

DIAGNÓSTICO TARDIO NO TRANSTORNO BIPOLAR: LIMITAÇÕES DO MODELO CATEGORIAL E CONTRIBUIÇÕES DO ESPECTRO BIPOLAR PARA A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE

DELAYED DIAGNOSIS IN BIPOLAR DISORDER: LIMITATIONS OF THE
CATEGORICAL MODEL AND CONTRIBUTIONS OF THE BIPOLAR
SPECTRUM TO EARLY IDENTIFICATION

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 24/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/784687759](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/784687759)

Luanda Silvados Santos¹

Helen Cristina dos Santos Oliveira²

Neire Abreu Mota Porfiro³

RESUMO

O Transtorno Bipolar constituiu uma condição psiquiátrica de elevada complexidade clínica, marcada pela heterogeneidade sintomatológica, pelo curso longitudinal e pela sobreposição de manifestações com outros transtornos mentais. Diante desse contexto, o estudo teve como objetivo analisar de que maneira a complexidade clínica do Transtorno Bipolar e as limitações do modelo categorial se relacionaram ao diagnóstico tardio, discutindo as contribuições e os limites da concepção de Espectro Bipolar para sua identificação precoce. A pesquisa caracterizou-se como qualitativa, de natureza bibliográfica, desenvolvida por meio de revisão integrativa da literatura. Foram consultadas produções científicas disponíveis nas bases PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online* e Google Acadêmico, considerando-se estudos contemporâneos publicados nos últimos quinze anos e obras clássicas relevantes para a contextualização histórica e conceitual. A análise evidenciou que o atraso diagnóstico esteve associado à predominância inicial de episódios depressivos, ao reconhecimento insuficiente de manifestações hipomaníacas, à presença de comorbidades, à sobreposição com outros quadros psiquiátricos, à ausência de biomarcadores específicos e às limitações dos critérios categoriais. Também foram identificadas consequências clínicas, funcionais e psicossociais, como maior recorrência de episódios, agravamento dos sintomas, intervenções inadequadas, risco de suicídio, prejuízos cognitivos, laborais e relacionais e aumento da utilização dos serviços de saúde. Concluiu-se que a articulação entre os modelos categorial e dimensional, associada à avaliação longitudinal, à investigação dos pródromos, da história familiar e do funcionamento global, apresentou-se como estratégia relevante para reduzir o atraso diagnóstico e favorecer intervenções precoces.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar; Diagnóstico tardio; Modelo categorial; Espectro Bipolar; Identificação precoce.

ABSTRACT

Bipolar Disorder is a psychiatric condition of high clinical complexity, characterized by symptomatic heterogeneity, a longitudinal course, and overlapping manifestations with other mental disorders. Given this context, the study aimed to analyze how the clinical complexity of Bipolar Disorder and the limitations of the categorical model relate to delayed diagnosis, while discussing the contributions and limitations of the Bipolar Spectrum concept regarding early identification. This was a qualitative, bibliographic study conducted through an integrative literature review. Scientific literature was sourced from PubMed, the Virtual Health Library (BVS), SciELO, and Google Scholar, encompassing contemporary studies published over the last fifteen years as well as classic works relevant to the historical and conceptual context. The analysis revealed that diagnostic delay was associated with the initial predominance of depressive episodes, insufficient recognition of hypomanic manifestations, the presence of comorbidities, overlap with other psychiatric conditions, the absence of specific biomarkers, and the limitations of categorical criteria. Clinical, functional, and psychosocial consequences were also identified, such as higher episode recurrence, symptom worsening, inappropriate interventions, suicide risk, cognitive, occupational, and relational impairments, and increased healthcare service utilization. It was concluded that integrating categorical and dimensional models—combined with longitudinal assessment and investigation of prodromal symptoms, family history, and global functioning—represents a relevant strategy for reducing diagnostic delay and facilitating early interventions.

Keywords: Bipolar Disorder; Delayed diagnosis; Categorical model; Bipolar Spectrum; Early identification.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar constituiu uma condição psiquiátrica de elevada complexidade clínica, caracterizada pela ocorrência de alterações episódicas do humor, da energia, da atividade e da funcionalidade. Suas manifestações variaram quanto à intensidade, à duração e à frequência, envolvendo episódios de mania, hipomania e depressão, além de apresentações mistas, atípicas ou subsindrômicas. Em razão dessa heterogeneidade, o transtorno produziu repercussões significativas na vida pessoal, familiar, social e profissional dos indivíduos, configurando-se como um importante problema no campo da saúde mental.

Embora o Transtorno Bipolar tenha sido reconhecido nos principais sistemas classificatórios, sua compreensão foi constituída historicamente por diferentes interpretações teóricas e clínicas. As primeiras descrições relacionadas aos estados de mania e melancolia remontaram à Antiguidade, especialmente às formulações de Hipócrates, que contribuíram para o afastamento das explicações sobrenaturais acerca do sofrimento mental e para a aproximação de uma interpretação biológica e descritiva dessas manifestações (Meleiro; Silva; Roncalho, 2024).

Com o desenvolvimento da Psiquiatria, diferentes estudiosos reformularam as concepções sobre as alterações do humor, promovendo modificações nas nomenclaturas, nos critérios diagnósticos e nos modelos explicativos. Entre os principais marcos históricos, encontraram-se as contribuições de Philippe Pinel, Jules

Baillarger e Emil Kraepelin, cujos estudos buscaram sistematizar as manifestações maníacas e depressivas. De acordo com Meleiro, Silva e Roncalho (2024, p. 7), Kraepelin compreendia que “a mania e a loucura circular seriam manifestações de um mesmo processo patológico”, entendimento que exerceu influência significativa na elaboração dos modelos diagnósticos posteriores.

As discussões acerca da distinção entre manifestações unipolares e bipolares contribuíram para a formulação dos sistemas classificatórios contemporâneos. Nesse percurso, o Transtorno Bipolar passou a ocupar uma categoria diagnóstica específica no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, a partir do DSM-III, publicado em 1980, sendo posteriormente incorporado à Classificação Internacional de Doenças em formulações diagnósticas progressivamente mais sistematizadas. A delimitação categorial favoreceu a padronização dos critérios, a comunicação entre profissionais e a organização das práticas clínicas e investigativas.

Apesar dessas contribuições, o modelo categorial também foi questionado por estabelecer limites diagnósticos rígidos entre diferentes manifestações do humor. Autores vinculados à concepção de Espectro Bipolar propuseram uma compreensão mais ampla e dimensional do transtorno, considerando a existência de apresentações clínicas que não preenchem integralmente os critérios das categorias tradicionais. Essa perspectiva incluiu manifestações subsindrômicas, episódios de menor intensidade, características temperamentais e formas atípicas que puderam permanecer sem reconhecimento clínico durante períodos prolongados.

A ampliação desse debate demonstrou que o diagnóstico do Transtorno Bipolar ainda envolveu dificuldades relacionadas à heterogeneidade clínica, à variabilidade sintomatológica e à sobreposição com outros transtornos mentais. Em muitos casos, as primeiras manifestações identificadas foram depressivas, enquanto episódios anteriores de hipomania não foram reconhecidos pelo indivíduo, por seus familiares ou pelos próprios profissionais. Como consequência, parte dos pacientes recebeu inicialmente outros diagnósticos, sobretudo o de transtorno depressivo, retardando a identificação da bipolaridade e a adoção de intervenções compatíveis com suas necessidades clínicas.

Além da semelhança com quadros depressivos, determinadas manifestações do Transtorno Bipolar foram confundidas com sintomas associados ao transtorno de personalidade borderline, aos transtornos psicóticos, aos transtornos de ansiedade, ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade e às condições relacionadas ao uso de substâncias. A presença de comorbidades, a ausência de informações longitudinais e a avaliação restrita ao episódio atual também dificultaram o diagnóstico diferencial. Por conseguinte, a identificação adequada exigiu uma análise clínica abrangente, capaz de considerar a trajetória dos sintomas, a história familiar, os prejuízos funcionais e as mudanças no padrão habitual de comportamento.

O diagnóstico tardio do Transtorno Bipolar representou uma questão relevante, pois esteve associado à recorrência dos episódios, ao agravamento dos sintomas, aos prejuízos cognitivos e funcionais e ao comprometimento das relações interpessoais. Também favoreceu intervenções inadequadas, o aumento da utilização dos serviços de saúde, as dificuldades laborais e a ampliação do

sofrimento psíquico. Somou-se a isso o risco de comportamentos autolesivos e suicidas, o que reforçou a necessidade de estratégias que favorecessem o reconhecimento oportuno das manifestações bipolares.

Sob o olhar psicológico, o diagnóstico não foi compreendido apenas como um processo de classificação de sintomas. Ele envolveu a análise da experiência subjetiva, das relações sociais, da história de vida, das alterações comportamentais e dos impactos produzidos pelo transtorno na organização psíquica e na funcionalidade do indivíduo. A Psicologia contribuiu tanto para o reconhecimento de alterações emocionais e comportamentais quanto para o acompanhamento dos prejuízos psicossociais, o fortalecimento da adesão ao tratamento e a construção de estratégias de enfrentamento.

A coexistência dos modelos categorial e dimensional fomentou debates acerca das possibilidades e dos limites da avaliação diagnóstica. O modelo categorial organizou os transtornos a partir de critérios previamente estabelecidos e contribuiu para a padronização das decisões clínicas. Entretanto, apresentou menor sensibilidade diante de manifestações atípicas, subclínicas ou de curta duração. A concepção de Espectro Bipolar, por sua vez, ampliou a análise ao considerar diferentes níveis de expressão sintomatológica, embora sua utilização também tenha exigido cautela para evitar a expansão indiscriminada dos limites diagnósticos.

A investigação dessa problemática mostrou-se socialmente relevante porque o reconhecimento tardio do transtorno acentuou processos de estigmatização, isolamento, marginalização e perda da

autonomia. Os prejuízos também alcançaram a escolarização, a inserção profissional, a estabilidade financeira e a qualidade das relações familiares. Desse modo, a compreensão dos fatores associados ao atraso diagnóstico contribuiu para o desenvolvimento de práticas assistenciais mais qualificadas e para o fortalecimento das redes de cuidado em saúde mental.

No campo clínico, a pesquisa favoreceu a discussão sobre o diagnóstico diferencial e sobre a necessidade de avaliações longitudinais que não se restringissem à manifestação sintomatológica observada em um único momento. O reconhecimento de sinais de mania, hipomania, depressão e estados mistos requereu escuta qualificada, investigação da história do paciente e análise das mudanças de humor e de funcionamento ao longo do tempo. Essa compreensão contribuiu para reduzir intervenções inadequadas e favorecer encaminhamentos terapêuticos mais coerentes.

A relevância científica do estudo residiu na possibilidade de aprofundar a discussão sobre as limitações do modelo categorial e sobre as contribuições da perspectiva dimensional para a identificação precoce do Transtorno Bipolar. A análise da literatura evidenciou aproximações, divergências e lacunas entre as diferentes concepções diagnósticas, contribuindo para uma compreensão mais ampla dos fatores clínicos, psicológicos e sistêmicos relacionados ao atraso diagnóstico.

A pesquisa também colaborou para a qualificação do letramento em saúde mental entre profissionais e serviços de atendimento. O conhecimento acerca das diferentes formas de apresentação do transtorno favoreceu a identificação de sinais pouco evidentes, a

valorização das informações fornecidas por familiares e a articulação entre Psicologia, Psiquiatria e demais áreas da saúde. Essa abordagem interdisciplinar mostrou-se importante para que o diagnóstico fosse compreendido como parte de um processo contínuo de avaliação e cuidado.

Diante dessas considerações, o estudo foi orientado pelo seguinte problema de pesquisa: em que medida as limitações diagnósticas do modelo categorial contribuíram para o diagnóstico tardio do Transtorno Bipolar e como a concepção de Espectro Bipolar pôde favorecer sua identificação precoce? Em consonância com essa questão, a pesquisa teve como objetivo geral analisar de que maneira a complexidade clínica do Transtorno Bipolar e as limitações do modelo categorial se relacionaram ao diagnóstico tardio, discutindo as contribuições e os limites da concepção de Espectro Bipolar para sua identificação precoce.

De modo específico, buscou-se compreender a complexidade diagnóstica do transtorno, considerando sua heterogeneidade clínica, sintomatológica e longitudinal; analisar a magnitude, os fatores clínicos, diagnósticos e assistenciais e as consequências associados ao atraso diagnóstico; examinar as limitações do modelo categorial no reconhecimento de manifestações atípicas, subclínicas e subsindrômicas; identificar manifestações prodrômicas, condições de risco clínico e possibilidades de intervenção precoce; e discutir as contribuições e os limites do modelo dimensional e da concepção de Espectro Bipolar para a ampliação da sensibilidade diagnóstica.

Quanto aos procedimentos metodológicos, o estudo caracterizou-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa e de natureza bibliográfica, desenvolvida por meio de revisão integrativa da

literatura. Foram consultadas produções científicas disponíveis nas bases PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, *Scientific Electronic Library Online* e Google Acadêmico. Para a seleção dos estudos contemporâneos, foi adotado um recorte temporal correspondente aos últimos quinze anos, sem prejuízo da utilização de obras clássicas indispensáveis à contextualização histórica e conceitual do Transtorno Bipolar.

A análise bibliográfica foi orientada pela identificação dos principais conceitos, argumentos, resultados e lacunas presentes nas produções selecionadas. Foram privilegiados estudos relacionados à complexidade diagnóstica, ao diagnóstico tardio, ao modelo categorial, à perspectiva dimensional, ao Espectro Bipolar e às implicações psicossociais do transtorno. Dessa maneira, foi construída uma síntese crítica que articulou os conhecimentos da Psicologia aos referenciais clínicos e psiquiátricos encontrados na literatura.

O estudo contribuiu para ampliar a compreensão do Transtorno Bipolar, sem desconsiderar a importância dos sistemas classificatórios nem reduzir o diagnóstico ao simples enquadramento de sintomas. Ao problematizar as limitações das categorias rígidas e as possibilidades da perspectiva dimensional, a pesquisa ofereceu subsídios para o aperfeiçoamento da avaliação psicológica, do diagnóstico diferencial, das práticas assistenciais e das estratégias de reconhecimento precoce do transtorno.

2. A COMPLEXIDADE DIAGNÓSTICA DO TRANSTORNO BIPOLAR E OS LIMITES CLÍNICOS ATUAIS

O Transtorno Bipolar foi reconhecido como um dos transtornos mentais mais antigos descritos na literatura científica. Ao se ampliarem as análises dos marcos históricos relacionados à sua construção conceitual, verificou-se que “Areteu foi o primeiro autor a explicitamente estabelecer um vínculo entre a mania e a melancolia, concebendo-as como aspectos diferentes da mesma doença” (Del-Porto; Del-Porto, 2005, p. 8). Posteriormente, na sexta edição de seu tratado sobre as doenças mentais, Kraepelin consolidou uma compreensão importante acerca do transtorno ao defender que “a enfermidade maníaco-depressiva abrangia os estados depressivos, a mania simples e os quadros circulares” (Del-Porto; Del-Porto, 2005, p. 9). Mais tarde, Hagop Akiskal, reconhecido como um dos principais proponentes da teoria do Espectro Bipolar, ampliou o conceito tradicional do transtorno ao incluir manifestações mais brandas ou subsindrômicas, capazes de produzir prejuízos clínicos e funcionais significativos.

Apesar das divergências teóricas e das modificações ocorridas ao longo do tempo quanto à nomenclatura e aos critérios diagnósticos, observou-se consenso na literatura de que o Transtorno Bipolar constituiu uma condição psiquiátrica de elevada complexidade. Essa complexidade esteve relacionada à alta herdabilidade genética, à heterogeneidade clínica, ao curso crônico e recorrente e às alterações expressivas do humor, da energia, do comportamento e da funcionalidade. O transtorno também esteve associado a elevados índices de comportamento suicida, o que reforçou sua relevância clínica e social. A esse respeito, Oliva *et al.* (2024, p. 2) afirmaram que “a heterogeneidade clínica, a ausência de biomarcadores específicos e a variabilidade nas diretrizes internacionais de tratamento representam desafios”.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição revisada, adotou uma perspectiva predominantemente categorial, na qual o diagnóstico foi estabelecido com base em critérios operacionais responsáveis por delimitar categorias clínicas específicas.

De maneira semelhante, a Classificação Internacional de Doenças, em sua 11ª revisão, descreveu o Transtorno Bipolar a partir da ocorrência de episódios de mania, hipomania, depressão e períodos de remissão ou eutímia. Ambos os sistemas reconheceram diferentes apresentações clínicas, entre as quais se destacaram o Transtorno Bipolar tipo I, o Transtorno Bipolar tipo II e o Transtorno Ciclotímico.

2.1. Classificação e Definição dos Tipos

O Transtorno Bipolar tipo I caracterizou-se pela ocorrência de pelo menos um episódio maníaco, marcado por elevação ou irritabilidade persistente do humor, aumento da energia e alterações comportamentais significativas. Embora episódios depressivos tenham sido frequentes ao longo do curso clínico, sua presença não constituiu requisito obrigatório para o diagnóstico. Essa condição distinguiu-se pela intensidade dos sintomas maníacos e pelo comprometimento funcional produzido durante os episódios.

O Transtorno Bipolar tipo II foi definido pela ocorrência de episódios hipomaníacos associados a episódios depressivos maiores. A hipomania apresentou menor intensidade quando comparada à mania e, em geral, não produziu comprometimento funcional grave ou necessidade de hospitalização. Entretanto, os episódios depressivos puderam provocar prejuízos expressivos, razão pela qual

o tipo II não deveria ser interpretado como uma forma necessariamente mais branda do Transtorno Bipolar.

O Transtorno Ciclotímico, por sua vez, caracterizou-se pela presença persistente de oscilações do humor, envolvendo períodos com sintomas hipomaniacos e depressivos que não preencheram integralmente os critérios diagnósticos para episódios de hipomania ou depressão maior. Essas oscilações apresentaram curso prolongado e puderam comprometer a estabilidade emocional, as relações interpessoais e o funcionamento cotidiano, mesmo quando os sintomas foram considerados de menor intensidade.

Os três tipos diferenciaram-se principalmente quanto à intensidade, à duração e à combinação dos episódios de humor. Embora compartilhassem alterações na regulação afetiva, não se caracterizaram necessariamente por uma alternância regular entre elevação e rebaixamento do humor. Para os fins deste estudo, a análise concentrou-se nessas três apresentações reconhecidas pelos sistemas classificatórios: Transtorno Bipolar tipo I, Transtorno Bipolar tipo II e Transtorno Ciclotímico.

A literatura indicou que o diagnóstico tradicional, fundamentado na identificação de episódios clínicos específicos, apresentou limitações para contemplar toda a variabilidade das manifestações observadas na prática clínica. Essas limitações tornaram-se especialmente perceptíveis entre indivíduos com sintomas atenuados, formas incompletas ou apresentações não plenamente correspondentes aos critérios formais. Segundo Marinho *et al.* (2024, p. 2), “o diagnóstico e o manejo são complicados por variações como ciclagem rápida e mudanças frequentes de sintomas”.

Embora os manuais classificatórios tenham fornecido critérios operacionais importantes para o estabelecimento do diagnóstico, a identificação do Transtorno Bipolar permaneceu essencialmente clínica e dependente de uma avaliação longitudinal criteriosa. Essa avaliação exigiu a investigação da história dos sintomas, do curso dos episódios, da presença de comorbidades, dos antecedentes familiares e das alterações funcionais. Em consonância com essa compreensão, Martino, Szmulewicz e Birmaher (2025, p. 1) destacaram que “a validade da definição atual de transtorno bipolar é limitada e deve ser o foco de pesquisas futuras”.

2.2. Os Critérios Diagnósticos

Paralelamente aos critérios diagnósticos consolidados pelos sistemas classificatórios, a perspectiva dimensional ganhou espaço no debate científico por propor uma compreensão mais ampla do Transtorno Bipolar. Esse modelo considerou que os sintomas se distribuíram em um continuum de expressão psicopatológica, variando quanto à intensidade, à frequência, à duração e ao impacto funcional. Tal compreensão permitiu analisar manifestações que não preencheram integralmente os critérios exigidos pelas categorias diagnósticas tradicionais.

Alcântara *et al.* (2003, p. 24) afirmaram que “na última década assistimos às modificações na abordagem diagnóstica do Transtorno de Humor Bipolar [...] muitos autores vêm propondo a expansão do conceito de bipolaridade para além dos critérios atualmente válidos”. A partir dessa ampliação, a noção de Espectro Bipolar passou a abranger não apenas os quadros que atenderam integralmente aos critérios tradicionais, mas também apresentações subclínicas, subsindrômicas e atípicas. Embora não preenchessem

todos os requisitos formais, essas manifestações puderam estar associadas a prejuízos significativos e ao risco de progressão clínica (Dell’Aglia Jr. *et al.*, 2013).

Estudos de revisão sistemática indicaram que a prevalência ao longo da vida do Transtorno Bipolar tipo I se situou em torno de 1,06%, enquanto o tipo II apresentou prevalência aproximada de 1,57%, corroborando estimativas segundo as quais entre 1% e 2% da população seria acometida pelo transtorno (Clemente *et al.*, 2015). Embora a perspectiva categorial tenha contribuído para a padronização e a confiabilidade diagnóstica, também pôde favorecer o subdiagnóstico ao restringir a identificação de manifestações subclínicas ou atípicas. Em contrapartida, o modelo dimensional ampliou os limites de reconhecimento do transtorno, resultando em estimativas de prevalência mais elevadas, próximas de 2,4% da população (Merikangas *et al.*, 2011; Dell’Aglia Jr. *et al.*, 2013).

No contexto brasileiro, estudos também reforçaram a relevância da abordagem dimensional ao demonstrarem que a adoção de critérios mais sensíveis poderia ampliar a identificação de casos não reconhecidos pelo modelo categorial. Essa compreensão sugeriu que a prevalência do Transtorno Bipolar poderia estar subestimada quando analisada exclusivamente por meio de categorias diagnósticas rígidas (Silva; Soares; Lima, 2020). Contudo, a ampliação dos critérios exigiu cautela para que manifestações inespecíficas não fossem interpretadas de modo indiscriminado como pertencentes ao espectro bipolar.

As dificuldades diagnósticas não se restringiram às limitações técnicas dos sistemas classificatórios, pois também estiveram

relacionadas à própria natureza do transtorno. O Transtorno Bipolar apresentou, com frequência, início insidioso, manifestações iniciais inespecíficas e elevada ocorrência de comorbidades. Entre as condições mais frequentemente associadas, destacaram-se o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, os transtornos de ansiedade, os transtornos relacionados ao uso de substâncias e alguns transtornos de personalidade.

Outro fator relevante correspondeu à predominância de episódios depressivos no início do curso clínico, enquanto manifestações anteriores de hipomania puderam ser desconsideradas ou interpretadas como variações normais de comportamento. Essa situação contribuiu para que muitos indivíduos fossem inicialmente diagnosticados com transtorno depressivo, ocasionando revisões sucessivas do diagnóstico e prolongando o período até a identificação da bipolaridade. As divergências entre os modelos diagnósticos também contribuíram para trajetórias clínicas marcadas por incertezas e mudanças na classificação ao longo do tempo (Oliva *et al.*, 2024; Del-Porto; Del-Porto, 2005).

A ausência de biomarcadores específicos reforçou a dependência da entrevista clínica, da observação comportamental e das informações fornecidas pelo paciente e por seus familiares. Entretanto, dificuldades de rememoração, desconhecimento sobre os sintomas e baixa percepção das alterações hipomaníacas puderam limitar a precisão das informações obtidas. Por essa razão, o diagnóstico exigiu avaliação longitudinal, levantamento da história familiar, análise dos prejuízos funcionais e investigação cuidadosa dos episódios anteriores.

A diferenciação entre Transtorno Bipolar e outras condições psiquiátricas também constituiu um desafio relevante. Sintomas como impulsividade, irritabilidade, instabilidade emocional, alterações do sono e aceleração do pensamento puderam estar presentes em diferentes transtornos. Sem a análise da duração, da intensidade, do caráter episódico e dos impactos funcionais, aumentou-se a possibilidade de diagnósticos equivocados ou tardios.

Diante dessas limitações, tornou-se fundamental ampliar as discussões científicas acerca dos critérios utilizados para a identificação do Transtorno Bipolar. A articulação entre os modelos categorial e dimensional mostrou-se necessária para preservar a padronização diagnóstica e, simultaneamente, reconhecer apresentações clínicas que não se enquadraram integralmente nas categorias tradicionais. Essa integração também favoreceu uma compreensão mais ampla da heterogeneidade do transtorno e de seus diferentes níveis de manifestação.

A análise desenvolvida evidenciou que a complexidade diagnóstica resultou da interação entre fatores clínicos, classificatórios, subjetivos e institucionais. Conforme destacaram Gianotti e Nunes (2019, p. 5), “o paciente com transtorno bipolar frequentemente tem diagnóstico tardio devido à sua complexidade”. Com base nessa constatação, a próxima seção abordou o diagnóstico tardio no Transtorno Bipolar, enfatizando sua magnitude, seus fatores determinantes e suas consequências clínicas, funcionais e psicossociais.

3. O DIAGNÓSTICO TARDIO NO TRANSTORNO BIPOLAR: MAGNITUDE, DETERMINANTES E CONSEQUÊNCIAS

O Transtorno Bipolar caracterizou-se como uma condição clínica complexa, marcada por alterações do humor que envolveram episódios de mania, hipomania, depressão e períodos de eutímia. Sua variabilidade sintomatológica e seu curso longitudinal contribuíram para dificuldades expressivas no processo de identificação diagnóstica. Segundo Moreira *et al.* (2024), tais dificuldades estiveram relacionadas tanto à heterogeneidade das manifestações clínicas quanto à semelhança dos sintomas com aqueles observados em outros transtornos mentais.

Nesse contexto, o atraso diagnóstico foi descrito na literatura como um fenômeno recorrente e relevante para os campos da saúde mental e da saúde pública. Conforme destacaram Alcântara *et al.* (2003, p. 30), “o amplo debate nos mostra que, talvez, um dos pontos mais frágeis da Psiquiatria seja o do diagnóstico [...] a dificuldade em defini-lo se apresenta cada vez mais atual”. Esse atraso correspondeu ao intervalo entre o surgimento dos primeiros sintomas, o estabelecimento do diagnóstico adequado e o início de um tratamento compatível com as necessidades clínicas do indivíduo.

Estudos demonstraram que esse intervalo pôde estender-se por vários anos, reforçando a magnitude e a persistência do problema em diferentes contextos assistenciais. Gianotti e Nunes (2019, p. 6) afirmaram que “o diagnóstico errôneo é muito comum na prática clínica e leva uma média de 10 anos para ser realizado corretamente”. Em outro estudo, Lublów *et al.* (2020, p. 1) identificaram um intervalo médio de 6,46 anos entre o início dos sintomas e o diagnóstico adequado.

Embora essa segunda estimativa tenha sido inferior à primeira, o período permaneceu significativo diante das repercussões produzidas na vida dos indivíduos acometidos. A recorrência desse achado sugeriu que o atraso diagnóstico não constituiu um episódio isolado, mas um padrão observado na trajetória clínica de parcela expressiva dos pacientes. Esse intervalo prolongado comprometeu o curso do transtorno, a funcionalidade e a qualidade de vida.

A extensão temporal entre o surgimento das primeiras manifestações e o diagnóstico correto também evidenciou limitações nos processos de reconhecimento clínico. Em suas fases iniciais, o transtorno frequentemente não foi identificado de forma precisa, sobretudo quando os sintomas depressivos predominaram ou quando os episódios hipomaníacos foram sutis. Como consequência, ocorreram diagnósticos equivocados, intervenções inadequadas e situações de iatrogenia psicológica e medicamentosa.

Os determinantes do atraso diagnóstico apresentaram natureza multifatorial. Conforme ressaltaram Mazza *et al.* (2026, p. 12), “atualmente, nossa capacidade de detectar indicadores clínicos ou biológicos precoces [...] permanece limitada pela heterogeneidade entre os estudos e pela falta de metodologias diagnósticas padronizadas”. Essa limitação demonstrou que o problema não esteve restrito à manifestação dos sintomas, mas também envolveu dificuldades relacionadas aos instrumentos, aos critérios e às práticas de avaliação.

Do ponto de vista clínico, a apresentação inicial do Transtorno Bipolar foi frequentemente inespecífica e marcada pela predominância de episódios depressivos. As manifestações de

hipomania, quando discretas, puderam ser interpretadas como períodos de produtividade, sociabilidade ou melhora do humor, não sendo reconhecidas como alterações clinicamente relevantes. Essa dificuldade comprometeu a reconstrução longitudinal do quadro e favoreceu o diagnóstico inicial de depressão unipolar.

Sob a perspectiva diagnóstica, observou-se expressiva sobreposição sintomatológica com outros transtornos mentais, como a depressão unipolar, o transtorno de personalidade borderline e os transtornos psicóticos. Lublóy *et al.* (2020, p. 1) verificaram que “diagnósticos prévios de esquizofrenia, depressão unipolar sem sintomas psicóticos e diversos transtornos de personalidade [...] estiveram associados a um maior atraso no diagnóstico”. Dessa maneira, a semelhança entre sintomas exigiu avaliação clínica longitudinal e análise criteriosa da duração, da intensidade e do caráter episódico das manifestações.

A utilização de critérios categoriais rigidamente delimitados também dificultou o reconhecimento de apresentações atípicas, subclínicas ou subsindrômicas. Quando os sintomas não preencheram integralmente os critérios estabelecidos pelos sistemas classificatórios, aumentou-se a possibilidade de que o quadro permanecesse sem identificação. Esse aspecto tornou o processo diagnóstico dependente de escuta qualificada, raciocínio clínico cuidadoso e investigação da história familiar e funcional.

No âmbito sistêmico, fatores relacionados à organização dos serviços de saúde também contribuíram para o atraso diagnóstico. A fragmentação da assistência, a rotatividade de profissionais, a dificuldade de acesso a especialistas e a baixa integração entre os diferentes níveis de atenção comprometeram a continuidade do

acompanhamento. Somaram-se a esses aspectos a adoção de práticas pouco fundamentadas em evidências e as limitações no letramento em saúde mental entre profissionais e usuários.

As consequências do atraso diagnóstico manifestaram-se em diferentes dimensões. No plano clínico, observaram-se maior recorrência de episódios, agravamento dos sintomas, aumento do risco de intervenções inadequadas e maior vulnerabilidade ao comportamento suicida. Conforme destacaram Marinho *et al.* (2024, p. 2), “a natureza crônica e progressiva do TB [...] pode levar à neuroprogressão e envelhecimento prematuro”.

No plano funcional e psicossocial, o atraso esteve associado a prejuízos cognitivos, dificuldades laborais, comprometimento das relações interpessoais e perda de autonomia. O indivíduo pôde vivenciar sucessivas interrupções em sua trajetória educacional, profissional e familiar, especialmente quando os episódios se tornaram recorrentes. Essas repercussões favoreceram situações de estigmatização, isolamento e marginalização social.

No âmbito psicológico, o atraso diagnóstico intensificou o sofrimento psíquico e comprometeu a compreensão do indivíduo acerca das próprias experiências. A ausência de uma explicação clínica adequada para as mudanças de humor e comportamento pôde produzir sentimentos de culpa, inadequação e descontrole. Também fragilizou vínculos familiares e dificultou a adesão às estratégias de cuidado.

Em nível sistêmico, esse cenário resultou em maior utilização dos serviços de saúde, repetição de consultas, internações e uso de tratamentos pouco adequados. Consequentemente, elevaram-se os

custos assistenciais e sociais relacionados ao transtorno. O atraso diagnóstico também favoreceu a cronificação do quadro e a ampliação das necessidades de cuidado ao longo do tempo.

Revisões sistemáticas identificaram, ainda, fatores relacionados à trajetória assistencial, às dificuldades de reconhecimento sintomatológico e às barreiras estruturais presentes nos sistemas de saúde. Esses elementos organizaram-se em dimensões individuais, familiares, profissionais e institucionais, demonstrando a complexidade do fenômeno e a necessidade de respostas articuladas (Mehra *et al.*, 2024).

Diante da magnitude, dos determinantes e das consequências do atraso diagnóstico, tornou-se evidente a necessidade de estratégias voltadas à identificação precoce do Transtorno Bipolar. Também se mostrou necessária a revisão crítica dos modelos teóricos e classificatórios utilizados na compreensão do transtorno. A investigação de manifestações iniciais, condições de risco clínico e possibilidades de intervenção constituiu uma etapa relevante para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais.

A análise das tensões existentes entre os modelos categorial e dimensional também se mostrou fundamental para ampliar a capacidade de reconhecimento das diferentes formas de manifestação do transtorno. Essas medidas puderam contribuir para a redução do intervalo entre o surgimento dos sintomas e o início do tratamento adequado, fortalecendo uma prática clínica baseada em evidências.

3.1. Possibilidades de Identificação Precoce: Pródromos, Risco Clínico e Intervenção

A literatura sobre o Transtorno Bipolar ampliou o enfoque sobre suas fases iniciais, especialmente no que se referiu à identificação de manifestações prodrômicas, estados de risco e possibilidades de intervenção precoce. Os estudos analisados indicaram que o transtorno não se manifestou necessariamente de maneira abrupta, podendo ser precedido por alterações clínicas graduais, inespecíficas e subsindrômicas observadas meses ou anos antes do primeiro episódio maníaco plenamente estabelecido (Taylor *et al.*, 2011; Noto *et al.*, 2016).

Taylor *et al.* (2011) destacaram a existência de um intervalo significativo entre o surgimento inicial dos sintomas e o início do tratamento efetivo, evidenciando a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de identificação precoce. Os autores observaram que o transtorno frequentemente se iniciou na juventude, embora o diagnóstico formal tenha ocorrido apenas anos mais tarde. Moraes, Gon e Zazula (2016) também apontaram que parcela expressiva dos pacientes adultos relatou retrospectivamente a presença de sintomas antes dos 20 anos, enquanto alguns apresentaram manifestações ainda antes dos 10 anos.

Os pródromos do Transtorno Bipolar incluíram alterações emocionais e comportamentais sutis, intermitentes e progressivas. Entre as manifestações identificadas, destacaram-se labilidade do humor, sintomas depressivos subsindrômicos, irritabilidade, alterações do sono, instabilidade afetiva e sintomas maníacos atenuados (Noto *et al.*, 2016). Esses sinais puderam anteceder o primeiro episódio por semanas, meses ou anos, mas foram frequentemente negligenciados em razão de sua inespecificidade.

Noto *et al.* (2016) ressaltaram que estudos retrospectivos identificaram manifestações precoces durante a infância, como distúrbios do sono, choro excessivo e alterações emocionais difusas. Entretanto, tais sinais apresentaram baixa especificidade para prever o desenvolvimento futuro do Transtorno Bipolar. Taylor *et al.* (2011) observaram, de modo semelhante, que muitas dessas manifestações foram compartilhadas com outros transtornos psiquiátricos e com comportamentos presentes no desenvolvimento típico.

A identificação precoce foi dificultada pela sobreposição sintomatológica com outros quadros psiquiátricos. Moraes, Gon e Zazula (2016) destacaram a presença frequente de comorbidades, como o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, os transtornos de ansiedade e os transtornos opositores, sobretudo entre crianças e adolescentes. Essas condições contribuíram para o subdiagnóstico, a confusão diagnóstica e a dificuldade de padronização dos critérios clínicos nessa população.

Outra dificuldade esteve relacionada à diferenciação entre depressão unipolar e depressão bipolar. Taylor *et al.* (2011) descreveram que episódios depressivos associados à hipersonia, hiperfagia, fadiga acentuada, sintomas psicóticos, maior número de recorrências e histórico familiar de Transtorno Bipolar puderam indicar maior probabilidade de bipolaridade. Os autores também observaram que sintomas hipomaníacos muitas vezes não foram percebidos como patológicos pelos pacientes, favorecendo o atraso diagnóstico.

A história familiar e a vulnerabilidade genética também foram consideradas na identificação de indivíduos com maior risco. Taylor

et al. (2011) indicaram elevada herdabilidade e maior risco de manifestações do Espectro Bipolar entre descendentes de pessoas diagnosticadas. Contudo, Noto *et al.* (2016) ressaltaram que a história familiar, quando analisada isoladamente, apresentou baixo valor preditivo, sendo necessária sua associação com manifestações clínicas e alterações funcionais.

Os critérios de risco conhecidos como *Bipolar At Risk* foram desenvolvidos com a finalidade de identificar indivíduos em fases tardias do pródromo. Segundo Noto *et al.* (2016), esses critérios incluíram sintomas maníacos subsindrômicos, depressão associada a características ciclotímicas e depressão combinada a risco genético. A utilização desses indicadores buscou reconhecer indivíduos com maior probabilidade de desenvolver episódios maníacos em curto prazo.

Taylor *et al.* (2011) também descreveram estratégias baseadas na combinação entre sintomas inespecíficos, histórico familiar e alterações progressivas do funcionamento. Entretanto, tais critérios não possuíam caráter diagnóstico definitivo, funcionando como indicadores de risco. Por essa razão, sua utilização exigiu acompanhamento longitudinal e cautela para evitar classificações precipitadas.

A literatura incorporou ainda a noção de estadiamento clínico. Noto *et al.* (2016) descreveram modelos que compreenderam o Transtorno Bipolar como uma condição passível de progressão, iniciando-se em estados de risco e avançando para formas mais recorrentes e resistentes ao tratamento. Kapczinski, Vieta, Magalhães e Berk (2015) também discutiram a neuroprogressão e o estadiamento como

perspectivas relevantes para compreender a evolução clínica, funcional e cognitiva.

Nessa abordagem, os estágios iniciais foram considerados períodos importantes para intervenção. A identificação precoce pôde contribuir para reduzir a recorrência dos episódios, os prejuízos funcionais e as alterações cognitivas associadas à progressão do transtorno. Contudo, a noção de progressão não deveria ser interpretada como um percurso inevitável ou uniforme, uma vez que a evolução clínica variou entre os indivíduos.

Quanto às intervenções precoces, Moraes, Gon e Zazula (2016) descreveram estratégias psicossociais utilizadas com crianças e adolescentes, entre elas psicoeducação, intervenções familiares, terapia cognitivo-comportamental, treinamento em resolução de problemas, prevenção de recaídas e desenvolvimento de habilidades sociais. Os estudos analisados indicaram redução dos sintomas, melhora nas relações familiares e aumento da adesão ao tratamento.

Noto *et al.* (2016) destacaram que as intervenções psicoterapêuticas também contribuíram para o manejo do estresse, a organização do ciclo sono-vigília, a prevenção do uso problemático de substâncias e a construção de estratégias de enfrentamento. Essas abordagens apresentaram menor potencial estigmatizante e foram frequentemente mais bem aceitas por jovens e familiares do que intervenções farmacológicas iniciadas precocemente.

No campo farmacológico, as evidências permaneceram limitadas. Noto *et al.* (2016) mencionaram estudos envolvendo estabilizadores do humor e quetiapina em indivíduos considerados de alto risco,

sobretudo na presença de sintomas mais graves. Entretanto, os resultados não permitiram estabelecer protocolos universais de tratamento para pessoas em estados de risco.

Taylor *et al.* (2011) acrescentaram que intervenções precoces e sustentadas puderam contribuir para a prevenção de recaídas e a redução dos prejuízos decorrentes do transtorno. Kapczinski, Vieta, Magalhães e Berk (2015) relacionaram essa perspectiva ao estadiamento clínico, defendendo que a identificação e o manejo em fases iniciais constituíram estratégias relevantes para reduzir os impactos associados à evolução do quadro.

Apesar dos avanços, os estudos convergiram quanto à existência de limitações importantes. Entre elas, destacaram-se a baixa especificidade dos sintomas prodrômicos, a ausência de critérios plenamente padronizados, as controvérsias sobre os estados de risco e as dificuldades de distinguir manifestações próprias do desenvolvimento de sinais iniciais do transtorno. Também persistiram lacunas relacionadas à validação de marcadores clínicos e biológicos com capacidade preditiva consistente.

Dessa forma, a identificação precoce não pôde ser fundamentada em um sintoma isolado. Ela exigiu análise integrada da história familiar, das alterações de humor, do funcionamento, das comorbidades e da evolução longitudinal. Essa compreensão favoreceu práticas mais prudentes e reduziu os riscos de subdiagnóstico e de ampliação diagnóstica indiscriminada.

3.2. Modelos Categorial e Dimensional: Tensões Teóricas e Implicações Diagnósticas

As discussões sobre o Transtorno Bipolar evidenciaram tensões entre os modelos categorial e dimensional de compreensão diagnóstica. Os sistemas classificatórios, especialmente o DSM-5-TR e a CID-11, foram estruturados predominantemente a partir de categorias delimitadas por critérios operacionais. Entretanto, diferentes autores questionaram a capacidade dessas categorias de contemplar a heterogeneidade observada na prática clínica.

Segundo Martino, Szmulewicz e Birmaher (2025), a validade da definição vigente do transtorno apresentou limitações e deveria permanecer como objeto de investigação. Essa crítica esteve relacionada à diversidade dos cursos clínicos, à sobreposição dos sintomas e à existência de manifestações que não preencheram integralmente os critérios estabelecidos. A discussão não negou a utilidade dos sistemas classificatórios, mas problematizou seus limites.

Historicamente, a organização diagnóstica do Transtorno Bipolar passou por sucessivas reformulações. Del-Porto e Del-Porto (2005) destacaram que Kraepelin defendia uma concepção unitária da enfermidade maníaco-depressiva, compreendendo mania, melancolia e estados circulares como manifestações de um mesmo processo patológico. Essa formulação exerceu influência sobre os modelos posteriores.

Com a consolidação dos sistemas classificatórios modernos, as manifestações do humor foram organizadas em categorias específicas. Essa organização favoreceu a padronização, a comunicação científica e a definição de critérios para pesquisa e tratamento. Contudo, também estabeleceu fronteiras que nem

sempre corresponderam à complexidade dos quadros encontrados na prática assistencial.

Alcântara *et al.* (2003) observaram que diferentes pesquisadores propuseram a ampliação do conceito de bipolaridade para além dos critérios tradicionais. Essa ampliação decorreu da identificação de sintomas subsindrômicos, apresentações atípicas, oscilações afetivas e estados mistos que não se enquadraram integralmente nas categorias clássicas. Tais manifestações evidenciaram os limites do modelo estritamente categorial.

A perspectiva dimensional propôs que os sintomas fossem compreendidos em um continuum de intensidade, frequência, duração e impacto funcional. Silva, Soares e Lima (2020) ressaltaram que a concepção de Espectro Bipolar surgiu como tentativa de ampliar a identificação de formas intermediárias e subclínicas. Dell’Aglia Jr. *et al.* (2013) também destacaram que manifestações clinicamente relevantes puderam produzir prejuízos mesmo sem preencher todos os critérios formais.

As divergências entre os modelos refletiram-se nas estimativas de prevalência. Clemente *et al.* (2015) identificaram prevalências mais restritas quando foram aplicados critérios categoriais para os tipos I e II. Merikangas *et al.* (2011), por sua vez, observaram que abordagens relacionadas ao Espectro Bipolar produziram estimativas mais elevadas, sugerindo que o modelo categorial poderia não reconhecer determinadas apresentações.

Essa diferença demonstrou que os critérios utilizados influenciaram diretamente a identificação dos casos. O modelo categorial apresentou maior especificidade e padronização, mas pôde excluir

manifestações atenuadas. O modelo dimensional apresentou maior sensibilidade, embora tenha ampliado o risco de inclusão de variações emocionais não necessariamente patológicas.

As implicações dessas divergências ultrapassaram o debate teórico. Bosaipo, Borges e Juruena (2016) ressaltaram que a heterogeneidade sintomatológica, a variabilidade longitudinal e a sobreposição com outros transtornos dificultaram o diagnóstico. Essas limitações favoreceram subdiagnósticos, atrasos na identificação, intervenções inadequadas e dificuldades no diagnóstico diferencial.

A rigidez categorial também dificultou o reconhecimento de sintomas iniciais e apresentações intermediárias. Alcântara *et al.* (2003) observaram que estados mistos, oscilações temperamentais, episódios subsindrômicos e instabilidade afetiva desafiaram as delimitações tradicionais. Essas manifestações exigiram análise longitudinal e consideração do funcionamento global do indivíduo.

Os modelos dimensionais aproximaram-se das discussões sobre identificação precoce, estados de risco e estadiamento clínico. Kapczinski, Vieta, Magalhães e Berk (2015) destacaram que a compreensão longitudinal permitiu reconhecer diferentes momentos da evolução do transtorno. Essa abordagem reforçou a relevância das intervenções realizadas antes da ocorrência de episódios recorrentes e prejuízos funcionais mais intensos.

A noção de neuroprogressão também foi incorporada a esse debate. Segundo essa perspectiva, a repetição dos episódios poderia estar associada ao agravamento clínico, funcional e cognitivo. Entretanto,

a evolução não ocorreu de maneira idêntica em todos os indivíduos, o que exigiu cautela na aplicação de modelos progressivos.

Morais (2016) acrescentou que a ampliação associada ao Espectro Bipolar também produziu questionamentos sobre os limites entre normalidade e patologia. A incorporação de manifestações mais leves poderia favorecer a identificação de indivíduos anteriormente negligenciados, mas também aumentar o risco de patologização de variações comuns do humor. Essa tensão demonstrou a necessidade de critérios clínicos rigorosos.

O debate entre os modelos envolveu, portanto, implicações clínicas, sociais e subjetivas. A atribuição de um diagnóstico produziu efeitos sobre a forma como o indivíduo compreendeu sua trajetória e foi percebido por familiares, profissionais e instituições. Por essa razão, qualquer ampliação diagnóstica deveria ser acompanhada de prudência ética e fundamentação científica.

O modelo categorial e o modelo dimensional representaram formas distintas, mas não necessariamente excludentes, de compreender o Transtorno Bipolar. Enquanto o primeiro priorizou a definição de categorias e critérios operacionais, o segundo destacou a continuidade das manifestações e os diferentes níveis de expressão sintomatológica. A articulação entre ambos mostrou-se mais adequada do que sua oposição absoluta.

A análise realizada indicou que o modelo categorial permaneceu necessário para assegurar padronização, comunicação clínica e confiabilidade diagnóstica. Ao mesmo tempo, a perspectiva dimensional contribuiu para reconhecer manifestações que permaneceriam invisíveis sob critérios excessivamente rígidos. O

desafio consistiu em ampliar a sensibilidade sem reduzir a especificidade.

Apesar das divergências teóricas, os estudos analisados convergiram ao demonstrar que a escolha do modelo diagnóstico exerceu impacto sobre o reconhecimento clínico, o diagnóstico diferencial, a identificação precoce e as possibilidades de intervenção. Dessa maneira, o enfrentamento do diagnóstico tardio exigiu avaliação longitudinal, integração entre diferentes fontes de informação e articulação criteriosa entre as perspectivas categorial e dimensional.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida permitiu compreender que o diagnóstico tardio do Transtorno Bipolar resultou da interação entre a heterogeneidade clínica do transtorno, as limitações dos critérios diagnósticos, a sobreposição sintomatológica com outras condições psiquiátricas e as dificuldades presentes na trajetória assistencial. O intervalo prolongado entre o aparecimento das primeiras manifestações e o reconhecimento adequado da bipolaridade não constituiu um evento isolado, mas um fenômeno recorrente descrito nas produções analisadas.

O problema de pesquisa foi respondido ao se constatar que o modelo categorial, embora necessário para a padronização, a comunicação clínica e a definição de critérios operacionais, apresentou limitações no reconhecimento de manifestações atípicas, subclínicas e subsindrômicas. A exigência de preenchimento integral dos critérios diagnósticos pôde contribuir para que indivíduos com sintomas atenuados, episódios

hipomaníacos pouco perceptíveis ou apresentações intermediárias permanecessem sem identificação durante períodos prolongados.

A complexidade diagnóstica também esteve relacionada ao fato de que o Transtorno Bipolar frequentemente se iniciou por episódios depressivos. Nessas situações, manifestações anteriores de elevação do humor, irritabilidade, redução da necessidade de sono e aumento da atividade puderam ser desconsideradas, interpretadas como características pessoais ou não relatadas pelos pacientes. Essa condição favoreceu o diagnóstico inicial de depressão unipolar e retardou a adoção de intervenções compatíveis com o curso bipolar.

A sobreposição de sintomas com o transtorno de personalidade borderline, os transtornos psicóticos, os transtornos de ansiedade, o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e os transtornos relacionados ao uso de substâncias também dificultou o diagnóstico diferencial. Dessa forma, a identificação adequada não pôde depender exclusivamente da observação de sintomas isolados, mas exigiu avaliação longitudinal, reconstrução da história clínica, investigação dos antecedentes familiares e análise das alterações funcionais ao longo do tempo.

As consequências do diagnóstico tardio foram observadas em diferentes dimensões. No campo clínico, estiveram relacionadas à maior recorrência dos episódios, ao agravamento dos sintomas, ao risco de intervenções inadequadas, à possibilidade de neuroprogressão e à vulnerabilidade ao comportamento suicida. No campo funcional e psicossocial, envolveram prejuízos cognitivos, dificuldades profissionais, comprometimento das relações interpessoais, perda de autonomia, estigmatização e redução da qualidade de vida.

Os resultados também demonstraram que a identificação precoce permaneceu desafiadora devido à baixa especificidade dos sintomas prodrômicos. Alterações do sono, irritabilidade, labilidade emocional, instabilidade afetiva e sintomas depressivos subsindrômicos puderam estar presentes em diferentes condições ou em determinados períodos do desenvolvimento. Por essa razão, esses sinais não deveriam ser interpretados isoladamente como indicadores definitivos de Transtorno Bipolar.

A investigação dos pródromos, dos estados de risco clínico e da história familiar mostrou-se relevante quando articulada a outros elementos clínicos. Critérios como o *Bipolar At Risk*, o estadiamento clínico e a identificação de sintomas maníacos atenuados apresentaram potencial para auxiliar no reconhecimento de indivíduos mais vulneráveis. Entretanto, sua utilização exigiu acompanhamento longitudinal, prudência diagnóstica e cuidado ético para evitar classificações precipitadas.

A concepção de Espectro Bipolar contribuiu para ampliar a compreensão das diferentes formas de manifestação do transtorno. Ao reconhecer a existência de sintomas intermediários, subsindrômicos e atípicos, a perspectiva dimensional aumentou a sensibilidade diagnóstica e permitiu discutir apresentações não contempladas integralmente pelos sistemas classificatórios tradicionais. Contudo, essa ampliação também apresentou limites, sobretudo pelo risco de patologização de oscilações emocionais que poderiam integrar experiências comuns da vida.

Diante disso, a pesquisa não indicou a substituição integral do modelo categorial pelo dimensional. A análise apontou que ambos apresentaram contribuições e limitações. Enquanto o modelo

categorial preservou a especificidade, a padronização e a confiabilidade diagnóstica, o dimensional favoreceu o reconhecimento da continuidade e da diversidade das manifestações clínicas. A articulação criteriosa entre essas perspectivas mostrou-se mais adequada do que a adoção exclusiva de uma delas.

No âmbito das intervenções, as evidências analisadas indicaram que estratégias psicossociais, como psicoeducação, intervenções familiares, terapia cognitivo-comportamental, organização do ciclo sono-vigília, prevenção do uso de substâncias e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, puderam contribuir para o cuidado de indivíduos em fases iniciais ou em condições de risco. Entretanto, as evidências relacionadas ao uso precoce de intervenções farmacológicas permaneceram limitadas, exigindo avaliações individualizadas e acompanhamento especializado.

Do ponto de vista da Psicologia, os resultados reforçaram a importância da escuta qualificada, da análise da experiência subjetiva e da compreensão dos impactos do transtorno na trajetória de vida. A atuação psicológica pôde contribuir para o reconhecimento de alterações comportamentais e emocionais, para a adesão ao tratamento, para a psicoeducação e para o acompanhamento dos prejuízos relacionais e funcionais. Contudo, o diagnóstico do Transtorno Bipolar demandou abordagem interdisciplinar e não deveria ser reduzido a uma única área profissional.

Concluiu-se que a redução do diagnóstico tardio dependeu do aprimoramento da formação profissional, da ampliação do letramento em saúde mental, do fortalecimento da avaliação

longitudinal e da integração entre os diferentes serviços de atenção. A identificação precoce exigiu a consideração conjunta da história clínica, das mudanças no funcionamento, da presença de comorbidades, dos antecedentes familiares e das manifestações prodrômicas, evitando tanto o subdiagnóstico quanto a ampliação indiscriminada das categorias diagnósticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, I. *et al.* Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 22-32, abr. 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

CLEMENTE, A. S. *et al.* Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 155-161, 2015. Disponível em: [SciELO](#). Acesso em: 25 maio 2026.

DEL-PORTO, J. A.; DEL-PORTO, K. O. História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 7-14, 2005. Disponível em: [SciELO artigo completo](#). Acesso em: 25 maio 2026.

DELL'AGLIO JR., J. C. *et al.* Revisão sistemática da prevalência do transtorno bipolar e do espectro bipolar em estudos populacionais. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 99-105, 2013. Disponível em: [SciELO](#). Acesso em: 25 maio 2026.

GIANOTTI, F. S.; NUNES, C. P. Diagnóstico precoce do transtorno bipolar. **Revista de Medicina de Família e Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2019.

KAPCZINSKI, F.; VIETA, E.; MAGALHÃES, P.; BERK, M. (org.). **Neuroprogressão e estadiamento no transtorno bipolar**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

LUBLÓY, A. *et al.* Investigando os fatores de atraso no diagnóstico de pacientes com transtorno bipolar: um estudo de coorte baseado na população. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 75, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2483-y>.

MARINHO, K. K. *et al.* Principais aspectos clínicos do transtorno bipolar: uma revisão sistemática de literatura. **Journal of Social Issues and Health Sciences**, Teresina, v. 1, n. 5, p. 1-11, 2024.

MARTINO, D. J.; SZMULEWICZ, A. G.; BIRMAHER, B. Uma análise crítica da validade do conceito atual de transtorno bipolar. **Journal of Personalized Medicine**, v. 15, n. 624, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm15120624>.

MEHRA, N. *et al.* Motivos para atrasos no diagnóstico do transtorno bipolar: revisão sistemática e síntese narrativa. **Qeios**, 2024. DOI: <https://doi.org/10.32388/BGTD5K>.

MELEIRO, A. M. A. S.; SILVA, N. R.; RONCALHO, A. L. Histórico e epidemiologia da mania ao espectro bipolar. *In*: CAIXETA, L.; DIECKMANN, L.; HADDAD, M. (org.). **Transtorno bipolar no ciclo da vida: a doença e seus espectros**. Porto Alegre: Artmed, 2024. p. 13-18.

MERIKANGAS, K. R. *et al.* Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. **Archives of General Psychiatry**, v. 68, n. 3, p. 241–251, 2011. Disponível em: [PubMed Central](#). Acesso em: 25 maio 2026.

MOREIRA, C. N. *et al.* O diagnóstico precoce em pacientes portadores de transtorno bipolar: uma revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 10, n. 3, mar. 2024.

OLIVA, V. *et al.* Transtornos bipolares: uma atualização sobre aspectos críticos. **The Lancet Regional Health - Europe**, 2024, artigo 101135.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11**: Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade. 11. rev. Genebra: OMS, 2022. Disponível em: [WHO ICD-11](#). Acesso em: 1 maio 2026.

SILVA, T. L.; SOARES, R. F.; LIMA, M. S. Espectro bipolar: uma revisão narrativa. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 85–92, 2020.

¹ Graduanda em Psicologia pela Faculdade Católica de Rondônia. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Mestre em Educação pela UNIVALI. Especialista em Neuropsicologia. Docente do curso de Psicologia da Faculdade Católica de Rondônia (FCR). Professora orientadora. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Mestre em Educação pela Universidade Federal de Rondônia.
Docente do curso de Psicologia da Faculdade Católica de Rondônia
(FCR). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)