

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA OS ENFERMEIROS NA MINISTRAÇÃO DE PSICOFÁRMACOS

BASIC ORIENTATIONS TO NURSES FOR PSYCHOPHARMACO MINISTRATION

João Fernando Marcolan *
Maristela B. M. Urasaki **

MARCOLAN, J.F.; URASAKI, M.B.M. Orientações básicas para os enfermeiros na ministração de psicofármacos.
Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.3, p.208-17, out. 1998.

RESUMO

Com este trabalho os autores querem contribuir para que o enfermeiro tenha mais uma referência norteadora de sua ação ao assistir o paciente que faz uso de psicofármacos. São descritos os grupos farmacológicos e destacadas as considerações sobre o emprego dos mesmos.

UNITERMOS: Cuidados no uso de psicofármacos. Planejamento da assistência de Enfermagem. Medicação psiquiátrica.

ABSTRACT

Whit this study the autors want to furnish the nurses with one more reference source to guide their actions in caring for the patient that use psychopharmaco. It is describet the pharmacological groups and considerations are made about the care with patients that are using them.

UNITERMS: Care in use psychopharmaco. Psychiatric medication. Nursing care.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro desempenha em seu trabalho várias funções, sendo uma das mais tradicionais a função técnica. Ocupa com destaque, dentro dessa função técnica, a responsabilidade pela administração da medicação. Essa responsabilidade inclui: conhecimentos farmacológicos sobre as drogas; planejamento de estoque e armazenamento; orientação de funcionários, pacientes e familiares; avaliação do paciente antes e após ser medicado; cuidados com o preparo e ministração do fármaco.

Essa tarefa toma grande parte do tempo da Enfermagem e não difere, de forma geral, de uma unidade para outra podendo em algumas instituições parte das etapas não serem realizadas. No entanto,

a administração de medicamentos a doentes mentais pode requerer "cuidados" especiais. Alguns problemas são muito comuns em unidades psiquiátricas, como por exemplo: pacientes que com freqüência recusam a medicação, outros que fingem aceitar e depois jogam fora, os que acumulam comprimidos para tomarem de uma só vez, os que solicitam e insistem por doses mais altas etc. Quanto á equipe de Enfermagem observamos a ocorrência de erros como: via de administração e forma de administrar inadequada, interações medicamentosas incorretas, desconhecimento sobre determinados medicamentos etc. Na prática, observamos que a soma desses problemas atinge de forma prejudicial

* Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Professor Adjunto da Universidade de Santo Amaro e da Universidade Paulista, curso de Graduação em Enfermagem.

** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Docente da Universidade de Mogi das Cruzes, curso de Graduação em Enfermagem.

a integridade do paciente, atuando de forma não terapêutica e iatrogênica.

Procuramos nesse trabalho, oferecer observações e orientações a respeito de psicofármacos, que devem ser consideradas para garantir melhor aproveitamento da medicação e para serem usadas no planejamento da assistência de Enfermagem.

Cabe lembrar que alguns cuidados são válidos para todos os medicamentos:

- Verificar se o local de armazenamento é apropriado (luz, temperatura, calor).
- Verificar prazo de validade.
- Verificar a identificação correta do frasco (rótulo com nome e dosagem do fármaco).
- Certificar-se da regra dos cinco certos: medicamento certo, via certa, dose certa, hora certa e paciente certo.
- Verificar sinais vitais antes e após ministrar os fármacos considerando o período de absorção de cada um.
- Não ignorar queixas dos pacientes referentes aos efeitos colaterais dos fármacos.

1 Ansiolíticos

Os ansiolíticos têm a capacidade de aliviar a ansiedade ou a tensão emocional simples. Nos últimos anos o uso de ansiolíticos vem aumentando e indivíduos que buscam alívio da ansiedade, num primeiro momento, acabam fazendo uso abusivo e desenvolvendo dependência física desses medicamentos. Acreditamos que essa prática mascara os sintomas, proporcionando uma sensação de bem-estar passageira, dificultando a busca de soluções mais efetivas.

Esses fármacos não são inofensivos e não devem ser empregados senão em situações específicas. TAYLOR (1992) as define como:

- a) Tratar dos indivíduos que sofrem de delirium tremens.
- b) Aliviar a ansiedade de pacientes que sofrem estresse situacional moderado.
- c) Potencializar medicamentos anticonvulsivantes.
- d) Aliviar espasmo muscular.
- e) Reduzir níveis de ansiedade endógena, com intuito de beneficiar a psicoterapia.

KOROLKOVAS (1995) acrescenta ainda que a via intravenosa deve ser usada somente em estado de mal epilético e controle de crises tônico-clônicas generalizadas contínuas.

Os dados citados abaixo estão embasados em CORDÁS; MORENO (1995); BEVAN (1979), ALBANESE (1986) e SCHULTE; TÖLLE (1981).

Todos os ansiolíticos têm potencial de criar dependência física e emocional sendo que sintomas de abstinência têm ocorrido após a descontinuação abrupta desses medicamentos, por isso a dosagem deve ser diminuída gradualmente.

Efeitos colaterais: sedação; após algumas semanas de uso pode ocorrer tolerância; deficiências cognitivas (memória, capacidade de concentração); inibição da função sexual; desinibição e dependência; fraqueza muscular; em idosos ocorre rebaixamento do nível de consciência; reação paradoxal na forma de excitação aguda, ansiedade, alucinações, espasmo muscular, insônia e raiva.

Contra-indicação: miastenia gravis; insuficiência hepática, renal ou pulmonar crônica; tendências suicidas; glaucoma de ângulo estreito; gravidez e lactação.

Aspectos gerais para o planejamento da assistência

- A retirada de um benzodiazepínico pode resultar em síndromes de recaída, rebote e abstinência. Na recaída os sintomas aparecem após semanas ou meses e são similares aos do início do tratamento; no rebote, os sintomas iniciam-se horas ou dias após a retirada da medicação e a síndrome de abstinência sugere a existência de dependência fisiológica.
- Sintomas da retirada do benzodiazepínico: ansiedade, insônia, agitação, irritabilidade, tensão muscular, parestesias, tremor, náuseas, cansaço, depressão, ataxia, tonteira e raramente: convulsões, confusão, alucinações e delírios.
- A capacidade de dirigir no trânsito pode diminuir e há riscos de acidentes pois provocam diminuição da atenção.
- Cansaço, apatia, retardo motor, distúrbios da articulação verbal e coordenação e diplopia podem ser sinais de superdosagem numa tentativa de suicídio.
- Em caso de abuso crônico pode surgir convulsão ou delírio, principalmente após suspensão abrupta.
- Ficar atento às prescrições de vários tranquilizantes em conjunto e a combinação destes com neurolépticos, pois a literatura mostra-nos a inadequação desse procedimento, é necessário solicitar confirmação médica.
- O horário mais indicado é a noite sendo dose única e a duração da ação é relativamente longa.

- O clordiazepóxido (Psicosedin), precisa ser protegido da luz porque o raio ultravioleta isomeriza o composto.
- O uso diário de clordiazepóxido e diazepam pode levar à “sedação cumulativa” devido à baixa velocidade de eliminação dos seus metabólitos.
- A ingestão de bebida alcoólica pode potencializar os efeitos indesejáveis de ambas as drogas (álcool e ansiolítico), colocando o paciente em risco devido a depressão do Sistema Nervoso Central.
- Na presença de insuficiência cárdio-respiratória os tranqüilizantes podem acentuar a depressão respiratória.
- Se o diazepam é usado com outros medicamentos de ação central (neurolépticos, antidepressivos, hipnóticos, analgésicos) os efeitos destes medicamentos podem potencializar ou serem potencializados pelo diazepam.
- A ingestão concomitante de antiácidos e a ingestão de alimentos lentificam o esvaziamento gástrico e conseqüente absorção do medicamento.
- O diazepam não pode ser diluído em solventes aquosos ou em combinação com outros medicamentos que contenham solvente aquoso, pois precipita.
- O uso de diazepam por via intravenosa é restrito pelo grande risco de depressão bulbar e conseqüente parada respiratória. No caso de ocorrer esta prescrição, ministrar de forma lenta, aproximadamente de 0,5ml/minuto, devendo durar no mínimo 5 minutos.
- A ministração do diazepam por via intramuscular não é indicada por ser a absorção lenta, assim como há irregularidades na degradação do fármaco levando a uma demora para o início da ação terapêutica; o lorazepam é exceção apresentando rápida absorção por essa via.

São ansiolíticos: diazepam (Valium), alprazolam (Frontal), clordiazepóxido (Psicosedin), lorazepam (Lorax), bromazepam (Lexotan).

2 Sedativo Hipnótico

São drogas utilizadas para reduzir a inquietação e tensão emocional, além de serem usadas para induzir sedação e sono (KOROLKOVAS, 1995).

Os hipnóticos podem ser divididos em dois grupos: barbitúricos (fenobarbital e pentobarbital) e não barbitúricos (benzodiazepínicos).

Segundo BEVAN (1979), essas drogas produzem efeitos que variam desde sedação até sono

e coma, na dependência da quantidade e da via administrada; os benzodiazepínicos ainda têm uma ação ansiolítica já descrita anteriormente.

A prescrição de hipnóticos em geral é mais um tratamento sintomático, nenhum produz um estado que seja idêntico ao do sono natural e inúmeros deixam o indivíduo, no dia seguinte, com sensação de “ressaca”: dor de cabeça, sensação de noite mal dormida e mal estar.

KOROLKOVAS (1995) descreve os efeitos colaterais e as contra-indicações.

Efeitos colaterais dos hipnóticos barbitúricos: sonolência, letargia, sedação, hipnose, erupções cutâneas, nistagmo, ataxia, excitação, depressão e confusão mental em idosos, osteomalacia ou raquitismo em tratamento prolongado, excitação paradoxal em crianças, anemia megaloblástica.

Contra-indicação: hipersensibilidade, gravidez, lactação, depressão e tendências suicidas; insuficiência respiratória, hepática ou renal e porfiria intermitente aguda.

Aspectos gerais para o planejamento da assistência

Segundo BEVAN(1979) e KOROLKOVAS (1995):

- Desenvolve-se tolerância aos efeitos de inúmeros hipnóticos e sua retirada abrupta pode precipitar distúrbios do sono.
- Todos os hipnóticos disponíveis atualmente demonstram certa tendência para determinar o desenvolvimento da dependência e do vício.
- Os efeitos depressivos tóxicos dessas drogas são potencializados pelo álcool. É comum essa associação ocorrer em tentativas de suicídio.
- Sintomas de intoxicação por superdose de barbitúricos: falta de coordenação muscular com ataxia, tontura, nistagmo, fala arrastada, pensamento lentificado, hematomas e fraturas por quedas; na intoxicação mais profunda existem variados graus de estupor, a fala é incoerente, a memória apresenta falhas e podem aparecer alucinações.
- Uso de barbitúricos no último trimestre de gravidez pode causar dependência física no recém-nascido.
- Manter especial vigilância a pacientes com risco de suicídio que podem acumular esses fármacos para ingestão posterior.
- Em nossa prática constatamos que algumas instituições permitem prescrições de hipnóticos onde a Enfermagem é quem deve decidir a necessidade da administração da droga ou não (hipnótico se

necessário); neste caso consideramos absolutamente necessário que a avaliação do paciente (física e psíquica) e do contexto seja feita de forma rigorosa pelo enfermeiro.

Os hipnóticos de uso mais comum são: barbitúricos: fenobarbital (Gardenal); pentobarbital (Hypnol) e benzodiazepínicos: estazolam (Noctal), flunitrazepam (Rohypnol, Fluserin), flurazepam (Dalmadorm), midazolam (Dormonid) e nitrazepam (Nitrazepam, Sonebon).

3 Neurolépticos

Também são chamados de antipsicóticos pois sua indicação específica é para o tratamento das psicoses.

Para KOROLKOVAS (1995), a aplicação maior é no tratamento dos sintomas das psicoses funcionais, tendo uma ação paliativa e não curativa. Para este autor os neurolépticos podem ser usados no alívio de grave tensão emocional embora, para ROZENFELD; PEPE (1992), o uso nos estados ansiosos e de insônia não se justifica por existirem medicamentos específicos para estes quadros, com menos efeitos colaterais, e também porque os neurolépticos desenvolvem tolerância quando usados pelo seu efeito de sedação.

A ação dos neurolépticos vai promover alteração na sintomatologia psicótica como a diminuição e cessação dos impulsos agressivos, da agitação psicomotora, desaparecimento gradual das alucinações e delírio; na área comportamental promovem empobrecimento da iniciativa e interesse, indiferença emocional e cansaço (GRAEFF, 1989).

Contra-indicação: para KOROLKOVAS (1995), os neurolépticos são contra-indicados nos estados comatosos, doenças hepáticas, doenças renais, agranulocitose, lactação, doença de Parkinson, hipersensibilidade aos mesmos, nos quadros de depressão do Sistema Nervoso Central e primeiro trimestre de gravidez.

Para ROZENFELD; PEPE (1992), deve ser evitado o uso de neurolépticos durante a gravidez e caso sejam usados, de forma gradual devem ser descontinuados duas semanas antes do parto, pois podem provocar na criança: icterícia, efeitos extrapiramidais e neurológicos transitórios.

Efeitos Colaterais: a literatura é rica em mostrar os efeitos colaterais provocados pelos neurolépticos e colocaremos os mais comuns, de acordo com SCHULTE; TÖLLE (1981); GRAEFF (1989), ROZENFELD; PEPE (1992); KOROLKOVAS (1995) e ZANINI; OGA (1995): sedação, hipotensão ortostática, sialose, retenção urinária,

constipação intestinal, sonolência, icterícia colestatia, aumento de peso, amenorréia, galactorréia, ginecomastia, arritmias cardíacas, perda da libido, inibição da ejaculação, impotência e frigidez transitórias, reações alérgicas.

É comum o aparecimento da síndrome extrapiramidal onde ocorre parkinsonismo; acatisia que se caracteriza por uma inquietude involuntária, onde por exemplo o paciente marcha sem sair do lugar; distonias musculares, principalmente de língua, boca e pescoço.

O uso prolongado de neurolépticos pode desencadear a discinesia tardia, quando ocorrem movimentos involuntários, coreoatéticos da boca, língua, extremidades e tronco.

Deve-se de forma progressiva diminuir a dose e GENTIL FILHO (1979), indica que deve-se suspender temporariamente a cada 6 meses o uso em pacientes crônicos para desmascarar a discinesia tardia.

Ainda para o autor, não se deve usar anticolinérgicos centrais de forma profilática assim como, quando a discinesia tardia estiver instalada não se deve aumentar a dose de neurolépticos para acabar com os sintomas, pois provocam aumento da sensibilidade dos receptores dopaminérgicos e com isso a irreversibilidade da mesma.

A patogenia da discinesia tardia ainda é mal definida e deve-se ter cuidado para a prevenção da mesma, consistindo em limitar a dose e o tempo de uso dos neurolépticos, assim como na fase de manutenção, usar os que provoquem menos efeitos extrapiramidais (GRAEFF, 1989).

De forma incomum, pode aparecer a síndrome neuroléptica maligna, onde ocorre intenso parkinsonismo, flutuação da pressão arterial, rigidez muscular, febre alta, alteração da consciência e até se pode ter convulsões, um quadro grave que pode levar a morte do paciente (GRAEFF, 1989; ROZENFELD; PEPE, 1992).

Por fim deve ser lembrado que de maneira geral os neurolépticos, principalmente os fenotiazínicos, diminuem o limiar convulsivante e deve-se usar o grupo piperazínico assim como de terapia anticonvulsivante para os pacientes epiléticos (ROZENFELD; PEPE, 1992; SCHULTE; TÖLLE, 1981).

Drogas mais Usadas

Os dados aqui citados são baseados em GRAEFF (1989), KOROLKOVAS (1995), ZANINI; OGA (1995). De acordo com a estrutura química básica, os neurolépticos podem ser classificados em compostos fenotiazínicos, tioxantênicos, butirofenônicos e difenilbutilamínicos.

As fenotiazinas se subdividem em:

- a) Compostos piperazínicos - causam menos sonolência e sedação porém provocam efeitos extrapiramidais mais acentuados: trifluoperazina (Stelazine), flufenazina (Anatensol).
- b) Compostos piperidínicos - menos potentes e produzem menor grau de incapacitação motora: tioridazina (Melleril), periciazina (Neuleptil), pipotiazina (Piportil).
- c) Compostos alifáticos - provocam mais sonolência e sedação, sinais extrapiramidais de intensidade intermediária entre os 2 grupos anteriores: clorpromazina (Amplictil), levomepromazina (Neozine)

Os tioxantênicos são muito semelhantes aos fenotiazínicos, tanto na estrutura quanto na ação farmacológica. No Brasil existe apenas o Tiotixeno (Navane) na forma de comprimido; como contra-indicação não deve ser dado a menores de 12 anos e no colapso circulatório.

Os butirofenônicos têm ação farmacológica semelhante aos compostos piperazínicos, sendo eficazes na redução e cessação das alucinações e delírios, promovendo com mais intensidade efeitos extrapiramidais e pouca sedação: droperidol (Droperidol), haloperidol (Haldol), penfluridol (Semap).

Os difenilbutilamínicos são duplicações parciais da molécula do haloperidol e derivado da meperidina; a ação farmacológica é semelhante aos piperazínicos e butirofenônicos, tendo uma ação mais prolongada (vários dias) mesmo por via oral. Tem indicação específica para a síndrome de Gilles de la Tourette: pimozida (Orap).

Temos ainda, os relativamente novos, os compostos dibenzodiazepínicos; são denominados antipsicóticos atípicos e têm uma rápida e quase completa absorção por via oral; são indicados apenas para pacientes esquizofrênicos graves que não responderam a outros antipsicóticos ou que não toleram os efeitos colaterais dos mesmos. É contra-indicado para psicoses alcoólicas ou por drogas, intoxicação por fármacos, doença hepática ou cardíaca grave. No Brasil temos a substância clozapina (Leponex).

Outro composto novo é a pirimidona, que apresenta maior eficácia e menos efeitos colaterais que os demais neurolepticos. Por via oral a absorção é rápida e completa. Tem sua indicação para o tratamento das psicoses esquizofrênicas; deve-se usar com cuidado em pacientes que tenham doença cardiovascular. No Brasil temos a risperidona (Risperdal).

Temos, ainda, as drogas de depósito que possuem uma liberação lenta na corrente sanguínea

e por conseqüência produzem níveis plasmáticos constantes, que podem durar de uma a quatro semanas dependendo da quantidade. São indicadas para os pacientes que não conseguem garantir a regularidade da ministração por via oral. São drogas potentes e que produzem intensos sinais extrapiramidais; são injetáveis e dependendo da quantidade usam-se as vias subcutânea ou intramuscular. A concentração sanguínea máxima ocorre de 2 a 4 dias após a ministração.

Temos o enantato de flufenazina (Anatensol depot); palmitato de pipotiazina (Piportil L4) e decanoato de haloperidol (Haldol decanoato). Aspectos gerais para o planejamento da assistência

- Os neurolepticos realçam a ação de outros depressores do Sistema Nervoso Central; deve-se orientar o paciente quanto a evitar o uso de álcool ou de outros depressores do nível central.
- Os neurolepticos devem ser ingeridos durante ou logo após as refeições para diminuir a irritação gástrica que provocam; as soluções orais devem ser diluídas em água, sucos, leite e caldos para diminuir a irritação gástrica que provocam, excetuando-se o haloperidol que deve ser diluído em leite ou água pois precipita quando diluído em café, chá, sucos de frutas ou xarope de citrato de lítio.
- Os compostos fenotiazínicos quando ministrados por via intramuscular iniciam sua ação de 20 a 30 minutos e o efeito máximo ocorre 2 a 3 horas após; quando usada a via intramuscular deve-se aplicar de forma profunda e lentamente na região glútea, devendo o paciente permanecer 30 minutos em repouso após a ministração para evitar os efeitos adversos da hipotensão.
- Quando da necessidade de usar antiácidos contendo alumínio e magnésio ou absorventes antidiarréicos, os mesmos devem ser ministrados 2 horas antes ou após o uso dos fenotiazínicos, pois podem inibir a absorção destes últimos.
- Os fenotiazínicos mascaram sintomas de ototoxicidade dos antibióticos ototóxicos.
- Deve-se evitar o contato das formas líquidas fenotiazínicas com a pele pois pode ocorrer dermatite, assim como quando da exposição ao sol por parte do paciente.
- Os neurolepticos fenotiazínicos podem causar hipotensão ortostática, em especial a levomepromazina, sendo necessário orientar o paciente a não se levantar de forma brusca.
- O uso de clorpromazina por via intravenosa só deve ser usada para o quadro de soluções incoercíveis, pois a substância é muito irritante por essa via; o uso de droperidol por via intravenosa tem por indicação sua

ação antiemética; o haloperidol por via intravenosa deve ser ministrado numa proporção de 5mg por minuto; por via intramuscular o haloperidol deve ser ministrado de forma profunda na região glútea.

- Quanto às interações medicamentosas quando do uso de clozapina e lítio aumentam-se os riscos de convulsões, estado de confusão mental, síndrome neuroléptica maligna e discinesias; o tabagismo tende a diminuir a concentração sérica da clozapina, que por sua vez pode aumentar a concentração da digoxina, fenitoína, heparina e warfarina.

- O haloperidol quando usado com lítio pode provocar toxicidade neurológica irreversível e danos encefálicos; quando em uso com metildopa pode provocar graves anormalidades mentais e do comportamento.

- A clorpromazina de uso parenteral não deve ser misturada com outras medicações pois ocorrem mudanças de seu pH e conseqüente precipitação.

- Para ALBANESE (1986), não se deve misturar medicamentos psicofármacos quando usada a via parenteral, pois podem ocorrer mudanças químicas nos compostos.

- Há cuidados básicos que devem ser observados rigorosamente, pois na nossa prática verificamos que é comum a prescrição de clorpromazina e prometazina por via intramuscular, ocorrendo de forma usual a mistura das mesmas e aplicação num único local, em regra no deltóide. Quando da mistura temos a ocorrência de mudanças de pH e química dos fármacos; tem-se um volume total de 7ml o que é extremamente inadequado para um músculo suportar, podendo ocorrer demora na absorção e conseqüente demora na ação, além da dor provocada pela irritação que os fármacos causam no músculo, e o risco de se formar abscesso. Deve-se sempre usar a região glútea, aplicá-los de forma lenta e profunda; não se deve misturar os fármacos na mesma seringa, deve-se aplicá-los de forma separada em regiões glúteas diferentes.

- Quando da ministração de neurolépticos por via intravenosa há riscos de se provocar depressão bulbar e hipotensão brusca podendo ocorrer a morte do paciente. Devemos ter disponível material de emergência quando ocorrer essa prescrição, caso haja necessidade de reanimação cárdio-pulmonar; devemos ministrar o fármaco de forma lenta e avaliar a expansão torácica do paciente; no caso de mais de um fármaco ser necessário por esta via, não devemos misturá-los e sim ministrar de forma lenta um por vez, verificando a expansão torácica e avaliando a necessidade de interromper o procedimento.

- Nunca se deve ministrar os neurolépticos de depósito pela via intravenosa pois os mesmos estão em veículo oleoso e nesta via provocam embolia gordurosa.

- Os neurolépticos podem provocar sialose e com isto podem advir candidíase oral, gengivite e periodontite; se faz necessário orientar ou fazer rigorosa higiene oral do paciente.

- Por fim é importante o pessoal de Enfermagem detectar e comunicar os efeitos colaterais que os pacientes desenvolvem, assim como nos pacientes crônicos no uso de neurolépticos, deve-se observar sinais de discinesia tardia, para que o mais precoce possível se instale terapia apropriada.

4 Antidepressivos

São indicados para (diminuir ou acabar com) os estados depressivos pois reduzem a intensidade dos sintomas e a tendência suicida. Os antidepressivos podem ser agrupados em tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase e atípicos.

As informações abaixo citadas são de acordo com GRAEFF (1989); ROZENFELD; PEPE (1992); KOROLKOVAS (1995) e ZANINI; OGA (1995).

a) Antidepressivos Tricíclicos

As estruturas químicas dos tricíclicos são semelhantes aos neurolépticos fenotiazínicos; os equivalentes terapêuticos tricíclicos têm ações semelhantes sendo que as diferenças farmacocinéticas e os efeitos colaterais definem as indicações específicas.

É importante salientar que o tratamento inicial para se obter uma resposta adequada pode variar de 1 a 6 semanas, sendo que os efeitos terapêuticos aparecem de 2 a 3 semanas após o início do tratamento e os efeitos colaterais aparecem após a primeira tomada de medicação. O tratamento de manutenção deve durar cerca de 6 meses e deve-se fazer a retirada gradual da medicação para se evitar a síndrome de abstinência.

São metabolizados e excretados de forma lenta por isso a duração da ação destes medicamentos podem durar vários dias após o término do tratamento.

Os níveis plasmáticos dos tricíclicos aumentam quando usados com neurolépticos, glicocorticóides, metilfenidato, contraceptivos orais, salicilatos, dissulfiram, tiazínicos, acetazolamida e hormônios da tireóide enquanto diminuem com o uso crônico de álcool, tabagismo intenso, barbitúricos, hipnóticos, anticonvulsivantes e rifampicina.

Contra-indicação: devem ser avaliados e se possível evitados para pacientes que tenham glaucoma, alcoolismo ativo, epilepsia, hipertrofia prostática, esquizofrenia com agitação aguda, menos de 12 anos, comprometimento da função hepática, hipertireoidismo, distúrbios cardíacos e que estejam grávidas e em fase de lactação.

Efeitos Colaterais: os que podem aparecer são a sialose, constipação intestinal, visão embaçada, taquicardia, hipotensão arterial, sedação, tremor, insônia, rubor, convulsões (pois ocorre a diminuição do limiar convulsivo), alopecia, ginecomastia, galactorréia, retenção urinária, arritmias cardíacas, sudorese, diminuição da libido e retardo do orgasmo, hiponímia, orexia que inclui desejo por doces, ansiedade, icterícia colestatia. Em altas doses podem provocar alucinações, delírios e os efeitos tóxicos podem levar à morte.

Os medicamentos que são usados no País com os respectivos nomes comerciais entre parênteses são: amineptina (Survector); amitriptilina (Tryptanol, Tryptil); clomipramina (Anafranil; Anafranil SR-liberação lenta); imipramina (Tofranil, Imipramine) e nortriptilina (Pamelor).

b) Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)

Embora tenha um mecanismo de ação indefinido sabe-se que inibem a MAO-A e MAO-B; os medicamentos IMAO existentes no País se unem de forma reversível à MAO.

A inibição da MAO por si só já torna estas drogas perigosas, pois a MAO intestinal e hepática inativam a tiramina, porém quando a MAO está inativada, grandes quantidades de tiramina passam para a circulação sistêmica, principalmente após a ingestão de alimentos ricos em tiramina, podendo ocorrer crise hipertensiva com riscos de hemorragia intracraniana e morte.

O mesmo pode ocorrer quando do uso concomitante destas drogas com alimentos contendo cafeína, com descongestionantes nasais ou substâncias simpaticomiméticas e com antidepressivos tricíclicos.

Contra-indicação: (em geral) deve ser avaliada a necessidade de uso com os riscos possíveis nos casos de gravidez; lactação; crianças menores de 16 anos; alcoolismo ativo; feocromocitoma; maiores de 60 anos; insuficiência renal, hepática e cardíaca congestiva.

Efeitos Colaterais: os efeitos adversos que podem aparecer são: hipotensão ortostática, sialose, constipação intestinal, visão turva, agitação, náuseas, cefaléia, tremor, frio, sonolência, rubor, estados confusionais, impotência e incapacidade de ejacular.

No Brasil temos a moclobemida (Aurorix) e a trancilpromina (Parnate).

c) Antidepressivos Diversos (Atípicos)

São medicamentos relativamente novos cujos efeitos adversos não são de todo conhecidos e cuja eficácia não é melhor que o da imipramina, segundo KOROLKOVAS (1995) e ZANINI; OGA (1995).

A fluoxetina (Prozac, Daforin, Eufor) é indicado também para o distúrbio obsessivo-compulsivo; não há segurança e eficácia determinadas para uso em crianças; é contra-indicada na gravidez e lactação; deve-se evitar o uso de álcool durante o tratamento; assim que surgirem exantemas ou urticária o tratamento deve ser interrompido e realizada avaliação médica. Como efeitos colaterais podem aparecer exantema, urticária, ansiedade, insônia, hipomania, anorexia, náusea, vômito, cefaléia, convulsões, sonolência, sialose, sudorese, diarreia, tontura, obnubilação, febre e calafrios, dor muscular, problemas respiratórios, erupção cutânea. Deve ser ministrada com alimentos devido à irritação gástrica que provoca.

A maprotilina (Ludimil) é um composto tetracíclico; é contra-indicada a pacientes com crises convulsivas, na gravidez e lactação, fase aguda do infarto do miocárdio; pode ser usada por via intravenosa, gota a gota de forma diluída em solução glicosada isotônica ou soro fisiológico; também pode ser via intravenosa direta sendo diluída em 10 ou 20ml de soro fisiológico ou água destilada. Os efeitos colaterais que podem aparecer são sonolência, erosão da gengiva e dentes, ginecomastia, tumefação testicular, impotência, diminuição da libido, exantemas, rubor, edema, pruridos, alucinações, confusão, efeitos cardiotoxicos, constipação grave, crises convulsivas, icterícia colestatia, visão turva, sonolência, sialose, fadiga, hipotensão arterial, agranulocitose.

A mianserina (Tolvon) é um composto tetracíclico; não há dose determinada para crianças; é contra-indicada na gravidez e lactação, e na mania; os efeitos colaterais são sonolência, sialose, constipação intestinal, convulsões, ganho de peso, edemas, artralgias, disfunção hepática, discrasias sanguíneas.

A minaprina (Psiqual) é contra-indicada na gravidez e na epilepsia não tratada; não deve ser usada nos estados de agitação; como efeitos colaterais pode-se ter irritabilidade, eritemas, náuseas, cefaléia, gastralgia, dificuldades para adormecer e sensação de tensão nervosa.

A paroxetina (Aropax) tem rápido início e longa duração de sua ação; é contra-indicada na gravidez, lactação e para crianças; a retirada da

droga deve ser lenta e gradual; usada com cautela em pacientes epiléticos ou com mania; os efeitos colaterais são sonolência, astenia, cefaléia, sudorese, fraqueza, insônia, disfunção sexual, náusea, tremor, sialosquese, constipação intestinal, irritabilidade, dificuldade de concentração, síndrome de abstinência.

Aspectos gerais para o planejamento da assistência

IMAO

- Deve-se evitar o uso de alimentos ricos em tiramina (picles, vinho, cerveja, queijo, arenque, fígado de galinha, figo, chocolate, carnes sazoadas e extratos de carne, iogurte não-pasteurizado, feijão verde, cogumelo, chucrute), durante o uso da medicação IMAO e até 3 semanas após o término do tratamento.

- Somente após 14 dias do término do tratamento com IMAO se deve usar antidepressivos tricíclicos e vice-versa, devido ao risco de efeitos adversos graves como febre alta, excitação e hipertensão arterial que pode ser letal.

- Deve-se evitar o uso concomitante de descongestionantes nasais ou substâncias simpaticomiméticas; o uso com petidina pode causar coma, depressão respiratória e morte.

- Intensificam os efeitos hipoglicemiantes de antidiabéticos orais e insulina; alimentos com cafeína podem provocar arritmias cardíacas perigosas e hipertensão grave.

Há riscos de acidentes pois provocam diminuição da atenção; fazer monitoração periódica da pressão arterial; o uso com buspirona provoca hipertensão arterial; com metildopa ocorre cefaléia, alucinações, hiperexcitabilidade e hipertensão grave.

Tricíclicos

- Podem mascarar a mania; deve ser redobrada a atenção sobre pacientes com tendências suicidas, pois quando da melhora inicial do quadro aumenta o risco de suicídio.

- O uso com cimetidina pode aumentar a concentração plasmática dos tricíclicos e provocar toxicidade.

Antidepressivos Diversos

- O uso de fluoxetina e IMAO pode acarretar crises hipertensivas; após a interrupção do uso de

fluoxetina deve-se esperar no mínimo 5 semanas para se iniciar IMAO.

- Verificar sinais vitais uma hora após a ministração do medicamento.

- A minaprina não deve ser usada nos estados agitados.

- A paroxetina quando usada com ácido acetil salicílico tem seu efeito tóxico aumentado; carvão ativado bloqueia de forma rápida sua absorção; 5 semanas de intervalo para início do tratamento com IMAO.

Obs.: Quando do uso de qualquer antidepressivo há o risco de ocorrer acidentes com os pacientes por diminuírem a atenção dos mesmos.

5 Anticolinérgicos Centrais

Exercem efeitos antiparkinsonianos, sendo usados em Psiquiatria para diminuir ou acabar com os efeitos extrapiramidais dos neurolépticos (KOROLKOVAS, 1995), porém não deve ser usado na discinesia tardia. (ZANINI; OGA, 1995).

O biperideno (Akineton, Akineton retard) é a droga mais usada atualmente no Brasil; é contra-indicado para pacientes com glaucoma de ângulo fechado, cardiopatias descompensadas, insuficiência hepática, hipertrofia prostática, hipertensão arterial, estenoses do aparelho digestivo. (KOROLKOVAS, 1995).

Como efeitos colaterais podem ocorrer agitação, confusão mental, euforia, sialosquese, cicloplegia, midríase, taquicardia, retenção urinária, hipertermia, convulsões, constipação intestinal, cefaléia, nervosismo, excitação. (KOROLKOVAS, 1995; ZANINI; OGA, 1995).

Aspectos gerais para o planejamento da assistência

Em doses altas pode causar euforia e alucinações, o que pode provocar procura para fins de uso abusivo e comércio ilegal. (ZANINI; OGA, 1995). Aconselhamos a se ter rigoroso controle da droga assim como verificar se os pacientes realmente a usaram para não ocorrer a guarda de vários comprimidos e posterior uso.

Quando em uso concomitante com antidepressivos tricíclicos, certos antiarrítmicos (Quinidina), anti-histamínicos, fenotiazínicos e outros antipsicóticos com ação anticolinérgica secundária, pode ocorrer síndrome anticolinérgica central (KOROLKOVAS, 1995).

6 Carbonato de Lítio

As informações abaixo relacionadas sobre o lítio foram extraídas do Guia de orientação da litioterapia (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 1992) e BEVAN (1979).

O lítio é um elemento químico natural e há apenas quantidades mínimas no corpo humano, onde não desempenha nenhuma função conhecida.

Certas rochas que contém muito lítio são as fontes de extração desse elemento. A descoberta de sua eficácia no tratamento da doença afetiva data de 1949. Ele é eficaz no controle de certas condições mentais e emocionais caracterizadas por amplas e frequentemente desagradáveis flutuações do humor.

Contra-indicação: insuficiência renal aguda, infarto agudo do miocárdio e o primeiro trimestre da gravidez.

Efeitos Colaterais: poliúria, polidipsia, tremores de mão, diarréia e náuseas, bócio (por hipotireoidismo), sonolência, tonturas leves, fraqueza muscular, ganho de peso, piora da acne ou psoríase, aumento de leucócitos.

Aspectos gerais para o planejamento da assistência

- O fato de que o lítio atua controlando e não curando a doença maníaco depressiva é importante. Isso significa que uma vez que o paciente para de tomar o lítio, uma fase aguda (maníaco ou depressiva) tem grande chance de ocorrer.
- A base para o efeito benéfico do lítio não está compreendida. Pode levar de uma a várias semanas antes que a melhora se inicie e saber deste efeito demorado pode ajudar a evitar desencorajamento e o abandono precoce do uso.
- O lítio pode ser prejudicial para o feto e o lactente; mulheres tomando lítio nos primeiros três meses de gravidez podem ter um risco aumentado de gerar crianças com determinadas anomalias.
- O lítio não causa dependência.
- Na presença de concentrações normais de sódio, o lítio é excretado pelos rins com uma meia vida aproximada de 24 horas. No entanto, com nível plasmático de sódio baixo, o lítio é menos efetivamente depurado do organismo, o que pode resultar em intoxicação. Uma pessoa recebendo lítio precisa de sal, porém não de forma excessiva, é suficiente a dieta habitual.
- Se o organismo ficar deficitário em água o lítio ficará mais concentrado no organismo e os rins excretarão mais devagar. É necessária uma

hidratação de pelo menos 2,5 a 3 litros de líquidos por dia, sendo que a equipe de Enfermagem tem que estar atenta a problemas renais, hepáticos e cardíacos quando da hidratação do paciente.

- Existem efeitos colaterais que precisam ser comunicados ao médico, porém alguns sintomas são sugestivos de intoxicação grave: diarréia, vômitos ou náuseas severas e persistentes, visão turva, fraqueza generalizada, dificuldade para andar, pulso irregular, tremores intensos, câimbras, tontura acentuada, voz arrastada.
- A litemia, dosagem de lítio no sangue, é necessária para garantir um nível terapêutico do fármaco que varia individualmente, mas em geral está entre 0,8 e 1,4 mEq/litro; e prevenir intoxicações; acima de 2,0 mEq/litro indica intoxicação de moderada a grave; acima de 4,0 mEq/litro pode ser necessária diálise.
- Alguns testes laboratoriais são necessários antes de iniciar-se a litioterapia. A avaliação da função renal é essencial porque o lítio é eliminado pela urina.
- Antes da coleta de sangue para realizar a litemia é necessário certificar-se com o paciente que nenhuma dose de lítio deixou de ser ministrada nos últimos dias.
- A coleta de sangue para litemia deve ser feita antes que ultrapasse 12 horas da última tomada, mas não muito próximo dela (exemplo: última tomada às 20 horas, no dia seguinte colhido sangue às 7 horas), dessa forma evitar -se -á dados falsos.
- O paciente deve estar ciente que deve comunicar ao médico quando da necessidade de usar qualquer outro remédio (especial atenção aos diuréticos).

Para CORDÁS; MORENO (1995), pacientes com doença afetiva requerem combinação de medicamentos ao invés de monoterapia. O uso de lítio e da carbamazepina associados costuma ser bem tolerado, apesar da adição dos efeitos colaterais.

CONCLUSÃO

Acreditamos que o enfermeiro deve ter conhecimento e preparo suficiente para atuar com psicofármacos e embasados nestes, pode e deve questionar e até se recusar a cumprir a prescrição, quando esta não estiver correspondendo a princípios farmacológicos e aos do Código de Ética.

A Enfermagem deve estar preparada para prestar assistência de qualidade para a preservação da integridade do paciente, sendo que na área de

Psicofarmacologia há a necessidade de atualização de conhecimentos, devido ao desenvolvimento crescente de novos fármacos.

Ainda se faz necessário a formação em educação continuada do pessoal auxiliar assim como supervisão rigorosa de sua prática.

Por fim, acreditamos que é de fundamental importância o desenvolvimento de pesquisa nesta área, uma vez que a produção científica no campo da Enfermagem é escassa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBANESE, J.R. *Nurses' drug reference*, Saint Louis, 1986.
- BEVAN, J.A. et al. *Fundamentos de farmacologia*. São Paulo, Harper & Row do Brasil, 1979.
- GENTIL FILHO, V. *Psicofarmacologia* In: ZANINI, A.C.; OGA, S. *Farmacologia aplicada*. São Paulo, Atheneu, 1979. Cap. 22, p. 319-42.
- CORDÁS, T.A.; MORENO, R.A. *Condutas em psiquiatria*. 2. ed. São Paulo, Lemos Editorial, 1995.
- GRAEFF, F.G. *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação*. 2. ed.rev. ampl. São Paulo, E.P.U., 1989.
- KOROLKOVAS, A. *Dicionário terapêutico Guanabara*. Edição 1995/1996. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995.
- ROZENFELD, S.; PEPE, V.L.E. (org.). *Guia terapêutico ambulatorial*. 1992/93. Porto Alegre, Artes Médicas - ABRASCO, 1992.
- SCHULTE, W.; TÖLLE, R. *Manual de psiquiatria*. São Paulo, EPU, 1981.
- TAYLOR, C.M. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica: de Mereness*. 13. ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. Instituto de Psiquiatria. Grupo de estudos de doenças afetivas. *Guia de orientação da litioterapia na doença afetiva*, São Paulo, 1992.
- ZANINI, A.C.; OGA, S. et al. *Guia de medicamentos*. São Paulo, Atheneu, 1995.