



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE TEOLOGIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CURSO DE PSICOLOGIA

RAFAELA FERREIRA GUIMARÃES DE ALMEIDA

**A INFLUÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH) NO DESENVOLVIMENTO E
MANUTENÇÃO DE TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS
(TUS)**

Rio de Janeiro

2025

RAFAELA FERREIRA GUIMARÃES DE ALMEIDA

**A INFLUÊNCIA DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE (TDAH) NO DESENVOLVIMENTO E
MANUTENÇÃO DE TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS
(TUS)**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em psicologia.

Gisele Aleluia

Rio de Janeiro
2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, por todo o amor, paciência e incentivo que sustentaram cada passo dessa jornada. Ao meu irmão, que caminha ao meu lado e é uma das minhas maiores inspirações na vida. À minha orientadora, cujo apoio e rigor intelectual foram essenciais na construção deste trabalho. À minha amiga e colega de profissão, Fernanda Bordallo, que caminhou comigo durante a graduação, pelo acolhimento, pelas risadas, pelos conhecimentos e pelo companheirismo. À minha psicóloga, Hebe Goldfeld, que me ensinou sobre o poder do sentir e do ouvir; que me mostrou, com muito carinho, que a sensibilidade é uma virtude. À minha supervisora, Aline Romani, pela escuta atenta, pelas trocas ricas e pela presença que tanto contribuíram para minha formação clínica. Aos meus amigos, família e ao meu namorado, que torcem, celebram e aplaudem cada uma das minhas conquistas como se fossem deles. E, por fim, aos meus pacientes e à psicologia, por despertarem em mim uma paixão contínua pelo cuidado, pela escuta e pelo humano.

“Acolher é permitir que o outro seja, mesmo quando ele ainda não sabe quem é.” — Rubem Alves

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo analisar, a partir de uma revisão bibliográfica, a influência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no desenvolvimento e manutenção dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), explorando os fatores neurobiológicos, comportamentais e psicossociais que sustentam essa comorbidade. O estudo evidencia que o TDAH constitui importante fator de vulnerabilidade para o surgimento de comportamentos aditivos, sobretudo pela presença de impulsividade, desregulação emocional e busca por reforço imediato. Além disso, a coexistência de TDAH e TUS está associada a maior gravidade clínica, pior prognóstico, aumento da impulsividade e da recaída, bem como a maior resistência aos tratamentos convencionais. As hipóteses explicativas mais aceitas incluem a automedicação, as disfunções dopaminérgicas nos circuitos de recompensa e a interação gene-ambiente. Observa-se ainda que o manejo terapêutico requer abordagens integradas, combinando farmacoterapia cuidadosa e intervenções psicoterapêuticas, especialmente Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Sistêmica, a fim de contemplar tanto os aspectos individuais quanto contextuais dos pacientes. Conclui-se que o reconhecimento precoce da comorbidade TDAH-TUS é essencial para o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas mais eficazes e humanizadas.

Palavras-chave: TDAH; Transtornos por Uso de Substâncias; Comorbidade; Impulsividade; Terapia Cognitivo-Comportamental.

SUMÁRIO

1 Introdução	
1.1 Contextualização do TDAH e dos Transtornos Aditivos	
2. Objetivo/ Justificativa.....	
3. Método.....	
4. Resultados	
4.1 Comorbidade TDAH-TUS	
4.2 Impacto Clínico e Social da Comorbidade	
4.3. Hipóteses Explicativas da Associação	
4.4 Sintomatologia Central	
4.5 Bases Neurobiológicas.....	
5. Abordagens terapêuticas	
5.1 O Desafio do Tratamento Integrado	
5.2 Manejo Farmacológico	
5.3 Manejo Psicoterapêutico	
6. Conclusão.....	
7. Referências Bibliográficas.....	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do TDAH e dos Transtornos Aditivos

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento descrito no DSM 5 TR, caracterizado por padrões persistentes de desatenção, impulsividade e hiperatividade, com início típico na infância e frequentemente persistente na vida adulta (American Psychiatric Association, 2014). A prevalência do TDAH no Brasil é comparável à mundial, com estimativas de 7,6% em crianças e adolescentes de 6 a 17 anos. Sua continuidade na vida adulta afeta entre 5,2% e 6,1% das pessoas. (GOV, 2022). Estudos apontam que o TDAH está associado a prejuízos significativos no funcionamento acadêmico, ocupacional e social, podendo acarretar dificuldades na regulação emocional e no controle inibitório (Barkley, 2015; Lima et al., 2024). Além disso, a literatura evidencia alta prevalência de comorbidades psiquiátricas associadas ao TDAH, como transtornos de humor, ansiedade, transtornos de conduta e, de forma particularmente relevante para este estudo, os transtornos por uso de substâncias (TUS) (Silva et al., 2020; Segenreich et al., 2022).

Os transtornos aditivos, como o transtorno por uso de substâncias psicoativas, representam um problema de saúde pública de grande magnitude, caracterizado pelo uso compulsivo e contínuo de substâncias, apesar das consequências negativas (Organização Mundial da Saúde, 2019). Estima-se que mais de 35 milhões de pessoas sofram de dependência química no mundo (UNODC, 2019). Pesquisas têm demonstrado que indivíduos com TDAH apresentam maior risco de desenvolver comportamentos aditivos, inclusive dependência de substâncias lícitas e ilícitas, além de comportamentos compulsivos como jogo patológico e uso problemático de internet (Segenreich et al., 2022; Rocha et al., 2021). Essa associação reforça a necessidade de compreender os mecanismos que ligam o TDAH ao desenvolvimento e manutenção de comportamentos aditivos ao longo da vida.

2. OBJETIVO GERAL E JUSTIFICATIVA

Analisar, por meio de uma revisão bibliográfica, a influência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no desenvolvimento e manutenção de transtornos por uso de substâncias (TUS), investigando os fatores neuropsicológicos, comportamentais e

psicossociais envolvidos na comorbidade desses transtornos. A escolha do tema justifica-se pela relevância clínica, social e acadêmica da comorbidade entre esses transtornos.

A investigação dessa relação é fundamental, pois a coexistência do TDAH e dos transtornos aditivos está associada a piores prognósticos clínicos, incluindo maior dificuldade de adesão a tratamentos, aumento da impulsividade e maior risco de recaída. Além disso, compreender os fatores neuropsicológicos e psicossociais que contribuem para essa comorbidade permite a proposição de intervenções terapêuticas mais efetivas, que possam atuar tanto na redução do uso de substâncias quanto na melhora do funcionamento cognitivo e comportamental dos indivíduos.

3. MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica. As fontes consultadas incluíram artigos científicos, livros especializados, diretrizes clínicas e manuais diagnósticos, priorizando publicações revisadas por pares e atualizadas, nos últimos 10 a 15 anos. As bases de dados utilizadas foram SciELO, PubMed, Google Scholar, bem como o acervo físico e digital da Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Foram adotados critérios de seleção que incluíram relevância teórica, clareza metodológica, validade dos resultados e pertinência em relação ao tema da pesquisa.

4. RESULTADOS

4.1 Comorbidade TDAH-TUS

A comorbidade entre TDAH e TUS apresenta desafios clínicos e diagnósticos relevantes. Estudos apontam que o TDAH pode atuar como um fator de vulnerabilidade para o início precoce do uso de substâncias e para a transição mais rápida do uso experimental para o uso problemático (Wilens & Morrison, 2011; Segenreich et al., 2022). Estima-se que cerca de 30% dos indivíduos com Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas (TUSP) apresentam comorbidade com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), percentual significativamente superior ao observado na população geral. (Szobot, Romano, 2007) .Os déficits de controle inibitório e tomada de decisão, característicos do TDAH, podem contribuir para maior impulsividade e menor percepção de risco, facilitando a adesão a comportamentos de risco e ao uso de substâncias (Malloy-Diniz et al., 2007; Barkley, 2015).

Essa associação também implica maior gravidade clínica, pior prognóstico e maior resistência aos tratamentos convencionais, uma vez que a presença simultânea de TDAH e TUS tende a intensificar os prejuízos cognitivos e emocionais, dificultando a adesão às intervenções terapêuticas (Rocha et al., 2021; Segenreich et al., 2022). Apesar da relevância desse quadro, ainda existem lacunas na literatura nacional quanto à compreensão aprofundada dos mecanismos que sustentam essa comorbidade, bem como na integração de estratégias terapêuticas que considerem as especificidades dessa população.

4.2 Impacto clínico e social da comorbidade

A comorbidade entre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e transtornos por uso de substâncias (TUS) configura um quadro clínico de maior severidade e complexidade em comparação com a ocorrência isolada de cada condição, resultando em consequências negativas para o prognóstico individual, para as famílias e para os serviços de saúde. Do ponto de vista clínico, pacientes com TDAH e TUS apresentam padrões de curso mais crônicos, início mais precoce do uso de substâncias e maior propensão a comportamentos de risco, o que se traduz em aumento de comorbidades psiquiátricas (por exemplo, transtornos do humor e transtornos de conduta) e em pior desempenho neuropsicológico (SZOBOT; ROMANO, 2007). Em coortes clínicas, a presença de TDAH altera a apresentação dos transtornos aditivos, elevando a impulsividade e reduzindo o controle inibitório, fatores que favorecem recaídas e dificultam a adesão a programas de tratamento (FARAONE et al., 2024; Malloy-Diniz et al., 2007).

A interação entre TDAH e TUS também tem impacto evidente sobre o funcionamento social: indivíduos com o duplo diagnóstico tendem a ter piores resultados escolares, maior risco de evasão e dificuldades de inserção laboral, além de maior exposição a situações de violência e acidentes. Estudos de revisão apontam que trajetórias de uso problemático frequentemente se iniciam na adolescência, momento no qual déficits atencionais e problemas escolares se somam a contextos familiares adversos, e culminam, em muitos casos, em prejuízos ocupacionais e relacionais na vida adulta (PIRES; PONTES; PEREIRA et al., 2024). A sobrecarga sobre a rede familiar é notória: famílias relatam elevados níveis de estresse, conflitos conjugais e necessidade de recursos financeiros e de suporte para lidar com episódios de crise e hospitalizações. (GUILHERME et al., 2007)

No plano neurobiológico e cognitivo, evidências apontam para déficits executivos mais acentuados em indivíduos com comorbidade, incluindo pior desempenho em funções de atenção sustentada, memória de trabalho e controle inibitório, o que reduz a capacidade de resposta a intervenções convencionais e aumenta a necessidade de estratégias terapêuticas específicas e integradas (SABOYA et al., 2007). Há também sugestão de contribuições genéticas (por exemplo, vias serotoninérgicas) que podem modular a vulnerabilidade tanto ao TDAH quanto a padrões impulsivos de consumo, acrescentando camadas de complexidade ao planejamento terapêutico (ROMAN; ROHDE; HUTZ, 2002).

Os custos assistenciais e sociais decorrentes da comorbidade são substanciais: pacientes com TDAH-TUS costumam demandar mais atendimentos de emergência, internações e tratamentos prolongados, elevando o ônus financeiro sobre serviços públicos e privados de saúde. Além disso, o impacto extrapola o setor saúde, afetando educação, assistência social e sistemas judiciais, quando o consumo problemático se associa a comportamentos ilícitos ou à desestruturação familiar (SEGENREICH et al., 2022; SZOBOT; ROMANO, 2007). Em populações específicas, como adolescentes e pré-escolares com dificuldades de diagnóstico e intervenção tardia, a trajetória evolutiva pode agravar desigualdades e reduzir oportunidades de reabilitação precoces (DIAS; BARBIRATO, 2012).

4.3 Hipóteses explicativas de associação

A associação entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) tem sido amplamente estudada e envolve múltiplos mecanismos neurobiológicos, comportamentais e ambientais (Wilens & Morrison, 2011). Entre os fatores neurocomportamentais, destaca-se a impulsividade, característica central do TDAH (Barkley, 2015). Essa desregulação comportamental aumenta a propensão à experimentação precoce de substâncias psicoativas e ao desenvolvimento subsequente de padrões de uso nocivo (Molina & Pelham, 2014).

Outra hipótese importante é a automedicação, segundo a qual indivíduos com TDAH podem recorrer a substâncias psicoativas como forma de reduzir sintomas de desatenção, inquietude ou disforia emocional (Khantzian, 1997). Estudos indicam que o consumo de estimulantes, álcool ou cannabis em pessoas com TDAH frequentemente inicia-se como tentativa de autorregulação, seja para aumentar a atenção e motivação, seja para atenuar ansiedade ou inquietude (Wilens et al., 2011).

Do ponto de vista neurobiológico, TDAH e TUS compartilham alterações nos circuitos dopaminérgicos de recompensa, envolvendo principalmente o núcleo accumbens e o córtex pré-frontal (Volkow et al., 2011). Essa disfunção dopaminérgica está associada à busca por reforço imediato e à dificuldade em manter comportamentos dirigidos a objetivos, o que potencializa o risco de uso e dependência de substâncias (Volkow et al., 2011).

Fatores ambientais também desempenham papel significativo na comorbidade entre TDAH e TUS. A exposição precoce a substâncias, adversidades psicossociais, baixa supervisão parental e associações com pares usuários são fatores que interagem com a vulnerabilidade individual para aumentar o risco de TUS (Biederman et al., 2008). Por fim, modelos integrativos sugerem uma interação gene-ambiente, na qual polimorfismos genéticos relacionados à neurotransmissão dopaminérgica e serotoninérgica modulam o risco de TUS em indivíduos com TDAH expostos a contextos de alto risco (Kolla et al., 2018).

4.4 Sintomatologia central

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é caracterizado por um padrão persistente de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que se manifesta de forma desadaptativa em múltiplos contextos e interfere significativamente no funcionamento social, acadêmico e ocupacional do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Esses sintomas, embora variáveis ao longo do desenvolvimento, tendem a manter um núcleo de disfunções atencionais e comportamentais que constituem a base clínica do transtorno.

A desatenção envolve dificuldades em manter o foco em tarefas prolongadas, seguir instruções e organizar atividades, frequentemente acompanhada por esquecimentos e distração por estímulos irrelevantes. A hiperatividade, por sua vez, manifesta-se como inquietação motora, fala excessiva e sensação interna de agitação. Já a impulsividade se expressa por tomadas de decisão precipitadas, interrupção de conversas e dificuldade em esperar recompensas (BARKLEY, 2015).

Em adultos, esses sintomas tendem a se apresentar de maneira mais sutil e internalizada, expressando-se por sentimentos de inquietude interna, procrastinação e instabilidade emocional (FARAONE et al., 2024). Tal variação sintomatológica ao longo da vida reflete o caráter heterogêneo e dimensional do TDAH, cuja gravidade e expressão clínica dependem de fatores neurobiológicos, ambientais e de comorbidades associadas (LIMA et al., 2024).

No contexto da comorbidade com Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), a impulsividade e a desregulação emocional assumem papel central. Indivíduos com TDAH apresentam maior tendência à busca de sensações e menor tolerância à frustração, o que contribui para o início precoce do uso de substâncias e para a dificuldade em manter abstinência (SZOBOT; ROMANO, 2007). Além disso, a presença concomitante de sintomas depressivos e ansiosos intensifica a vulnerabilidade comportamental, configurando um quadro clínico de maior complexidade terapêutica (SEGENREICH et al., 2022).

4.5 Bases neurobiológicas

A associação entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) pode ser compreendida, em grande parte, por mecanismos neurobiológicos comuns que envolvem disfunções dopaminérgicas, alterações em circuitos córtico límbicos e vulnerabilidade ao estresse. Evidências de neuroimagem e estudos genéticos indicam que ambas as condições compartilham anormalidades nas vias dopaminérgicas mesocortical límbicas, particularmente no estriado ventral e no córtex pré-frontal, regiões implicadas na regulação do reforço, motivação e controle inibitório (Volkow et al., 2020; Faraone et al., 2021). No TDAH, a hipoatividade dopaminérgica leva a um padrão de busca por estimulação e reforço imediato, o que pode aumentar a propensão ao uso de substâncias psicoativas como tentativa de compensação do déficit de recompensa (Tomasi & Volkow, 2022). De modo semelhante, o uso crônico de drogas provoca alterações adaptativas nas mesmas vias, com redução da sensibilidade dopaminérgica e consequente necessidade de consumo repetido para alcançar o mesmo nível de prazer, estabelecendo o ciclo de dependência (Koob & Volkow, 2016). Essas evidências sugerem que o TDAH pode funcionar como um estado pré-mórbido de vulnerabilidade dopaminérgica, predispondo à sensibilização e ao reforço promovidos pelas substâncias (Cortese et al., 2021). Além das alterações dopaminérgicas, observam-se disfunções em circuitos córtico límbicos, especialmente nas conexões entre o córtex pré-frontal dorsolateral, o cíngulo anterior e a amígdala, responsáveis pelo planejamento, tomada de decisão e regulação emocional (Siciliano et al., 2022). Esses déficits executivos, característicos do TDAH, prejudicam a avaliação das consequências e favorecem comportamentos impulsivos, tornando o indivíduo mais suscetível à experimentação e manutenção do uso de drogas (Frodl, 2021). Em ambos os transtornos, há também envolvimento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), cuja hiperativação indica uma resposta exacerbada ao estresse. Essa reatividade elevada, somada à

busca por reforço imediato, contribui para o uso de substâncias como forma de autorregulação emocional (Lovallo, 2019). Assim, TDAH e TUS podem ser compreendidos dentro de um modelo de vulnerabilidade neurobiológica bidirecional: o TDAH aumenta o risco para TUS devido à impulsividade e à disfunção dopaminérgica, enquanto o uso de substâncias agrava déficits pré-existentes de atenção, memória e controle inibitório (Cortese et al., 2021; Siciliano et al., 2022).

5. ABORDAGENS TERAPÉUTICAS

5.1 O desafio do tratamento integrado

O desafio central do manejo clínico de pacientes com comorbidade entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtorno por Uso de Substâncias reside no fato de que tanto o TDAH quanto os TUS compartilham características que dificultam a adesão e a manutenção no tratamento, como a impulsividade, a baixa auto-regulação e o comprometimento nas funções executivas. Pacientes com essa comorbidade frequentemente apresentam dificuldades em seguir rotinas terapêuticas, manter a regularidade no uso de medicamentos e aderir a propostas psicoterápicas, o que compromete o prognóstico (BARKLEY, 2015; ROCHA et al., 2021).

Além disso, o uso de fármacos estimulantes, principal abordagem farmacológica para o TDAH, suscitam receios no contexto de dependência química. Embora estudos apontem a eficácia e a segurança relativa do metilfenidato e da atomoxetina no manejo do TDAH em indivíduos com histórico de TUS (LOUZÃ; MATTOS, 2007; KONSTENIUS et al., 2015), ainda persiste resistência quanto ao risco de abuso e desvio de medicação.

Do ponto de vista psicoterapêutico, a integração de modelos como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Sistêmica mostra-se promissora, pois permite contemplar tanto os aspectos individuais, como impulsividade e dificuldades de autorregulação, quanto os fatores relacionais e contextuais que contribuem para a manutenção dos transtornos (KNOUSE; SAFREN, 2010; STANTON; TODD, 1982). Entretanto, a efetiva aplicação de modelos integrados enfrenta obstáculos práticos, como a fragmentação dos serviços de saúde, a carência de equipes multiprofissionais capacitadas e a ausência de protocolos unificados para o tratamento dessa população (O'FARRELL; FALS-STEWART, 2006).

Outro ponto crítico é a escassez de políticas públicas voltadas especificamente para a comorbidade TDAH-TUS. A maior parte das diretrizes clínicas ainda aborda os transtornos de forma separada, o que gera lacunas no cuidado e compromete a eficácia das intervenções (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019; CONITEC, 2022). Esse cenário dificulta a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas integradas, ampliando o risco de cronificação e marginalização social dos indivíduos afetados.

5.2 Manejo farmacológico

O manejo farmacológico do TDAH em indivíduos com comorbidade por uso de substâncias exige avaliação clínica criteriosa, tomada de decisão compartilhada e monitoramento contínuo. Antes de iniciar o tratamento medicamentoso, é recomendada avaliação completa do padrão atual de uso de substâncias, histórico psiquiátrico e fatores de risco para abuso de medicação, além de exame físico e avaliação cardiovascular quando indicado; essas precauções visam reduzir danos e orientar a escolha terapêutica (Louzã; Mattos, 2007; Faraone et al., 2024).

Os psicoestimulantes (metilfenidato e anfetaminas) continuam sendo a primeira linha de tratamento para TDAH em adultos pela sua eficácia na redução de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Enquanto isso, na presença de TUS ativa ou recente, recomenda-se preferência por formulações de liberação prolongada, monitoramento rigoroso e protocolos que minimizem o risco de desvio ou abuso. Estudos com formulações de liberação prolongada mostram eficácia clínica em adultos e oferecem perfil de risco menor para desvio em comparação com preparações de liberação imediata (Louzã; Mattos, 2007).

Em cenários de risco elevado para abuso (uso ativo de estimulantes, história de dependência de opióides/anfetaminas), os agentes não-estimulantes constituem alternativa importante: a atomoxetina e alguns antidepressivos (ex: bupropiona) têm evidência de benefício no TDAH e apresentam menor potencial de abuso, sendo opções a considerar quando o risco de desvio contraindica o uso de psicoestimulantes ou quando estes forem mal tolerados (Michelson et al; Spencer, 2003). A decisão deve ponderar eficácia relativa, tempo para resposta e seus efeitos adversos.

O seguimento clínico frequente é o componente central: recomenda-se registro sistemático de respostas e efeitos adversos, avaliação periódica do uso de substâncias (entrevistas, testes toxicológicos quando apropriado), ajuste posológico com base em peso/efeito e coordenação

com serviços de atenção à dependência. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018)

5.3 Manejo psicoterapêutico

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem demonstrado eficácia tanto no tratamento do TDAH quanto dos transtornos aditivos, ao oferecer técnicas para identificar e modificar pensamentos automáticos e crenças que mantêm comportamentos disfuncionais (Beck et al., 1993). Em adultos com TDAH, programas de TCC orientados para organização, planejamento e controle da impulsividade evidenciam ganhos clínicos relevantes, especialmente quando associados à farmacoterapia (Knouse; Safren, 2010; Safren et al., 2010). Para os transtornos por uso de substâncias, intervenções cognitivo-comportamentais são amplamente empregadas para identificação de gatilhos, reestruturação cognitiva e treino de estratégias de enfrentamento, mostrando eficácia em reduzir recaídas e promover mudanças de comportamento (Carroll, 1998).

A Terapia Sistêmica complementa a abordagem cognitivo-comportamental ao situar o indivíduo dentro de seu contexto relacional, considerando os padrões familiares, conjugais e de interação social que influenciam diretamente o comportamento de uso de substâncias. Essa perspectiva enfatiza que a manutenção do uso pode estar associada a dinâmicas relacionais disfuncionais, comunicações ambíguas e fronteiras familiares difusas, que frequentemente reforçam o ciclo de recaída e de dependência (Rowe & Liddle, 2020). Intervenções de base sistêmica, como a terapia familiar multidimensional e a terapia de casal comportamental, têm demonstrado eficácia significativa na redução do consumo de substâncias, na melhora do funcionamento familiar e no aumento da adesão ao tratamento (Baldwin et al., 2021; Liddle et al., 2022). Uma revisão sistemática recente confirma que a inclusão da família nos programas terapêuticos promove melhores resultados clínicos e relacionais, ao integrar suporte emocional, corresponsabilização e fortalecimento de vínculos saudáveis (Thompson et al., 2024). Dessa forma, a integração entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Sistêmica oferece um modelo terapêutico abrangente: enquanto a TCC desenvolve habilidades individuais de autorregulação e manejo de impulsos, a abordagem sistêmica intervém sobre fatores contextuais e relacionais que sustentam o uso, ampliando a probabilidade de uma recuperação mais estável e duradoura (Rowe & Liddle, 2020; Baldwin et al., 2021; Thompson et al., 2024).

6. CONCLUSÃO

A análise da literatura permite concluir que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) exerce papel significativo no desenvolvimento e na manutenção dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS). A presença do TDAH constitui um fator de risco relevante, associado à impulsividade, déficits nas funções executivas, desregulação emocional e dificuldades de autocontrole, características que favorecem o início precoce do uso de substâncias e a progressão para padrões dependentes.

Os achados indicam que a associação entre TDAH e TUS não decorre de um único fator causal, mas de uma complexa interação entre vulnerabilidades neurobiológicas, especialmente nas vias dopaminérgicas de recompensa , processos comportamentais de busca de reforço e fatores psicossociais como adversidades familiares, baixa supervisão e contextos permissivos ao uso.

Do ponto de vista clínico, indivíduos com essa comorbidade apresentam quadros mais graves, piores desfechos terapêuticos e maior risco de recaídas, o que reforça a importância de estratégias de tratamento integradas e multidisciplinares. A combinação de farmacoterapia, com o uso criterioso de estimulantes ou não estimulantes, e intervenções psicoterapêuticas, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Terapia Sistêmica, mostra-se promissora na redução dos sintomas e na melhora da adesão ao tratamento. Apesar das contribuições deste estudo, é importante reconhecer que se trata de uma revisão bibliográfica sem critérios sistemáticos de inclusão e exclusão, o que pode limitar a abrangência dos achados. Além disso, a literatura nacional sobre a comorbidade TDAH-TUS ainda é escassa, especialmente em relação a estudos clínicos com famílias, o que restringe as conclusões sobre especificidades culturais brasileiras. Futuras pesquisas com metodologias sistemáticas e maior diversidade amostral poderão ampliar a compreensão sobre essa interface e orientar intervenções mais precisas.

Em termos de saúde pública, a comorbidade TDAH-TUS impõe um desafio que ultrapassa o campo clínico, demandando políticas voltadas à prevenção precoce, à capacitação de profissionais e à articulação entre serviços de saúde mental e de atenção às dependências

químicas. Assim, compreender essa inter-relação é fundamental para promover práticas terapêuticas mais eficazes, integradas e humanizadas, capazes de reduzir os impactos individuais e sociais desses transtornos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BALDWIN, S. A.; CHRISTENSEN, A.; SHEIDOW, A. J. Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010–2019. *Journal of Marital and Family Therapy*, v. 47, n. 4, p. 757–773, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmft.12563>.

BARKLEY, R. A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 4. ed. New York: Guilford Press, 2015.

BECK, A. T.; WRIGHT, F. D.; NEWMAN, C. F.; LIESE, B. S. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press, 1993.

BIEDERMAN, J. et al. A randomized, 3-phase, 34-week, double-blind, long-term efficacy study of osmotic-release oral system-methylphenidate in adults with ADHD. *BMC Psychiatry*, v. 7, p. 49, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-49>.

CARROLL, K. M. *Therapy Manuals for Drug Addiction: A Cognitive-Behavioral Approach—Treating Cocaine Addiction*. Washington, DC: U.S. Department of Justice / National Institute of Justice, 1998. Disponível em:
<https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/therapy-manuals-drug-addiction-manual-1-cognitive-behavioral>. Acesso em: 26 nov. 2025.

CHANG, Z. et al. Stimulant treatment and the risk for substance use disorders in adolescents and adults with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, v. 177, n. 10, p. 940–947, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.19070689>.

CORTESE, S. et al. Neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder: New findings and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, v. 8, n. 8, p. 761–774, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00175-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00175-1).

FARAONE, S. V. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 7, art. 11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00223-0>.

FARAONE, S. V. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, v. 10, art. 11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0>.

FRODL, T. Neuroimaging of addiction: Structural and functional brain alterations in substance use disorders. *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, p. 654–662, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.654662>.

KNOUSE, L. E.; SAFREN, S. A. Current status of cognitive behavioral therapy for adult ADHD. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 33, n. 3, p. 497–509, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.001>.

KOOB, G. F.; VOLKOW, N. D. Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 8, p. 760–773, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8).

LIDDLE, H. A.; ROWE, C. L.; DWORAKIN, J. R. Family-based treatments for adolescent substance use: Advances and future directions. *Addictive Behaviors*, v. 134, p. 107437, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107437>.

LIMA, L. S. et al. Impactos do TDAH à adolescência: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, v. 30, e0174, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-54702024v30e0174>.

LOUZÃ, M. R.; MATTOS, P. Questões atuais no tratamento farmacológico do TDAH em adultos com metilfenidato. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, n. 1, p. 53–56, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000100012>.

LOVALLO, W. R. Stress, the brain, and addiction. *Stress*, v. 22, n. 3, p. 259–274, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/10253890.2018.1542688>.

MALLOY-DINIZ, L. F. et al. Uma teoria integrativa do TDAH baseada nas neurociências cognitiva e afetiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, n. 4, p. 196–202, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000400007>.

MINUCHIN, S. *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press, 1974.

O'FARRELL, T. J.; FALS-STEWART, W. *Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse*. New York: Guilford Press, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-11*. Genebra: OMS, 2019.

PROTOCOLO de diagnóstico e tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adultos no HUWC. *Psicologia em Estudo*, v. 29, n. 1, p. 1–12, 2025. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v29i1.55617>.

ROCHA, T. B. et al. Desempenho cognitivo em adultos com TDAH com e sem TUSP. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, n. 3, p. 205–212, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852021000300007>.

ROWE, C. L.; LIDDLE, H. A. The essential role of family in adolescent substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 117, p. 108080, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108080>.

SEGENREICH, D. et al. TDAH e TUS. In: ABREU, C. N. (org.). *Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias*. Porto Alegre: Artmed, 2022.

SICILIANO, C. A. et al. The neurobiology of impulsivity and addiction. *Nature Neuroscience*, v. 25, n. 12, p. 1576–1588, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41593-022-01190-5>.

SPENCER, T. J.; MICHELSON, D.; et al. Atomoxetine for the treatment of ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001–2003 (conjunto de estudos sem DOI individual).

STANTON, M. D.; TODD, T. C. (ed.). *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford Press, 1982.

THOMPSON, S. J.; MARTIN, L. A.; TURNER, P. Family therapy for substance use: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, v. 15, p. 139–158, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.015239>.

TOMASI, D.; VOLKOW, N. D. Imaging dopamine dysfunction in ADHD and substance use disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 26, n. 4, p. 301–314, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2021.12.002>.

VOLKOW, N. D. et al. Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 9, p. 760–772, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1905848>.