

PSIQUIATRIA



**Depressão bipolar
ou unipolar:
sinais que mudam
a investigação**

Sumário

Capítulo 1 · A pergunta que falta	3
Capítulo 2 · Reconstruir o curso	5
Capítulo 3 · Sinais que mudam a suspeição	8
Capítulo 4 · Decidir com incerteza	11
Referências	15

Este guia acompanha uma médica de 32 anos com depressão recorrente. O caso mostra por que a polaridade não se resolve por um sintoma, um escore ou uma resposta medicamentosa.

Escopo. Material educacional para médicos. Avaliação clínica completa e segurança têm prioridade; o conteúdo não substitui decisão individualizada.

O episódio atual não conta toda a história

Uma médica de 32 anos chega ao terceiro episódio depressivo. Apresenta fadiga, hipersonia, culpa e queda de funcionamento. A síndrome atual pode ser reconhecida, mas isso ainda não estabelece se o curso é unipolar ou bipolar.

Depressão bipolar e unipolar compartilham grande parte da fenomenologia. A distinção depende sobretudo da história de mania ou hipomania, do curso longitudinal e da exclusão de explicações concorrentes.¹⁻⁵

No transtorno bipolar tipo I, a história inclui ao menos um episódio maníaco ou misto. No tipo II, há episódio hipomaníaco e episódio depressivo, sem mania ou episódio misto.⁵ A investigação precisa respeitar essa diferença; um conjunto de “pistas” não substitui os requisitos diagnósticos.

Perguntas melhores recuperam mudanças reais

A paciente nega “euforia”. Quando a entrevista pergunta por períodos claramente diferentes do habitual, lembra uma fase em que dormia três horas por noite sem cansaço, iniciou muitos projetos e fez compras incompatíveis com a renda.

A redução da necessidade de sono é diferente de insônia. Na primeira, a pessoa dorme menos e ainda se sente descansada; na segunda, deseja dormir e costuma sentir as consequências da privação. Também é preciso caracterizar aumento de energia ou atividade, mudança de humor, duração, prejuízo, psicose e hospitalização.^{1,5}

O relato muda a investigação, não fecha o diagnóstico. Temporalidade, repercussão, substâncias, medicamentos e informação colateral ainda precisam ser examinados.

A linha do tempo organiza o que a memória dispersa

Durante a depressão, concentração e recordação retrospectiva podem estar prejudicadas. Hipomania também pode ser lembrada como produtividade ou sociabilidade, enquanto pessoas próximas recordam conflitos, imprudência ou redução marcante do sono.^{3,4}

No caso-guia, a tarefa agora é ordenar primeiro episódio, recorrências, possíveis períodos de ativação, intervalos de recuperação, psicose, hospitalizações, pós-parto, substâncias, medicamentos e consequências funcionais.

Prontuários e informação colateral, com consentimento e respeito à confidencialidade, podem esclarecer mudanças que a paciente não percebeu. Se os dados continuarem insuficientes, acompanhamento prospectivo é mais seguro do que forçar uma conclusão na primeira consulta.

O que reconstruir na história longitudinal

A linha do tempo não soma pontos; ela testa coerência entre episódios e funcionamento. Cada dado precisa ter período, fonte e consequência clínica.

Domínio	Pergunta operacional
Primeiro episódio	Qual foi a idade, a polaridade provável e a repercussão?
Ativação prévia	Houve aumento de energia ou atividade e mudança observável do basal?
Sono	Era menor necessidade de sono ou insônia com cansaço?
Curso	Quanto duraram os episódios e como foram os intervalos?
Gravidade	Houve psicose, hospitalização, autoagressão ou prejuízo grave?
Contexto	Pós-parto, substâncias, medicamentos ou condição clínica participaram?
Fontes	O que consta em prontuários e no relato de pessoas próximas?

Informação colateral sem terceirizar o diagnóstico

Famíliares podem descrever mudança observável, gastos, fala, projetos, sono e consequências. Isso é útil quando a paciente não reconheceu o período como adoecimento. Ainda assim, informação colateral é uma fonte entre outras, não um veredito.

No caso-guia, uma irmã confirma menor sono e compras incomuns, mas não sabe precisar a duração. O dado reforça a reconstrução, sem preencher automaticamente critérios ausentes.

O registro deve separar fatos confirmados, dados referidos, hipóteses e lacunas. Essa transparência permite revisar a formulação sem apagar a incerteza.

Princípio prático: se a história não permite concluir, documente o que falta e programe reavaliação.

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

Características que aumentam a suspeição

Algumas características aparecem com maior frequência em grupos com transtorno bipolar: início depressivo mais precoce, recorrência, história familiar, psicose, sintomas atípicos, episódios no pós-parto, sintomas contrapolares e ativação após antidepressivos.^{1,3,4,6}

Nenhuma delas confirma bipolaridade isoladamente. Sua utilidade é mostrar quando a anamnese precisa ser ampliada e quais períodos merecem reconstrução.

No caso-guia, recorrência e hipersonia têm pouco valor sem o curso. A possibilidade de um episódio anterior com menor necessidade de sono, aumento de atividade e mudança comportamental é mais diretamente relevante, mas ainda exige caracterização diagnóstica e diferenciais.

Achado, uso clínico e limite

Achado	Como usar	Limite
História familiar	Investigar episódios e hospitalizações	Não confirma o diagnóstico individual
Psicose	Definir relação com episódios de humor	Também ocorre em depressão unipolar
Pós-parto	Reconstruir humor, sono e segurança	O contexto não define polaridade
Sintomas mistos	Precisar sintomas, persistência e mudança	Irritabilidade isolada não basta
Ativação após antidepressivo	Rever tempo, dose, substâncias e persistência	Associação não prova causalidade
Hipersonia ou hiperfagia	Integrar ao curso completo	Sintoma atípico isolado não distingue

A tabela orienta perguntas, não um escore diagnóstico. Um paciente pode reunir várias características e ainda necessitar seguimento; outro pode ter transtorno bipolar sem exibir esse conjunto “típico”.

Mistos, pós-parto e antidepressivos

Pensamentos acelerados, aumento da fala, maior atividade e irritabilidade podem coexistir com depressão. “Características mistas” não é sinônimo de qualquer agitação. É necessário definir quantidade, persistência, relação temporal e mudança do basal, além de examinar ansiedade, TDAH, personalidade, substâncias e condições clínicas.^{1,5}

No pós-parto, depressão, psicose ou ativação mudam a urgência e ampliam a investigação, mas o período reprodutivo não fecha polaridade. Segurança materna e infantil deve ser avaliada separadamente.

Ativação após antidepressivo também pede revisão detalhada. Na CID-11, uma síndrome surgida durante tratamento só conta como episódio quando persiste após a interrupção e continua preenchendo requisitos depois que os efeitos fisiológicos diretos provavelmente cessaram.⁵

Rastreo não é diagnóstico

Instrumentos como o Mood Disorder Questionnaire podem apoiar a entrevista quando já existe suspeita. Resultado positivo não confirma transtorno bipolar; resultado negativo não exclui, sobretudo quando a hipomania foi pouco percebida ou lembrada.^{1,3}

A VA/DoD admite instrumentos validados como apoio à decisão em pessoas com suspeita clínica. A NICE orienta não usar questionários para identificar transtorno bipolar em adultos na atenção primária e prioriza perguntas diretas sobre hiperatividade ou desinibição prévias.^{1,2}

No caso-guia, qualquer escore deve voltar à história: qual período gerou a resposta, houve mudança observável, quanto durou e qual foi a consequência?

A hipótese precisa competir com outras explicações

Ativação, impulsividade e instabilidade não pertencem exclusivamente ao transtorno bipolar. TDAH tende a produzir padrão persistente, embora possa coexistir. Transtornos de personalidade podem cursar com instabilidade reativa e duradoura. Psicose fora de episódios de humor proeminentes exige considerar transtornos psicóticos.

Substâncias, abstinência, medicamentos e condições clínicas ou neurológicas também podem produzir sintomas semelhantes. Alterações tireoidianas entram conforme história e exame. A presença de um diferencial não encerra a avaliação; a pergunta é qual formulação explica melhor temporalidade e prejuízo sem ignorar comorbidades.²⁻⁴

Para a paciente do caso, é necessário rever medicamentos, estimulantes, álcool e outras substâncias, padrão prévio de atenção e impulsividade e a relação dos sintomas com episódios definidos.

Segurança vem antes da certeza diagnóstica

A avaliação de segurança não deve esperar que a polaridade esteja definida. Ideação e intenção suicida, autoagressão, risco a terceiros, psicose, agitação grave, desinibição, exploração, incapacidade de autocuidado e necessidade de hospitalização precisam ser examinadas desde o início.^{1,2}

No caso-guia, o período prévio permanece incompletamente caracterizado, mas o episódio atual já permite avaliar risco, mobilizar apoio, indicar urgência quando necessária e organizar seguimento.

Quatro decisões separadas. Rastreio indica perguntas. Diagnóstico integra critérios e curso. Segurança define proteção imediata. Tratamento depende da formulação completa e não deve ser inferido de uma pista isolada.

Da primeira pergunta ao plano de reavaliação

O roteiro organiza a consulta sem transformar julgamento clínico em formulário automático.

1. Caracterize a depressão atual e avalie segurança.
2. Pergunte por períodos prévios de aumento de energia ou atividade e mudança de humor.
3. Diferencie menor necessidade de sono de insônia.
4. Defina duração, prejuízo, psicose, hospitalização e mudança observável.
5. Construa a linha do tempo com episódios, intervalos, pós-parto, substâncias e tratamentos.
6. Revise história familiar e obtenha informação colateral quando pertinente.
7. Use rastreadores apenas como apoio.
8. Registre o confirmado, o que aumenta suspeição e o que ainda falta.

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

Referências

1. Department of Veterans Affairs; Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Bipolar Disorder: Provider Summary. Version 2.0. 2023.
[Acessar fonte](#)
2. National Institute of Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management. Clinical guideline CG185. Recommendations.
[Acessar fonte](#)
3. Keramatian K, Chithra NK, Yatham LN. The CANMAT and ISBD Guidelines for the Treatment of Bipolar Disorder: Summary and a 2023 Update of Evidence. Focus. 2023.
[Acessar fonte](#)
4. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. CANMAT and ISBD 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders. 2018;20(2):97-170.
[Acessar fonte](#)
5. World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: WHO; 2024.
[Acessar fonte](#)
6. Leonpacher AK, Liebers D, Pirooznia M, et al. Distinguishing bipolar from unipolar depression: the importance of clinical symptoms and illness features. Psychological Medicine. 2015;45(11):2437-2446.
[Acessar fonte](#)