupilar. Se formos despertados durante este período, certamente o descreveríamos como uma sensação de madorna.

O estádio 2 do Sono NREM tem a duração aproximada de 5 a 15 minutos. Nesta fase a frequência das ondas do EEG é mais lenta (aparecem os complexos K). A actividade onírica neste período, já pode surgir sob a forma de sonhos com uma história integrada. Os despertares por estimulação táctil, fala ou

* Enfermeiro — UTI — Hospital Reynaldo dos Santos — V.F.X.

movimentos corporais são mais difíceis do que no estadio 1. Este estadio também é chamado de "door stage" pois ocorre antes e

No REM a actividade onírica é intensa e segundo provam estudos realizados, de extrema importância no equilíbrio psíquico do indivíduo.

depois do estadio REM, como adiante veremos.

Os estadios 3 e 4 do Sono NREM são muito semelhantes entre si, por este motivo provavelmente, a bibliografia associa-os quando faz a sua caracterização. No EEG encontramos ondas delta (grandes e de baixa frequência), a intensidade de estímulos necessários para acordar é maior. Por este motivo, o indivíduo não é acordado por estímulos ocasionais. No EOG o movimento dos olhos abrandagrandemente e quase cessa, há uma contracção muscular genarizada. Estes estadios correspondem a 20% do tempo total de Sono e têm a duração de aproximadamente 15 a 20 minutos.

O SONO REM

O Sono REM, caracteriza-se por uma intensa actividade registada no EOG acompanhado de uma flacidez, paralisia funcional, dos músculos esqueléticos. A actividade cerebral registada no EEG é semelhante aos estados de vigília. Há áreas cerebrais onde se regista uma intensa actividade eléctrica enquanto outras

se encontram reprimidas. Por isso, o Sono REM é também denominado Sono Paradoxal podendo mesmo falar-se em estado dissociativo. No REM a actividade onírica é intensa e segundo provam estudos realizados, de extrema importância no equilíbrio psíquico do indivíduo. Normalmente são sonhos coloridos envolvendo situações emocionalmente muito fortes. É durante o Sono REM que fazemos integração da actividade quotidiana ou seja, a separação do trivial do importante. O Sono REM representa 20 a 25% do tempo total de Sono e surge em intervalos de 60 a 90 minutos.

OS CICLOS DO SONO

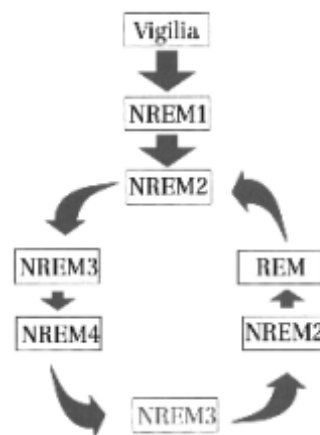


Fig.1 Natureza Ciclica do Sono

Podemos definir o Sono como um estado de "supressão" da actividade preceptiva e da motricidade voluntária, de aparição geralmente periódica em conformidade com o ritmo circadiano, caracterizado por estadios distintos que se repetem em ciclos segundo um modelo próprio.

FENÓMENOS NEUROLÓGICOS E BIOQUÍMICOS DO SONO.

O sistema nervoso autónomo, simpático e parassimpático, é o principal interveniente na regulação dos ciclos de Sono. No Sono REM há uma predominância dos neurotransmissores simpáticos, nomeadamente as catecolaminas (dopamina,

O sistema nervoso autónomo, simpático e parassimpático, é o principal interveniente na regulação dos ciclos de Sono.

adrenalina e nor-adrenalina). Estes neurotransmissores, são também responsáveis pela manutenção da vigília.

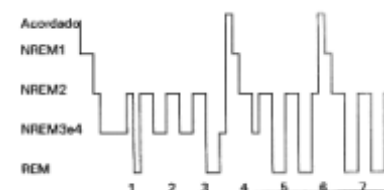


Fig. 2 Padrão típico de Sono num adulto jovem

No Sono REM, há um relaxamento completo da musculatura esquelética, no entanto, assistimos a uma grande actividade eléctrica em determinadas zonas do cérebro. Há um aumento da frequência cardíaca que pode chegar as 20 Pm acima do valor normal. A tensão arterial também regista uma elevação dos seus valores normais em cerca de 30 mmHg, podem nesta altura registar-se extrassístoles ventriculares e pausas inspiratórias (apneia do Sono). A perfusão da substância cinzenta

duplica durante o Sono REM. Regista-se também um acentuado aumento do consumo calórico durante o Sono REM, este facto deve-se essencialmente à intensa actividade cerebral dado que a musculatura esquelética se encontra numa paralisia funcional.

No Sono NREM predomina o sistema nervoso parasimpático através do seu principal neurotransmissor, a acetilcolina. Durante o Sono NREM há uma activação dos processos anabólicos e uma diminuição do catabolismo, registando-se um aumento significativo da secreção da hormona do crescimento por parte da hipófise e também da prolactina e testosterona, por isso, no Sono NREM, ocorre grande parte da síntese proteica.

O SONO E O RITMO CIRCADIANO.



Fig.3 Sono e ritmo Circadiano

A palavra circadiano deriva do latim "circa" que significa à cerca de, e "dies" que significa dia. A síntese hormonal, temperatura do corpo, os parâmetros metabólicos, os constituintes do soro e da urina sofrem variações

que obedecem a um padrão, o ritmo circadiano. A relação existente entre o Sono e o ritmo cir-

O Sono dessincronizado é de má qualidade pois o limiar de estímulos para o despertar é mais reduzido e, conseqüentemente, os despertares são muito frequentes.

cadiano é estreita e está bem definida; ao Sono que respeita o ritmo circadiano chamamos sincronizado, ao que não respeita chamamos dessincronizado.

Os mediadores químicos que regulam o Sono e vigília, são sintetizados pelo nosso organismo de acordo com o ritmo circadiano, assim, a serotina é sintetizada a partir das 20 horas enquanto que as hormonas, adrenocorticotrofina, corticotrofina e cortisol, são sintetizadas a partir das 4 horas da manhã.

O Sono dessincronizado é de má qualidade pois o limiar de estímulos para o despertar é mais reduzido e, conseqüentemente, os despertares são muito frequentes. Da dessincronização do Sono resulta: irritabilidade, inquietação, depressão, ansiedade e diminuição da capacidade de trabalho.

Estes aspectos têm particular importância no indivíduo doente pois, a dessincronização do Sono vai prejudicar o seu restabelecimento.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SONO.

Durante um internamento hospitalar, na maioria dos casos, o doente dorme quando deveria estar acordado e está acordado quando deveria estar a dormir. A dessincronização do Sono conduz a uma diminuição da quantidade de estímulos necessários para o acordar e, conseqüentemente, aos despertares prematuros.

O Enfermeiro deverá planejar os cuidados ao doente por forma a que o Sono seja sincronizado:

1. Abrir as persianas das janelas durante o dia.
2. Colocar calendários e relógios em lugares visíveis.
3. Permitir e encorajar o doente a adormecer e acordar em horários que lhe sejam familiares.
4. Evitar perturbar o doente durante o período de repouso.

A dessincronização do Sono

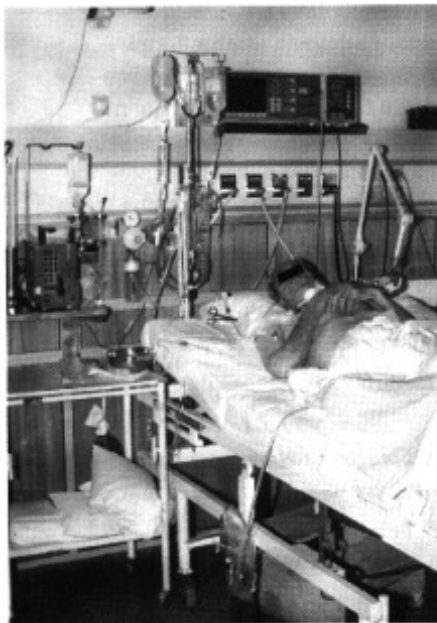
Durante um internamento hospitalar, na maioria dos casos, o doente dorme quando deveria estar acordado e está acordado quando deveria estar a dormir.

deverá ser detectada e implementadas as medidas necessárias à

ressincronização. O indivíduo com Sono dessincronizado está por vezes ansioso e agitado e tem o limiar de vigília diminuído. O planeamento dos cuidados de Enfermagem para a ressincronização do Sono deverá ter em conta que esta demora pelo menos 3 dias podendo ser necessários de 5 a 12.

PRIVAÇÃO E FRAGMENTAÇÃO DO SONO.

As pessoas doentes tem grande dificuldade em manter um padrão normal de Sono, este é



frequentemente interrompido ou fragmentado passando o doente a maior parte do tempo nos estádios transitórios NREM1 e NREM2 e pouco tempo nos estádios de Sono mais profundo NREM3 e 4 e REM.

Os despertares prematuros estão associados a alterações bruscas na estimulação simpática e parassimpática. Estas transições, podem levar a irritação miocárdica e, conseqüentemente, a arritmias letais. Este problema torna-se mais grave nas transições de e para o estádio REM. Fibrilhação ventricular pode ocorrer em despertares abruptos durante o Sono REM.

O stress e o medo associados à doença dificultam o relaxamento e o adormecer dos doentes. O

medo e o stress são também responsáveis pela estimulação simpática, o que diminui o limiar de vigília, e resulta em despertares frequentes e transições nos estádios de Sono.

Estudos demonstram que "4 dias de privação de Sono conduzem a uma diminuição do ATP, substância fundamental da energia. O Sono traz de volta o seu equilíbrio."

Ações de Enfermagem no doente com sinais e sintomas de privação ou fragmentação de Sono:

1. Monitorização dos sinais e sintomas definidores de privação ou fragmentação de Sono.
2. Proporcionar ao doente um Sono normal. Avaliar a eficácia do Sono pedindo-lhe para comparar com o Sono em casa.
3. Evitar acordar o doente, permitindo-lhe no mínimo ciclos de 90 minutos.
4. Reduzir o ruído, particularmente do pessoal e equipamento (diminuição da sobrecarga sensorial).
5. Planear sestas que permitam equilibrar o tempo normal de Sono. Evitar sestas superiores a 90 minutos pois estas, ao refrescarem fisicamente o indivíduo, vão diminuir o estímulo para períodos mais longos de Sono onde o estádio REM está presente. As sestas matinais são de maior qualidade pois, o Sono matinal relaciona-se com a actividade REM.
6. Proporcionar conforto, relaxamento e sensação de bem estar. Tratar a dor e eliminar situações

stressantes antes da hora de dormir.

7. Estar consciente dos efeitos dos fármacos sobre o sono.
8. Alimentos contendo triptofano, como o leite e o peru, podem ser apropriados uma vez que promovem o Sono.
9. Ter consciência que o melhor tratamento para o Sono é a prevenção.
10. Consciencializar a equipe da importância do Sono.
11. Registrar a quantidade de Sono contínuo em cada turno.

SV

Bibliografia:

- Sorensen and Luckman: *Basic Nursing, A Psychophysiologic Approach*, Saunders 1986; 34: 697-708.
- Lynne A. Thelan, Joseph K. Davie: *Enfermagem, em Cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intreção*, Lusodidata 1993; 6, 7, 8: 87-105.
- David R. Fish: *Diseases of the Nervus System, Clinical Neurobiology*; 57: 780-785.
- Walter G. Bradley, Robert B. Daroff, C. David Marsden: *Neurology in Clinical Praticce*, 73: 1479-1505.
- Michael Swash, Sono Oxabury: *Clinical Neurology*, 4: 174-183.
- Michael J. Aminoff: *Neurology and General Medicine*, 24: 431-445.
- Meu H. Kryger, William C. Dement: *Principles and Praticce of Sleep Medicine*, 17:196-235.
- David Pereira: *As Síndromes na Prática Clínica*, 90.
- Guyton: *Anatomy and Physiology*, Saudenrs 1985; 20: 351-355.
- Braunwald, Isselbacher, Petersdorf, Wilson, Martin, Fauci: *Harrison Medicina Interna*, Guanabara 1988; 20: 99-103.