


Saúde mental, transtorno por uso de substâncias e transtorno por uso de opioides: atualizações e estratégias de tratamento*

Rebecca A. Owens¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7302-7891>

Maxine Smalling²

 <https://orcid.org/0000-0002-9172-050X>

Joyce J. Fitzpatrick³

 <https://orcid.org/0000-0001-6920-7059>

Objetivo: descrever as principais estratégias para abordar lacunas na identificação, tratamento e treinamento sobre saúde mental, transtorno do uso de substâncias (TUS) e transtorno do uso de opioides (TUO). **Método:** trata-se de uma revisão narrativa, a partir de artigos recentes e de publicações de instituições que abordam a temática da saúde mental e da dependência química reconhecidas internacionalmente. **Resultados:** a prevalência de uso concomitante de substâncias e transtornos psiquiátricos/de saúde mental tem sido elevada e continua crescente, compondo problemas complexos que implicam em desafios de tratamento multifacetados, incluindo condições médicas, deficiências, falta de moradia, abandono de medicamentos e altas taxas de recaída. O tratamento de TUS's e TUO's são questões individualmente complexas. A combinação dos dois transtornos requer uma abordagem de diagnóstico e tratamento dedicada e multifacetada. **Conclusão:** como a prevalência de TUO's, TUS's e COD's continua a aumentar, enfermeiros e profissionais de saúde devem estar preparados para diagnosticar, tratar e/ou encaminhar os usuários para garantir o cuidado adequado e a recuperação a longo prazo dos indivíduos acometidos.

Descritores: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Transtornos Relacionados ao Uso de Opióides; Saúde Mental; Terapêutica.

* A publicação deste artigo na Série Temática "Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem" se insere na atividade 2.2 do Termo de Referência 2 do Plano de Trabalho do Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

¹ New York State Psychiatric Institute, New York, NY, Estados Unidos da América.

² New York State Office of Mental Health, Albany, NY, Estados Unidos da América.

³ Case Western Reserve University, Frances Payne Bolton School of Nursing, Cleveland, OH, Estados Unidos da América.

Como citar este artigo

Owens RA, Smalling M, Fitzpatrick JJ. Mental health, substance use disorder, and opioid uses disorder: updates and strategies for treatment. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2021 jul.-set.;17(3):88-100. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.187412>

Mental health, substance use disorder, and opioid uses disorder: updates and strategies for treatment

Objective: to describe the main strategies to deal with gaps in the identification, treatment and training regarding substance use disorder (SUD), and opioid uses disorder (OUD). **Method:** this is a narrative review, based on recent articles and publications on mental health and substance use recognized internationally. **Results:** a prevalence of co-occurring substance use and mental health/psychiatric disorders continue to rise and are considered complex problems, with multifaceted treatment challenges including medical conditions, disabilities, homelessness, medication noncompliance, and high relapse rates. The treatment for SUD and OUD are complex. The co-occurrence of these two disorders require a multifaceted approach for the diagnosis and treatment. **Conclusion:** the prevalence of SUD, OUD and their co-occurrence continue to rise and nurses and other health professionals should be prepared to diagnose, treat and/or refer users to assure their adequate care and long term recovery.

Descriptors: Substance-Related Disorders; Opioid-Related Disorders; Mental Health; Therapeutics.

Salud mental, trastorno por uso de sustancias y trastorno por uso de opioides: actualizaciones y estrategias de tratamiento

Objetivo: describir las principales estrategias para abordar las brechas en la identificación, tratamiento y capacitación en salud mental, trastorno por uso de sustancias (TUS) y trastorno por uso de opioides (TUO). **Método:** se trata de una revisión narrativa, basada en artículos y publicaciones recientes de instituciones reconocidas internacionalmente que abordan el tema de la salud mental y la dependencia química. **Resultados:** la prevalencia del uso concomitante de sustancias y trastornos psiquiátricos/de salud mental ha sido alta y continúa creciente, lo que agrava problemas complejos que implican desafíos de tratamiento multifacéticos, que incluyen afecciones médicas, discapacidades, falta de vivienda, abandono del uso de medicaciones y elevadas tasas de recaída. El tratamiento de los TUS y TUO son problemas individualmente complejo. Una combinación de los dos requiere un enfoque de diagnóstico y tratamiento dedicado y multifacético. **Conclusión:** como la prevalencia de TUO, TUS y COD sigue aumentando, las enfermeras y los profesionales de la salud deben estar preparados para diagnosticar, tratar y / o encaminar para garantizar la atención adecuada y la recuperación a largo plazo de las personas afectadas.

Descriptores: Trastornos Relacionados con Sustancias; Trastornos Relacionados con Opioides; Salud Mental; Terapéutica.

Introdução

Evidências estimam que mais de 50% dos indivíduos com transtornos mentais e doenças mentais graves (DMG) também possuem, concomitantemente, transtorno relacionado ao uso de substâncias (TUS) ou transtorno por uso de opioides (TUO). Frequentemente descrito como um duplo diagnóstico (DD), é imperativo que a educação, a formação, a identificação e as lacunas no tratamento do prestador de cuidados são reduzidos à medida que o uso de substâncias e o abuso continuam aumentando. Estimativas globais anteriores à pandemia da COVID 19, mencionadas pelo *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*, indicam que o uso de substâncias concomitante à presença de transtornos psiquiátricos/de saúde mental (CODs), como agora mais comumente referenciado, afetou aproximadamente 9,2 milhões de adultos e pelo menos 358.000 adolescentes apenas nos Estados Unidos da América (EUA)⁽¹⁻²⁾.

Globalmente, a prevalência de TUS do uso de álcool, maconha e opioides foi estimada em cerca de 100,4 milhões de abusadores de álcool, 22,1 milhões de usuários de maconha e 26,8 milhões de usuários de opioides⁽³⁾. As chances são de que esses números sejam ainda maiores, considerando os potenciais estigmas associados à divulgação dos problemas relacionados ao abuso de substâncias. TUS's e TUO's, especialmente quando associados a comorbidades, que requerem cuidados e apoio social, médico e mental de forma integrada. A saúde mental/transtornos psiquiátricos e o abuso de substâncias por si só são complexos. Os pacientes com COD podem apresentar uma infinidade de desafios no tratamento, os quais incluem: outras condições de saúde, deficiências, ausência de moradia ou moradia em locais de alto risco, dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso e elevadas taxas de recaídas. Encargos sociais, familiares e econômicos associados podem ocasionar complicações adicionais⁽⁴⁾.

O presente estudo tem por objetivo descrever as principais estratégias para abordar lacunas de identificação, tratamento e treinamento sobre saúde mental, transtorno do uso de substâncias (TUS) e transtorno do uso de opioides (TUO).

Método

Trata-se de uma revisão narrativa, a partir de artigos recentes e de publicações de instituições que abordam a temática da saúde mental e da dependência química reconhecidas internacionalmente: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*; *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*; *American Psychiatric Association (APA)* e *American Medical Association (AMA)*.

Resultados e Discussão

O impacto da COVID-19 sobre o uso de substâncias e saúde mental

O isolamento social e esforços adicionais, tais como as restrições da pandemia global e medo, representam um risco para exacerbações de doenças mentais, uso e abuso de substâncias e recaídas. Além disso, dificuldades econômicas, instabilidade habitacional, redução do acesso à saúde e acesso a serviços de apoio e recuperação apresentam desafios adicionais nessas populações⁽¹⁾.

Em relação ao número de co-ocorrências de transtornos psiquiátricos, opioides e de uso de substâncias, exacerbados pelas repercussões da pandemia global COVID-19, é imperativo que os médicos da área da saúde mental estejam cientes da intensificação de uma epidemia de COD. O conhecimento de diagnósticos, tratamento, barreiras e opções de encaminhamento, integrando a atenção à saúde com a saúde mental e na recuperação do uso de substâncias e de opioides, é fundamental para alcançar resultados sustentáveis com a crescente demanda de pacientes com ambas comorbidades⁽⁵⁾. Vinte por cento dos indivíduos com uma doença mental grave (DMG) desenvolverão um TUS durante a vida. Assim, existe uma lacuna desafiadora, mas oportunista, quando as estimativas atuais permanecem em apenas 7,4% desses indivíduos afetados por DMG que recebem tratamento para ambos os transtornos (DMG e TUS) e estima-se que 55% não recebam tratamento algum^(1,6). Essas lacunas no cuidado provavelmente aumentarão se não houver educação adequada, treinamento, pesquisa, diagnóstico, financiamento e tratamento de forma sistemática e coordenada.

Definindo e diagnosticando TUS's e TUO's

Globalmente, o uso de álcool, tabaco e substâncias ilícitas, direta e indiretamente, relacionam-se à perda de, pelo menos 11,8 milhões de vidas anualmente. Esse número de mortes é maior do que todas as mortes por câncer, que foram estimadas recentemente em 9,5 milhões. Ademais, mais da metade dos que morrem de overdose de álcool ou drogas têm menos de 50 anos⁽⁷⁾.

O DSM-5 reconhece os TUS's como resultado do abuso de pelo menos uma classe de drogas, incluindo álcool, maconha, alucinógenos, inalantes, sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, estimulantes, tabaco, cafeína e outras substâncias. Além disso, o TUS é classificado como o uso e abuso contínuo e recorrente de drogas (incluindo álcool, tabaco e cafeína, resultando em prejuízo clinicamente significativo, complicações de saúde, incapacidade generalizada e de cumprir responsabilidades no trabalho, na escola ou no lar. O TUO é frequentemente

separado devido à crescente prevalência^(1,8). O diagnóstico de um transtorno psiquiátrico ou mental concomitante ao transtorno de uso de substâncias requer pelo menos um transtorno de cada tipo existindo independente do outro, não simplesmente um conjunto de sintomas resultantes de um único transtorno^(1,8).

Epidemia e taxas crescentes de overdose por Transtorno de Uso de Opióides e a COVID-19

De 1999 a 2018, aproximadamente 450.000 pessoas nos EUA morreram de overdose de opióides. No período de 15 anos, de 2002 a 2017, as mortes envolvendo uso de fentanil e outros opióides sintéticos (excluindo metadona) aumentaram 22 vezes, sendo que, nas mortes relacionadas ao uso de heroína, o aumento foi de 7 vezes. Suspeitas de overdose de opióides resultaram em um aumento de 30% nas visitas ao departamento de emergência dos EUA de julho de 2016 a setembro de 2017. Por conseguinte, a crise dos opióides foi reconhecida como uma Emergência Nacional de Saúde Pública em 27 de outubro de 2017. A contínua crise da TUO destaca os desafios e complexidades na resposta a uma Emergência de Saúde Pública relacionada ao abuso de substâncias⁽⁹⁾.

Em TUO's, TUS's e COD's, numerosos componentes multifatoriais precisam ser abordados simultaneamente. Neurobiologia, disponibilidade e acesso a tratamentos eficazes, estratégias de prevenção e contexto sociocultural estão todos relacionados à epidemiologia. Em comparação com a população geral, pessoas com TUO's, TUS's e COD's são mais propensas a ter uma carga maior de comorbidades médicas, incluindo implicações médicas de uma resposta do sistema imunológico debilitado, supressão respiratória, infecções e desfechos de doenças pulmonares, comorbidades cardiovasculares e complicações relacionadas⁽³⁾.

Os opióides, agora como uma epidemia, resultam em consideráveis fardos para a saúde mental e física, interrompendo a vida de cerca de 150 americanos a cada dia. De forma alarmante, desde o início da pandemia de COVID-19, houve o aumento de recaídas e mortes relacionadas ao uso de opióides em mais de 40 estados dos EUA. O TUO também tem um custo elevado, por exemplo, o custo médio do tratamento do transtorno em apenas 2 milhões de estadunidenses diagnosticados é, em média, US\$ 60 bilhões, o que torna o TUO um dos transtornos mais caros nos EUA⁽¹⁰⁾. Devido ao acesso limitado a serviços de saúde durante a pandemia global de COVID-19, os problemas de cuidado integrado foram ainda mais acentuados⁽¹¹⁾. Nas últimas três décadas, COD's e TUS's foram replicados de forma consistente em vários grandes estudos epidemiológicos⁽¹²⁾.

Com mais de 150 milhões (e aumentando) de indivíduos com comorbidades em todo o mundo, essas condições complexas continuam sendo uma grande preocupação global e de saúde pública. Além disso,

conforme mencionado anteriormente, mais da metade daqueles com duplo diagnóstico não recebe tratamento, ou recebe atendimento unicamente para uma doença e não para outra⁽¹³⁾. Apesar de sua prevalência clínica, TUS's, COD's e TUO's permanecem sub-representados em pesquisas psiquiátricas e em neuroimagem. Estudos mostram que a operação combinada de mecanismos de automedicação, fatores etiológicos comuns e influências mutuamente causais provavelmente são responsáveis pela maioria das comorbidades⁽¹²⁾.

Tratamento efetivo, integrativo, acesso ao cuidado e questões de reembolso

O padrão ouro para um tratamento eficaz começa com uma avaliação precisa e abrangente, com diagnóstico e intervenção precoces^(8,13). Os critérios de diagnóstico para o estabelecimento de TUS's e TUO's são delineados no DSM-5. A aplicação desses critérios geralmente requer treinamento e supervisão. Kits de ferramentas de aprendizagem, cursos online e ferramentas de triagem e evolução eficientes estão disponíveis para ajudar o clínico a dominar esse processo. A construção de um plano de tratamento abrangente centrado no paciente depende da capacidade do profissional de saúde de estabelecer um histórico preciso do paciente. Considerando que a temática do uso e abuso de substâncias e opióides pode ser sensível e estigmatizante para muitos, as perguntas devem ser formuladas com cuidado para obter respostas precisas. Assim, é imperativo que os profissionais não façam julgamentos durante todo o processo. Construir um bom relacionamento desde o início também garante que o paciente permanecerá no caminho certo com o plano terapêutico.

Melhorar o acesso à saúde mental, o rastreamento de dependência e tratamento em ambientes de atenção primária é um componente crítico da integração de cuidados para esses grupos de risco. Nos EUA, os centros de saúde qualificados pelo governo federal, especialmente em bairros carentes, oferecem acesso vital a serviços de rastreamento e tratamento de dependência química. No entanto, estudos mostraram que, se os centros de saúde não estiverem recebendo financiamento do *Medicaid* e doações direcionadas, é menos provável que tenham uma equipe de especialistas em dependência devidamente treinada. Os pacientes também são cinco vezes menos propensos a receber rastreamento de dependência e medicação assistida como tratamento. Os centros de saúde que recebem financiamento direcionado da *Health Resources and Services Administration* (HRSA) para serviços de dependência possui uma probabilidade de 20 vezes mais em fornecer medicação assistida e mais de três vezes mais probabilidade de empregar psiquiatras. As proteções de privacidade sobre os dados do tratamento da dependência também foram identificadas como uma barreira para a construção da capacidade de tratamento da dependência⁽¹⁴⁾.

Aspectos na criação de vínculo entre profissional e paciente no TUS e TUO

Tópicos sugeridos e ordenados podem ser um bom ponto de partida para estabelecer a conexão com o paciente. Para cada tema, o foco é avaliar o padrão de consumo (quantidade e frequência). Isso é particularmente importante para tabaco e álcool, estando ciente de que as porções de álcool variam amplamente entre as culturas. Por exemplo, nas culturas irlandesa ou escocesa, pode ser comum consumir uísque, e uma dose para um paciente pode ser do tamanho de uma garrafa de cerveja. Assim, bebidas mistas devem ser identificadas pelo nome para comparação do seu teor alcoólico. Identifique as quantidades de substâncias socialmente aceitas (nicotina e cafeína), uso total (cerveja, vinho e destilados ou bebidas de alto teor alcoólicos), substâncias sem receita médica, como preparações à base de plantas, pseudoefedrina, dextrometorfano, anti-inflamatórios com difenidramina e produtos que contenham cafeína, incluindo aqueles usados para perda de peso e treinamento de atividade física. Em termos de uso de maconha, seja medicinal ou recreativo, o padrão de uso e abuso de medicamentos prescritos, incluindo sedativos, estimulantes e analgésicos opioides. Por fim, identifique o uso de drogas ilícitas, como heroína, cocaína, vários alucinógenos e inalantes.

Se, em algum momento, o profissional não entender os termos não oficiais de medicamentos usados, o paciente deve ser encorajado a explicá-los. A frequência do uso da substância, a duração do uso da substância e a última vez que ela foi usada, bem como onde, quando e com quem a droga geralmente é usada, são avaliações necessárias. A quantidade diária/semanal/mensal gasta com o uso de drogas pode ser útil para estimar o padrão de uso da droga. A familiarização com os preços de rua é importante porque os preços variam amplamente entre os traficantes. Para drogas ilícitas, investigue a via de administração, que pode ser útil para conhecer se o paciente possa ter alguma complicação e a necessidade de realizar testes de hepatite B e C e HIV.

Informe-se sobre os aspectos positivos e negativos do uso de drogas para o paciente. Os efeitos negativos incluem problemas de relacionamento, trabalho ou questões jurídicas e financeiras, risco elevado de doença, acidentes com traumas, fraturas, queimaduras e aumento do risco de problemas psiquiátricos concomitantes, incluindo ansiedade, depressão e psicose. Frequentemente, as relações sociais são afetadas primeiro, uma vez que o usuário restringe os contatos sociais para ter mais tempo para passar usando a droga sozinho ou com outros usuários.

Se o paciente tem TUS ou TUO, pergunte se o paciente tentou parar de fumar e como, se participa de grupos de apoio, como são os períodos de abstinência, tentativa de desintoxicação anterior e tratamento para a dependência, e qual o maior tempo que o usuário conseguiu ficar sem fazer uso de substâncias. Também

é de crucial importância perguntar sobre o histórico de TUS's na família, pois pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de dependência e recaída. Avalie se o parceiro da pessoa também tem TUS, uma vez que pode aumentar o risco de desenvolver o transtorno. Com a permissão do paciente, membros da família também podem ser entrevistados para confirmar e verificar os efeitos do uso da substância no âmbito familiar. Sinais e sintomas de infecções localizadas ou sistêmicas podem ser observados como resultado de imunidade prejudicada, higiene precária, objetos para uso de drogas contaminados (seringas, cachimbos) e preparação inadequada antes do uso injetável da substância. Comportamento sexual de risco também é comum entre usuários de substâncias^(8,15).

As características da avaliação física ajudarão os profissionais de saúde e estagiários na identificação e planejamento de cuidados subsequentes. Marcas de agulha e "rastros" nas veias são vistos na pele de usuários de drogas injetáveis. A realização de um exame completo é necessária, tendo em vista que alguns pacientes injetam em locais ocultos como o lado dorsal do pênis, sob a mama ou língua, ou na área axilar. Abscessos na pele e tecidos moles em usuários de drogas injetáveis são geralmente causados por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina. Sopro, esplenomegalia e petéquias da conjuntiva, mucosa oral ou braços indicam endocardite infecciosa. Uma tosse produtiva, hemoptise, dispnéia e alterações nos sons respiratórios podem indicar tuberculose ou pneumonia adquirida na comunidade, especialmente em pacientes em situação de rua ou que vivem em espaços comuns próximos. O fígado alterado (diminuído/aumentado) está associado à hepatite alcoólica ou infecciosa. A candidíase oral pode ser um sinal de HIV. Problemas respiratórios, atrofia da mucosa nasal e perfuração do septo nasal são consequências comuns do uso de crack e da cocaína inalada⁽¹⁶⁾. A presença de verrugas genitais, úlceras, cancro sifilítico, candidíase vaginal, HIV e gravidez indesejada sugerem comportamento sexual de risco e são comumente vistos em usuários de substâncias ou mulheres que também usam drogas.

Alterações no sono e a perda de peso são problemas gerais comuns. Aumentos súbitos e inexplicáveis de hipertensão previamente regulada, diabetes mellitus e outras doenças crônicas podem ser indicativos de TUS.

Opções de testagem

Laboratorial

Embora o consentimento seja necessário antes de alguns testes, muitos pacientes podem não ser capazes de consentir. O teste pode ser feito sem consentimento em certos ambientes, incluindo a incapacidade de consentir, se o médico estiver agindo de boa fé para o benefício do paciente ou se for emitido um mandado judicial⁽¹⁷⁾.

Teste do “bafômetro”

Este teste não invasivo comumente é realizado por policiais para avaliar a teor de álcool no organismo expelido por uma pessoa. Atualmente, dispositivos especiais de “bafômetro” estão disponíveis para impedir que celulares e carros sejam ligados (funcionem) dependendo do teor de álcool no sangue de um indivíduo. O teste respiratório (bafômetro) também é eficaz quando há suspeição do uso de maconha, anfetamina, metanfetamina, tramadol, cocaína e diazepam⁽¹⁸⁾. As substâncias podem ser detectadas em 1 a 2 horas após o uso.

Exame de urina

A urina é de fácil obtenção, não é um procedimento invasivo e é capaz de detectar muitos medicamentos, o que torna o teste de urina o mais amplamente utilizado. Álcool, maconha, anfetaminas, opioides e cocaína são as substâncias mais rastreadas. Este teste é frequentemente baseado na técnica de imunoenensaio devido à sua velocidade e baixo custo. Os testes positivos devem ser confirmados por espectroscopia de massa e cromatografia gasosa. Falsos positivos podem ter consequências sociais e médicas pesadas. Um teste de urina positivo para drogas é uma indicação de uso recente de drogas e não fornece evidências de uso anterior. Os exames de drogas falso-positivos podem estar associados ao uso de anti-inflamatórios não esteroides (canabinoides ou barbitúricos), spray nasal (anfetaminas), sementes de papoula (opiáceos) e fluoroquinolonas (opiáceos)⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A adulteração de uma amostra de urina compromete a validade e a confiabilidade do teste. Este é um problema relativamente comum e devem ser tomadas medidas para evitá-lo. A supervisão direta da coleta de amostra de urina por uma enfermeira ou policial do mesmo sexo reduz a possibilidade de trocar amostras de urina. A diluição da urina e a adição de aditivos também podem ser evitadas dessa forma. Formas comuns de alterar os testes de urina incluem a ingestão de grandes quantidades de líquidos, o uso de diuréticos e a adição de água ou alvejante doméstico à amostra de urina.

Exame de suor

A detecção rápida e sensível de drogas ilícitas é fundamental para monitorar o uso de drogas e a adesão ao tratamento. A análise de drogas baseada no suor é vantajosa como um teste de detecção não invasivo. A aplicação em campo é frequentemente dificultada, pois a maioria dos métodos de coleta desenvolvidos até o momento são qualitativos, lentos ou caros. Estudos recentes confirmaram a detecção rápida, sensível e quantitativa de drogas, incluindo quatro drogas comuns de abuso, metadona, metanfetamina, anfetamina e tetrahydrocannabinol⁽²¹⁾.

Exame de saliva

A amostragem do fluido oral (saliva) é outro método não invasivo de coleta para teste de drogas. Os testes de saliva detectam drogas entre um a 24 horas após o uso. A coleta é geralmente realizada em laboratório; no entanto, alguns testes rápidos de ponto de coleta também estão disponíveis. Drogas que inibem as secreções salivares, como 3,4-metilenodioximetanfetamina (ecstasy) ou cafeína, ou condições em que a produção de saliva é reduzida, como a síndrome de Sjögren, dificultam a coleta. Precisão, confiabilidade e pontos de corte não estão claramente estabelecidos⁽²²⁾.

Exame de sangue

Os exames de sangue invasivos são as formas mais precisas de determinar a intoxicação atual e os procedimentos de coleta seguem o procedimento padrão de coleta de sangue. Os medicamentos podem ser detectados em 1 a 2 horas após o uso e permanecem no sangue por vários dias.

Exame do cabelo

O teste do cabelo é um método não invasivo para a detecção de uso de drogas a longo prazo. O cabelo cresce 12,7 cm por mês e as telas dos folículos acontecem por 30 a 90 dias. Para o teste, uma amostra de 80 a 120 fios de cabelo é cortada no couro cabeludo, embora pêlos corporais também possam ser usados. Como os pêlos corporais crescem mais lentamente do que os do couro cabeludo, o procedimento de coleta é mais demorado. As amostras coletadas são enviadas a um laboratório para análise cromatográfica. Os medicamentos e seus metabólitos são detectados 7 a 10 dias após o uso.

Estratégia de Redução de Danos

As intervenções realizadas por meio das estratégias de redução de danos, frequentemente associadas ao abuso de substâncias, são destinadas a reduzir comportamentos problemáticos. A redução de danos pode ser aplicada a qualquer decisão associada a consequências negativas. Por exemplo, troca de seringas para usuários de drogas intravenosas e reduzir os riscos de intoxicação por álcool para menores de idade que bebem na escola, priorizando hábitos de consumo menos arriscados. As estratégias de redução de danos também fornecem ferramentas adicionais para os médicos que trabalham com pacientes que ainda não estão prontos, dispostos ou capazes de se abster completamente de comportamentos de risco. Durante a pandemia de COVID-19, muitos indivíduos em situação de rua com TUS buscaram atendimento e proteção contra a transmissão de COVID-19, causando um aumento inicial no volume de abrigos. Porém, como o uso de drogas

é oficialmente proibido nessas instalações, essas pessoas sairiam do isolamento temporária ou prematuramente, voltando às ruas. Para garantir a segurança e o bem-estar das pessoas com TUS's, bem como das comunidades em que vivem, os estudos mostraram que a expansão do acesso à redução de danos será significativa para as ondas, pandemias e epidemias subsequentes de COVID-19⁽²³⁾. Uma estratégia de redução de danos relativamente nova e promissora envolve equipes médicas hospitalares para consulta, avaliação e tratamento da dependência. Mostrou-se que essas equipes melhoram o atendimento hospitalar para pacientes com transtornos por uso de substâncias, dificuldade de acesso aos cuidados de acompanhamento e conflitos residuais entre a abordagem de redução de danos e a ênfase apenas na abstinência dada pelos profissionais do hospital⁽²⁴⁾.

Foi apresentado que melhorias significativas no tratamento de uma crise de saúde pública ocorrem quando a situação é divulgada e desestigmatizada. Os profissionais de saúde, incluindo todas as partes interessadas em todo o sistema de saúde, incluindo planos de saúde, devem obrigatoriamente dispor dos aspectos éticos e morais para tratar as pessoas com TUS's com a mesma dignidade e respeito que qualquer outro grupo de paciente. O progresso contra a atual crise de opioides e substâncias de abuso relacionadas depende de uma mudança de atitude, longe da culpa, vergonha e estigma, com ênfase ao respeito e compaixão⁽²⁵⁾.

Estabelecendo o Plano de Cuidado

Tal como acontece com outras doenças crônicas, como hipertensão e asma, o tratamento de TUO e TUS e a prevenção de recaídas requerem a adesão a um plano de cuidados contínuo e focado. Sem intervenções de tratamento adequadas, aproximadamente 40 a 60% das pessoas com TUS's, recaem após o diagnóstico e tratamento iniciais. As recaídas de TUO/TUS costumam ter consequências fatais. Atualmente, a overdose de drogas é a principal causa de morte entre os estadunidenses com menos de 50 anos. As taxas de mortalidade relacionadas ao uso de opioides, álcool e cocaína continuam a aumentar rapidamente, ao mesmo tempo em que contribuem para o declínio médio da expectativa de vida nos últimos dois anos⁽²⁶⁻²⁷⁾. O enfrentamento às elevadas taxas de recaída requer um modelo de cuidado contínuo com avaliações de rotina e tratamento personalizado para o indivíduo. O monitoramento do estado clínico e da recaída é fundamental. A intensidade do cuidado é baseada na gravidade do TUS, no risco de recaída e na vontade de se engajar no tratamento⁽²⁸⁾.

Tratamento ambulatorial

As opções de tratamento que não requerem internação hospitalar incluem aconselhamento individual

e/ou em grupo, grupos de apoio de pares, farmacoterapia, *screening* toxicológica e consulta médica e psiquiátrica.

Programas ambulatoriais intensivos (PAI's)

Os PAI's fornecem um nível de cuidado mais intenso do que os demais programas ambulatoriais: o formato planejado envolve um mínimo de 9 horas de terapia por semana e está centrado na assistência ambulatorial, hospital parcial ou em ambientes hospitalares. Os serviços clínicos fornecidos incluem aconselhamento individual e em grupo, grupos de apoio de pares, farmacoterapia, serviços de toxicologia e consulta médica e psiquiátrica. Terapia familiar, serviços vocacionais e terapia ocupacional também podem estar disponíveis. A formação profissional e os serviços de emprego ajudam os indivíduos a tornar mais fácil o regresso a suas funções diárias⁽¹⁾. O tratamento visa ajudar os pacientes a atingir ou manter a sobriedade, melhorar o funcionamento e residir na comunidade.

Programas de hospitalização parcial (PHP's)

Esses programas são como os programas ambulatoriais intensivos, exceto pelo fato de os pacientes comparecerem com mais frequência - pelo menos 20 horas por semana, até sete dias por semana na instituição. Os tratamentos são adaptados às necessidades individuais e podem incluir terapia de grupo, grupos de apoio, terapia individual e desenvolvimento de habilidades. Esses programas podem diminuir a necessidade de implementação de hospitalização completa.

Serviços residenciais

Esses programas oferecem um ambiente 24 horas livre de álcool e drogas e apoio de colegas e profissionais, sendo melhores/mais indicados para quem vive em ambientes que não levam à sobriedade: em situação de rua e a vivência próximo com outros usuários. Os programas integram terapia comportamental, dieta adequada e exercícios, levando a um estado geral de bem-estar. Eles exigem o compromisso de manter a abstinência e a participação ativa na terapia⁽²⁹⁾.

Serviços residenciais de baixa complexidade gerenciados clinicamente

Esses são programas de curto prazo projetados para fornecer suporte de transição. Eles variam amplamente em tratamento, pessoal e filosofia subjacente. Este programa é destinado para quem precisa se estruturar e integrar na recuperação e enfrentamento. Os serviços residenciais de tratamento comunitário são exemplos desses recursos. O custo costuma ser de responsabilidade do paciente, o que limita o acesso a determinados grupos de pessoas.

Serviços residenciais de alta complexidade gerenciados clinicamente

Esses programas de apoio são para indivíduos que precisam de cuidados 24 horas por dia em um ambiente de tratamento e reabilitação. Normalmente, esta opção é usada para indivíduos com dificuldades cognitivas significativas resultantes do uso de substâncias ou em conjunto com problemas de saúde mental que não podem ser gerenciados sem algum tipo de serviço de reabilitação. Os componentes são medicamentosos, habilidades de vida e estratégias motivacionais, incluindo entrevista motivacional, testes de laboratório, formação de rede social e habilidades de enfrentamento(30).

Serviços de internação intensivos gerenciados por profissionais da saúde

Esse tipo de serviço envolve assistência 24 horas por dia, por vários dias ou semanas, geralmente para desintoxicação e estabilização. O monitoramento próximo dos comportamentos e do tratamento dos sintomas de abstinência com um protocolo de medicação é frequentemente necessário para diminuir a gravidade da síndrome de abstinência e facilitar a desintoxicação.

Baixa intensidade

Para pacientes com TUS's leves, o monitoramento deve continuar durante o primeiro ano, após o qual eles podem receber tratamento adicional em caso de recidiva. Normalmente, esses pacientes não precisam de cuidados contínuos e podem trabalhar em suas casas, comunidades e locais de trabalho.

Moderada intensidade

Para pacientes com TUS moderado e um ou mais problemas concomitantes, como insônia ou falta de apoio social, o cuidado contínuo consiste em tratamento ambulatorial intensivo por um a dois meses, seguido por aconselhamento semanal de 4 a 6 meses, posteriormente com acompanhamento mensal por 6 meses. Após esses períodos os atendimentos podem ocorrer com menos frequência.

Alta intensidade

A alta intensidade é destinada a pacientes com TUS grave ou TUS com transtorno psiquiátrico ativo concomitante ou dependência física de álcool ou outras drogas. O tratamento contínuo consiste em um tratamento hospitalar ou residencial para retirada e obtenção da abstinência inicial, seguido por um tratamento ambulatorial intensivo por 1 a 2 meses seguido por tratamento ambulatorial uma a duas vezes por semana por 4 a 6 meses, posteriormente com acompanhamentos

mensais por 6 meses. Após esse período podem ocorrer com menos frequência, de preferência aleatoriamente. A eficácia desses programas varia conforme o tipo da droga de abuso e a força do efeito diminui após dois anos.

Cuidados continuados

Aconselhamentos em dependência

Esta opção envolve aconselhamento em grupo com base na abordagem de 12 passos orientada para a abstinência, incluindo grupos de apoio de pares, como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). AA e NA sugerem a participação diária nas reuniões durante os primeiros noventa dias em abstinência (limpo e sóbrio), depois um programa mínimo de manutenção de pelo menos três vezes por semana. Este modelo baseia-se nas taxas de sucesso de pessoas em recuperação.

Psicoterapia

A psicoterapia individual, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), pode ser usada em combinação ou complementar à abordagem dos 12 passos, especialmente para aqueles que possuem dificuldade em participar das reuniões de grupo. A dificuldade na participação pode estar relacionada a questões como: transporte, disponibilidade de horários para as reuniões, problemas para discutir sua dependência junto a outras pessoas e o estigma social frequentemente associado ao TUS.

Cuidado continuado subsequente

Recomenda-se o monitoramento clínico de rotina do status e do uso da substância. Com o passar do tempo e a manutenção da abstinência, esses contatos vão se tornando menos frequentes. Se o paciente exibir sinais de alerta ou sinais de recaída precoce, cuidados mais intensivos devem ser proporcionados.

Pacientes resistentes ao tratamento

Manejo da contingência

Vários incentivos, incluindo dinheiro, podem ser oferecidos para encorajar a abstinência. No entanto, os efeitos dos incentivos não são sustentados a longo prazo.

Consequências negativas

Mais motivação pode ser observada em pacientes que não estão motivados para comparecer a sessões de cuidados continuados ou se o não cumprimento disso trazer consequências indesejadas, como re-hospitalização ou retorno à prisão.

Referência intensiva para grupos de apoio de pares

Um conselheiro na área do abuso de substâncias oferece esta intervenção com três sessões para incentivar a participação em grupos de apoio de pares. Esta intervenção inclui uma lista de reuniões locais de autoajuda; instruções e descrições sobre as reuniões; abordagem de questões e preocupações; e encontros com um membro do grupo para motivá-los a participar.

Cuidado escalonado

Esse tratamento enfatiza a adaptação e a personalização com base no estado clínico do paciente e no risco da recaída. Monitoramento padronizado do estado clínico do paciente, algoritmos para especificar posição e orientação ao médico sobre quais mudanças nas modalidades de tratamento devem ser realizadas são componentes desse cuidado.

Reforço social

Essa intervenção consiste em contratos, solicitações e reforços sociais com o objetivo de aumentar o atendimento em um programa de atenção continuada. Nos contratos, os pacientes recebem dados de pesquisas sobre taxas de sucesso, dependendo do atendimento em programas de atenção continuada e são solicitados a se comprometer com o programa. Em reforços sociais, o paciente recebe reconhecimento por participar das sessões discutidas, cartas pessoais de conselheiros, certificados para completar marcos de tratamento e medalhas por frequentar um número específico de sessões. Medalhas e certificados são apresentados junto a outros pacientes, fornecendo reforço positivo adicional.

Rede de suporte social

Essa modalidade é destinada a ajudar os pacientes a mudar suas redes de apoio social para ambientes mais propícios à abstinência e identificar outros apoios sociais na comunidade. Isso pode ser muito trabalhoso porque, embora a distância entre um bairro que tem maior possibilidade para o uso de drogas e um bairro com menor possibilidade ao não uso de drogas possa ser pequena, muito provavelmente as pessoas nesses bairros têm muito pouca comunicação entre si.

Inovações tecnológicas

O crescimento da tecnologia trouxe facilidade de acesso e uma comunidade de suporte maior. Há uma diversidade de aplicativos, programas e plataformas disponíveis por meio do telefone celular, laptop ou outro dispositivo do paciente.

Atenção Primária à Saúde

Profissionais de rede de atenção primária à saúde, médicos de saúde comportamental ou profissionais de enfermagem podem oferecer esse tratamento. Alguns pacientes preferem receber tratamento em serviços de atenção primária à saúde devido ao estigma associado aos estabelecimentos especializados ou por não gostarem de programas tradicionais e da abertura relativa necessária para participar. A disponibilidade geográfica pode ser uma barreira ao acesso a esse tratamento. Como mencionado anteriormente, a atenção primária à saúde é um ponto importante no acesso e triagem para TUS, TUO e demais problemas relacionados a saúde mental.

População vulnerável

Examinados separadamente, muitos grupos de populações especiais com TUO's, TUS's e/ou CODs são mais vulneráveis aos desafios do tratamento e, por conseguinte, apresentam resultados piores. Essas populações podem incluir militares, desabrigados, populações do sistema de justiça criminal, mulheres, minorias, pessoas de diversas origens raciais/étnicas, adolescentes, idosos e trabalhadores da saúde⁽¹⁾.

Militares

Militares ativos e veteranos são populações complexas em risco para o TUO's, TUS's e/ou CODs, trauma, transtorno de estresse pós-traumático e ideação suicida. Frequentemente eles não têm acesso a serviços suficientes de saúde mental e dependência química. Reconhecer e preparar-se para lidar com as complexidades inerentes à cultura militar é imperativo. Os profissionais de saúde devem ter um conhecimento profundo da cultura militar e competência para fornecer cuidados cultural e linguisticamente apropriados. Atender às necessidades de diversas populações militares (especialmente em torno do estigma em relação à doença mental que varia para diferentes grupos étnicos) requer familiaridade com uma variedade de circunstâncias e fatores de estresse, como destacamentos e compromissos familiares.

População em situação de rua

O número de pessoas em situação de rua é crescente e a prevalência do uso indevido de substâncias e doenças mentais entre as pessoas que vivem dessa situação é elevada. 37% dos adultos em programas de apoio à habitação permanente tinham um transtorno mental; 10% abuso de substâncias; e 29% CODs⁽³¹⁾. O risco de morar na rua foi associado a uma história de transtorno mental, uso de tabaco na vida e tentativa de suicídio ao longo da vida, entre outras variáveis sociodemográficas⁽³²⁾.

População carcerária

As taxas estimadas de transtornos mentais e TUS's na população carcerária variam, mas são consistentemente elevadas, frequentemente excedem as taxas da população geral⁽³³⁾. Em uma amostra de mais de 8.000 presidiários nos EUA⁽³⁴⁾, quase 48% tinham um histórico de doença mental, 29% tinham um SMI e 26% tinham um TUS. Cerca de 48% das pessoas com doenças mentais também faziam uso indevido de substâncias.

Mulheres

As mulheres frequentemente enfrentam barreiras no tratamento e encargos socioeconômicos que as tornam mais suscetíveis ao TUS's, TUS's ou doenças mentais de forma isolada ou concomitante. Mulheres com ambas as condições levam a desafios substanciais, tornando a recuperação mais difícil e mais provável a recaída. Mulheres com TUS's frequentemente têm transtornos mentais comórbidos, incluindo SMI⁽³⁵⁾. Isso leva a sintomas mais graves, pior funcionamento, menor qualidade de vida e necessidades de tratamento mais complexas do que para mulheres que têm apenas TUS's. Mulheres com CODs (particularmente envolvendo SMI, como transtorno bipolar ou psicose) são mais propensas do que mulheres com TUS's a vivenciar a situação de rua, ser solteiras, mães solteiras, ter um histórico de abuso físico ou sexual, receber assistência pública, ter uma história de uso de substância mais longa e têm condições mais graves relacionadas ao uso de álcool⁽³⁵⁾.

Pessoas de diferentes origens étnicas e raciais

Populações étnicas e raciais diversas em comparação às populações caucasianas ficam prejudicadas nas taxas de acesso ao tratamento, utilização e conclusão do tratamento para doenças mentais, TUS's ou CODs⁽³⁶⁾. Essa inequidade pode resultar em subavaliação, subdiagnóstico, encaminhamento e falta de serviços culturalmente competentes⁽⁶⁾.

Americanos nativos

Os nativos carregam uma carga substancial do uso de substâncias. Grande parte dessa carga está associada à pobreza, falta de emprego e comunidades com poucos recursos, incluindo serviços sociais e de saúde necessários para ajudar a garantir comunidades saudáveis. Os nativos compõem uma pequena população de americanos originais que são frequentemente negligenciados por programas de tratamento de abuso de substâncias por causa de diferenças culturais. Os nativos são mais propensos a usar drogas, a envolver-se no uso de drogas ainda menores de idade e ter transtornos relacionados ao uso de drogas, mortalidade e morbidade que as acompanham. O uso de estimulantes é maior entre os nativos, com taxas

crescentes. A prevalência nesta população está associada a baixa renda e educação e a uma idade mais precoce no primeiro uso. O uso de estimulantes intravenosos aumenta o risco de dependência de estimulantes, não remissão e psicose. As clínicas de abuso de substâncias nas comunidades indígenas americanas não têm financiamento suficiente e o acesso é limitado. Os adolescentes indígenas americanos correm maior risco para o uso de drogas do que os demais americanos.

As terapias padrão nos EUA, como programas de 12-passos e tratamentos baseados em evidências, estão potencialmente em conflito com alguns tratamentos tradicionais dos nativos, como rodas de conversa, cerimônia de uso do tabaco/cachimbo, mentores culturais, limpeza e fitoterapia. A adaptação cultural nos tratamentos padrão teve um sucesso crescente, estudos recentes mostraram evidências encorajadoras de que as intervenções baseadas na cultura usadas no tratamento para a dependências em povos indígenas são benéficas para ajudar a melhorar o funcionamento do paciente em todas as áreas do bem-estar.

Adolescentes

Embora haja poucos estudos sobre comorbidade entre jovens, pesquisa sugere que adolescentes com transtornos por uso de substâncias também apresentam altas taxas de comorbidades; mais de 60% dos adolescentes em programas comunitários de tratamento para os transtornos por uso de substâncias também atendem aos critérios de diagnóstico de doença mental. O uso de álcool, tabaco e drogas geralmente começa na adolescência. Os adolescentes devem ser trabalhados sobre as predisposições genéticas para a dependência e os perigos potenciais de experimentar qualquer substância. Ao avaliar os adolescentes sobre o uso de substâncias, os pais devem ser orientados a se retirarem da sala. Perguntar sobre amigos próximos que usam drogas (pessoas), acesso às drogas (lugares), disponibilidade de drogas ilícitas (coisas) são questões críticas para a triagem inicial.

Idosos

Como resultado dos avanços médicos no atendimento ao paciente, a população mundial está vivendo mais. O envelhecimento produz várias alterações no corpo, incluindo diminuição da função hepática e renal, levando a um maior potencial de sobredosagem, particularmente com benzodiazepínicos e barbitúricos⁽³⁷⁾. Os indivíduos de meia-idade e idosos usam essas substâncias para enfrentar os vários problemas da vida⁽³⁷⁾.

Profissionais da saúde

Cerca de 4,4% das pessoas que trabalham na área da saúde têm problemas com o uso excessivo de álcool.

Uma pesquisa mostrou que cerca de 69% dos médicos abusavam de medicamentos prescritos pelo menos uma vez durante sua carreira. As razões identificadas foram altos níveis de estresse, bem como alívio da dor física e emocional. Em seu livro intitulado *Free Refills*, o Dr. Peter Grinspoon escreveu sobre como o uso de opioides é comum entre médicos. Estimou-se taxas que o uso entre esses médicos trabalhadores “começa em 10% e aumenta até 15%”. Seu principal raciocínio para a taxa de crescimento é o fácil acesso que muitos médicos e enfermeiras têm aos opioides como fentanil, oxycodona e outros. Embora seja difícil de imaginar, o abuso de substâncias ilegais afeta cerca de 5,5% dos profissionais da saúde que lutam contra o uso de drogas ilícitas⁽³⁸⁾. As estimativas são de que um em cada 10 dos 9,3 milhões de enfermeiros em todo o mundo atuava na enfermagem enquanto lutava com uma TUS não tratada, e estudos adicionais descobriram que mais de 20% dos enfermeiros bebiam excessivamente⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

É notório que as taxas de medicamentos prescritos, opioides e benzodiazepínicos são mais altas entre esse grupo do que na população geral. Os fatores de risco são os níveis de facilidade de acesso, altos níveis de estresse no trabalho e alta ambição. Os profissionais de saúde em anestesia, medicina de emergência, psiquiatria e medicina familiar correm um risco particularmente elevado para o desenvolvimento do TUS. Aproximadamente 20% de todos os enfermeiros lutam contra a dependência de drogas ou álcool, e um em cada 10 médicos usaram drogas e/ou álcool em algum momento de suas vidas. Um estudo recente com 7.288 médicos afirmou que 15,3% da profissão pode atender aos critérios do DSM para abuso ou dependência de álcool. Os médicos que recebem tratamento e participam de monitoramento contínuo tiveram uma taxa muito menor de recaída, com 71% ainda em abstinência, licenciados e empregados após 5 anos⁽⁴¹⁾.

Os profissionais de saúde colegas de trabalho têm a responsabilidade de relatar o uso de substâncias suspeitas ao conselho médico, o conselho de licenciamento profissional, dependendo dos requisitos de notificação do país. Não fazer isso coloca os pacientes em perigo, o que tem sanções profissionais e legais e atrasa o tratamento. A determinação da capacidade de retornar ao trabalho depende da conclusão do tratamento de uso de substâncias, documentação de abstinência sustentada, nível de julgamento e cognição, risco de recaída e monitoramento contínuo.

Conclusão

À medida que TUO's, TUS's e COD's continuam a aumentar, as lacunas entre o tratamento, o serviço e os cuidados recebidos continuam crescentes. A triagem em todos os pontos de encontro do paciente, seja ela de profissionais da saúde ou psiquiátrica, deve ser conduzida minuciosamente para avaliar e diagnosticar, bem como referir-se a níveis de atenção apropriados e, idealmente, integrados. Não fazer isso diminui as chances de uma

pessoa de recuperação a longo prazo. Embora a recuperação seja possível, a facilitação requer conhecimento clínico, compreensão e opções de encaminhamento para um paciente com duplo diagnóstico. A base teórica associada a este artigo sugere que qualquer droga ou substância consumida em excesso tem a capacidade de ativar o sistema de recompensa do cérebro. Isso, por sua vez, reforça os comportamentos que induzem as memórias, muitas vezes produzindo ativações profundas do sistema de recompensa. O resultado é frequentemente associado à negligência das atividades e responsabilidades normais, juntamente com o aumento dos padrões de uso para saciar o sistema de recompensa. Drogas e outras substâncias de abuso podem se tornar substitutos de comportamentos mais adaptativos e saudáveis.

O desenvolvimento de um diagnóstico confiável e relevante durante um encontro clínico é a pedra angular do atendimento psiquiátrico e envolve a obtenção de uma história precisa e relevante do uso e abuso de substâncias enquanto estabelece uma relação aberta e de confiança com o paciente. O diagnóstico adequado fornece elementos essenciais para orientar as recomendações para o tratamento, determinar as taxas de prevalência para pesquisa e planejamento de serviços de saúde mental e identificar com precisão grupos de indivíduos para pesquisas clínicas e científicas básicas, documentar e rastrear tendências de saúde pública, incluindo taxas de morbidade e mortalidade ao longo da vida. Com o tempo, os critérios do DSM ajudaram a formar uma linguagem e uma plataforma comuns para unificar profissionais da saúde, pesquisadores, especialistas em políticas, pacientes e entes queridos. O tratamento de TUS's e COD's individualmente é complexo. Uma combinação dos dois requer uma abordagem de tratamento e diagnóstico dedicada e multifacetada. Como a prevalência de TUO's, TUS's e COD's continua a aumentar, os profissionais devem estar preparados para diagnosticar, tratar e/ou encaminhar para garantir o cuidado adequado e a recuperação a longo prazo.

Referências

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55) [Internet]. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2020. [cited 2021 June 10]. Available from: <https://www.samhsa.gov/data/>
2. Gordon S. About a Revolution: Toward Integrated Treatment in Drug and Mental Health Courts [Internet]. 2019 [cited 2021 June 10]. Available from: <https://scholars.law.unlv.edu/facpub/1179>
3. Mota P. Avoiding a new epidemic during a pandemic: The importance of assessing the risk of substance use disorders

- in the COVID-19 era. *Psychiatry Res.* 2020;290:113142. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113142>
4. Milano G, Vergani HM, Cattedra S, Carrozzino R, Mattioli F, Robbiano L, et al. Co-Occurring Psychiatric and Substance Use Disorders: Clinical Survey Among a Rural Cohort of Italian Patients. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:3453-9. doi: <https://doi.org/10.2147/NDT.S222567>
 5. American Medical Association (US). Drug overdose epidemic worsened during COVID pandemic [Internet]. Maryland: AMA; 2020. [cited 2021 June 10]. Available from: <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-11/issue-brief-increases-in-opioid-related-overdose.pdf>
 6. Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *J Subst Abuse Treat.* 2016;61:47-59. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.006>
 7. Ritchie H, Roser M. Drug use [Internet]. 2019 [cited 2021 June 10]. Available from: <https://ourworldindata.org/drug-use>
 8. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
 9. Centers for Disease Control and Prevention (US). Opioid Overdose. Washington, D.C.: CDC; 2020 [cited 2021 June 18]. Available from: <https://www.cdc.gov/drugoverdose/epidemic/index.html#:~:text=The%20first%20wave%20began%20with,increasing%20since%20at%20least%201999.&text=The%20second%20wave%20began%20in,in%20overdose%20deaths%20involving%20heroin>
 10. Velez FF, Luderer HF, Gerwien R, Parcher B, Mezzio D, Malone DC. Evaluation of the cost-utility of a prescription digital therapeutic for the treatment of opioid use disorder. *Postgrad Med.* 2021;133(4):421-7. doi: <https://doi.org/10.1080/00325481.2021.1884471>
 11. Schulte M, Boumparis N, Huizink AC, Riper H. Technological Interventions for the Treatment of Substance Use Disorders. *Ref Mod Neurosci Biobehav Psychol.* 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00010-8>
 12. Stoychev KR. Neuroimaging Studies in Patients With Mental Disorder and Co-occurring Substance Use Disorder: Summary of Findings. *Front Psychiatry.* 2019;10:702. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00702>
 13. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Women in the mirror: Addressing co-occurring mental health issues and trauma in women with substance use disorders [Internet]. Rockville, MD: SAMHSA; 2015 [cited 2021 June 13]. Available from: https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/women_children_families/women-in-mirror.pdf
 14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Office of the Surgeon General (US). Early Intervention, Treatment, and Management of Substance Use Disorders. In: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Office of the Surgeon General (US). Facing addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health [Internet]. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services; 2016 [cited 2021 June 13]. Chap. 4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424859/>
 15. Hadjikou A, Pavlopoulou ID, Pantavou K, Georgiou A, Williams LD, Christaki E, et al. Drug Injection-Related Norms and High-Risk Behaviors of People Who Inject Drugs in Athens, Greece. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2021;37(2):130-8. doi: <http://doi.org/10.1089/aid.2020.0050>
 16. Guerrieri M, Giacomini PG, Flora B, Silvani L, Di Girolamo S. Drug-Induced Atrophic Rhinitis. In: Di Girolamo S, editor. Atrophic Rhinitis. Cham: Springer; 2020. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-51705-2_4
 17. Mukherji P, Azhar Y, Sharma S. Toxicology Screening [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2020 [cited 2021 June 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499901/>
 18. Beck O. Exhaled breath for drugs of abuse testing: evaluation in criminal justice settings. *Sci Justice.* 2014;54(1):57-60. doi: <http://doi.org/10.1016/j.scijus.2013.09.007>
 19. Moeller KE, Kissack JC, Atayee RS, Lee KC. Clinical Interpretation of Urine Drug Tests: What Clinicians Need to Know About Urine Drug Screens. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(5):774-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.12.007>
 20. Yang YK, Johnson-Davis KL, Kelly BN, McMillin GA. Demand for Interpretation of a Urine Drug Testing Panel Reflects the Changing Landscape of Clinical Needs; Opportunities for the Laboratory to Provide Added Clinical Value. *J Appl Lab Med.* 2020;5(5):858-68. doi: <https://doi.org/10.1093/jalm/jfaa119>
 21. Xue W, Tan X, Khaing Oo MK, Kulkarni G, Ilgen MA, Fan X. Rapid and sensitive detection of drugs of abuse in sweat by multiplexed capillary based immuno-biosensors. *Analyst.* 2020;145(4):1346-54. doi: <https://doi.org/10.1039/c9an02498k>
 22. OraSure. Oral fluid test [Internet]. 2015. [cited 2021 June 17]. Available from: <http://www.orasure.com/products-substance/products-substance-abuse-intercept-FAQ.asp>
 23. Kimmel SD, Bazzi AR, Barocas JA. Integrating harm reduction and clinical care: Lessons from Covid-19 respite and recuperation facilities. *J Subst Abuse Treat.* 2020;118:108103. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108103>
 24. Hyshka E, Morris H, Anderson-Baron J, Nixon L, Dong K, Salvalaggio G. Patient perspectives on a harm reduction-oriented addiction medicine consultation team implemented in a large acute care hospital. *Drug Alcohol Depend.* 2019;204:107523. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.06.025>
 25. Adams JM, Volkow ND. Ethical Imperatives to Overcome Stigma Against People With Substance Use Disorders. *AMA J Ethics.* 2020;22(1):E702-8. doi: <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.702>

26. National Institute of Drug Abuse (NIDA) (US). Why is there comorbidity between substance use disorders and mental illnesses? [Internet]. 2020 [cited 2021 June 13]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/why-there-comorbidity-between-substance-use-disorders-mental-illnesses>
27. Wakeman SE. Facing Addiction. *Psychiatr Ann.* 2019;49(2):47-54. doi: <https://doi.org/10.3928/00485713-20190108-01>
28. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (US). Treatment Episode Data Set (TEDS): 2017. Admissions to and discharges from publicly funded substance use treatment. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2019.
29. Kelly PJ, Baker AL, Deane FP, Callister R, Collins CE, Oldmeadow C, et al. Study protocol: A stepped wedge cluster randomised controlled trial of a healthy lifestyle intervention for people attending residential substance abuse treatment. *BMC Public Health.* 2015;465(2015). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1729-y>
30. DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblach DJ. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychol Addict Behav.* 2017;31(8):862-87. doi: <https://doi.org/10.1037/adb0000318>
31. Solari CD, Shivji A, de Sousa T, Watt R, Silverbush M, Khadduri J, et al. The 2016 annual homeless assessment report (AHAR) to Congress. Part 2: Estimates of homelessness in the United States [Internet]. Washington, D.C.: United States Department of Housing and Urban Development; 2017. [cited 2021 June 13]. Available from: http://works.bepress.com/dennis_culhane/214/
32. Tsai J, Cao X. Association between suicide attempts and homelessness in a population-based sample of US veterans and non-veterans. *J Epidemiol Community Health.* 2019;73(4):346-52. doi: <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211065>
33. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction.* 2017;112(10):1725-39. doi: <https://doi.org/10.1111/add.13877>
34. Al-Rousan T, Rubenstein L, Sieleni B, Deol H, Wallace RB. Inside the nation's largest mental health institution: a prevalence study in a state prison system. *BMC Public Health.* 2017;17(1):342. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4257-0>
35. Evans E, Padwa H, Li L, Lin V, Hser YI. Heterogeneity of Mental Health Service Utilization and High Mental Health Service Use Among Women Eight Years After Initiating Substance Use Disorder Treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2015;59:10-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.06.021>
36. Maura J, Weisman de Mamani A. Mental Health Disparities, Treatment Engagement, and Attrition Among Racial/Ethnic Minorities with Severe Mental Illness: A Review. *J Clin Psychol Med Settings.* 2017;24(3-4):187-210. doi: <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9510-2>
37. Mauro PM, Canham SL, Martins SS, Spira AP. Substance-use coping and self-rated health among US middle-aged and older adults. *Addict Behav.* 2015;42:96-100. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.10.03>
38. Bush DM, Lipari RN. Substance Use and Substance Use Disorder by Industry [Internet]. In: The CBHSQ Report. Rockville, MD; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2013. [cited 2021 June 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343542/>
39. Jordan TR, Khubchandani J, Wiblishauser M. The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. *Nurs Res Pract.* 2016;2016:5843256. doi: <https://doi.org/10.1155/2016/5843256>
40. Kunyk D. Substance use disorders among registered nurses: prevalence, risks and perceptions in a disciplinary jurisdiction. *J Nurs Manag.* 2015;23(1):54-64. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12081>
41. Winkler A. Treating Physicians for Addiction. *Am J Psychiatry Res J.* 2017;12(4):6-7. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.1204037.120403>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Rebecca A. Owens, Maxine Smalling, Joyce J. Fitzpatrick. **Obtenção de dados:** Rebecca A. Owens, Maxine Smalling, Joyce J. Fitzpatrick. **Análise e interpretação dos dados:** Rebecca A. Owens, Maxine Smalling, Joyce J. Fitzpatrick. **Redação do manuscrito:** Rebecca A. Owens, Maxine Smalling, Joyce J. Fitzpatrick. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Rebecca A. Owens, Maxine Smalling, Joyce J. Fitzpatrick.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 16.06.2021

Aceito: 21.07.2021

Autor correspondente:

Rebecca A. Owens

E-mail: rebecca.owens@nyspi.columbia.edu

 <https://orcid.org/0000-0002-7302-7891>