

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e
Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXIX

Capítulo 9

TRANSTORNO BIPOLAR E DIAGNÓSTICO TARDIO: FATORES, IMPACTOS E DESAFIOS NA PRÁTICA PSIQUIÁTRICA ATUAL

ATHALÍCIA VICTÓRIA GOMES CARDOSO¹
DIEGO SIMEONE FERREIRA DA SILVA²
JAQUELINE DE LIMA GOMES DA SILVA¹
JÉSSICA CIELLY ANTUNES ROCHA¹
JONATHAN SOARES LIMA MORAIS¹
LUIZA LEITE FREITAS¹
LUDMILA LIMA MESQUITA QUADROS¹
MARIA EDUARDA NASCIMENTO MARQUES FASCIO¹
WANESSA MORAIS PINTO¹

¹Discente - Medicina da Faculdade de Ciências Médicas (Afya) Bragança.

²Coordenador e Docente – Área de Internacionalização e Projetos Acadêmicos da Faculdade de Ciências Médicas (Afya) Bragança.

Palavras-Chave: Transtorno Bipolar; Diagnóstico Tardio; Risco de Suicídio.

DOI:

10.59290/1290210021

EDITORA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB), também conhecido como transtorno bipolar (TB), foi classicamente denominado “insanidade maníaco-depressiva”, refletindo a alternância de episódios de humor elevado (mania ou hipomania) e humor deprimido que caracterizam essa condição psiquiátrica crônica e complexa (MCINTYRE & CALABRESE, 2019; JAMESON *et al.*, 2019). De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), o TAB é classificado principalmente em dois subtipos: o Tipo I, caracterizado por episódios maníacos graves, e o Tipo II, com episódios hipomaníacos menos intensos associados a depressões maiores (APA, 2014; BO-SAIPO *et al.*, 2017).

O TAB integra o grupo dos transtornos do humor, que englobam condições marcadas por disfunções na regulação emocional, no comportamento e no afeto. Enquanto pacientes com apenas episódios depressivos maiores recebem o diagnóstico de transtorno depressivo maior (depressão unipolar), aqueles que apresentam oscilações entre episódios depressivos e maníacos ou hipomaníacos são classificados como portadores de transtorno bipolar (SADOCK *et al.*, 2017). Essa variabilidade de sintomas ao longo da vida contribui para que o reconhecimento correto da doença esteja frequentemente atrasado.

Estudos clínicos, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos multicêntricos longitudinais demonstram que, apesar da existência de critérios diagnósticos bem estabelecidos, o diagnóstico do transtorno bipolar costuma ser tardio, com longos intervalos entre o início dos sintomas e a identificação formal da doença. Revisão sistemática e meta-análise conduzida por Scott *et al.* (2022), envolvendo mais de 40 mil indivíduos, evidenciou atraso mediano di-

agnóstico de aproximadamente 6,7 anos. De forma semelhante, dados do estudo multicêntrico naturalístico HOPE-BD (Keramatian *et al.*, 2022) demonstraram mediana de atraso de cerca de 5 anos no transtorno bipolar tipo I e aproximadamente 11 anos no tipo II. Adicionalmente, estudos de coorte populacional, como o conduzido por Lublóy *et al.* (2020), indicam atraso médio diagnóstico superior a 6 anos, podendo alcançar até 10 a 15 anos em determinados contextos clínicos.

Esse atraso diagnóstico está associado a diversos fatores clínicos e contextuais. A predominância inicial de episódios depressivos faz com que muitos indivíduos sejam erroneamente diagnosticados com depressão unipolar ou transtornos de ansiedade, levando a tratamentos inadequados e à falta de intervenção específica para bipolaridade. Além disso, a presença de comorbidades psiquiátricas, como abuso de substâncias, aumenta o tempo até o diagnóstico correto, enquanto a hospitalização psiquiátrica pode reduzir esse atraso ao facilitar a identificação de episódios maníacos ou psicóticos (HOPE-BD STUDY, 2022; DELAYS BEFORE DIAGNOSIS, 2015).

O diagnóstico tardio tem implicações clínicas e prognósticas importantes. A literatura aponta que períodos prolongados sem tratamento apropriado estão associados a maior número de episódios de humor, maior risco de recaídas, maior morbidade e pior prognóstico funcional ao longo da vida. Além disso, indivíduos com transtorno bipolar apresentam risco substancialmente elevado de comportamento suicida em comparação com a população geral, e episódios depressivos não reconhecidos contribuem significativamente para esse risco (MCINTYRE & CALABRESE, 2019; QUEVEDO & CARVALHO). Fatores como impulsividade, predominância de depressão, início precoce dos sintomas e histórico de tentativas de suicídio estão

entre os principais preditores de risco nessa população.

Diante da elevada morbidade e mortalidade associadas ao diagnóstico tardio, torna-se crucial analisar criticamente as evidências existentes na literatura sobre os determinantes, magnitude e consequências desse atraso no reconhecimento do transtorno bipolar. Compreender esses aspectos é fundamental para informar estratégias diagnósticas mais eficazes, com vistas à intervenção precoce, redução das consequências adversas e melhoria nos desfechos clínicos dos pacientes.

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados ao atraso diagnóstico do transtorno afetivo bipolar e suas implicações clínicas e prognósticas.

MÉTODO

O presente capítulo foi desenvolvido por meio de uma revisão de literatura de caráter integrativo, com o objetivo de analisar evidências científicas relacionadas ao diagnóstico tardio no transtorno bipolar, incluindo fatores associados, dificuldades no reconhecimento clínico e repercussões clínicas e psicossociais decorrentes desse atraso. A coleta das informações foi realizada no período de setembro de 2025 a fevereiro de 2026, por meio de buscas sistematizadas em bases de dados amplamente reconhecidas na área da saúde e das ciências médicas.

Foram consultadas as bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Google Acadêmico, selecionadas devido à sua relevância na indexação de publicações científicas nacionais e internacionais. A estratégia de busca utilizou descritores em português e inglês relacionados ao tema, combinados por operadores booleanos, estruturados da seguinte forma: ("*bipolar disorder*" OR "*bipolar affective disorder*" OR "transtorno bipolar") AND

("delayed diagnosis" OR "diagnostic delay" OR "misdiagnosis" OR "subdiagnosis" OR "late diagnosis" OR "diagnóstico tardio"). A busca teve como finalidade identificar estudos que abordassem o intervalo entre o início dos sintomas e o estabelecimento do diagnóstico de transtorno bipolar, bem como os fatores que contribuem para esse atraso e suas consequências clínicas.

Foram considerados elegíveis artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português ou inglês, no período de 2012 a 2025, que abordassem especificamente o transtorno bipolar em associação com atraso diagnóstico, erros diagnósticos, confusão com outros transtornos mentais ou impacto do diagnóstico tardio no prognóstico. Foram excluídos artigos duplicados, estudos disponíveis apenas em formato de resumo, publicações fora do recorte temporal estabelecido, trabalhos que não tratavam diretamente do processo diagnóstico do transtorno bipolar e materiais sem caráter científico, como textos opinativos ou não acadêmicos.

Após a etapa de busca, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos para triagem inicial, seguida da leitura completa dos estudos potencialmente relevantes. Os trabalhos selecionados compuseram o corpus desta revisão e foram analisados de forma descritiva e comparativa. As informações extraídas foram organizadas de maneira a possibilitar a síntese dos achados, contemplando aspectos como fatores clínicos associados ao atraso diagnóstico, erros diagnósticos mais frequentes, influência de comorbidades e consequências do diagnóstico tardio sobre a evolução da doença, funcionalidade e risco de desfechos adversos. A análise buscou integrar os resultados encontrados na literatura, permitindo uma visão abrangente e crítica sobre o fenômeno investigado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A literatura analisada demonstra de forma consistente que o diagnóstico tardio do transtorno bipolar constitui uma realidade frequente nos serviços de saúde mental, sendo descrito como um dos principais desafios clínicos relacionados a esse transtorno. Não se trata apenas de uma dificuldade pontual de reconhecimento, mas de um processo prolongado no qual o indivíduo pode passar anos recebendo interpretações parciais de seus sintomas, tratamentos inadequados e explicações que não contemplam a complexidade de sua experiência subjetiva (MCINTYRE & CALABRESE, 2019). Durante esse período, o sofrimento não é apenas sintomatológico, mas também existencial, marcado pela sensação de instabilidade constante, frustração e incompreensão por parte do meio social.

Os estudos apontam que um dos fatores centrais para o atraso diagnóstico é o padrão de início da doença, frequentemente caracterizado por episódios depressivos. Como a depressão é mais prevalente e amplamente reconhecida na prática clínica, o raciocínio diagnóstico tende a se concentrar nesse eixo, especialmente quando os episódios de elevação do humor ainda não se manifestaram de forma evidente ou foram breves e pouco valorizados. Episódios hipomaníacos, sobretudo no transtorno bipolar tipo II, podem ser percebidos como períodos de maior energia, sociabilidade e produtividade, o que dificulta sua identificação como manifestações patológicas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Esse aspecto revela um paradoxo: momentos subjetivamente percebidos como positivos podem, na realidade, fazer parte do ciclo de adoecimento.

Além disso, a presença de comorbidades psiquiátricas se mostrou um fator importante na confusão diagnóstica. Transtornos de ansieda-

de, uso de substâncias e sintomas compatíveis com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade frequentemente coexistem com o transtorno bipolar, criando quadros clínicos complexos e heterogêneos. Nesses casos, os sintomas são tratados de forma fragmentada, sem que a oscilação do humor seja compreendida como elemento central do quadro (WHITTEMORE & KNAFL, 2005). Essa fragmentação do cuidado contribui para a manutenção de diagnósticos incompletos e para o prolongamento do sofrimento.

Outro aspecto discutido na literatura refere-se às limitações estruturais dos sistemas de saúde. A avaliação clínica, muitas vezes restrita ao momento atual, pode não contemplar a história longitudinal do humor do paciente, elemento essencial para o diagnóstico do transtorno bipolar. A ausência de investigação sistemática sobre episódios prévios de elevação do humor, alterações do padrão de sono e mudanças comportamentais significativas contribui para a subidentificação do transtorno. Soma-se a isso o estigma relacionado aos transtornos mentais, que pode levar o paciente a minimizar sintomas ou evitar relatar comportamentos considerados socialmente inadequados, como impulsividade ou condutas de risco.

As repercussões do diagnóstico tardio são amplamente descritas e ultrapassam o âmbito clínico. A literatura indica que indivíduos que permanecem longos períodos sem tratamento adequado apresentam maior número de episódios de humor ao longo da vida, maior instabilidade emocional e maior necessidade de hospitalizações psiquiátricas. A recorrência de episódios não tratados está associada a prejuízos progressivos no funcionamento psicossocial, afetando relações interpessoais, desempenho acadêmico e inserção profissional. Muitos pacientes relatam histórico de rupturas afetivas, conflitos familiares e dificuldades financeiras de-

correntes de decisões impulsivas tomadas durante episódios de elevação do humor.

No plano subjetivo, o atraso diagnóstico pode gerar impacto profundo na identidade do indivíduo. Sem uma explicação clínica para suas oscilações, a pessoa tende a internalizar a ideia de que suas dificuldades decorrem de falhas pessoais, falta de força de vontade ou “instabilidade de caráter”. Essa autopercepção negativa agrava sintomas depressivos, intensifica sentimento de culpa e reduz a busca por ajuda, criando um ciclo de sofrimento que se retroalimenta (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A associação entre transtorno bipolar e comportamento suicida também foi um achado recorrente nos estudos analisados. O risco de suicídio é consideravelmente mais elevado nessa população, especialmente em contextos de episódios depressivos recorrentes e não tratados de forma adequada. O diagnóstico tardio, ao prolongar a ausência de estabilização do humor, pode contribuir para a manutenção de estados depressivos intensos, nos quais a desesperança e a impulsividade aumentam a vulnerabilidade a comportamentos autolesivos (MCINTYRE & CALABRESE, 2019). Assim, o atraso diagnóstico deve ser compreendido não apenas como um problema de classificação clínica, mas como um fator potencialmente relacionado à morbimortalidade.

Por outro lado, a literatura demonstra que o reconhecimento precoce do transtorno bipolar altera de maneira significativa o curso da doença. A introdução de estabilizadores de humor, o acompanhamento psiquiátrico contínuo e a psicoeducação permitem que o paciente reconheça sinais iniciais de recaída, desenvolva estratégias de enfrentamento e reduza a intensidade e frequência dos episódios. A partir do momento em que o diagnóstico é estabelecido, muitos pacientes relatam sensação de alívio por compreenderem sua condição, o que favorece

maior adesão ao tratamento e reconstrução da autoestima.

De forma integrada, os achados reforçam que o diagnóstico tardio do transtorno bipolar resulta de uma interação entre fatores clínicos, percepções individuais e limitações estruturais do cuidado em saúde mental. Entretanto, seus efeitos não se limitam ao campo médico, repercutindo na trajetória de vida, nos vínculos afetivos e na forma como o indivíduo se percebe. Compreender essas dimensões é essencial para uma abordagem mais sensível, que considere não apenas os critérios diagnósticos, mas também a experiência humana de viver com um transtorno do humor não reconhecido por anos.

CONCLUSÃO

A análise da literatura permite compreender que o transtorno bipolar não se caracteriza apenas por oscilações de humor, mas por um curso clínico complexo, frequentemente marcado por reconhecimento tardio, sofrimento prolongado e importantes repercussões funcionais e emocionais. O diagnóstico tardio emerge como um fator crítico, pois prolonga a exposição do indivíduo a episódios de humor não tratados de forma adequada, especialmente episódios depressivos, que estão fortemente associados ao aumento do risco de comportamento suicida.

A predominância de sintomas depressivos ao longo da evolução do transtorno bipolar contribui para que muitos pacientes sejam inicialmente tratados como portadores de depressão unipolar, o que pode retardar a introdução de terapêuticas estabilizadoras do humor. Esse cenário não apenas dificulta o controle dos episódios, mas também pode aumentar a vulnerabilidade a desfechos graves, incluindo tentativas de suicídio, sobretudo em indivíduos com impulsividade elevada, início precoce da doença e histórico prévio de comportamento autolesivo. Assim, o risco de suicídio no transtorno bipolar

deve ser compreendido como resultado de múltiplos fatores clínicos e contextuais, e não apenas como manifestação isolada de um episódio depressivo.

Embora o suicídio ainda represente um desfecho de difícil previsão individual, a literatura aponta que ele pode ser prevenido por meio de acompanhamento contínuo, identificação precoce de sinais de descompensação do humor e intervenções terapêuticas adequadas. Nesse sentido, avanços têm sido observados na ampliação das abordagens farmacológicas, no uso de estratégias psicoterapêuticas e em recursos biológicos, como a eletroconvulsoterapia, especialmente em casos graves ou resistentes ao tratamento. Entretanto, desafios éticos e metodológicos ainda limitam a realização de estudos experimentais voltados diretamente à redução do risco de suicídio, o que torna o desenvolvimento de estratégias preventivas um campo em constante construção.

Os achados discutidos ao longo deste capítulo reforçam que o diagnóstico oportuno do transtorno bipolar constitui uma medida de grande relevância clínica e preventiva. Reco-

nhecer precocemente a natureza bipolar dos sintomas possibilita intervenções mais específicas, maior estabilidade do humor, redução de recaídas e melhora da qualidade de vida. Além disso, o acesso a um diagnóstico adequado pode promover alívio psicológico ao oferecer uma explicação clínica para experiências antes compreendidas como falhas pessoais, favorecendo a adesão ao tratamento e o fortalecimento do suporte familiar.

Destarte, conclui-se que o transtorno bipolar está significativamente relacionado ao risco de suicídio, especialmente quando associado a episódios depressivos não reconhecidos ou mal manejados. O enfrentamento desse cenário exige não apenas avanços terapêuticos, mas também maior sensibilidade diagnóstica, acompanhamento longitudinal e abordagem integral do paciente, considerando sua história de vida, contexto social e necessidades emocionais. Investir em estratégias de detecção precoce e cuidado contínuo representa um caminho fundamental para reduzir o sofrimento e os desfechos adversos associados ao transtorno bipolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Washington, DC: APA, 2014.

BALDESSARINI, R. J. *et al.* Suicidal risk in bipolar disorder: clinical and research implications. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 28, p. 289, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000276>.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, p. 121, 2011. DOI: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>.

BOSAIPO, N. *et al.* Transtorno bipolar: aspectos clínicos e diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1973>.

DELAYS before diagnosis and initiation of treatment in patients presenting to mental health services with bipolar disorder. *PLoS ONE*, v. 10, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126530>.

JAMESON, J. *et al.* Classificação e epidemiologia dos transtornos do humor. *The Lancet Psychiatry*, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30266-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30266-7).

KERAMATIAN, K. *et al.* Clinical and demographic factors associated with delayed diagnosis of bipolar disorder: results from the HOPE-BD study. *Journal of Affective Disorders*, v. 301, p. 336, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.050>.

LUBLÓY, Á. *et al.* Factors associated with delayed diagnosis of bipolar disorder: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry*, v. 20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02773-0>.

MCINTYRE, R. S. & CALABRESE, J. R. Bipolar disorder: clinical characteristics and diagnosis. *The Lancet*, 2019. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31562-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31562-4).

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 17, p. 758, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

NORMAN, R. *et al.* A systematic review and meta-analysis of delayed diagnosis in bipolar disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.012>.

QUEVEDO, L. & CARVALHO, A. Suicídio e transtornos psiquiátricos: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000238>.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017.

SCOTT, J. *et al.* Duration of untreated bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 146, p. 389, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13463>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, v. 8, p. 102, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.

WHITTEMORE, R. & KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, p. 546, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide: global health estimates. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-worldwide-global-health-estimates>. Acesso em: 02/10/2025.