

“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES SUBMETIDOS  
A TRATAMENTO POR DROGAS PSICOTRÓPICAS”

*Ilza Marlene Kuae Fukuda\**  
*Maguida Costa Stefanelli\**  
*Evalda Cançado Arantes\*\**

FUKUDA, I. M. F.; STEFANELLI, M. C.; ARANTES, E. C. — Assistência de enfermagem a pacientes submetidos a tratamento por drogas psicotrópicas. *Rev. Esc. Enf. USP.*, 11(3): 331-346, 1977.

*Os autores apresentam a assistência de enfermagem a pacientes submetidos a tratamento por drogas psicotrópicas. Salientam a importância do papel da enfermeira neste tipo de tratamento psiquiátrico.*

Até 1950 aproximadamente o tratamento do doente mental limitava-se a algumas medidas físico-químicas como eletrochoque-terapia, insulino-terapia e fisio-terapia. A enfermeira utilizava a maior parte de seu tempo na contenção e vigilância dos pacientes. Após 1950, com a síntese da clorpromazina e sucessivas pesquisas sobre novas drogas psicotrópicas, e suas indicações no tratamento do doente mental e de indivíduo com quaisquer distúrbios emocionais, houve uma mudança radical no cenário dos hospitais psiquiátricos. O impacto causado pelas drogas psicotrópicas foi revolucionário. Os doentes que antes eram confinados em “quartos fortes” podiam agora andar livremente pelas enfermarias. Grande número desses pacientes tiveram seu tempo de internação abreviado e puderam voltar à comunidade. Esta situação trouxe consigo uma euforia geral em torno das drogas psicotrópicas, o que fez com que, muitas vezes, estas fossem usadas inadequadamente. Alguns

---

\* Auxiliar de Ensino da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da EEUSP.

\*\* Professor-Assistente Doutor da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da EEUSP.

autores, talvez num sentido de alerta, chegaram a afirmar que essas drogas passaram a ser uma nova forma de “camisa de força”. Embora tenha havido um certo exagero no uso destas drogas, o que se pode observar na prática, é que, quando usadas adequadamente, permitem um tratamento mais humano aos que sofrem de distúrbios emocionais. Elas abreviam o tempo de internação hospitalar e permitem o seguimento ambulatorial, quando não o próprio tratamento do indivíduo doente sem hospitalização, mantendo-o em convívio com seu grupo social. Além disso, proporciona ao paciente condições para participar de psicoterapia tanto individual como em grupo.

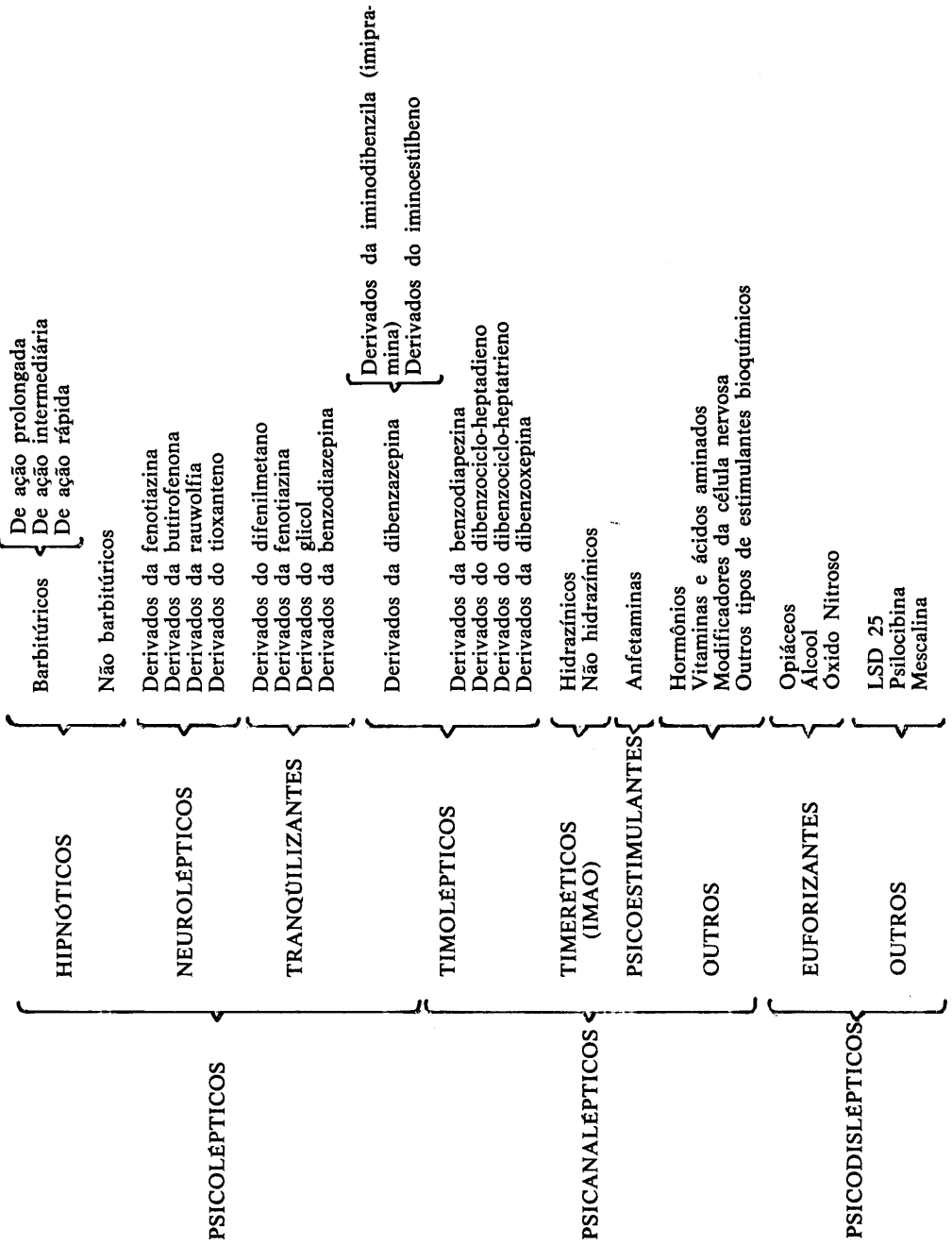
A enfermeira que trabalhava em hospital psiquiátrico, e mesmo em hospital geral teve que adquirir maior conhecimento a respeito dos psicotrópicos e habilidades na sua ministração, para fazer frente a mais este avanço científico e, conseqüentemente, prestar uma assistência de enfermagem adequada a seus pacientes. Incluiu-se aqui a enfermeira de hospital geral uma vez que essas drogas são também utilizadas em pronto-socorro, clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica embora, nem sempre, com a mesma finalidade.

A enfermeira, no hospital psiquiátrico, pôde utilizar então o seu tempo ajudando os pacientes a reintegrarem-se mais rapidamente na sociedade, uma vez que se tornou possível o seu relacionamento interpessoal.

Segundo Delay e Deniker, citados por BASTOS & CARDO (1970) drogas psicotrópicas são substâncias naturais ou sintéticas que possuem um tropismo psicológico, isto é, que são capazes de modificar, de certo modo, a atividade mental: deprimindo, excitando ou perturbando. A ação dessas drogas pode ser notada por meio de uma observação acurada do comportamento dos pacientes.

Os estudos sobre essas drogas começaram a partir de 1950 quando Charpentier sintetizou o cloridrato de clorpromazina e Laborit utilizou-o inicialmente para provocar hipotermia em pacientes submetidos a cirurgia. Foram Delay e Deniker, no entanto, que evidenciaram sua ação sobre o psiquismo de pacientes psicóticos agitados. A partir de então intensificou-se o estudo sobre drogas psicotrópicas e inúmeras outras foram surgindo. Sentiu-se, então, a necessidade de agrupá-las. Surgiram várias classificações a respeito porém, a que consideramos mais didática e que parece ter maior aceitação em nosso meio é a de Delay.

# CLASSIFICAÇÃO DOS AGENTES PSICOTRÓPICOS



Aqui adotaremos esta, com as modificações feitas por Pöldinger como citado por BASTOS & CARDÓ (1970).

Definição de alguns termos usados:

**PSICOLÉPTICOS** são drogas que agem deprimindo as funções nervosas superiores.

**NEUROLÉPTICOS** são drogas que provocam redução parcial ou total dos sintomas psicóticos e por essa razão são conhecidas como drogas anti-psicóticas.

**HIPNÓTICOS** são drogas que agem deprimindo o sistema nervoso central em vários níveis, atuando sobre a função do sono.

**TRANQUILIZANTES** são drogas que provocam redução parcial ou total da tensão emocional e da ansiedade.

**PSICOANALÉPTICOS** são drogas que atuam no sistema nervoso central estimulando a vigília ou o humor sendo conhecidas como anti-depressivas.

**PSICOESTIMULANTES** são drogas estimulantes da vigília.

**TIMOLÉPTICOS** são drogas psicoanalépticas que atuam diretamente sobre o humor.

**TIMERÉTICOS** são drogas anti-depressivas derivadas dos inibidores da monoaminoxidase (IMAO).

**PSICODISLÉPTICOS** são as drogas que perturbam a atividade mental. Provocam uma distorção no julgamento, na percepção (alucinógenos) e na personalidade (despersonalizantes).

A respeito da classificação das drogas psicotrópicas teceremos somente considerações teóricas que julgarmos indispensáveis à assistência de enfermagem. Essas considerações limitar-se-ão aos psicolépticos e psicoanalépticos porque somente as drogas classificadas nestes grupos são usadas como tratamento psiquiátrico. Os psicodislépticos não serão aqui considerados por se tratar de drogas que não são utilizadas terapeuticamente.

## CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

### PSICOLÉPTICOS

#### *Neurolépticos*

As drogas neurolépticas são as mais usadas em clínica psiquiátrica como tratamento específico. A individualização da ação dessas drogas foi proposta por Delay e Deniker, em 1957, baseada nas seguintes propriedades fundamentais:

- ação psicoléptica sem ação hipnótica;
- ação inibidora frente à excitação, agitação, agressividade e ação redutora dos estados maníacos;
- ação redutora progressiva, total ou parcial, dos distúrbios psicóticos agudos ou crônicos;
- importância das manifestações psicomotoras, neurológicas e neurovegetativas;
- predominância da ação sobre os centros subcorticais.

Para se analisar os efeitos esperados dessas drogas, no comportamento do paciente, temos que considerar os efeitos desejados sobre o psiquismo e os efeitos colaterais.

Os neurolépticos agem no psiquismo reduzindo os sintomas de psicose, tais como: agitação, agressividade, alucinação e idéias delirantes. Assim proporciona condições para os pacientes participarem de psicoterapias além de permitir o controle do paciente por meio de seguimento ambulatorial.

Sempre que um medicamento é usado para combater um sintoma ou doença, é comum, além do resultado específico desejado, surgirem outros efeitos, o que é freqüente no tratamento por neurolépticos. Entre os efeitos colaterais produzidos por estas drogas há a síndrome neurológica dos neurolépticos que é um efeito não desejado, porém esperado. Ela aparece devido às altas doses utilizadas nos tratamentos psiquiátricos, susceptibilidade individual ou às características das drogas. Essa síndrome foi estudada profundamente por Delay e é constituída por vários sinais e sintomas:

- a. modificações neurovegetativas com alteração da re-

gulação cárdio-vascular (hipotensão), térmica (hipotemia), endócrina (aumento de peso) e gastrointestinal (obstipação);

- b. inibição psicomotora com diminuição de iniciativa, prolongamento do tempo de reação, lentidão no curso do pensamento, lentidão motora e redução da mímica facial (facies de boneco de cera);
- c. modificação do tono muscular com manifestações que lembram um quadro parkinsoniano;
- d. movimentos anormais principalmente tremores, mioclonias, acatisias, tendência aos movimentos anormais e espasmos de musculatura (língua, pescoço e rosto).

Essa síndrome foi considerada por alguns autores, durante muito tempo, como uma condição para que se conseguisse a ação terapêutica porém, na prática, verificou-se não ser isto necessário. Há pacientes que apresentam o efeito desejado da droga sem apresentar a síndrome neurológica dos neurolépticos. Essa síndrome pode ser combatida com o uso de drogas anti-parkinsonianas ou miorelaxantes.

O tratamento é iniciado em baixas doses, que são aumentadas gradativamente até se atingir a dose terapêutica que corresponde ao efeito ótimo da droga para cada paciente. Este efeito deve ser obtido com o mínimo de droga possível. A diminuição da dose deve ser também gradativa para se atingir a dose mínima de manutenção para cada um.

Há outros efeitos secundários que podem ser considerados complicações decorrentes do tratamento como icterícia, galactorrêia, amenorréia, hipertensão arterial, alterações do apetite, exacerbação da agitação, reações alérgicas, distúrbios visuais e fotosensibilidade.

### *Tranqüilizantes e ansiolíticos*

É um grupo de drogas que tem sua maior ação sobre as manifestações de comportamento provenientes dos transtornos emocionais que acometem os pacientes neuróticos. Como essas drogas aliviam a tensão emocional, são muito empregadas em clínica geral. São utilizadas também como coadjuvantes dos hipnóticos e em associação com outros psicotrôpicos que não têm efeito ansiolítico.

Dentre os derivados benzodiazepínicos há alguns que além da indicação já citada são amplamente utilizados como anticonvulsivantes, em casos de urgência.

Os efeitos colaterais são raros e podem ser controlados com o ajustamento da dose da droga. Estes ocorrem mais comumente quando ministrados por via parenteral. Os mais freqüentes são: tontura, ataxia, erupção cutânea, irregularidade menstrual, náuseas e obstipação intestinal.

### *Hipnóticos*

Os barbitúricos eram amplamente usados como tranqüilizantes mas como provocavam sono e perturbavam a vida sócio-econômica dos pacientes foram substituídos pelos tranqüilizantes. De acordo com BASTOS & CARDO (1970), pode-se observar a ocorrência de tolerância adquirida ou hábito com o uso dessas drogas.

Hoje em dia o uso de barbitúricos de ação prolongada está restrito ao tratamento dos epiléticos e aos casos de urgência. Os de ação rápida são geralmente utilizados para sedação rápida de pacientes.

Quando estas drogas são utilizadas em tratamento prolongado, tem-se que diminuir gradativamente a dose para evitar crises convulsivas ou mesmo estado de mal epilético.

## PSICOANALÉPTICOS

### *Timolépticos*

É um grupo de drogas utilizadas no tratamento das síndromes depressivas. Sua ação terapêutica tem um período de latência de uma a três semanas. O tratamento é iniciado em baixas doses para se observar as reações individuais do paciente ao medicamento. A dose é aumentada, gradativamente, até se conseguir o efeito terapêutico ótimo, com o mínimo de reações desagradáveis ao paciente. Estas drogas também apresentam efeitos colaterais e, em altas doses, podem provocar convulsões.

Os efeitos secundários mais comumente observados são: sialose, obstipação, oligúria (que pode chegar à retenção urinária), edema, insônia, taquicardia, tremores finos de extremidades, hipotensão e hipertensão que, quando ocorre, é uma complicação grave.

Os derivados da dibenzazepina não têm ação ansiolítica e, quando esta é necessária, associa-se a eles uma droga tranqüilizante.

Os derivados dibenzociclo-heptadieno (amitriptilina e nortriptilina) têm ação antidepressiva associada a uma ação ansiolítica e apresentam efeitos secundários semelhantes aos da imipramina porém, em menor intensidade. São mais utilizados no tratamento das depressões neuróticas.

#### *Timeréticos*

Inibidores da monoaminaoxidase (IMAO).

O emprego dessas drogas em clínica psiquiátrica teve início a partir da observação da mudança de humor que ocorria nos pacientes portadores de tuberculose, quando faziam tratamento com hidrazínicos. Essas drogas foram muito utilizadas porém, devido à sua ação cumulativa e à sua alta toxicidade, tiveram seu uso restringido aos casos que não respondiam aos timolépticos.

Quando o paciente inicia tratamento com IMAO não deve receber outro medicamento anti-depressivo, derivados de iminodibenzila, porque esta associação pode provocar náusea, vômito, hiperexcitação motora, hipertermia, edema cerebral e morte. Portanto, quando o paciente está sendo submetido a tratamento por IMAO, deve-se observar um período de 15 a 20 dias antes de se iniciar tratamento por outra droga. Uma outra complicação que pode surgir é um quadro hipertensivo grave devido à associação do IMAO com certos alimentos e bebidas ricos em tiramina.

Deve-se lembrar ainda que os timeréticos potencializam a ação de outras drogas como anestésicos, barbitúricos, anti-parkinsonianos e inclusive a da insulina.

#### *Psicoestimulantes*

Os psicoestimulantes, como as anfetaminas, são estimulantes da vigília e o que na realidade provocam não é uma eliminação da necessidade de sono e repouso. Eles apenas adiam essas necessidades e, passado o seu efeito, aparecem fadiga intensa e depressão.

#### *Lítio*

Embora o lítio não conste da classificação apresentada neste trabalho será aqui focalizado por estar sendo usado, atualmente, como tratamento psiquiátrico.



Há divergências entre os autores se a sua eficácia maior está no tratamento ou, na prevenção das fases de mania e depressão da psicose maníaco-depressiva. O carbonato de lítio é o sal mais usado para tratamento psiquiátrico. O tratamento com este sal deve ser iniciado com cautela por ser altamente tóxico. Por isso, deve-se fazer a dosagem periódica do lítio plasmático do paciente em tratamento. Segundo KALINOWSKY (1972), a concentração de lítio no soro é um indicador do efeito do lítio e esta não deve ser inferior a 0,6 mEq/l nem superior a 1,6 mEq/l.

Os efeitos colaterais mais comuns são: náusea, vômito, anorexia, tremor, fibrilação muscular, sonolência, ataxia, diarréia, cefaléia, sede, poliúria e tontura. Podem ocorrer acidentes mais graves como dificuldade respiratória, hipertonia muscular, disartria, obnubilção da consciência, coma e morte.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

### *ASPECTOS GERAIS*

Na assistência ao paciente a enfermeira deve considerar os aspectos físicos e psíquicos.

Deve-se ressaltar, no preparo psíquico, as qualidades positivas da droga e a necessidade do tratamento. A enfermeira só conseguirá transmitir isto ao paciente por meio de interação terapêutica na qual valer-se-á de técnicas de comunicação terapêutica, levando-o a confiar no tratamento.

Antes de iniciar o tratamento a enfermeira deverá verificar se o paciente já foi submetido a um exame clínico geral, incluindo as provas laboratoriais, para avaliação de suas condições gerais. Dados estes, que servirão de parâmetro para se avaliar as condições do paciente durante o tratamento.

Antes de iniciar a ministração do medicamento prescrito e durante o período de tratamento, a enfermeira deverá verificar os sinais vitais do paciente. Se nestes houver alterações significativas a enfermeira não deverá ministrar o medicamento antes de uma avaliação mais acurada das condições do paciente, feita junto com o médico responsável pelo mesmo. A verificação do peso do paciente deve ser feita semanalmente porque em geral os psicotrópicos provocam alterações ponderais.

A distribuição da dose prescrita, para as 24 horas, deve ser adequada a cada paciente, respeitando-se o seu horário de sono.

A ingestão do medicamento deve ser observada porque muitos pacientes começam a rejeitá-lo, temendo seus efeitos colaterais ou a guardá-lo para uma tentativa de suicídio, tomando o medicamento acumulado de uma só vez. A enfermeira deve ser uma observadora hábil porque esses pacientes simulam a ingestão do medicamento. Para evitar isto a enfermeira deverá conversar com o paciente logo após administrar o medicamento para verificar se ele realmente o deglutiu.

Quando o paciente recebe uma droga psicotrópica por via parenteral deverá permanecer deitado por, aproximadamente, uma hora a fim de prevenir hipotensão ortostática.

Devido aos efeitos colaterais dos psicotrópicos, deve-se oferecer líquidos ao paciente e observar as suas eliminações urinária e fecal. À medida que forem surgindo os efeitos colaterais, é que se deve orientar o paciente quanto aos mesmos. As queixas do paciente nunca devem ser ignoradas pois estas podem indicar o início de uma complicação grave. Não se deve orientar o paciente sobre os efeitos colaterais, antes do aparecimento dos mesmos, pois isto poderia levá-lo a recusar o tratamento temendo suas conseqüências. Isto poderá ainda, levar o paciente a queixar-se desses efeitos colaterais antes que os mesmos realmente ocorram. Às vezes, o paciente se comporta dessa forma para conseguir a diminuição da dose do medicamento ou a suspensão do mesmo.

Os pacientes que fazem tratamento por drogas psicotrópicas, deverão abster-se do uso de álcool, até mesmo socialmente, porque poderá ocorrer uma potencialização recíproca dessas drogas.

As atividades do paciente devem obedecer às condições, limitações e evolução do tratamento, enquanto sua socialização deve ser estimulada ao máximo.

A observação constante das manifestações de comportamento do paciente e a comunicação destas à equipe terapêutica é uma das tarefas mais importantes da enfermeira.

A assistência de enfermagem a pacientes submetidos a tratamento por psicotrópicos será mais eficaz se a enfermeira conseguir a participação da família no tratamento do paciente.

Os familiares do paciente deverão ser orientados quanto aos efeitos desejados e esperados dos medicamentos que o paciente está recebendo.

O paciente e seus familiares deverão ser orientados quanto à importância do controle ambulatorial e à necessidade de se procurar assistência antes do medicamento acabar.

### *ASPECTOS ESPECÍFICOS*

Os cuidados específicos a serem dispensados aos pacientes, que estão recebendo tratamento por drogas psicotrópicas, deverão estar de acordo com o tipo e a dose do medicamento utilizado e a sensibilidade de cada paciente.

#### *Neurolépticos*

A atenção da enfermeira deve estar voltada não só para a remissão dos sintomas mas também para o aparecimento dos efeitos colaterais. Deverá ainda levar em consideração os seguintes aspectos:

- não associar derivados fenotiazínicos a outras drogas na mesma seringa;
- ter sempre em mente que os neurolépticos em forma líquida devem ser sempre protegidos da luz;
- pesar o paciente semanalmente;
- não expor o paciente ao sol devido à fotosensibilidade;
- estar atenta para o aparecimento de icterícia, febre, náusea e vômito que podem surgir entre a segunda e a quarta semana de tratamento;
- agir com cautela, caso seja necessário aquecer esses pacientes, porque os mesmos apresentam parestesia;
- estar alerta para as queixas de mal-estar, sinais de hipertemia, lesões da mucosa bucal e trato respiratório superior que podem indicar agranulocitose;
- lembrar que esses pacientes devem ser submetidos a exame oftalmológico periódico pois, segundo alguns

autores, pode ocorrer deposição de pigmentos na córnea;

- estar atenta para os sintomas de moléstias físicas e para os efeitos colaterais de outras drogas que o paciente esteja tomando porque o efeito anti-emético dos fenotiazínicos pode mascarar os sintomas ou sinais de problemas orgânicos ou de superdosagem de outras drogas;
- observar os sintomas e sinais da síndrome neurológica dos neurolépticos, que podem surgir a qualquer momento, dependendo da susceptibilidade de cada paciente. Orientar o paciente sobre esses sintomas à medida que forem surgindo. Explicar ao paciente que esses efeitos são passageiros, são decorrentes do medicamento e que desaparecerão gradativamente após o término do tratamento. Porém, quando esses efeitos forem muito acentuados ou desagradáveis, a enfermeira deverá notificá-los ao médico do paciente que poderá prescrever medicamentos específicos para aliviá-lo;
- lembrar que durante o tratamento o paciente poderá tornar-se dependente do pessoal da equipe de enfermagem até em relação aos cuidados mais elementares. A enfermeira poderá aceitar essa dependência, demonstrando interesse genuíno pelo paciente, sem contudo alimentá-la e procurando desenvolver ao máximo a independência dele assim que estiver em condições;
- ter sempre em mente que o objetivo do tratamento não é obrigar o paciente a dormir o dia todo. A enfermeira deverá tentar mantê-lo desperto, ocupando-o o maior tempo possível em atividades que sejam do seu interesse. Com isso a enfermeira estará colaborando para a obtenção do efeito máximo da droga na redução dos sintomas psicóticos;
- lembrar que os neurolépticos derivados da rauwolfia serpentina estão em desuso em clínica psiquiátrica mas que são usados em clínica geral como hipoten-

sores e que o seu uso prolongado poderá provocar uma síndrome depressiva. A remissão dessa síndrome ocorre com a suspensão da droga porém, em alguns casos, é exigido tratamento específico.

### *Hipnóticos*

Quando o paciente recebe tratamento por drogas barbitúricas, a sua ingestão deve ser rigorosamente controlada porque pode haver um efeito cumulativo. A enfermeira deve estar atenta para esse fato, mesmo quando os pacientes estão tomando a droga há algum tempo sem apresentar qualquer manifestação de efeito cumulativo das drogas hipnóticas.

Os sinais e sintomas de tolerância à droga devem merecer atenção especial. Uma das primeiras manifestações que chamam a atenção para esse fato é a diminuição das horas de sono e a necessidade de se aumentar a dose do medicamento em uso, para se conseguir o mesmo efeito.

Quando o paciente faz tratamento por tempo prolongado, este não deverá ser suspenso bruscamente. Há casos registrados de aparecimento de ansiedade, insônia, tremores, convulsões (podendo chegar ao estado de mal epilético).

Os familiares do paciente, quando esse faz tratamento no domicílio, devem ser orientados para não deixar os medicamentos em lugar de fácil acesso porque ele pode se esquecer de que já tomou o medicamento e tomá-lo novamente, podendo ocorrer uma super dosagem acidental.

### *Tranqüilizantes e ansiolíticos*

Essas drogas podem ocasionar hipotensão ortostática, principalmente quando ministrada por via parenteral. Quando essa via é utilizada, a enfermeira deverá verificar a pressão arterial antes de ministrar o medicamento e manter o paciente deitado, durante e após a aplicação do mesmo, por aproximadamente uma hora.

Os seus efeitos colaterais são mais raros, em geral podem ser controlados com o ajustamento da dose e desaparecem com a suspensão da droga.

O paciente deverá ser orientado para não fazer uso desnecessário da droga, para evitar dependência e para não suspendê-la

bruscamente pois há casos descritos, de crise convulsiva e outras alterações, após a suspensão brusca do tratamento, quando o mesmo foi prolongado e com o emprego de altas doses. Essa orientação deve ser estendida aos familiares do paciente.

### *Timolépticos e timeréticos*

Quando o paciente é tratado com drogas antidepressivas, a atenção da enfermeira deverá estar voltada para o risco da tentativa de suicídio porque o efeito da droga sobre a inibição motora é mais rápido do que o seu efeito anti-depressivo.

O comportamento do paciente deve ser observado porque à fase de depressão pode se seguir de uma agitação quando então, o tratamento deverá ser modificado.

No início do tratamento, podem aparecer tontura e hipotensão ortostática, quando deve ser oferecida proteção ao paciente durante a deambulação e, se necessário, deverá ficar acamado.

O paciente e familiares deverão ser orientados no sentido de que o tratamento é prolongado, e que os seus efeitos desejados surgem somente após uma ou três semanas de tratamento. Deve-se explicar-lhes sobre a necessidade da manutenção do tratamento mesmo após a remissão dos sintomas.

Quando o paciente recebe tratamento por drogas IMAO não se deve oferecer a ele alimentos que contenham tiramina (queijos fermentados, fava, miúdos de aves, vinhos, cerveja, etc.). O paciente e seus familiares deverão ser orientados sobre o problema do paciente dirigir veículos, durante o tratamento, porque pode haver cegueira às cores com a não distinção das cores vermelho e verde.

A enfermeira deve dispensar atenção especial aos pacientes diabéticos porque, apesar de previamente controlados com insulina, podem apresentar hipoglicemia acentuada quando recebem IMAO. Esta atenção deve se estender também a pacientes que, quando recebendo tratamento por IMAO, devem ser submetidos à anestesia e a tratamento anti-parkinsoniano porque há potencialização das drogas usadas para essas finalidades. O ideal seria aguardar de 15 a 20 dias, após a suspensão das drogas referidas (IMAO), antes de ser iniciado qualquer outro tratamento.

### *Estimulantes da vigília*

Não serão tratadas neste trabalho porque essas drogas não são utilizadas como tratamento psiquiátrico. Em geral são usadas como anorexígenas e no meio estudantil, principalmente em vésperas de exames.

### *Lítio*

A enfermeira deverá orientar o paciente sobre o porquê do exame de sangue periódico e da importância da ingestão da dieta rica em sódio. Verificar sempre o resultado dos exames laboratoriais para se conhecer os níveis do lítio plasmático para se prevenir efeitos tóxicos da droga.

Como se trata de uma droga altamente tóxica, observar o comportamento do paciente e levar em consideração suas queixas que podem indicar os sinais e sintomas de intoxicação.

Na assistência de enfermagem a paciente submetido a tratamento por drogas psicotrópicas todos os cuidados aqui descritos são essenciais mas, nenhum deles terá qualquer efeito se a enfermeira deixar de desenvolver uma atitude positiva em relação ao tratamento.

FUKUDA, I. M. K., STEFANELLI, M. C. & ARANTES, E. C. Nursing care to patients under psychotropic drugs treatment. *Rev. Esc. Enf, USP, 11(3): 331-346, 1977.*

*Nursing care to patients under psychotropic drugs treatment is reported on by authors. The importance of the nurse's role in this specific treatment is emphasized.*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, F. O. & CARDO, W. N. — Efeitos colaterais das drogas psicotrópicas. In: LACAZ, C. S. et. al. *Doenças iatrogênicas*. São Paulo, Sarvier, 1970. p. 181 e 182-5.

KALINOWSKY, L. B. & HIPPIUS, H. — *Tratamientos somáticos en psiquiatria*. 2. ed. Madrid, Científico-Médica, 1972. p. 404.

### BIBLIOGRAFIA

ALTSCHUL, A. — *Manual de enfermería psiquiátrica*. México, Continental, 1969, p. 233-52.

CLARK, W. G. & DEL GIUDICE, J. — *Princípios de psicofarmacologia*. México, Prensa Médica Mexicana, 1970.

- CORBETT, C. — *Elementos de farmacodinâmica*. São Paulo, Artes Médicas, 1973. p. 159-254.
- EY, H. et al. — *Tratado de psiquiatria*. 2. ed., Barcelona, Toray-Mason, 1969, p. 1054-89.
- GOVONIL, L. E. & HAYES, J. E. — *Drugs and nursing implications*. 2. ed., New York, Meredith, 1965.
- GUZ, I. — *Terapêuticas biológicas nos distúrbios mentais*. São Paulo, Artes Médicas, 1974. p. 103-65.
- HOFLING, C. K. et al. — *Enfermería psiquiátrica*. 2. ed. México, Interamericana, 1967. p. 380-396 e 400-3.
- KALINOWSKY, L. B. & HIPPIUS, H. — *Tratamientos somáticos en psiquiatria*. 2. ed. Madrid, Científico-Médica, 1972. p. 1-188.
- KICEY, C. A. — Catecholamines and depression: a physiological theory of depression. *Amer. J. Nurs.*, 74(11):2018-20, nov. 1974.
- KLEIN, D. F. — *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders*. Baltimore, William & Wilkins, 1969.
- KORNETSKY, C. — *Pharmacology: drugs affecting behavior*. New York, John Wiley & Sons, 1976.
- KOROLKOVAS, A. — *Fundamentos de farmacologia molecular*. São Paulo, EDUSP, 1974.
- LACAZ, C. S. e al. — *Doenças iatrogênicas*. São Paulo, Sarvier, 1970. p. 181-237.
- LOURIA, D. B. — *The drug scene*. New York, Transworld, 1968.
- MADALENA, J. C. — *Psicofarmacologia e farmacodependência*. *Rev. de Psiquiatria Clínica*, 4(1):27-36, mar. 1975.
- MASSERMAN, J. H. — *Current psychiatric therapies*. New York, Grune & Stratton, 1970. p. 100-161.
- MERENESS, D. & KARNOSH, L. J. — *Elementos de enfermería psiquiátrica*. México, Prensa Médica, 1964. p. 86-92.
- MORGAN, A. J. — Minor tranquilizers, hypnotics and sedatives. *Amer. J. Nurs.*, 73(7):1220-22, jul. 1973.
- O'REILLY, W. J. — Drug interactions. *Canadian Nurse*, 68(4):47-50, apr. 1972.
- SANTO-DOMINGO CARRASCO, J. — *Elementos de psiquiatria y asistencia psiquiátrica*. Barcelona, Científico-Médica, 1968. p. 221-49, 511-25.
- WILLIAMS, R. L. & KARACAN, J. — *Pharmacology of sleep*. New York, John Wiley & Sons, 1976.