

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES –
UNIPTAN**

CURSO DE MEDICINA

**ANNE ESTÉFANE DE OLIVEIRA FRANCHINI
EZIO FALCUCCI LEMOS FILHO**

**TDAH E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: COMORBIDADE OU
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?**

SÃO JOÃO DEL REI, AGOSTO DE 2021

**ANNE ESTÉFANE DE OLIVEIRA FRANCHINI
EZIO FALCUCCI LEMOS FILHO**

**TDAH E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: COMORBIDADE OU
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?**

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do grau de
médico no Curso de Medicina do Centro
Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves, UNIPTAN.

Orientador: Prof. Esp. Ana Catarina de Almeida Pinho Lara

SÃO JOÃO DEL REI, AGOSTO DE 2021

**ANNE ESTÉFANE DE OLIVEIRA FRANCHINI
EZIO FALCUCCI LEMOS FILHO**

**TDAH E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: COMORBIDADE OU
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Médico, no Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves, UNIPTAN.

São João Del Rei, 10 de agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ana Catarina de Almeida Pinho Lara – Especialista – (UNIPTAN) – Orientadora

Prof. Suelen Perobelli – Pós - Doutora - (UNIPTAN)

Prof. Tauana De Sousa Tironi - Especialista - (UNIPTAN)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a nossos pais e familiares, que nos proporcionaram a oportunidade de estudar na instituição UNIPTAN, além de todo o apoio emocional e estrutural que nos foi dado até aqui.

Agradecemos aos nossos amigos, pelo apoio e suporte incondicional pelo curso deste trabalho.

E agradecemos também, às nossas professoras, Ana Catarina de Almeida Pinho Lara e Suelen Martins Perobelli pelas orientações, conselhos e paciência, fundamentais para a conclusão deste.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O transtorno do deficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o transtorno afetivo bipolar (TAB) são transtornos de neurodesenvolvimento com manifestação precoce, iniciando nos primeiros anos de vida ou no inicio da adolescencia e comumente persistente por toda a vida. Por compartilharem sintomas e frequentemente se apresentarem em comorbidade, seu diagnóstico diferencial torna-se bastante complicado. A diferenciação dessas condições é baseada na história clínica, histórico psiquiatrico familiar, curso da doença e resposta ao tratamento, visto que medicamentos utilizados no tratamento do TDAH podem agravar a bipolaridade em crianças não tratadas. Crianças com ambos transtornos têm prognóstico agravado. Sendo assim, mesmo com manifestações e sintomas semelhantes, o correto diagnóstico é essencial. **OBJETIVO:** Este trabalho visou ajudar na diferenciação e também da correlação entre os transtornos. **METODOLOGIA:** Foram consultadas as bases de dados Pubmed, SciELO, Uptodate e Biblioteca Virtual em Saúde, com os seguintes termos de busca “transtorno afetivo bipolar”, “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”, “Attention deficit-hyperactivity disorder”, “ADHD”, “pediatric bipolar disorder”, “TDAH em crianças”, “Bipolar disorder”, sendo incluídos artigos de 2001 a 2021. **CONCLUSÃO:** Por meio deste projeto, concluiu-se que as patologias TAB e TDAH existem em comorbidade, visto que o mesmo paciente pode apresentar sintomas que preenchem critérios dos dois transtornos, Sendo assim, mesmo com manifestações e sintomas semelhantes, é necessário o correto diagnóstico.

Palavras-chave: “TDAH”, “transtorno Afetivo Bipolar”, “comorbidade” e “diagnóstico diferencial”.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Bipolar Disorder (BD) are neurodevelopmental disorders with early onset, beginning in the early years of life or early adolescence and commonly persistent throughout life. Because they share symptoms and often present with comorbidity, their differential diagnosis becomes quite complicated. The differentiation of these conditions is based on clinical history, family psychiatric history, course of the disease and response to treatment, as medications used in the treatment of ADHD can aggravate bipolarity in untreated children. Children with both disorders have a worse prognosis. Therefore, even with similar manifestations and symptoms, the correct diagnosis is essential.

OBJECTIVE: This work aimed to help in the differentiation and also the correlation between the disorders. **METHODOLOGY:** Pubmed, SciELO, Uptodate and Virtual Health Library databases were consulted, with the following search terms "bipolar affective disorder", "attention deficit hyperactivity disorder", "Attention deficit-hyperactivity disorder", "ADHD", "pediatric bipolar disorder", "ADHD in children", "Bipolar disorder", being included articles from 2001 to 2021. **CONCLUSION:** Through this project, it was concluded that BD and ADHD pathologies exist in comorbidity, since the same patient may have symptoms that meet the criteria of both disorders. Therefore, even with similar manifestations and symptoms, a correct diagnosis is necessary.

Keywords: "ADHD", "Bipolar Disorder", "comorbidity", "differential diagnosis".

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TAB – Transtorno Afetivo Bipolar

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

ADHD - Attention deficit hyperactivity disorder (Em português – TDAH).

DSM – V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5º Edição.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Geral.....	16
3.2 Específicos.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 RESULTADOS.....	18
5.1 Clínica e Diagnóstico.....	18
5.2 Tratamento.....	20
6 DISCUSSÃO.....	22
7 CONCLUSÃO.....	23
8 REFERÊNCIAS.....	24



TDAH E TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: COMORBIDADE OU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL?

Anne Estéfane de Oliveira Franchini¹

Ezio Falcucci Lemos Filho²

Ana Catarina de Almeida Pinho Lara³

RESUMO

INTRODUÇÃO: O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e o transtorno afetivo bipolar (TAB) são transtornos de neurodesenvolvimento com manifestação precoce, iniciando nos primeiros anos de vida ou no início da adolescência e comumente persistente por toda a vida. Por compartilharem sintomas e frequentemente se apresentarem em comorbidade, seu diagnóstico diferencial torna-se bastante complicado. A diferenciação dessas condições é baseada na história clínica, histórico psiquiátrico familiar, curso da doença e resposta ao tratamento, visto que medicamentos utilizados no tratamento do TDAH podem agravar a bipolaridade em crianças não tratadas. Crianças com ambos transtornos têm prognóstico agravado. Sendo assim, mesmo com manifestações e sintomas semelhantes, o correto diagnóstico é essencial. **OBJETIVO:** Este trabalho visou ajudar na diferenciação e também da correlação entre os transtornos. **METODOLOGIA:** Foram consultadas as bases de dados Pubmed, SciELO, Uptodate e Biblioteca Virtual em Saúde, com os seguintes termos de busca “transtorno afetivo bipolar”, “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”, “Attention deficit-hyperactivity disorder”, “ADHD”, “pediatric bipolar disorder”, “TDAH em crianças”, “Bipolar disorder”, sendo incluídos artigos de 2001 a 2021. **CONCLUSÃO:** Por meio deste projeto, concluiu-se que as patologias

¹ Graduanda do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN – Email: anneoliveirafranchini@gmail.com

² Graduando do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN – Email: eziolemos@gmail.com

³ Professora do curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN – Email: catarinaana@yahoo.com.br

TAB e TDAH existem em comorbidade, visto que o mesmo paciente pode apresentar sintomas que preenchem critérios dos dois transtornos, Sendo assim, mesmo com manifestações e sintomas semelhantes, é necessário o correto diagnóstico. |

Palavras-chave: |“TDAH”.“transtorno Afetivo Bipolar”.“comorbidade”.“diagnóstico diferencial”|.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno afetivo bipolar (TAB) é classificado como uma desordem anormal de humor, promovendo alterações comportamentais. O TAB, em crianças e adolescentes é caracterizado pela recorrência de episódios de elevação de humor (mania ou hipomania) que excedem o que é esperado para o estágio de desenvolvimento da criança e que não é explicada por outra condição psiquiátrica ou medicação. Múltiplos estudos retrospectivos, reportaram que mais de 60% dos adultos que possuem este diagnóstico, tiveram a manifestação dos sintomas antes dos 20 anos de idade. No entanto, TAB pediátrico geralmente não é reconhecido e muitos pacientes com o transtorno não recebem tratamento ou são tratados para outras comorbidades. Um estudo realizado com 88 pacientes pediátricos com o transtorno reportou que a duração do TAB não tratado para manifestação de problemas mentais é de aproximadamente 10 anos. Quanto maior for o período para início do tratamento pior é o prognóstico^{3,4}.

Em adição, além da mania ou hipomania, estes jovens podem apresentar episódios recorrentes de depressão maior, no entanto, os episódios depressivos não são necessários para realização do diagnóstico. TAB em crianças, afeta de maneira profunda o desenvolvimento cognitivo e psicossocial além de aumentar os riscos de problemas comportamentais, acadêmicos, sociais e legais, assim como, psicose, dependência química e suicídio^{3,4}.

Transtorno de Déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), é definido por um aparecimento precoce e permanente por pelo menos 6 meses de sintomas como desatenção e/ou hiperatividade, impulsividade, ocasionando prejuízos nas funções normais em pelo menos 2 ambientes. O TDAH é a doença psiquiátrica mais comum na infância³.

Os sintomas de TDAH ocorrem durante a infância e grande parte dessas crianças continuarão com os sintomas e com prejuízos durante adolescência podendo afetar até a vida adulta. De acordo com um estudo de 2012, nos Estados Unidos, a idade média de diagnóstico é de 7 anos. Aproximadamente, um terço das crianças são diagnosticadas antes dos 6 anos. Quando os pacientes entram na adolescência, a hiperatividade e a impulsividade tendem a diminuir, no entanto, os sintomas de desatenção tendem a persistir. Dificuldades de aprendizado e de linguagem são manifestações comuns no TDAH¹.

Meninos tendem a receber em média duas vezes mais o diagnóstico de TDAH que as meninas, eventualmente em decorrência do comportamento hiperativo, que é mais observado nos meninos. A maioria dos diagnosticados incluindo meninos e meninas com TDAH também podem receber diagnóstico de outro tipo de transtorno mental³.

TDAH é o maior responsável pelas prescrições médicas na infância e adolescência, tanto

antipsicóticos quanto neuroestimulantes. Atualmente, faltam informações no que diz respeito às causas que levam ao TDAH, contudo, no que tange ao diagnóstico, há critérios bem definidos³.

Como o diagnóstico não pode ser confirmado por meio de nenhum tipo de exame relacionado a marcadores biológicos e muitas vezes se iniciam com o mesmo quadro clínico, compartilhando sintomas, ocasionando uma dificuldade maior em se ter um diagnóstico. Ademais, é importante que se busque outras informações como histórico familiar, histórico de desenvolvimento, se houve algum atraso ou déficit, idade e forma com que se manifestou, além do curso da doença, e se já realizou algum tratamento. Reforçando a tese de que o diagnóstico precoce e preciso se relaciona a um tratamento adequado e eficaz além de um melhor prognóstico⁴.

Sendo o TDAH um transtorno altamente prevalente na infância e o TAB, com um escasso e difícil diagnóstico, a evolução para um quadro crônico e persistente, adentrando a idade adulta implica em prejuízos nas áreas de desenvolvimento, como educação, profissional e interpessoal, podendo inclusive, aumentar a morbidade e mortalidade. TAB e TDAH podem acometer simultaneamente o paciente, ademais, estão associadas a outras condições psiquiátricas e orgânicas, como diabetes e hipertensão³.

No presente estudo, buscou-se analisar os benefícios obtidos a partir da diferenciação entre os diagnósticos ou em comorbidade, para que deste modo, seja feito o tratamento adequado com a finalidade de potencializar um bom prognóstico e minimizar os prejuízos causados pela falta de tratamento. |

|

|

2. JUSTIFICATIVA

Visto o atual debate no campo da psiquiatria sobre o tratamento de TDAH em pacientes já diagnosticados com transtorno afetivo bipolar. A escassez de artigos sobre o tratamento do TAB em comorbidade com TDAH e sua importância para um menor prejuízo de esfera psicossocial dos pacientes, motivando a elaboração desta pesquisa. Além de buscar evidenciar também a diferença entre as morbidades, seus quadros clínicos e influência do tratamento..

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

O intuito deste trabalho é ajudar na diferenciação e também correlação dos transtornos supracitados para que o tratamento correto seja aplicado, além de apontar os benefícios adquiridos do tratamento conjunto.

3.2. Específicos

Avaliação do plano terapêutico abordado pela literatura.

Ressaltar a diferenciação no diagnóstico das duas patologias para um tratamento mais completo e fidedigno.

Compreender como o emprego do tratamento adequado pode ocasionar em um melhor prognóstico dos pacientes.

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento foi uma revisão da literatura, por meio das bases de dado Pubmed, SciELO, Uptodate e Biblioteca Virtual em Saúde, com artigos em inglês e português, do ano de 2007 a 2021, a partir dos descritores “transtorno afetivo bipolar”, “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade”, “Attention deficit-hyperactivity disorder”, “ADHD”, “pediatric bipolar disorder”, “TDAH em crianças”, “Bipolar disorder”, tendo sido escolhidos artigos com ensaios clínicos e revisão de literatura. Após leitura do título, resumo e da introdução dos artigos selecionados por meio dos descritores supracitados, foram excluídos os artigos que compreendiam objetivos de estudos diferentes deste trabalho e os transtornos em adultos. Foram utilizados também, o livro Compêndio de Psiquiatria 11^a edição e DSM – 5

5. RESULTADOS

Considerado um transtorno de humor, o transtorno afetivo bipolar é caracterizado por episódios de mania isolados ou associados à depressão. Os episódios de mania ocorrem quando o indivíduo apresenta autoestima elevada além do normal, diminuição do sono, aumento da distração, agitação física e mental, além de envolvimento excessivo em comportamentos que geram prazer, o que pode levar o paciente a se envolver em situações danosas à saúde e a sua integridade física ^{5,6}.

Além disso, os episódios descritos acima apresentam duração de pelo menos uma semana, podendo ainda causar comprometimento em áreas social e ocupacional. Já o quadro depressivo é caracterizado exatamente como o transtorno de humor de mesmo nome. Ainda neste ponto, o TAB pode ser dividido em transtorno afetivo bipolar I e II, a depender de suas características, além de ainda ser subdividido de acordo com os sintomas e a duração dos quadros ^{5,6}.

Por sua vez, o TDAH se apresenta como um quadro de redução da atenção associada à impulsividade e/ou hiperatividade. Para fins diagnósticos, é necessário que haja prejuízo em pelo menos duas áreas distintas da vida do paciente e em mais de dois ambientes, por exemplo acadêmico e social ⁵.

5.1 Clínica e Diagnóstico

O diagnóstico de TAB se baseia na clínica do paciente. Para diferenciação em TAB I, II ou ciclotimia, são avaliados os quadros de mania, hipomania e depressão. De acordo com o DSM -5, Transtorno Afetivo Bipolar I é caracterizado por pelo menos um episódio de mania e um de depressão. Ao passo que o Transtorno afetivo bipolar II, caracteriza-se através de hipomania e depressão. Por fim, em se tratando de ciclotimia, o paciente apresenta sintomas hipomaniacos e depressivos, contudo não preenche critério para nenhum dos ⁷.

Em relação à mania, como já dito anteriormente, o paciente pode apresentar um estado de humor elevado, com características expansivas e até irritação. Pode haver, também, transferência de responsabilidade e culpa, tendência a criar conflitos, abuso de álcool, se despir em lugares públicos, uso de roupas extravagantes e até alucinações. Importante ressaltar o caráter impulsivo e hiperativo que esses pacientes podem apresentar, e que muitas vezes pode confundir o diagnóstico com outras doenças, inclusive com o TDAH. Outras características que podem ser confundidas com TDAH, estão presentes nos quadros depressivos, como dificuldade

de concentração e dificuldade para pensar ^{6,7}.

Em se tratando de depressão, o paciente precisa atender pelo menos um dos dois critérios maiores: humor deprimido e perda de prazer ou interesses. Além disso, há também alterações de apetite, podendo levar a aumento ou perda de peso, insônia ou hipersonia, esgotamento de energia e diminuição da libido. Em crianças, o medo de frequentar a escola, apego aos pais e vontade de fugir de casa também podem ser sintomas característicos do transtorno. Além desses, a promiscuidade pode estar presente no comportamento de adolescente também ^{6,7}.

Além dos sintomas supramencionados, a tristeza e irritabilidade persistentes, falta de motivação, baixa produtividade, pensamentos negativo e ideação e/ou tentativa de suicídio são sintomas clássicos em crianças com TAB⁶.

Por seu turno, o diagnóstico realizado no TDAH é feito com a presença de sintomas de hiperatividade/impulsividade e/ou falta de atenção. Além do mais, é necessário que haja prejuízo em pelo menos dois ambientes distintos em que o paciente esteja inserido e que os sintomas não sejam explicados por outras doenças ⁷.

Dentro de hiperatividade, os sintomas podem se resumir a mexer muito as mãos, não conseguir ficar sentado quando for necessário, inquietação, dificuldade de brincar com mais tranquilidade, falar excessivamente, não conseguir esperar a vez, interromper outros. Já a impulsividade, geralmente está relacionada ao ambiente, podendo tomar decisões erradas e prejudiciais como uso de drogas e álcool, comportamento sexual arriscado e direção perigosa ⁸.

O déficit de atenção pode ser definido como dificuldade de concentração e de cognição. Nas escolas, muitas vezes são vistos como alunos que ficam dispersos durante a aula. Além disso, o cometimento de erros simples, dificuldade de completar tarefas que incluem uma continuidade, como dever de casa, perda de objetos, falta de organização com objetos pessoais, tarefas e atividades, distração fácil, dificuldade de manter atenção quando necessária, dificuldade de seguir instruções são outras características presentes na clínica do TDAH e que fazem parte dos critérios para diagnóstico ⁸.

Devido ao prejuízo gerado pelos sintomas, pacientes não tratados no início ou àqueles que tiveram diagnósticos tardio, correm risco aumentado de desenvolvimento de tendências suicidas e transtorno de humor. Quando combinados, os riscos são ainda maiores⁷.

Durante as crises de mania, pacientes com TAB podem exibir impulsividade, distração e hiperatividade, como já mencionado. Contudo, estes sintomas duram por pelo menos 4 dias, visto que no TDAH os episódios podem variar durante o dia. Além disso, a labilidade emocional que ocorre no TDAH, ocorre no curso de um mesmo dia, enquanto que no TAB, vários dias se

passam dentro do mesmo sintoma ⁷.

5.2 Tratamento

Para que seja realizado o tratamento de crianças diagnosticadas com TAB, é necessário que haja uma abordagem multiprofissional envolvendo acompanhamento psicoterápico e medicamentoso^{5,7}.

Há vários tipos de terapia, cada um direcionado de acordo com as manifestações clínicas, como terapia familiar, interpessoal, comportamental e orientação psicanalítica e cognitiva. Por sua vez, o medicamentoso visa a remissão dos sintomas, e não somente a diminuição destes^{5,7}.

O tratamento medicamentoso se baseia no uso dos antipsicóticos de segunda geração, como a olanzapina, quetiapina e risperidona, além de, possivelmente, o lítio, caso o paciente seja maior de 12 anos. A remissão dos sintomas ocorre entre 25 e 70% dos casos. A escolha do medicamento deve ser realizada levando em consideração fatores como efeitos colaterais, outras comorbidades, preferência do paciente e até mesmo o custo do medicamento. Caso não haja melhora de 4 a 8 semanas, ou o paciente não tolere o medicamento, outro antipsicótico deverá ser escolhido⁹.

Nos casos refratários e em pacientes com mais de 12 anos, o lítio pode ser introduzido, contando que seja feita a propedêutica laboratorial específica e o acompanhamento necessário. É importante ressaltar que caso não haja uma resposta satisfatória após a adição do lítio, pode ser feita uma associação com um segundo antipsicótico atípico⁹.

O tratamento de crianças e adolescentes com TDAH baseia-se na intervenção multidisciplinar envolvendo profissionais das áreas médicas, saúde mental e pedagógica em conjunto com os pais¹⁰.

O profissional de saúde deve educar a família sobre o transtorno, através de informações claras e precisas, a fim de que aprendam a lidar com os sintomas dos seus filhos. Intervenções no âmbito escolar também são importantes e, muitas vezes, é necessário um acompanhamento psicopedagógico centrado na forma do aprendizado, como por exemplo nos aspectos ligados à organização e ao planejamento do tempo e das atividades¹⁰.

O tratamento reeducativo psicomotor pode ser indicado para melhorar o controle do movimento^{10,11}.

Em relação às intervenções psicoterápicas centradas na criança ou adolescente, as mais estudadas e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno (desatenção, hiperatividade, impulsividade), bem como, para o manejo de sintomas

comportamentais comumente associados (oposição, desafio, teimosia), são as cognitivo-comportamentais, especialmente os tratamentos comportamentais^{10,11}.

Sobre as influências psicofarmacológicas, a literatura claramente apresenta os estimulantes como as medicações de primeira escolha para este transtorno⁷. No Brasil, existem duas categorias de estimulantes encontrados no mercado: o Metilfenidato e a Lisdexanfetamina. Cerca de 70% dos pacientes com TDAH respondem adequadamente aos estimulantes, com redução de pelo menos 50% dos sintomas básicos do transtorno e os toleram bem^{9,10,12}.

Já o tratamento em conjunto precisa ser avaliado de forma cautelosa e dependem de um diagnóstico preciso pois os medicamentos utilizados para TDAH ocasionam uma piora do quadro de um paciente que também é portador de TAB. O motivo dessa avaliação criteriosa se dá devido à fisiopatologia dos transtornos, por conta da conformação de neurotransmissores presentes no cérebro humano, entende-se que uma pessoa com TDAH tenha falta de dopamina e noradrenalina em áreas específicas do encéfalo^{2,3}.

Já o TAB, apesar da escassez de estudos sobre suas causas, alguns estudos sugerem que ocorrem diminuição de alguns neurotransmissores como serotonina e noradrenalina^{2,3}.

Sendo assim, por se tratarem de manifestações diferentes da falta de um mesmo neurotransmissor, noradrenalina, TDAH e TAB apresentam caráter de semelhança, podendo ser caracterizadas como comorbidade. Contudo, faz-se necessário a implementação dos medicamentos responsáveis pela melhora do transtorno afetivo bipolar, em primeira instância pois o aumento da dopamina, causado pelos medicamentos neuroestimulantes, exacerbam os sintomas da mania. Por consequência, a utilização dos neuroestimulantes só deve ocorrer após a estabilização dos sintomas do TAB⁸.

6. DISCUSSÃO

Poucos desafios clínicos rivalizam com o diagnóstico diferencial entre TDAH e TAB com início na infância. Sem marcadores específicos para ajuda, o diagnóstico é realizado predominantemente pela clínica do paciente, além de observações dos pais e de informações colhida no âmbito escolar³.

O diagnóstico diferencial entre TDAH e TAB oferece diversos desafios, principalmente por conta do início precoce dos dois transtornos, o curso não específico de TAB em crianças, a habilidade limitada de reportar sintomas por parte das crianças, vasta sobreposição sintomática e similaridade com outras comorbidades psiquiátricas como ansiedade, distúrbios de humor, dependência química. Na maioria dos casos, TDAH e TAB, há um desafio na precisão do diagnóstico devido à co-ocorrência de distúrbios e comorbidades complexas^{6,8,13}.

Em casos menos complexos, o aparecimento discreto de um humor proeminente, sono e agressividade são mais sugestivos a um diagnóstico de TAB, especialmente se há um quadro de impulsividade com dinheiro, sexualidade e substâncias químicas. Em contrapartida, inquietação, ineficiência, desorganização, desatenção, distração, esquecimento, geralmente apontam para um diagnóstico de TDAH⁶.

Em decorrência aos vários critérios diagnósticos para TAB e para TDAH serem compartilhados, como: distratibilidade, hiperatividade motora e falar em excesso, dois métodos têm sido usados para tentar demonstrar que os diagnósticos de ambos os transtornos se mantêm, mesmo com a retirada dos critérios diagnósticos que são comuns a ambos (sintomas sobrepostos)¹³.

No primeiro método, chamado de subtração simples, os sintomas sobrepostos não são considerados. Já o segundo método, chamado de método proporcional, os sintomas sobrepostos também não são considerados, mas há uma correção proporcional do número de critérios necessários para a realização do diagnóstico, de acordo com o número de sintomas sobrepostos subtraídos¹³.

Foi apontado que 48% das crianças com transtorno de humor bipolar continuam a atender aos critérios diagnósticos, por meio do método de subtração simples, e 69%, pelo método proporcional. Um total de 89% das crianças com TAB mantêm o diagnóstico de TDAH, pelo método de subtração, e 93% das crianças mantêm pelo método proporcional. Esses resultados sugerem que a comorbidade entre TAB e TDAH não é um artefato de método, devido a compartilhamento de critérios diagnósticos entre os dois transtornos^{6,8}.

7. CONCLUSÕES

Por meio deste projeto, concluiu-se que as patologias TAB e TDAH existem em comorbidade, visto que o mesmo paciente pode apresentar sintomas que preenchem critérios dos dois transtornos e que, uma vez tratado adequadamente, ocorrerá a diminuição dos déficits prevalentes que afetam de forma impactante o paciente, por meio da remissão ou redução dos sintomas, permitindo ao paciente se adequar de forma plena nas diversas esferas que o cercam.

Sendo assim, mesmo com manifestações e sintomas semelhantes, é necessário o correto diagnóstico. Apesar de apresentarem características que se relacionam, o tratamento deve ser individualizado e seguir uma ordem para que não haja agravo do quadro. Visto que pacientes que apresentam os dois transtornos em comorbidades, precisam ser avaliados de forma concisa, para que o tratamento seja feito na ordem correta, caso contrário ocorrerá uma piora do quadro.

8. REFERÊNCIAS

1. Narvaez JC, Zeni CP, Coelho RP, Wagner F, Pheula GF, Ketzer CR, Trentini CM, Tramontina S, Rhode LA. Does comorbid bipolar disorder increase neuropsychological impairment in children and adolescents with ADHD?. *J. bras. psiquiatr.* 2014; 36 (1): 53-59. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1085>.
2. Moraes C, Silva FMBN, Andrade ER. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2007 out 19; 56 (suppl 1) pp: 19-24. <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000500005>>.
3. Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. Bipolar disorder and ADHD: comorbidity and diagnostic distinctions. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Aug;17(8):604. doi: 10.1007/s11920-015-0604-y. PMID: 26084666.
4. Maranoni C. ADHD, Bipolar Disorder, or Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Times.* 2018 Oct 30; 35: 18-20.
5. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria- Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.* 11ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2017
6. Pediatric bipolar disorder: Clinical manifestations and course of illness- UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pediatric-bipolar-disorder-clinical-manifestations-and-course-of-illness?search=trantorno%20bipolar%20clinica&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H6530592
7. Psychiatric Association A. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.* 5a Edição. Porto Alegre: Editora Artmed; 2013.
8. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-andadolescents-clinical-features-anddiagnosis?search=tdah&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4

9. Pediatric bipolar disorder: Overview of choosing treatment – UpToDate [Internet]. [cited 2021 July 1]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pediatric-bipolar-disorder-overview-of-choosing-treatment?source=history_widget
10. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Overview of treatment and prognosis - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-treatment-and-prognosis?source=history_widget
11. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Treatment with medications - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-treatment-with-medications?source=history_widget
12. Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents - UpToDate [Internet]. [cited 2021 May 18]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/pharmacology-of-drugs-used-to-treat-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents?source=history_widget
13. Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e TDAH na infância: desafios na prática clínica - Scielo [Internet]. [cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/6ck7FR7YvYkvVzdxZ8Mm9Cr/?lang=pt>