Dr. Luiz Lippi Rachkorsky

Psiquiatra
Psiquiatria Geriátrica e Neuropsiquiatria
CRM 149.854

MATERIAL DE PSICOEDUCAÇÃO

Mania e Hipomania: Entendendo os Episódios de Humor Elevado

Este material foi preparado para ajudar você a entender melhor o que são os episódios de mania e hipomania, como reconhecer seus sinais precoces e quais estratégias ajudam a preveni-los ou a reduzir seu impacto.

Energia e bom humor normais x mania/hipomania

Sentir-se animado(a), produtivo(a) ou especialmente bem-humorado(a) em certos períodos é parte normal da experiência humana — após uma boa notícia, uma conquista, ou simplesmente em uma fase boa. Esse estado costuma ser proporcional ao contexto e não compromete o julgamento ou o funcionamento da pessoa.

Mania e hipomania são diferentes: envolvem uma elevação do humor e da energia que foge do padrão habitual da pessoa, dura um período definido e vem acompanhada de mudanças perceptíveis no comportamento, no pensamento e, frequentemente, no julgamento — mesmo sem um motivo externo proporcional.

O que caracteriza mania e hipomania

Clinicamente, tanto a mania quanto a hipomania envolvem humor anormalmente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado de aumento de energia ou atividade, presentes na maior parte do dia. Junto a isso, costumam aparecer pelo menos três dos seguintes sintomas:

- Autoestima inflada ou grandiosidade;
- Redução da necessidade de sono (sentir-se descansado(a) com poucas horas de sono);
- Mais loquacidade que o habitual, ou pressão para continuar falando;
- Fuga de ideias ou sensação subjetiva de pensamentos acelerados;
- Distração fácil;
- Aumento de atividade dirigida a objetivos (social, no trabalho, sexual) ou agitação psicomotora;

Mairinque - Rua Dr. Júlio Prestes de Albuquerque, 374 - Centro
(11) 4708-3322 / (11) 4718-3467

Sorocaba - Instituto do Cérevro - Rua Conde Francisco Matarazzo, 58 - Jd. Vergueiro
(15) 3233-8591

- Envolvimento excessivo em atividades de risco com potencial de consequências negativas (gastos impulsivos, decisões financeiras ou sexuais precipitadas, investimentos arriscados).

Diferença entre mania e hipomania

- Hipomania: dura pelo menos 4 dias consecutivos; representa uma mudança perceptível no funcionamento, mas não é grave o suficiente para causar prejuízo acentuado, não envolve sintomas psicóticos e não exige hospitalização.
- Mania: dura pelo menos 7 dias (ou qualquer duração, se houver necessidade de hospitalização); causa prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional, podendo incluir sintomas psicóticos (delírios ou alucinações).

Em ambos os casos, é comum que a própria pessoa tenha dificuldade em perceber que algo está fora do habitual enquanto o episódio está em curso — o julgamento sobre o próprio estado costuma ficar prejudicado justamente pelo episódio. Por isso, o feedback de pessoas próximas e o monitoramento combinado com a equipe de tratamento são ferramentas importantes.

Sono e rotina: gatilho e sintoma ao mesmo tempo

A regularidade do sono e da rotina diária (horários de dormir, refeições, atividades sociais) tem um papel central tanto na prevenção quanto no reconhecimento precoce de episódios. Perder noites de sono, viajar por fusos horários diferentes, ou passar por mudanças bruscas de rotina podem funcionar como gatilhos para um episódio de mania ou hipomania. Ao mesmo tempo, a redução da necessidade de sono costuma ser um dos primeiros sinais de que um episódio está começando — o que torna o sono um dos indicadores mais úteis para acompanhar.

Reconhecendo seus sinais de alerta precoces

Cada pessoa costuma ter um padrão relativamente consistente de sinais que aparecem antes de um episódio completo se instalar. Identificar o seu padrão pessoal — junto com seu psicólogo(a) e médico(a) — permite agir cedo, quando as chances de conter o episódio são maiores. Sinais comuns incluem:

- Diminuir a necessidade de sono sem se sentir cansado(a);
- Falar mais rápido, mais alto, ou mudar de assunto com facilidade;

Dr. Luiz Lippi Rachkorsky

Psiquiatra
Psiquiatria Geriátrica e Neuropsiquiatria
CRM 149.854

- Sentir-se incomumente confiante, criativo(a) ou com ideias grandiosas;
- Aumento de irritabilidade ou impaciência;
- Impulsividade em gastos, decisões ou comportamento sexual;
- Assumir compromissos, projetos ou tarefas em excesso.

> *Vale construir, junto com sua equipe de tratamento, um plano de ação escrito: quais são os seus sinais de alerta específicos, quem deve ser avisado quando eles aparecem, e quais medidas tomar (ajuste de rotina, contato antecipado com o médico(a), pausa em decisões importantes). Ter esse plano definido com antecedência facilita agir rápido, já que o julgamento tende a ficar comprometido durante o próprio episódio.*

Estratégias de manejo e prevenção

- Manter horários regulares de sono e rotina diária, mesmo em períodos de bom humor (a chamada terapia do ritmo social).
- Monitorar o humor e o sono diariamente, usando um diário ou aplicativo, para identificar padrões antes que se tornem um episódio completo.
- Evitar álcool e substâncias estimulantes, que podem desencadear ou intensificar episódios.
- Envolver pessoas de confiança no reconhecimento de sinais precoces, já que elas costumam notar mudanças antes da própria pessoa.
- Adiar decisões importantes (financeiras, profissionais, de relacionamento) quando sinais de alerta estiverem presentes, até que o quadro se estabilize.
- Manter contato regular e adesão ao acompanhamento médico, já que a interrupção do tratamento é um dos principais fatores associados a recaídas.

Mitos comuns sobre mania e hipomania

- “Se estou me sentindo bem, não preciso me preocupar.” — Sentir-se muito bem, produtivo(a) e cheio(a) de energia pode, paradoxalmente, ser um sinal de alerta, e não motivo para reduzir os cuidados.
- “Hipomania não é um problema real, já que não atrapalha tanto.” — Mesmo sem prejuízo tão acentuado quanto na mania, a hipomania costuma preceder episódios mais graves e merece atenção e manejo.
- “Vou perceber quando estiver tendo um episódio.” — A percepção sobre o próprio estado costuma ficar prejudicada durante o episódio; por isso o plano de ação e o apoio de pessoas próximas são tão importantes.

Mairinque - Rua Dr. Júlio Prestes de Albuquerque, 374 - Centro
(11) 4708-3322 / (11) 4718-3467

Sorocaba - Instituto do Cérevro - Rua Conde Francisco Matarazzo, 58 - Jd. Vergueiro
(15) 3233-8591

Dr. Luiz Lippi Rachkorsky

Psiquiatra
Psiquiatria Geriátrica e Neuropsiquiatria
CRM 149.854

- "Já que estou bem agora, posso parar a medicação." — A estabilidade atual é, em grande parte, resultado do tratamento em curso; interromper a medicação sem orientação médica é um dos principais gatilhos de recaída.

Sobre o uso de medicação

O tratamento medicamentoso é a base do manejo do transtorno bipolar e da prevenção de novos episódios. A decisão de iniciar, ajustar ou suspender qualquer medicamento é sempre do médico(a) responsável (psiquiatra). De forma geral:

- Estabilizadores de humor (como lítio, valproato, lamotrigina e carbamazepina) são a base do tratamento, tanto para tratar episódios agudos quanto para prevenir recorrências.
- Antipsicóticos atípicos (como quetiapina, aripiprazol, risperidona e olanzapina) são frequentemente usados isoladamente ou em combinação com estabilizadores de humor, tanto na fase aguda quanto na manutenção.
- O lítio, em particular, exige acompanhamento com exames de sangue periódicos, pois a margem entre a dose terapêutica e a dose tóxica é estreita.
- A adesão contínua à medicação — mesmo em períodos sem sintomas — é o fator mais associado à prevenção de novos episódios; a interrupção abrupta é uma das principais causas de recaída.

> *Nunca ajuste ou interrompa a medicação por conta própria, mesmo se sentir que está bem. Se tiver efeitos colaterais incômodos, converse com o médico(a) — existem alternativas dentro da mesma classe de medicamentos.*

Em momentos de crise

> Se você notar sinais de que um episódio está se instalando (redução importante da necessidade de sono, impulsividade acentuada, pensamentos acelerados) ou tiver pensamentos de se machucar, entre em contato com seu médico(a) ou comigo o quanto antes — não espere a próxima sessão. Em caso de risco imediato, procure um pronto-socorro ou ligue para o CVV (188), disponível 24h, gratuito e sigiloso.

Este material tem caráter educativo e não substitui a avaliação individualizada. Traga suas dúvidas para conversarmos na próxima sessão.

Mairinque - Rua Dr. Júlio Prestes de Albuquerque, 374 - Centro
(11) 4708-3322 / (11) 4718-3467

Sorocaba - Instituto do Cérevro - Rua Conde Francisco Matarazzo, 58 - Jd. Vergueiro
(15) 3233-8591