

USO TERAPÊUTICO DE ANTIDEPRESSIVOS NO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

AUTORES

Felipe Cardoso DA SILVA

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

Evandro dos Santos RICARDI

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

RESUMO

O presente artigo buscou demonstrar a questão do uso deliberado de substâncias psicoativas, inclusive como um problema de saúde pública, já que desde a década de 90 houve uma grande expansão na quantidade de usuários de drogas. Todo esse impacto gera sobrecarga nos serviços dos profissionais de saúde, bem como dos cidadãos, em geral. Objetivou-se demonstrar essa expansão do uso de drogas relaciona-se com o aumento da dependência química está relacionado ao desencadeamento de transtornos mentais sérios da atualidade. Esses transtornos mentais e conceitos sobre o uso terapêutico de antidepressivos nestes casos, com o trabalho de profissionais integrantes de equipe multidisciplinar e tratamento de farmacoterapia, o que demonstra tratar-se de ações com resultados eficazes e benéficos, sendo essa equipe composta por psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras e com a participação da família. Por meio de revisão de literatura, apresenta-se conceitos sobre o uso dos antidepressivos utilizados no tratamento de dependentes químicos.

PALAVRAS-CHAVE

Substâncias psicoativas, Antidepressivos, Dependência química, Tratamento terapêutico.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Tratamento terapêutico na dependência química

O uso de substância psicoativas é um problema de saúde pública, acarretando em grande impacto na sociedade em geral. O consumo de substâncias psicoativas de forma abusiva tem sido cada vez mais evidente e discutido, e atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é considerada uma doença que está classificada entre os transtornos psiquiátricos que podem ser tratados e controlados (BRASIL, 2009).

Os usuários de substâncias psicoativas, também denominados usuários de drogas, estão sujeitos ao desenvolvimento de dependência química que por causar mudanças fisiológica, física e também na sua saúde mental, altera a estrutura e qualidade de vida afetando as relações familiares sociais e até mesmo profissionais (OLIVEIRA e DIAS, 2010).

Dados levantados em 2017 pela Fundação Oswaldo Cruz mostram que 3,563 milhões de brasileiros tem algum tipo de dependência química. Com isso, foi implementado programas que visam ajudar os dependentes químicos como os Centro Psicossociais (CAPS) relacionado com a dependência de álcool e drogas. Neste programa é oferecido tratamento totalmente gratuito com uma equipe multidisciplinar visando intervenções medicamentosas e sociais visando garantir o reestabelecimento do dependente na sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A farmacoterapia tem um papel de grande relevância no tratamento do dependente químico, visando prevenir e amenizar os sintomas relacionados a abstinência. Além disso, acredita-se que o crescente consumo de drogas e o desenvolvimento de dependência química está relacionado ao desencadeamento de transtornos mentais graves da atualidade (RIBEIRO, YAMAGUCHI e DUAILIBI, 2012).

A farmacoterapia tem lugar importante no tratamento da dependência química, mas não deverá ser a única abordagem; e sim deverá agir complementando outras intervenções psicossociais que buscam melhorar todos os domínios da vida do paciente (SANTIAGO 2017). Essas intervenções, como terapia individual ou de grupo, bem como grupos de mútua ajuda, só são possíveis se o paciente estiver minimamente equilibrado para poder frequentar esses espaços e absorver seus conteúdos.

Neste contexto, a necessidade do entendimento dos benefícios do tratamento farmacológico dos dependentes químicos em conjunto com a dificuldade de acesso aos estudos realizados é de grande importância realizar um levantamento dos principais agentes terapêuticos para tratamento de dependência química. Além disso, este trabalho irá contribuir com as informações mais relevantes a respeito do uso terapêutico de antidepressivos usados em tratamento de dependência química visando uma melhor informação dos acadêmicos e profissionais de saúde sobre o tema buscando uma melhor adesão ao tratamento (CAPISTRANO *et al.*, 2013).

1.2 Dependências químicas e transtornos mentais

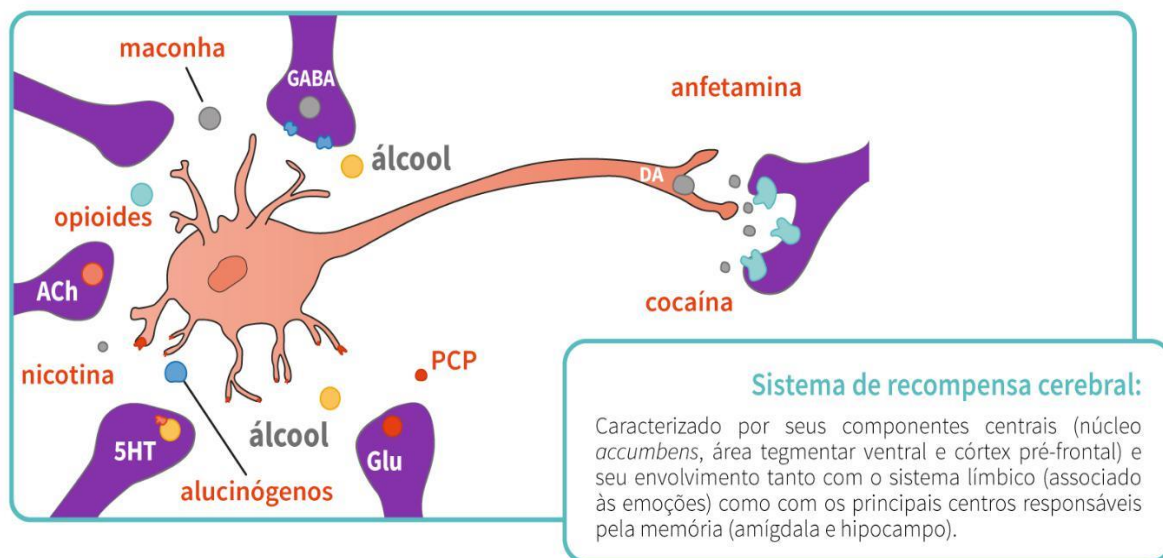
Substâncias psicoativas de abuso tem o seu mecanismo de ação particular, mas todas elas atuam, direta ou indiretamente, ativando uma mesma região do cérebro: o sistema de recompensa cerebral. Esse sistema é formado por circuitos neuronais responsáveis pelas ações reforçadas positivamente e negativamente. Quando nos deparamos com um estímulo prazeroso, nosso cérebro lança um sinal: o aumento de dopamina, importante neurotransmissor do sistema nervoso central (SNC), no núcleo *accumbens*, região central do sistema de recompensa e importante para os efeitos das drogas de abuso (SENAD, 2016).

Normalmente, existe uma elevação de dopamina com estímulos prazer, causados muitas vezes por alguns alimentos, pela atividade sexual e por estímulos ambientais agradáveis, como olhar para uma paisagem bonita ou escutar uma música da qual gostamos. As drogas de abuso agem no neurônio dopaminérgico, isto é, neurônios

cujo principal neurotransmissor é a dopamina, induzindo um aumento brusco e exacerbado de dopamina no núcleo *accumbens*, mecanismo comum para praticamente todas as drogas de abuso. Esse sinal é reforçador, associado a sensações de prazer, fazendo com que a busca do uso de substância psicoativas seja usada descontroladamente (ROEDER, 2010).

Ambos os sistemas, mesolímbico e mesocortical, funcionam paralelamente entre si e com as demais estruturas cerebrais configurando o sistema de recompensa cerebral, sendo que a dopamina é o principal neurotransmissor presente nesse sistema, porém, não o único.

Figura 1. Sistema de recompensa cerebral



Fonte: Nute-UFSC (2016).

Neurotransmissores como a serotonina, noradrenalina, glutamato e o ácido gama-aminobutírico (GABA) são responsáveis pela modulação do SNC e também estão presentes no sistema de recompensa, lembrando que a ação das drogas no sistema de recompensa cerebral pode levar o desenvolvimento da dependência química (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2017).

1.3 Abstinência associada a dependência química

A abstinência pode ser conceituada como a privação de algo, com uma meta a ser alcançada, que acontece quando o indivíduo por conta própria deixa de lado algo que faz costumeiramente, como fumar, beber, ou consumir drogas, sendo assim, nestes casos estão ligados ao uso de substâncias tóxicas, como o alcoolismo ou drogas. Junto com a abstinência, existe a crise de abstinência que são as mudanças bruscas, normalmente de comportamento, como alucinações e convulsões, em pessoas que estão muito dependentes de alguma substância química. O termo é muito utilizado em relação ao uso de drogas ilícitas, que geram dependência física e psíquica, caracterizada por sintomas como mal-estar, ansiedade, irritabilidade, hipertensão, insônia, náusea, agitação e taquicardia. Os efeitos da abstinência podem afetar os domínios biológico, social, moral e psicológico. Neste caso, são necessárias soluções urgentes (RIBEIRO *et al.*, 2008).

A característica da crise de abstinência das substâncias químicas são uma série de sinais e sintomas causados por uma reação por falta de drogas. Esses eventos são uma parte natural do processo de desintoxicação, ou seja, ocorrem quando o corpo está ciente da falta de substâncias causadoras de dependência. A síndrome é uma reação orgânica causada pela interrupção repentina do uso de entorpecentes, que pode ter características físicas ou psicológicas. Depois que o indivíduo inicia o tratamento de desintoxicação, uma vez que

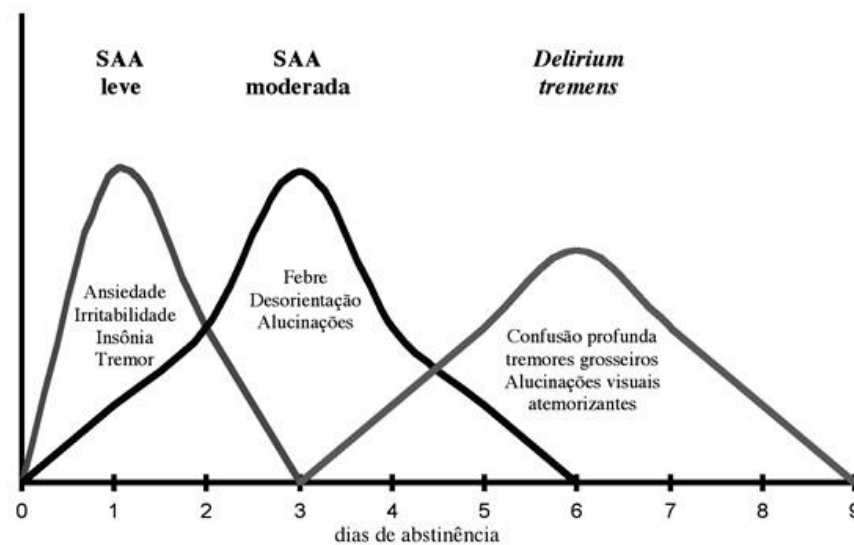
o corpo se acostumou com a substância, abandonar a droga pode causar grande desconforto. A falta de estímulos tóxicos para atividades psicológicas pessoais pode levar a mudanças imprevisíveis de comportamento (OMS, 2017).

O primeiro sinal é a “fissura” pela droga, termo que significa a ocorrência de um desejo muito forte de utilizar a droga, sendo uma vontade é quase incontável e, às vezes, pode provocar reações enérgicas como agressividade e perda do equilíbrio psíquico. As crises de abstinência são um dos fatores que mais contribuem para a dependência crônica. Por isso, muitos usuários apresentam grande dificuldade de abandonar o vício sozinhos e precisam se submeter a um processo de desintoxicação. O uso prolongado de entorpecentes os torna em viciados crônicos porque quando tentam interromper o uso, há uma forte sensação de que necessitam da substância para aliviar sintomas causados pelas crises de abstinência (PENCHANKSY, 2014).

1.4 Abstinência e tratamento da dependência por álcool

Os sintomas da síndrome de abstinência do álcool (SAA) geralmente se iniciam dentro de 4 a 12 horas após a interrupção ou a diminuição do uso de álcool. A intensidade da SAA atinge seu pico no segundo dia e termina em quatro a cinco dias. Entre 70% e 90% dos pacientes com SAA apresentam tremores, desconforto gastrointestinal, ansiedade, irritabilidade, elevação da pressão arterial, taquicardia e hiperatividade autonômica. Os tipos de SAA são demonstradas na Figura 2 (PENCHANKSY, 2014).

Figura 2 – Síndrome de abstinência alcoólica



Fonte: ABRANTES et al., 2010.

Os sintomas menos comuns são epilepsia, alucinações e delírios. Quando há início desses sintomas, a SAA é considerada uma forma grave e o tratamento envolve alternativas para reduzir a irritabilidade do SNC e restaurar a homeostase fisiológica. Nessas condições, recomenda-se trocar a tiamina (utilizada para tratamento mais brandos) para os benzodiazepínicos. Em alguns casos podem ser utilizados bloqueador adrenérgico e antipsicóticos (ABRANTES et al., 2010).

O uso de beta bloqueadores ou clonidina em curto prazo pode ajudar a tratar os sintomas de abstinência, embora seus efeitos possam mascarar a gravidade da SAA, pois 3% dos pacientes com Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) grave, podem progredir para *Delirium tremens* (DT). A DT pode durar de dois a dez dias e é caracterizada por um nível de consciência, despersonalização, mudanças no humor irritável e oscilações entre apatia e forte inquietação, que podem levar à agressividade (BARBOSA, 2012).

Nos casos de alcoolismo, os pacientes alcoólicos devem ser avaliados, em um primeiro momento, sobre a quantidade de álcool que consomem, a frequência e como isso tem afetado sua saúde física, emocional e as relações interpessoais, verificando assim o grau de comprometimento do paciente (ALVES, 2014).

Para o tratamento, indica-se o Naltrexona, um antagonista opioide que tem como objetivo inibir o consumo de álcool mediante o bloqueio pós-sináptico de determinados receptores opióide nas vias mesolímbicas (FONTES, 2010).

O Acamprosato é uma segunda opção, tratando-se de um inibidor da atividade excitatória glutamatérgica que reduz os efeitos aversivos da retirada do álcool e também reduz o reforço positivo ao uso de etanol, sua contra-indicação é a insuficiência hepática ou hepatite (DEL PRETTE, 2011).

1.5 Abstinência e tratamento da dependência por Cocaína/crack

Os dependentes químicos de cocaína e crack ao interromper o uso da droga, sentem a falta do prazer relacionada ao sistema de recompensa cerebral. Não há um consenso claro sobre a abstinência de cocaína e sua duração, porém, é mais representada como sendo trifásica. A primeira fase é denominada “colapso” e dura várias horas a cinco dias, caracterizando-se pelo primeiro aparecimento de irritabilidade, inquietação, hiperatividade, depressão, prazer e exaustão. A segunda etapa é iniciada com o reaparecimento da necessidade de consumo da droga, sintomas depressivos e ansiosos e podem durar até dez semanas. A última fase é caracterizada pela restauração do humor, sono e retorno da ansiedade ao normal (TOWNSEND, 2012).

Estudos demonstram que os tratamentos farmacológicos raramente trazem benefícios para o manejo dos sintomas de abstinência à cocaína e crack, no entanto, alguns antidepressivos e ansiolíticos ajudam no combate de alguns dos sintomas de abstinência associados a dependência química de cocaína e crack (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Para o tratamento, costuma-se utilizar o Topiramato, e em doses a partir de 200mg, age na modulação do sistema de recompensa cerebral e o Modafinil, que é um antagonista dos canais de cálcio (PRATA, 2009).

1.6 Abstinência e tratamento da dependência por benzodiazepínicos

A abstinência por benzodiazepínicos está relacionada à interrupção abrupta do uso. Entre os fatores que contribuem para o estabelecimento da abstinência estão o uso de doses elevadas e prolongado, embora mesmo pacientes com doses consideradas terapêuticas tenham apresentado sintomas de abstinência. A retirada da medicação deve ser progressiva e planejada. Sintomas como ansiedade, insônia, cefaleia, anorexia, náuseas, vômitos, tremores, hipotensão postural e fraqueza podem aparecer no período de 1 a 11 dias após a retirada da medicação. A diferença entre os efeitos físicos e psíquicos da abstinência no uso de benzodiazepínicos é apresentado na Tabela 1 (PENCHANSKY, 2014).

Tabela 1 – Abstinência de benzodiazepínicos

FÍSICOS	PSÍQUICOS
---------	-----------

Tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, sintomas gripais, cefaleias, dores musculares.	Insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, disforia, prejuízo de memória e despersonalização.
---	--

Fonte: (PENCHANKSY, 2014).

O tratamento da abstinência pode ser feito a partir da administração de fenobarbital (30mg), equivalendo a 10mg de diazepam, 30mg de clordiazepóxido, 1mg de lorazepam e 1mg de alprazolam. A partir da estabilização, recomenda-se a redução progressiva e diária de 10% da dose inicial. O uso de dose convertida do benzodiazepínico para o diazepam, com redução progressiva de 10% diariamente também está indicado (TOWNSEND, 2012).

1.7 Abstinência e tratamento da dependência por maconha

O interesse no tratamento da dependência de maconha tem crescido em função de resultados em modelos animais e estudos clínicos de evidências de síndrome de abstinência para a substância em usuários crônicos. Os sintomas mais comuns na abstinência da maconha são irritabilidade, mudança no apetite, perda de peso, desconforto físico, dor de cabeça e sintomas depressivos (PENCHANKSY, 2014).

Os usuários de *Cannabis* que procuram tratamento confirmam o amplo espectro dos critérios de abuso e dependência, incluindo experimentar uma síndrome de abstinência e tentativas fracassadas de abandonar ou diminuir o consumo. São relatados comumente problemas na escola ou no trabalho, no relacionamento e na família, relacionada ao uso de *Cannabis*, além disso, dificuldades financeiras, baixa energia, baixa autoestima, insatisfação com o nível de produtividade, problemas no sono e na memória, e baixa satisfação com a vida já foram relatadas por esses usuários. Estudos sobre o tratamento para transtornos por uso de maconha ainda são limitados e nenhum tratamento farmacológico específico pode ser recomendado. É importante ressaltar que o uso de maconha pode precipitar episódios iniciais psicóticos em pacientes com vulnerabilidade (CARLINI *et al.*, 2015).

Nos casos do uso da maconha, desde a década de 80, comprovou-se que há síndrome de abstinência desta substância, com sintomas que se iniciam nas primeiras 24 horas após a interrupção do uso, com sintomas de ansiedade, irritabilidade, agitação, alterações do sono, diminuição do apetite, pesadelos, dores musculares, taquicardia e cefaleia.

O tratamento é a base de Fluoxetina, que é um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (GALVANESE, 2009).

1.8 Abstinência e tratamento da dependência por nicotina

A dependência da nicotina tem dois componentes básicos: um é o vício físico, que é a causa dos sintomas da síndrome de abstinência ao parar de fumar (fissura); por outro lado, existe uma dependência psicossocial complexa. Esse sentimento leva a um mecanismo de suporte ou adaptação nos cigarros para lidar com sentimento de solidão, depressão, pressão social e hábitos habituais de fumar causados pelo senso de adaptação. Beber café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir, fumar e beber, fumar após as refeições, entre outros. Todos esses comportamentos de fumar envolvem uma variedade de emoções, que podem aumentar algumas patologias e acarretar no desenvolvimento de ansiedade e estresse (LARANJEIRA, 2018).

Para o tratamento da nicotina, utiliza-se da Bupropiona, que atua na inibição da dopamina e noradrenalina, sem efeitos colaterais como disfunção sexual, sonolência e ganho de peso, bem como a Nortriptilina que, entre os

antidepressivos tricíclicos existentes, é o que possui menor índice de efeitos colaterais, com bom índice de aceitação entre os idosos. Também utiliza-se a Vareniclina, um agonista parcial dos receptores nicotínicos cerebrais que auxiliam na diminuição tanto da fissura quanto dos sinais e sintomas da síndrome de abstinência (MORENO, 2009).

1.9 Antidepressivos

A primeira hipótese foi das monoaminas, proposta em 1965, revelou-se que a depressão resulta de transmissão monoaminérgica deficiente da norepinefrina e/ou hidroxitriptamina no SNC. A capacidade dos antidepressivos facilitarem a transmissão monoaminérgica (PONTES, 2015).

Com base nessa hipótese, os antidepressivos são classificados de acordo com seus principais efeitos no metabolismo. O aumento dos níveis de neurotransmissores pela inibição da monoamina oxidase ou bloqueio da bomba de captura de monoamina pode causar essa hipossensibilização, e sua resolução está relacionada ao início da melhora clínica: recaptção de serotonina, receptores de norepinefrina ou ambos ou antagonismo seletivo (GALVANESE, 2009).

Até a década de 1980, os antidepressivos eram divididos em duas categorias: antidepressivos tricíclicos (ADT) e inibidores da monoamino oxidase (IMAO). Embora muito eficazes, apresentam efeitos colaterais indesejáveis devido à falta de efeitos farmacológicos específicos e podem ser fatais em caso de sobredosagem. No final do século XX e início do século XXI, novos tipos de antidepressivos surgiram na busca por moléculas contra compostos heterocíclicos. São diferentes dos clássicos ADT e IMAO, irreversíveis em termos de seletividade farmacológica, alteração e redução dos efeitos colaterais (FIGLIE *et al.*, 2011).

Os antidepressivos podem ser classificados de acordo com sua estrutura química ou propriedades farmacológicas. A estrutura cíclica (anel benzênico) é característica dos antidepressivos heterocíclicos (tricíclicos e tetracíclicos). ADT é dividido em duas categorias, as aminas terciárias (imipramina, amitriptilina, trimipramina e doxepina) e as aminas secundárias (desmetilimipramina, nortriptilina e protriptilina). Atualmente, os antidepressivos são classificados preferencialmente de acordo com seus efeitos farmacológicos, o que é mais útil na prática clínica porque a nova geração de medicamentos não tem uma estrutura comum. Você pode dividi-lo de acordo com o mecanismo de ação sugerido, conforme mostrado na tabela 2 (FIGLIE *et al.*, 2011)

Tabela 2 – Classificação dos antidepressivos

Classe	Seletividade e exemplos
Inibidores da monoaminoxidase (IMAO).	Não seletivos e Irreversíveis; Iproniazida; Isocarboxazida; Tranilcipromina; Fenelzina.
Clorgilina (MAO-A); Seletivos e irreversíveis; Brofaromina; Moclobemida; Toloxatona; Befloxatona	Seletivos e Irreversíveis
Inibição mista de recaptura de 5-HT/NE; Imipramina; Desipramina; Clomipramina; Amitriptilina; Nortriptilina; Doxepina; Maprotilina.	Inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas (ADTs)
Fluoxetina; Paroxetina; Sertralina; Citalopram; Fluvoxamina; Inibidores seletivos de recaptura de 5-HT*/NA* (ISRSN); Venlafaxina; Duloxetina; Inibidores de recaptura de 5-HT e antagonistas ALFA-2 (IRSA); Nefazodona; Trazodona;	Inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS)

Etimulantes da recaptura de 5-HT (ERS).	
Reboxetina; Viloxazina; Inibidores seletivos de recaptura de DA (ISRD) Amineptina; Bupropiona; Minaprina; Antagonistas de alfa-2 adrenorreceptores: Mianserina; Mirtazapina.	Inibidores seletivos de recaptura de NA* (ISRN)

Fonte: (FIGLIE *et al.*, 2011)

A escolha do antidepressivo é uma parte extremamente importante do tratamento da dependência química, e deve levar em consideração cada paciente (GALVANESE, 2009).

Nas últimas décadas, antidepressivos para o vício em drogas foram desenvolvidos para ajudar a tratar a doença. Infelizmente, nem todos os viciados em drogas em busca de recuperação podem se livrar do vício sem tomar remédios. No entanto, não existe uma cura milagrosa para o vício. O medicamento sempre deve ser usado em combinação com outras terapias e atuam de maneiras diferentes, mas sempre visam causar aversão ao medicamento, substituir o efeito da substância e tratar sintomas de intoxicação e abstinência (CARLINI *et al.*, 2015).

Os aspectos comportamentais são um dos fatores mais importantes no tratamento. Isso significa que os pacientes podem aprender novas estratégias de como lidar com situações específicas. Por exemplo, pode ensinar os pacientes a lidar com a alegria ou a tristeza sem uso de substância psicoativas. Isso significa evitar tentações e lidar com os desejos potenciais de uso de drogas, mas também significa que os pacientes devem aprender a evitar o possível uso de drogas. Muitos procedimentos até discutem o que os pacientes devem fazer se tiverem uma recaída depois de acordar (GALVANESE, 2009).

A medicação visa prevenir ou melhorar os sintomas causados pela abstinência. Também pode ser usado para reduzir rachaduras e tratar comorbidades relacionadas. Desta forma, desempenha um papel importante no tratamento da toxicodependência. Normalmente, é combinado com outras práticas que estão inseridas em um ambiente multidisciplinar para melhorar a rotina do paciente (CARLINI *et al.*, 2015).

Para que a farmacoterapia promova algum efeito terapêutico, é necessário o transcurso do período de pelo menos duas semanas, conhecido como período de latência (adaptações farmacodinâmicas que resultam na redução do número e da afinidade dos receptores ao longo do tempo, necessárias para promoção do efeito farmacológico) (SOARES, 2017).

Destaca-se ainda que, para que ocorra alguma resposta clínica e a redução expressiva dos sintomas, os antidepressivos devem ser utilizados por pelo menos quatro semanas. Além disso, é necessário atingir as doses terapêuticas sem ultrapassar as doses toleradas pelo paciente e garantir a adesão ao tratamento. É importante ainda lembrar que o tratamento farmacológico deve ser orientado por profissionais de saúde (no caso, médico e farmacêutico) e que deve ser individualizado para cada paciente. As comorbidades e possíveis interações medicamentosas devem ser consideradas a fim de minimizar os riscos e maximizar a resposta terapêutica (SOARES, 2017)

2. JUSTIFICATIVA

Sendo assim, a pesquisa justifica-se pelo aumento do número de dependentes químicos e sua relação comprometida com os âmbitos pessoais, profissionais e sociais, o tratamento terapêutico de antidepressivos tem sido cada vez mais procurado. No entanto, esse tratamento é de difícil escolha.

A compreensão da farmacoterapia no tratamento do dependente químico e extrema relevância visa prevenir e amenizar os sintomas relacionados a abstinência. Além disso, acredita-se que o crescente consumo de

drogas e o desenvolvimento de dependência química está relacionado ao desencadeamento de transtornos mentais graves da atualidade (ZANELATTO, 2013).

3. OBJETIVOS

Conceituar o tratamento com antidepressivos no abuso de substâncias psicoativas;

Demonstrar dados sobre os efeitos das diferentes substâncias psicoativas;

Expor os efeitos do antidepressivo no tratamento das diferentes dependências.

4. METODOLOGIA

A revisão da literatura foi realizada com o levantamento de estudos bibliográficos baseado em artigos científicos e legislação de órgãos oficiais relacionando o uso terapêutico de antidepressivos usados em substâncias psicoativas, destacando sua importância no tratamento da dependência química, e seu uso em formulações e benefícios para a saúde.

As bases de dados utilizadas para o desenvolvimento do trabalho foram a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e outros sites e revistas de publicações científicas e as resoluções disponibilizadas pelo Portal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Os critérios de inclusão de artigos para a pesquisa foram estudos avaliando os benefícios do uso de antidepressivos no sistema nervoso central que apresentem o português, o inglês e o espanhol como língua oficial.

Os critérios de exclusão para artigos que não estão disponibilizados por completo e publicados no período inferior ao ano de 2000. Os descritores utilizados foram “dependência química”; “antidepressivos”; e “drogas de abuso”. O período de busca foi de fevereiro a novembro de 2020.

5. CONCLUSÃO

Reafirmando a importância do tema, conclui-se após a revisão literária que a dependência química é um problema de saúde mundial e que provoca danos em toda a sociedade.

Diferenciando a dependência entre psicológica ou fisiológico, sendo que no primeiro tipo, quando há interrupção do uso da substância, aparece sensação de desconforto e mal-estar, bem como aumento da ansiedade e sensação de vazio e no segundo tipo, a dependência apresenta sintomas físicos quando o indivíduo não utiliza a droga, conhecido como síndrome de abstinência, nota-se a relevância de um acompanhamento profissional eficiente e atualizado.

O uso dos antidepressivos, baseando-se na literatura estudada, é uma importante ferramenta no tratamento do dependente químico das mais variadas substâncias percorridas, demonstrando ao longo do texto, os resultados que se pode alcançar, somente com destaque para a cocaína, que ainda não foi comprovada a eficácia.

Portanto, constatou-se que as estratégias terapêuticas com a utilização de antidepressivos depende do tipo de dependência química e deve ser realizada em conjunto com a assistência social, sendo essas medidas de grande relevância para melhora da qualidade de vida do dependente químico, além da reinserção do mesmo na sociedade.

6.REFERÊNCIAS

ALVES, R.; KOSSOBUDZKY, L. A. **Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba.** Interação em Psicologia, Curitiba, v. 6, n. 1, p.65-79, jun. 2014.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BARBOSA, A. **O percurso do toxicodependente para a cura.** Acesso em: 13 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Saúde mental em dados.** Secretaria de atenção à saúde. Brasília, DF, 2012.

CAPISTRANO FC, FERREIRA ACZ, MAFTUM MA, KALINKE LP, MANTOVANI LP. **Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários.** CogitareEnferm. 2013;18(3):468-74.

CARLINI, E. A.; Galduróz, J. C.; Noto, A. R.; Carlini, C. M.; Oliveira, L. G.; Nappo, S. A.; Moura, Y. G. & Sanchez, Z. V. D. M. (2005). **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país.** São Paulo: CEBRID-UNIFESP.

DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das Habilidades Sociais:** Terapia, Educação e Trabalho. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

FIGLIE, N. B. & Pillon, S. C. **Dependência Química.** In: Focchi, G. A.; Leite, M. C. & Laranjeira, R. *Dependência química: novos modelos de tratamento.* São Paulo: Roca, 2011. p 61-75.

LARANJEIRA, R.; JUNGEMAN, F.; DUNN, J. Drogas: maconha, cocaína e crack. 2ª edição. São Paulo: Contexto, 1998.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **A prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária.** Brasília: SENAD; 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 2017.

PENCHANSKY, F.; Szobot, C. & Scivoletto, S. (2014). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26 (supl. 1), 14-17.

PRATTA, E. M. M. A. **Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico.** Disponível em: < [http:// www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413)>. Acesso em: 06 abr. 2021.

RIBEIRO M. S.; ALVES M. J. M; VIEIRA E. M. M.; SILVA P.M.; LAMAS C. V. D. **Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 57, n 1, p. 16- 22, 2008.

RIBEIRO, M.; YAMA, GUCHI, S.; DUAILIBI, L. B. Avaliação de fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do Usuário de Crack.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROEDER, M. A. Serviço residencial terapêutico – morada do gênero. In: MALUF, S.; TORNQUIST, C. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

SANTIAGO, J. (2017). **A droga do toxicômano** Belo Horizonte, MG: Relicário Edições.

SOARES, R. ROGAR, S. **Uma droga brutal.** Revista Veja, São Paulo, nº 44, Ano 42, Edição 2137, p. 66-67, nov. 2017.

TOWNSEND E.A, MILLER V. M, PRAKASH Y. S. **Sex differences and sex steroids in lung health and disease,** Endocr. Rev, v.33, n.1, p. 1–47, 2012.

ZANELATTO, N. A. Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco. In: LARANJEIRA, R.; ZANELATTO, N. A. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas.** Porto Alegre: Artmed, 2013.