



**QUALIS**  
**A2**



# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEPRESSÃO MAIOR E TRANSTORNO BIPOLAR: DESAFIOS CLÍNICOS<sup>1</sup>

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN MAJOR DEPRESSION AND BIPOLAR DISORDER: CLINICAL CHALLENGES

Alícia Aires de Sousa LOPES<sup>2</sup>

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: [alicia.aireslopes@gmail.com](mailto:alicia.aireslopes@gmail.com)

ORCID: <http://orcid.org/0009-0007-6009-2356>

Luiza Nunes PEREZ<sup>3</sup>

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: [luizanperez@icloud.com](mailto:luizanperez@icloud.com)

ORCID: <http://orcid.org/0009-0006-2898-009X>

Mário de Souza Lima e SILVA<sup>4</sup>

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: [mariobioufg@gmail.com](mailto:mariobioufg@gmail.com)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3500-6018>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A semelhança entre os sintomas da depressão maior e do transtorno bipolar (TB) torna o diagnóstico preciso um desafio. Dessa forma, compreender profundamente essas condições e adotar uma abordagem clínica adequada são fundamentais. Em casos de transtorno bipolar, o uso de antidepressivos — especialmente os tricíclicos — pode agravar o quadro clínico. **OBJETIVO:** Investigar as dificuldades clínicas enfrentadas por profissionais de saúde mental ao realizar o diagnóstico diferencial entre depressão maior e transtorno bipolar, com foco na elaboração de um plano terapêutico eficaz. Além disso, abordar os impactos negativos que um diagnóstico incorreto ou tardio pode causar na qualidade de vida do paciente. **METODOLOGIA:** A pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura e a seleção de estudos pertinentes foi conduzida por meio de pesquisa em bases de

<sup>1</sup> COMO CITAR: (ABNT): LOPES, A. A. S.; PEREZ, L. N.; SILVA, M. S. L. Diagnóstico Diferencial entre Depressão Maior e Transtorno Bipolar: Desafios Clínicos. **JNT Facit Business and Technology Journal**. Qualis A2. ISSN: 2526-4281, Mês de Março de 2026 - Ed. 72. VOL. 01. Págs.10-23. Disponível: <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. Acesso em: \_\_/\_\_/\_\_.

<sup>2</sup> Medicina, UNITPAC – Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos. Araguaína-TO. Março, 2026. Contato: [alicia.aireslopes@gmail.com](mailto:alicia.aireslopes@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-6009-2356>.

<sup>3</sup> Medicina, UNITPAC – Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos. Araguaína-TO. Março, 2026 Contato: [luizanperez@icloud.com](mailto:luizanperez@icloud.com). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-2898-009X>

<sup>4</sup> Biologia, Graduação em biologia. Mestrado em morfologia. Doutorado em bio molecular. Pós-doutorado multiprofissional em saúde (em andamento). Araguaína-TO. Janeiro, 2026. Contato: [mariobioufg@gmail.com](mailto:mariobioufg@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3500-6018>.

dados científicas eletrônicas, incluindo plataformas como PubMed, LILACS, SciELO e Web of Science. Os descritores “Depressão Maior”, “Diagnóstico diferencial”, “Medicina”, “Transtorno Afetivo Bipolar,” foram terçados com a ajuda dos mediadores booleanos (and e or). RESULTADOS ESPERADOS: Espera-se que esta pesquisa contribua para uma melhor compreensão das diferenças clínicas entre o Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Bipolar, destacando os principais critérios diagnósticos e os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental no processo de diagnóstico diferencial. Outrossim, o resultado esperado é evidenciar a importância de uma avaliação clínica detalhada e longitudinal, bem como o uso de instrumentos diagnósticos adequados. Além disso, a pesquisa pretende reforçar a necessidade de capacitação contínua dos profissionais de saúde, promovendo maior precisão diagnóstica.

**Palavras-chave:** Depressão Maior. Diagnóstico diferencial. Medicina. Transtorno Afetivo Bipolar.

### ABSTRACT

INTRODUCTION: The similarity between the symptoms of Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder (BD) makes an accurate diagnosis challenging. Therefore, a deep understanding of these conditions and the adoption of an appropriate clinical approach are essential. In cases of bipolar disorder, the use of antidepressants—especially tricyclics—may worsen the clinical condition. OBJECTIVE: To investigate the clinical difficulties faced by mental health professionals when performing the differential diagnosis between Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder, focusing on the development of an effective therapeutic plan. In addition, the study aims to address the negative impacts that an incorrect or delayed diagnosis may have on the patient’s quality of life. METHODOLOGY: This research is characterized as an integrative literature review. The selection of relevant studies was conducted through searches in electronic scientific databases, including platforms such as PubMed, LILACS, SciELO, and Web of Science. The descriptors “Major Depression,” “Differential Diagnosis,” “Medicine,” and “Bipolar Affective Disorder” were combined using the Boolean operators (AND OR). EXPECTED RESULTS: It is expected that this research will contribute to a better understanding of the clinical differences between Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder, highlighting the main diagnostic criteria and the challenges faced by mental health professionals in the differential diagnostic process. Furthermore, the expected results include emphasizing the importance of a

detailed and longitudinal clinical evaluation, as well as the use of appropriate diagnostic instruments. Additionally, the study aims to reinforce the need for continuous training of healthcare professionals, promoting greater diagnostic accuracy.

**Keywords:** Major Depression. Differential Diagnosis. Medicine. Bipolar Affective Disorder.

## INTRODUÇÃO

A depressão maior é definida como humor deprimido diário que perdura por um período mínimo de 2 semanas. Um episódio pode ser caracterizado por tristeza, indiferença, apatia ou irritabilidade, e em geral está associado a alterações nos padrões de sono, apetite e peso; agitação ou lentidão motora; fadiga; dificuldade de concentração e tomada de decisões; sentimentos de vergonha ou culpa; e pensamentos de morte ou de estar morrendo. Os pacientes com depressão sofrem intensamente pela perda do prazer em todas as atividades agradáveis, despertam muito cedo, sentem que o estado de humor disfórico é qualitativamente diferente da tristeza e, muitas vezes, notam variação diurna no humor (pior pela manhã) (Loscalzo, 2022).

Pacientes em luto ou pesar podem apresentar muitos desses sinais e sintomas da depressão maior, embora com ênfase geralmente nas sensações de vazio e de perda, e não anedonia e perda de autoestima; além disso, a duração costuma ser menor. Entretanto, em determinados casos, o diagnóstico de depressão maior pode ser firmado mesmo no contexto de uma perda significativa (Loscalzo, 2022).

Enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas. Os subtipos de síndromes e transtornos depressivos mais utilizados na prática clínica, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças são: Episódio de depressão e transtorno depressivo maior recorrente; Transtorno depressivo persistente e transtorno distímico; Depressão atípica; Depressão tipo melancólica ou endógena; Depressão psicótica; Estupor depressivo ou depressão catatônica; Depressão ansiosa ou com sintomas ansiosos proeminentes e transtorno misto de depressão e ansiedade; Depressão unipolar ou depressão bipolar; Depressão como transtorno disfórico pré-menstrual entre outros (Dalgalarro, 2019).

A depressão maior e o transtorno bipolar (TB) apresentam sintomas parecidos, o que dificulta o diagnóstico correto. Por isso, o conhecimento destas condições e a abordagem correta possuem enorme importância. Nos casos de

transtorno bipolar, quando administrados antidepressivos, principalmente os tricíclicos, podem ocasionar piora do quadro. O transtorno bipolar se classifica como: Transtorno Afetivo Bipolar tipo I, também conhecido por bipolar clássico, caracterizado por episódios de mania mais longos e intensos, Transtorno Afetivo Bipolar tipo II, caracterizado por sintomas depressivos intensos e hipomania e o Transtorno ciclotímico, caracterizado por depressão menos intensa e episódios hipomaniacos. Já a classificação dos episódios difere em: episódio hipomaniaco, episódio maníaco sem sintomas psicóticos, episódio maníaco com sintomas psicóticos, episódio depressivo leve ou depressivo grave com sintomas psicóticos e episódios mistos (American Psychiatric Association, 2022).

A prevalência das síndromes depressivas na população geral, ao longo da vida, chega a 20%. A depressão está associada a altas taxas de cronicidade e recaída, tem impacto significativo na evolução de condições clínicas gerais e cursa com grande disfuncionalidade nos ambientes familiar, social e profissional. O transtorno afetivo bipolar (tipos I e II) tem uma prevalência de aproximadamente 2,1% na população geral, mas estudos recentes apontam prevalência de até 5,5% (Mansur, 2023). Diante desse cenário, surge a seguinte questão de pesquisa: quais fatores clínicos dificultam o diagnóstico diferencial entre o transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar na prática clínica?

## **MATERIAL E MÉTODO**

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, método que permite a síntese de conhecimentos e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Esta abordagem metodológica incluiu simultaneamente pesquisas experimentais e não-experimentais, proporcionando uma compreensão mais completa do fenômeno analisado.

A revisão integrativa foi conduzida seguindo as seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008):

- 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa.
- 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos.
- 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados.
- 4) Avaliação dos estudos incluídos.
- 5) Interpretação dos resultados.
- 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Foram estabelecidos os seguintes critérios para inclusão de estudos na revisão: artigos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; estudos

publicados no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2025; artigos completos disponíveis nas bases de dados selecionadas; estudos que abordam explicitamente o diagnóstico diferencial entre depressão maior e transtorno bipolar; pesquisas que discutam os desafios clínicos no diagnóstico e/ou as implicações terapêuticas do diagnóstico diferencial; estudos observacionais (transversais, caso-controle, coorte), ensaios clínicos, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes clínicas.

Como critérios de exclusão, foram retirados estudos duplicados entre as bases de dados, artigos que não apresentavam relação direta com o tema proposto, publicações incompletas, resumos sem acesso ao texto completo, trabalhos fora do período estabelecido e estudos com delineamento metodológico inadequado para os objetivos da revisão. As etapas de seleção dos artigos foram:

1. Estudos identificados nas bases (124)
2. Duplicatas removidas (33)
3. Estudos triados (91)
4. Estudos avaliados na íntegra (33)
5. Estudos incluídos (21)

A busca por estudos relevantes foi nas seguintes bases de dados eletrônicas: MEDLINE/PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); SCIELO (Scientific Electronic Library Online); Cochrane Library; PsycINFO; EMBASE (Excerpta Medica Database); Web of Science.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os transtornos de humor representam um grupo de condições psiquiátricas caracterizadas por alterações persistentes no estado emocional, afetando significativamente o funcionamento social, ocupacional e outras áreas importantes da vida do indivíduo. Entre esses transtornos, a depressão maior e o transtorno bipolar destacam-se pela sua prevalência e impacto na saúde pública global (Dalgalarrodo, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é considerada a principal causa de incapacidade em todo o mundo, afetando aproximadamente 280 milhões de pessoas. Já o transtorno bipolar atinge cerca de 45 milhões de pessoas globalmente, representando uma condição crônica e recorrente com significativo impacto funcional (World Health Organization, 2021).

O diagnóstico diferencial entre depressão maior e transtorno bipolar constitui um desafio clínico significativo na prática psiquiátrica contemporânea. Ambas as

condições compartilham características sintomatológicas semelhantes, especialmente durante as fases depressivas, o que frequentemente resulta em diagnósticos incorretos e, conseqüentemente, em abordagens terapêuticas inadequadas (Stahl, 2019).

A relevância deste tema é amplificada quando se considera que aproximadamente 40% dos pacientes inicialmente diagnosticados com depressão maior são posteriormente reclassificados como portadores de transtorno bipolar, após uma média de 8 anos de tratamento inadequado (Phillips; Kupfer, 2013).

### **Crítérios Diagnósticos e Manifestações Clínicas da Depressão Maior**

Segundo o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição), o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (TDM) requer a presença de pelo menos cinco dos seguintes sintomas durante um período mínimo de duas semanas, representando uma mudança em relação ao funcionamento anterior, sendo que pelo menos um dos sintomas deve ser (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer (American Psychiatric Association, 2013):

- 1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias.
- 2) Diminuição acentuada do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades.
- 3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta, ou diminuição ou aumento do apetite.
- 4) Insônia ou hipersonia quase todos os dias.
- 5) Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias.
- 6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
- 7) Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada.
- 8) Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão.
- 9) Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Alternativamente, pode manifestar características atípicas, incluindo reatividade do humor, hipersonia, aumento do apetite/ganho de peso e sensibilidade à rejeição interpessoal (Loscalzo, 2022).

### **Transtorno Bipolar: Critérios Diagnósticos e Apresentação Clínica**

O transtorno bipolar é caracterizado por oscilações de humor que incluem episódios de mania ou hipomania, frequentemente intercalados com episódios

depressivos. O DSM-5 distingue entre Transtorno Bipolar tipo I, que requer a ocorrência de pelo menos um episódio maníaco (podendo ou não ser precedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos), e Transtorno Bipolar tipo II, caracterizado pela ocorrência de pelo menos um episódio hipomaníaco e pelo menos um episódio depressivo maior, sem histórico de episódios maníacos (American Psychiatric Association, 2013).

Um episódio maníaco é definido como um período distinto de humor anormalmente e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com aumento anormal da atividade dirigida a objetivos ou energia, durando pelo menos uma semana (ou qualquer duração se a hospitalização for necessária), incluindo pelo menos três dos seguintes sintomas (quatro se o humor for apenas irritável):

- 1) Autoestima inflada ou grandiosidade.
- 2) Redução da necessidade de sono.
- 3) Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
- 4) Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo.

A hipomania apresenta sintomas semelhantes, porém com menor intensidade e duração (pelo menos quatro dias consecutivos), sem causar prejuízo funcional significativo ou necessidade de hospitalização, e sem características psicóticas.

O Transtorno Ciclotímico, outra condição do espectro bipolar, é caracterizado por numerosos períodos com sintomas hipomaníacos e numerosos períodos com sintomas depressivos que não atendem aos critérios para episódios de hipomania ou depressão maior, respectivamente, por pelo menos dois anos (Morais et al, 2024).

### **Epidemiologia**

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é considerado um dos transtornos mentais mais prevalentes no mundo. Estima-se que aproximadamente 5% da população adulta global apresente episódios depressivos em determinado momento da vida. O TDM ocorre com maior frequência em mulheres, sendo cerca de duas vezes mais comum do que em homens. Geralmente, o início dos sintomas ocorre no início da vida adulta, embora possa surgir em qualquer fase da vida. Entre os fatores associados ao desenvolvimento do transtorno estão predisposição genética, eventos estressantes, fatores socioeconômicos, histórico de traumas, doenças crônicas e alterações neurobiológicas (American Psychiatric Association, 2022).

Já o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) apresenta menor prevalência quando comparado ao TDM, porém é considerado um transtorno psiquiátrico grave devido à

intensidade dos episódios e ao impacto funcional. Estima-se que o TAB afete cerca de 1% a 3% da população mundial, dependendo dos critérios diagnósticos utilizados e da inclusão de formas mais leves, como o transtorno bipolar tipo I e tipo II. Diferentemente da depressão maior, o TAB apresenta distribuição semelhante entre homens e mulheres. O início da doença costuma ocorrer no final da adolescência ou no início da vida adulta, sendo raro após os 50 anos. Entre os principais fatores de risco destacam-se a forte influência genética, alterações neuroquímicas e fatores ambientais (Grande et al, 2016).

Um aspecto relevante na epidemiologia dessas condições é a frequente subnotificação e subdiagnóstico, especialmente no caso do transtorno bipolar, que muitas vezes é inicialmente diagnosticado como depressão maior devido à predominância de episódios depressivos ao longo da evolução da doença. Esse equívoco diagnóstico pode atrasar o tratamento adequado e aumentar o risco de recorrência de episódios, prejuízo funcional e complicações clínicas. Dessa forma, compreender a epidemiologia do TDM e do TAB é fundamental para planejamento de políticas públicas de saúde mental, desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado, contribuindo para a redução do impacto desses transtornos na sociedade (Ferrari et al, 2013).

### **Desafios Clínicos no Diagnóstico Diferencial**

Um dos principais desafios no diagnóstico diferencial entre depressão maior e transtorno bipolar é o subdiagnóstico deste último. Estudos indicam que aproximadamente 40% dos pacientes com transtorno bipolar são inicialmente diagnosticados com depressão unipolar, com um atraso médio de 5 a 10 anos até o diagnóstico correto (Hirschfeld et al, 2023).

Este subdiagnóstico ocorre por diversos fatores. Primeiramente, pacientes com transtorno bipolar frequentemente procuram ajuda médica durante episódios depressivos, não durante estados de mania ou hipomania. Além disso, muitos pacientes não reconhecem episódios hipomaniacos como patológicos, frequentemente associando-os a períodos de bem-estar ou produtividade aumentada (Angst et al, 2022).

A hipomania, em particular, pode ser difícil de identificar retrospectivamente, especialmente quando breve ou com apresentação predominantemente irritável em vez de eufórica. Instrumentos de rastreamento como o Questionário de Transtorno do Humor (MDQ) e a Escala de Hipomania de Altman (MAS) podem auxiliar na

identificação de sintomas hipomaníacos passados, mas sua sensibilidade e especificidade são limitadas (Zimmerman, 2016).

Estudos recentes demonstram que o atraso no diagnóstico do transtorno bipolar pode variar entre 5 e 10 anos, sendo frequentemente associado à predominância de episódios depressivos na fase inicial da doença, o que reforça a necessidade de investigação sistemática de episódios hipomaníacos (Angst et al, 2022).

### **Implicações Terapêuticas do Diagnóstico Diferencial**

O diagnóstico incorreto de depressão maior em pacientes com transtorno bipolar frequentemente leva à monoterapia com antidepressivos, abordagem que pode ser não apenas ineficaz, mas potencialmente prejudicial. Aproximadamente 20-40% dos pacientes com transtorno bipolar tratados com antidepressivos desenvolvem sintomas de mania ou hipomania (virada afetiva), particularmente quando utilizados antidepressivos tricíclicos ou inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) (Viktorin et al, 2014).

Além da virada afetiva aguda, o uso prolongado de antidepressivos em pacientes bipolares pode estar associado a outros efeitos adversos, incluindo:

- 1) Aceleração de ciclagem (aumento na frequência de episódios de humor).
- 2) Desenvolvimento de estados mistos (coexistência de sintomas depressivos e maníacos).
- 3) Cronificação do curso da doença.
- 4) Aumento do risco suicida.
- 5) Desenvolvimento de resistência ao tratamento.

### **Divergências Sintomatológicas entre o Transtorno Depressivo Maior (TDM) e o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)**

Embora ambos possam apresentar episódios depressivos semelhantes, o TAB é caracterizado pela presença de episódios de mania ou hipomania, que não ocorrem no TDM. Durante episódios maníacos, o indivíduo pode apresentar humor anormalmente elevado ou irritável, aumento da energia, diminuição da necessidade de sono, fala acelerada, pensamento acelerado (fuga de ideias), impulsividade e comportamentos de risco. Esses sintomas representam um dos principais critérios diagnósticos que diferenciam o transtorno bipolar da depressão maior (American Psychiatric Association, 2022).

No Transtorno Depressivo Maior, os sintomas centrais incluem humor deprimido persistente, perda de interesse ou prazer nas atividades (anedonia), alterações no apetite e no sono, fadiga, sentimento de culpa ou inutilidade, dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. Esses sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas e causar prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional do indivíduo. Diferentemente do TAB, no TDM não há histórico de episódios maníacos ou hipomaníacos ao longo da vida do paciente (Otte et al, 2016).

Outra diferença importante está relacionada ao padrão de evolução clínica dos transtornos. No TAB, os episódios depressivos frequentemente alternam-se com períodos de mania ou hipomania, podendo também ocorrer fases de estabilidade do humor (eutimia). Já no TDM, os episódios depressivos tendem a ocorrer de forma isolada ou recorrente, sem a presença de episódios de elevação patológica do humor. Além disso, pacientes com TAB costumam apresentar início mais precoce da doença, maior recorrência de episódios e maior associação com histórico familiar de transtornos do humor (Grande et al, 2016).

### **Abordagens Farmacológicas Baseadas no Diagnóstico Correto**

O tratamento farmacológico da depressão maior e do transtorno bipolar difere significativamente, enfatizando a importância do diagnóstico diferencial preciso. Para a depressão maior, as diretrizes de tratamento recomendam antidepressivos como primeira linha, incluindo inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina (IRSN), antidepressivos atípicos, tricíclicos ou IMAOS, dependendo do perfil de sintomas, resposta prévia e tolerabilidade (American Psychiatric Association, 2022).

Em contraste, o tratamento do transtorno bipolar centra-se primariamente em estabilizadores de humor (lítio, valproato, carbamazepina, lamotrigina) e antipsicóticos atípicos (quetiapina, olanzapina, aripiprazol, risperidona). Para episódios depressivos bipolares, as opções de primeira linha incluem quetiapina, combinação olanzapina-fluoxetina, ou lamotrigina. O lítio permanece como o padrão-ouro para prevenção de recorrências, particularmente episódios maníacos e comportamento suicida (Yatham et al, 2018).

Quando antidepressivos são utilizados no transtorno bipolar, devem ser sempre combinados com estabilizadores de humor ou antipsicóticos, preferencialmente por períodos limitados durante episódios depressivos agudos, com monitoramento cuidadoso para sinais de virada afetiva (Goodwin, 2016).

## Abordagens Psicossociais e Psicoterapêuticas

Intervenções psicossociais e psicoterapêuticas desempenham papel fundamental no tratamento tanto da depressão maior quanto do transtorno bipolar, embora com focos e técnicas potencialmente distintas.

Na depressão maior, terapias com evidência robusta de eficácia incluem a terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia interpessoal (TIP), terapia de ativação comportamental e, em casos específicos, terapia psicodinâmica. Estas abordagens focam na modificação de padrões cognitivos negativos, melhoria das relações interpessoais, aumento do engajamento em atividades prazerosas e resolução de conflitos intrapsíquicos, respectivamente (Cuijpers et al, 2020).

Para o transtorno bipolar, intervenções psicossociais eficazes incluem psicoeducação, terapia focada na família, TCC adaptada para bipolaridade e terapia interpessoal e de ritmo social (IPSRT). Estas abordagens enfatizam o reconhecimento precoce de sintomas prodrômicos, adesão medicamentosa, regularização de rotinas diárias e ritmos circadianos, e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para estressores psicossociais (Miklowitz; Chung, 2016).

A psicoeducação, em particular, demonstra benefícios substanciais no transtorno bipolar, reduzindo taxas de recaída e hospitalizações através do aumento da compreensão da doença, adesão ao tratamento e implementação de estratégias de autogerenciamento (Colom et al, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o impacto significativo do **Transtorno Afetivo Bipolar (TAB)** e do **Transtorno Depressivo Maior (TDM)** na saúde mental e na qualidade de vida dos pacientes, torna-se evidente que o diagnóstico diferencial entre essas condições representa um desafio clínico relevante. A literatura científica evidencia que a sobreposição de sintomas, como episódios depressivos comuns a ambos os transtornos, contribui para diagnósticos tardios ou incorretos, podendo comprometer a escolha terapêutica adequada e o prognóstico do paciente.

A análise das obras consultadas aponta que fatores clínicos, culturais e individuais interferem na identificação precisa dos sintomas, especialmente quando episódios maníacos ou hipomaníacos são mascarados ou não relatados. Além disso, a falta de instrumentos diagnósticos clínicos especializados e a escassez de treinamento específico para profissionais de saúde mental intensificam as dificuldades no reconhecimento correto do TAB em comparação ao TDM. Essa

realidade reforça a necessidade de avaliações detalhadas e de histórico longitudinal do paciente para reduzir erros diagnósticos.

Em relação ao manejo terapêutico, abordagens integradas, que envolvem psiquiatras, psicólogos e outros profissionais da saúde, parecem produzir melhores resultados. A atuação multidisciplinar permite não apenas um acompanhamento medicamentoso adequado, mas também suporte psicossocial e psicoterapêutico, promovendo intervenções mais eficazes e individualizadas. Assim, a capacitação contínua dos profissionais e o desenvolvimento de protocolos clínicos claros para o diagnóstico diferencial do TAB e do TDM são fundamentais para melhorar a precisão diagnóstica e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. Disponível em: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>. Acesso em: 6 mar. 2026.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. 5. ed. text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Acesso em: 6 mar. 2026.

ANGST, Jules *et al.* Bipolar disorders in DSM-5: implications for clinical practice. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 205, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.047>. Acesso em: 17 mar. 2026.

COLOM, Francesc *et al.* A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 60, n. 4, p. 402-407, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.402>. Acesso em: 06 mar. 2026.

CUIJPERS, Pim *et al.* Psychological treatment of depression: a meta-analytic overview. **World Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 92-107, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20699>. Acesso em: 06 mar. 2026.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. p. 440. ISBN 9788582715062. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/97885827/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

FERRARI, A. J. *et al.* Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **PLOS Medicine**, San Francisco, v. 10, n. 11, e1001547, 2013. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001547>. Acesso em: 6 mar. 2026.

GOODWIN, G. M. et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. **Journal of Psychopharmacology**, v. 30, n. 6, p. 495-553, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269881116636545>.

GRANDE, I.; BERK, M.; BIRKETT, P.; VIETA, E. Bipolar disorder. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10027, p. 1561-1572, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00241-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00241-X/fulltext). Acesso em: 3 mar. 2026.

HIRSCHFELD, Robert M. A. *et al.* Screening for bipolar disorder in patients with depression. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.4088/JCP.v64n0111>. Acesso em: 06 mar. 2026.

LOSCALZO, Joseph et al. **Medicina Interna de Harrison**. 21. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. 2 v. ISBN 9786558040200. Disponível em: <https://www.grupoa.com.br/livro/medicina-interna-de-harrison-21-edicao/9786558040200>. Acesso em: 6 mar. 2026.

MANSUR, C. G. **Psiquiatria para o Médico Generalista**. Porto Alegre: Artmed, 2023. ISBN 9788536327914.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3Nf5S9Xz6P9Lz6f5L5P5x5n/>. Acesso em: 6 mar. 2026.

MIKLOWITZ, David J.; CHUNG, Bonnie. Family-focused therapy for bipolar disorder: reflections on 30 years of research. **Bipolar Disorders**, v. 18, n. 6, p. 508-520, 2016.

MORAIS, Sarah et al. TRANSTORNO BIPOLAR: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E DESAFIOS CLÍNICOS. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 11, p. 1019-1029, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16673>.

OTTE, C. et al. Major depressive disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, London, v. 2, n. 16065, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>. Acesso em: 6 mar. 2026.

PHILLIPS, Mary L.; KUPFER, David J. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. **The Lancet**, London, v. 381, n. 9878, p. 1663-1671, 2013.

STAHL, Stephen M. **Stahl's Essential Psychopharmacology**. Cambridge: Cambridge University Press, 2019.

VIKTORIN, Alexander *et al.* The Risk of Switch to Mania in Patients With Bipolar Disorder During Treatment With an Antidepressant Alone and in Combination With a Mood Stabilizer. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 171, n. 10, p. 1067-1073, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111501>. Acesso em: 06 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: WHO, 2021.

YATHAM, Lakshmi N. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. **Bipolar Disorders**, v. 20, n. 2, p. 97-170, 2018.

ZIMMERMAN, Mark. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 39, n. 1, p. 11-20, 2016.  
Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.01.001>. Acesso em: 06 mar. 2026.