




**TRANSTORNO MENTAL GRAVE DE INÍCIO TARDIO: IDENTIFICAÇÃO E
CONDUÇÃO INICIAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

**SEVERE MENTAL DISORDER OF LATE ONSET: IDENTIFICATION AND
INITIAL MANAGEMENT WITHIN THE FAMILY HEALTH STRATEGY –
EXPERIENCE REPORT**

**TRASTORNO MENTAL GRAVE DE INICIO TARDÍO: IDENTIFICACIÓN Y
MANEJO INICIAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR
– INFORME DE EXPERIENCIA**

 <https://doi.org/10.56238/levv17n56-054>

Data de submissão: 26/12/2025

Data de publicação: 26/01/2026

Raphael Ulhoa Florêncio de Moraes

Médico Residente em Medicina de Família e Comunidade
Instituição: Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA)

E-mail: rapha.ulhoa@gmail.com

Hermon Santos Branquinho

Orientador

Preceptor da Residência Médica de Medicina da Família e Comunidade
Instituição: Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA)

RESUMO

Os transtornos mentais graves de início tardio constituem um desafio relevante para os sistemas de saúde, especialmente no contexto do envelhecimento populacional, devido às dificuldades diagnósticas e ao impacto funcional e social associado a esses quadros. A Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), ocupa posição estratégica na identificação precoce, na condução inicial e na coordenação do cuidado em saúde mental. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de identificação e manejo inicial de um caso de transtorno mental grave de início tardio no contexto da ESF. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência de residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade no acompanhamento longitudinal de um usuário idoso com quadro psicótico grave, no ano de 2025. A identificação do caso ocorreu de forma progressiva, sustentada pelo acompanhamento longitudinal, pelo conhecimento do território e pelos relatos da comunidade, evidenciando o papel da APS no reconhecimento de mudanças comportamentais significativas. A condução do caso revelou os limites do manejo exclusivo na APS diante de situações de risco social elevado, ausência de insight e recusa persistente ao cuidado, demandando articulação intensiva com a Rede de Atenção Psicossocial e instâncias jurídicas. Após intervenção especializada, o seguimento longitudinal na APS possibilitou reorganização do cuidado, melhora clínica e estabilização do quadro. A experiência reforça a centralidade da APS como coordenadora do cuidado em saúde mental e destaca a importância do trabalho em rede, da longitudinalidade e da abordagem integral no manejo de transtornos mentais graves de início tardio.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Transtornos Mentais Graves. Psicose de Início Tardio. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Late-onset severe mental disorders pose a significant challenge to healthcare systems, especially in the context of population aging, due to diagnostic difficulties and the functional and social impact associated with these conditions. Primary Health Care (PHC), through the Family Health Strategy (FHS), occupies a strategic position in the early identification, initial management, and coordination of mental health care. This work aims to report the experience of identifying and initially managing a case of late-onset severe mental disorder within the FHS context. This is a descriptive study, of the experience report type, developed from the experience of residents and preceptors of Family and Community Medicine in the longitudinal follow-up of an elderly user with a severe psychotic episode in 2025. The identification of the case occurred progressively, supported by longitudinal follow-up, knowledge of the territory, and community reports, highlighting the role of PHC in recognizing significant behavioral changes. The management of the case revealed the limitations of exclusive primary health care (PHC) management in situations of high social risk, lack of insight, and persistent refusal of care, demanding intensive coordination with the Psychosocial Care Network and legal authorities. After specialized intervention, longitudinal follow-up in PHC enabled reorganization of care, clinical improvement, and stabilization of the condition. The experience reinforces the centrality of PHC as the coordinator of mental health care and highlights the importance of networking, longitudinality, and a comprehensive approach in the management of severe late-onset mental disorders.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Severe Mental Disorders. Late-Onset Psychosis. Family Health Strategy.

RESUMEN

Los trastornos mentales graves de inicio tardío representan un desafío significativo para los sistemas de salud, especialmente en el contexto del envejecimiento poblacional, debido a las dificultades diagnósticas y al impacto funcional y social asociado a estas afecciones. La Atención Primaria de Salud (APS), a través de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), ocupa una posición estratégica en la identificación temprana, el manejo inicial y la coordinación de la atención en salud mental. Este trabajo tiene como objetivo informar la experiencia de identificación y manejo inicial de un caso de trastorno mental grave de inicio tardío en el contexto de la ESF. Se trata de un estudio descriptivo, de tipo informe de experiencia, desarrollado a partir de la experiencia de residentes y preceptores de Medicina Familiar y Comunitaria en el seguimiento longitudinal de un usuario adulto mayor con un episodio psicótico grave en 2025. La identificación del caso se realizó de forma progresiva, respaldada por el seguimiento longitudinal, el conocimiento del territorio y los informes comunitarios, destacando el papel de la APS en el reconocimiento de cambios conductuales significativos. La gestión del caso reveló las limitaciones de la gestión exclusiva desde la APS en situaciones de alto riesgo social, falta de comprensión y rechazo persistente de la atención, lo que exige una coordinación intensiva con la Red de Atención Psicosocial y las autoridades judiciales. Tras una intervención especializada, el seguimiento longitudinal en APS permitió la reorganización de la atención, la mejoría clínica y la estabilización de la enfermedad. Esta experiencia refuerza la centralidad de la APS como coordinadora de la atención en salud mental y destaca la importancia del trabajo en red, la longitudinalidad y un enfoque integral en el manejo de los trastornos mentales graves de inicio tardío.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Salud Mental. Trastornos Mentales Graves. Psicosis de Inicio Tardío. Estrategia de Salud Familiar.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais constituem um problema de saúde pública de elevada relevância no cenário global e brasileiro. Estima-se que aproximadamente uma em cada oito pessoas no mundo conviva com algum transtorno mental ao longo da vida, evidenciando a magnitude desse fenômeno para os sistemas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

No Brasil, estudos apontam que os transtornos mentais e aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas responderam por parcela expressiva da carga global de doença entre 1990 e 2015, com repercussões diretas sobre a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida dos indivíduos, além de impactos sociais e econômicos amplos (BONADIMAN et al., 2017).

Entre essas condições, os transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, o transtorno bipolar e a depressão grave com sintomas psicóticos, destacam-se por seu elevado potencial de comprometimento individual, familiar e comunitário. Essas condições figuram entre as principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, configurando um desafio estratégico para os sistemas de saúde em âmbito mundial (WHITEFORD et al., 2015).

No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição central na identificação e no cuidado das pessoas com transtornos mentais. Estudos indicam que a prevalência de transtornos mentais comuns na população atendida na APS varia entre 20,5% e 64%, evidenciando a necessidade de atenção qualificada, sobretudo nos casos de maior gravidade (TORRES et al., 2023). Apesar disso, a lacuna no acesso ao tratamento adequado para os transtornos mentais graves permanece expressiva, com grande proporção de adultos sem acompanhamento regular ou intervenções oportunas (KOHN et al., 2018).

Dentro do espectro dos transtornos mentais graves, o início tardio configura uma especificidade clínica frequentemente subestimada. Diferentemente das apresentações clássicas, em que os sintomas psicóticos surgem predominantemente na adolescência ou no início da vida adulta, os quadros de início tardio manifestam-se após os 40 anos de idade (TAMPI et al., 2019). A literatura internacional distingue o início tardio (late-onset), caracterizado pelo surgimento entre 40 e 60 anos, do início muito tardio (very late-onset schizophrenia-like psychosis), quando os sintomas aparecem após os 60 anos (VYAS; GOGTAY, 2018).

Embora menos frequentes do que os casos de início precoce, os transtornos mentais graves de início tardio apresentam relevância clínica crescente, especialmente diante do envelhecimento populacional observado no Brasil e no mundo. Estimativas epidemiológicas indicam que cerca de 20% a 29% dos casos de esquizofrenia têm início após os 40 anos de idade (MAGLIONE et al., 2014), o que reforça a necessidade de maior atenção a esse grupo.

O reconhecimento clínico desses quadros impõe desafios específicos. A apresentação tende a diferir das formas de início precoce, com menor proeminência de sintomas negativos, delírios

persecutórios mais elaborados e maior ocorrência de alucinações em diferentes modalidades sensoriais. Ademais, a presença de comorbidades clínicas, o uso de múltiplas medicações e as mudanças associadas ao envelhecimento podem dificultar a diferenciação entre manifestações psiquiátricas, demência, delirium ou outras condições médicas (COLIJN; NITTA; GROSSBERG, 2015).

O atraso diagnóstico nesses casos associa-se a desfechos desfavoráveis, incluindo maior gravidade sintomática, pior resposta terapêutica, comprometimento funcional mais acentuado e redução da qualidade de vida. Evidências apontam que o intervalo entre o surgimento dos primeiros sintomas e o diagnóstico pode alcançar de dois a dois anos e meio, período marcado por sofrimento significativo para o indivíduo e sua rede de apoio (PENTTILÄ et al., 2014; CHEN et al., 2019).

Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como espaço estratégico para a identificação desses casos na realidade brasileira. Como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF favorece o acesso de primeiro contato, a construção de vínculos e o acompanhamento longitudinal das pessoas adscritas ao território (BRASIL, 2017). A organização territorial e a continuidade do cuidado permitem às equipes reconhecer alterações progressivas no comportamento, no funcionamento e nas relações sociais ao longo do tempo (SANTOS; BOSI, 2021).

O acompanhamento longitudinal possibilita observar mudanças sutis, frequentemente relatadas por familiares ou pela comunidade, como isolamento social, alterações do autocuidado, comportamentos desorganizados e surgimento de ideias incomuns. Esse conhecimento prévio da história de vida do usuário constitui elemento determinante para diferenciar alterações patológicas de processos esperados do envelhecimento, favorecendo o reconhecimento oportuno de transtornos mentais graves de início tardio (TAMPI et al., 2020; KATES et al., 2019).

Além disso, a APS desempenha papel estratégico na articulação com os serviços especializados de saúde mental. O estabelecimento de hipóteses diagnósticas iniciais, o manejo de situações agudas e a organização da rede de apoio familiar contribuem para encaminhamentos mais adequados e para a continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção, reforçando a coordenação do cuidado em saúde mental (RANEY, 2015).

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de identificação e condução inicial de um caso de transtorno mental grave de início tardio no contexto da Estratégia Saúde da Família. Busca-se descrever o processo de reconhecimento desse transtorno na Atenção Primária à Saúde, bem como analisar a forma como a equipe da Estratégia Saúde da Família realizou a condução inicial do caso. Ademais, pretende-se destacar a relevância dos atributos da Atenção Primária à Saúde e da articulação com a Rede de Atenção Psicossocial para a qualificação do cuidado em saúde mental.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família, a partir da vivência de residentes e preceptores de Medicina de Família e Comunidade no acompanhamento de um usuário com transtorno mental grave de início tardio.

A experiência foi vivenciada em uma unidade de APS vinculada ao SUS, localizada em um território de referência à Estratégia Saúde da Família, no período de 2025. O cuidado ocorreu no contexto da prática assistencial cotidiana da equipe, incluindo atendimentos clínicos individuais, acompanhamento longitudinal e articulação com a rede de atenção em saúde mental.

Trata-se de paciente do sexo masculino, 74 anos, residente em território adscrito a uma Unidade de Saúde da Família, morando sozinho em imóvel alugado nos fundos da residência de seus locadores. Possuía familiares vivos, residentes em outro estado, com vínculo pouco frequente até o início do acompanhamento. Apresentava como comorbidades clínicas diabetes mellitus, dislipidemia e hiperplasia prostática benigna, com histórico de baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Não havia diagnóstico psiquiátrico formal prévio registrado, embora familiares relatassem episódios comportamentais semelhantes em anos anteriores, de caráter flutuante, com duração aproximada de 15 a 20 dias.

O paciente foi inicialmente identificado pela equipe da APS cerca de cinco meses antes da intensificação do quadro, a partir de relatos do ACS e da vizinhança sobre alterações comportamentais progressivas. Na primeira avaliação médica, apresentava agitação psicomotora, labilidade emocional, comportamento impulsivo, logorreia, taquialia, pensamento acelerado, discurso desconexo, delírios de grandeza e persecutórios, hipersexualização, privação de sono, hipervigilância e ausência de insight. Recusava qualquer proposta de tratamento ou encaminhamento, frequentemente evadindo-se das consultas.

Ao longo dos meses subsequentes, observou-se agravamento importante do quadro psiquiátrico e social, com episódios recorrentes de agressividade verbal e ameaças à comunidade, comportamento desorganizado, vandalismo, uso de objetos cortantes, manipulação de fogo em ambiente domiciliar e incapacidade de autocuidado. A equipe recebeu múltiplos relatos de conflitos com vizinhos, intervenções policiais e acionamentos SAMU, sem sucesso no cuidado continuado, uma vez que o paciente recusava remoção e não havia possibilidade de contenção no contexto extra-hospitalar.

As visitas domiciliares realizadas pela equipe evidenciaram condições extremas de insalubridade, com acúmulo de lixo, restos alimentares, excrementos, insetos, odores fétidos e sinais de incêndios recentes dentro do domicílio, além de risco iminente à integridade física do paciente e de terceiros. Em diversas ocasiões, o usuário mostrou-se não colaborativo, evadindo ao perceber a presença da equipe, o que limitou a avaliação direta e exigiu cuidado redobrado para preservação da segurança dos profissionais.

Diante da gravidade do quadro, da incapacidade de autocuidado, da ausência de insight e do risco social significativo, a equipe da Estratégia Saúde da Família iniciou articulação intensiva com a RAPS, incluindo CAPS, coordenação municipal de saúde mental e serviços extra-hospitalares, além de orientar e apoiar os familiares na busca de medidas legais. Foi instaurado processo junto ao Ministério Público, culminando em decisão judicial para internação compulsória do paciente.

Durante o período de vigência da decisão judicial, a equipe manteve vigilância ativa, com apoio fundamental do agente comunitário de saúde, que, por seu conhecimento do território e vínculo com a comunidade, auxiliou na identificação dos períodos em que o paciente permanecia em domicílio. Após sucessivas tentativas frustradas por parte da rede especializada, a equipe da APS intensificou a articulação intersetorial, o que possibilitou, dentro do prazo judicial, a efetivação da internação compulsória em hospital psiquiátrico de referência.

O paciente permaneceu internado por oito dias, período em que foi submetido a investigação clínica ampliada, incluindo exames laboratoriais e de imagem, como ressonância magnética de crânio, com o objetivo de excluir causas orgânicas ou neurológicas para o quadro psiquiátrico. Ao final da internação, foram afastadas etiologias clínicas relevantes, mantendo-se o diagnóstico de transtorno mental grave não especificado.

Após a alta hospitalar, a equipe da APS retomou ativamente o acompanhamento do caso. Identificou-se mudança de endereço do paciente, sendo realizada nova captação ativa por meio de visita domiciliar. Apesar de ainda apresentar limitações funcionais, o usuário aceitou comparecer à unidade de saúde, permitindo a reorganização do cuidado em regime ambulatorial.

Foi estruturado plano terapêutico singular, com acompanhamento regular na unidade, manejo medicamentoso supervisionado do transtorno mental, tratamento das comorbidades clínicas e monitoramento contínuo. Para favorecer a adesão, as consultas foram programadas com intervalos regulares, incluindo administração da medicação na própria unidade. Progressivamente, o paciente apresentou melhora significativa do quadro mental, recuperação da capacidade funcional, adesão ao seguimento clínico e controle das condições crônicas associadas.

Atualmente, o usuário encontra-se em acompanhamento regular pela Estratégia Saúde da Família, com estabilidade clínica e psiquiátrica, melhor integração social, ausência de novos episódios de crise grave e melhora expressiva da qualidade de vida. O caso evidencia o papel central da APS na identificação, coordenação do cuidado, articulação intersetorial e condução longitudinal de situações complexas envolvendo transtornos mentais graves de início tardio.

No que se refere aos aspectos éticos, foram respeitados os princípios da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A identidade do usuário foi preservada por meio da supressão de dados que possibilitem sua identificação, e o relato não implicou riscos adicionais ao cuidado prestado.

3 RESULTADOS

A experiência evidenciou que a identificação de um transtorno mental grave de início tardio no contexto da Estratégia Saúde da Família ocorreu de forma progressiva, sustentada pelo acompanhamento longitudinal e pelo conhecimento prévio do território. A observação de mudanças comportamentais ao longo do tempo, associada aos relatos da comunidade, permitiu à equipe reconhecer que se tratava de um quadro psiquiátrico grave, apesar da ausência de diagnóstico psiquiátrico formal prévio e da apresentação atípica em idade avançada.

Outro resultado relevante foi o reconhecimento dos limites do manejo exclusivo na APS diante de situações de risco elevado, ausência de insight e recusa persistente ao cuidado. A experiência mostrou que, nesses contextos, a APS desempenha papel central não apenas na assistência direta, mas também na avaliação contínua da gravidade, na tomada de decisão compartilhada e na ativação oportuna de outros pontos da rede, garantindo a segurança do usuário, da comunidade e dos profissionais envolvidos.

A articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e com instâncias jurídicas foi elemento determinante para a continuidade do cuidado. A atuação coordenada entre APS, serviços especializados e órgãos institucionais possibilitou a superação de barreiras assistenciais e viabilizou intervenções que não seriam possíveis de forma isolada. Esse processo evidenciou a importância da APS como coordenadora do cuidado e articuladora em situações complexas de saúde mental.

Por fim, o acompanhamento longitudinal após a intervenção especializada permitiu a reorganização do cuidado em regime ambulatorial, com fortalecimento do vínculo terapêutico e maior adesão ao seguimento clínico. Observou-se estabilização do quadro psiquiátrico, melhora funcional e retomada do acompanhamento regular na unidade de saúde, demonstrando que a continuidade do cuidado na APS é fundamental para a sustentação dos ganhos terapêuticos e para a melhoria da qualidade de vida em casos de transtornos mentais graves de início tardio.

4 DISCUSSÃO

4.1 IDENTIFICAÇÃO DO TRANSTORNO MENTAL GRAVE DE INÍCIO TARDIO NA APS

O presente trabalho, ao relatar a experiência de identificação e condução inicial de um transtorno mental grave de início tardio no contexto da Estratégia Saúde da Família, dialoga com um tema de elevada relevância para a saúde pública, considerando o envelhecimento populacional e a crescente carga dos transtornos mentais no Brasil e no mundo (BONADIMAN et al., 2017; WHITEFORD et al., 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde se configura como espaço estratégico para o reconhecimento precoce, o manejo inicial e a coordenação do cuidado em saúde mental, especialmente nos casos de apresentação tardia, nos quais o diagnóstico tende a ser mais complexo.

No que se refere à identificação de transtornos mentais graves de início tardio na APS, a literatura aponta que esses quadros frequentemente se manifestam de forma insidiosa, com sintomas inespecíficos e progressivos, como retraimento social, alterações do comportamento, mudanças cognitivas, ideias delirantes ou alterações perceptivas, que podem ser confundidas com processos naturais do envelhecimento ou com condições clínicas comuns nessa faixa etária (CHEN et al., 2019; COLIJN; NITTA; GROSSBERG, 2015). A APS, por meio da longitudinalidade do cuidado e do vínculo estabelecido com usuários e famílias, apresenta maior potencial para reconhecer essas mudanças ao longo do tempo, favorecendo a suspeita diagnóstica em fases iniciais.

As psicoses de início tardio constituem um grupo heterogêneo, englobando tanto transtornos psicóticos primários quanto quadros secundários a condições clínicas, neurológicas ou ao uso de substâncias e medicamentos (TAMPI et al., 2019; TAMPI et al., 2020). Estudos indicam que, em pessoas idosas, a probabilidade de etiologia secundária é significativamente maior, o que reforça a necessidade de avaliação clínica cuidadosa e investigação de causas orgânicas na APS, incluindo revisão medicamentosa e exclusão de delirium ou síndromes demenciais (KIM et al., 2022). Nesse sentido, a abordagem integral da APS contribui para uma avaliação mais abrangente, evitando diagnósticos precipitados e condutas inadequadas.

4.2 CONDUÇÃO INICIAL E LIMITES DO MANEJO NA APS

A condução inicial do caso pela equipe da Estratégia Saúde da Família deve estar fundamentada no acolhimento, na escuta qualificada e na construção compartilhada do plano de cuidado. O acolhimento, compreendido como postura ética, favorece a criação de vínculo, reduz o estigma associado aos transtornos mentais graves e aumenta a adesão dos usuários e familiares ao acompanhamento proposto (SANTOS; BOSI, 2021). A APS, enquanto porta de entrada preferencial do SUS, assume papel central na organização desse cuidado inicial, garantindo a continuidade assistencial (BRASIL, 2017).

As visitas domiciliares configuram-se como ferramenta indispensável nesse processo, pois permitem a avaliação direta das condições de vida, do funcionamento global e da dinâmica familiar, ampliando a compreensão do contexto em que o sofrimento psíquico se manifesta. Essa estratégia possibilita a identificação de fatores de risco sociais, situações de vulnerabilidade e limitações funcionais que nem sempre são perceptíveis no ambiente da unidade de saúde, fortalecendo a elaboração de intervenções mais adequadas e contextualizadas (SOUSA FILHO; FERREIRA NETO, 2021; SANTOS; BOSI, 2021).

A atuação multiprofissional e o apoio matricial também se mostram fundamentais na condução inicial dos transtornos mentais graves na APS. O apoio matricial amplia a capacidade resolutiva das equipes, promove a troca de saberes e contribui para a corresponsabilização pelo cuidado, evitando

encaminhamentos desnecessários e fragmentação da atenção (SOUZA et al., 2023). Modelos colaborativos de cuidado em saúde mental, amplamente discutidos na literatura internacional, demonstram impacto positivo na qualidade da assistência e na integração entre níveis de atenção (KATES et al., 2019; RANEY, 2013).

4.3 ARTICULAÇÃO COM A RAPS E IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO LONGITUDINAL

No que diz respeito à relevância dos atributos da APS e da articulação com as RAPS, destaca-se que a organização territorial, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado são elementos centrais para o manejo dos transtornos mentais graves de início tardio. A proximidade da equipe com o território permite conhecer a realidade social do usuário, seus vínculos comunitários e fatores estressores, possibilitando abordagem biopsicossocial mais consistente (ZORZI et al., 2024).

Nesse sentido, a articulação com a RAPS é essencial desde as fases iniciais do cuidado. A APS deve atuar como coordenadora da rede, mantendo o acompanhamento longitudinal mesmo quando há necessidade de atenção especializada, como nos Centros de Atenção Psicossocial. Essa articulação está alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propõe superação do modelo hospitalocêntrico e fortalecimento do cuidado territorial e comunitário (BRASIL, 2017; KOHN et al., 2018).

Além disso, a participação da família e da comunidade constitui atributo fundamental da APS no cuidado em saúde mental. Estratégias coletivas, como grupos de convivência e ações comunitárias, fortalecem redes de apoio, promovem inclusão social e contribuem para a redução do estigma associado aos transtornos mentais graves (ZORZI et al., 2024). Essas ações reforçam o caráter comunitário da APS e sua capacidade de promover cuidado contínuo e humanizado.

Dessa forma, a experiência discutida evidencia que a identificação e a condução inicial de transtornos mentais graves de início tardio na Estratégia Saúde da Família são processos complexos, que demandam escuta qualificada, abordagem integral e articulação efetiva com as RAPS. O fortalecimento dos atributos da APS e do trabalho em rede mostra-se essencial para garantir cuidado oportuno, contínuo e alinhado aos princípios do SUS, contribuindo para a melhoria da atenção em saúde mental no contexto brasileiro.

Outro aspecto relevante na identificação de transtornos mentais graves de início tardio na APS refere-se ao impacto do estigma associado à saúde mental, que pode atrasar a procura por cuidado e dificultar a verbalização dos sintomas pelos próprios usuários e familiares. Em pessoas idosas, crenças culturais que associam alterações comportamentais ao envelhecimento normal pode contribuir para a naturalização de sinais de alerta, retardando a intervenção profissional. Nesse contexto, a APS desempenha papel educativo fundamental, ao promover ações de sensibilização, desmistificação dos

transtornos mentais e estímulo à busca por cuidado oportuno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; ZORZI et al., 2024).

A sobreposição entre transtornos mentais graves e condições clínicas crônicas também merece destaque. No envelhecimento, a coexistência de doenças como diabetes, hipertensão, dislipidemia e outras condições prevalentes pode interferir na apresentação clínica dos quadros psiquiátricos, além de influenciar negativamente a adesão ao tratamento. A integralidade do cuidado na APS permite abordar simultaneamente saúde mental e condições clínicas, evitando fragmentação da assistência e contribuindo para melhores desfechos funcionais e qualidade de vida (BONADIMAN et al., 2017; TORRES et al., 2023).

A longitudinalidade do cuidado, atributo central da ESF, possibilita o acompanhamento contínuo da evolução clínica, o monitoramento da resposta terapêutica e a detecção precoce de recaídas ou agravamentos. Esse acompanhamento ao longo do tempo é especialmente relevante nos transtornos mentais graves de início tardio, cuja evolução pode ser flutuante e demandar ajustes frequentes no plano terapêutico. A presença de uma equipe de referência favorece a continuidade do cuidado e reduz a descontinuidade assistencial, problema frequentemente observado em sistemas de saúde fragmentados (BRASIL, 2017; KATES et al., 2019).

No âmbito da condução inicial, a tomada de decisão compartilhada entre profissionais, usuários e familiares assume papel estratégico. O envolvimento da família no cuidado contribui para maior compreensão do quadro, melhor adesão às orientações propostas e fortalecimento da rede de apoio informal. A APS, por sua proximidade com o território e com os núcleos familiares, encontra-se em posição privilegiada para facilitar esse processo, promovendo corresponsabilização e cuidado centrado na pessoa (SANTOS; BOSI, 2021; SOUSA FILHO; FERREIRA NETO, 2021).

Por fim, destaca-se que o manejo adequado dos transtornos mentais graves de início tardio na APS pode contribuir para a redução da lacuna de tratamento em saúde mental, ainda expressiva no contexto brasileiro e latino-americano. A qualificação das equipes, o fortalecimento do apoio matricial e a articulação efetiva com a Rede de Atenção Psicossocial são estratégias fundamentais para ampliar o acesso, reduzir internações evitáveis e promover cuidado territorializado, contínuo e humanizado, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica (KOHN et al., 2018; BRASIL, 2017; RANEY, 2013).

5 CONCLUSÃO

A experiência apresentada evidencia que os transtornos mentais graves de início tardio permanecem sub-reconhecidos nos serviços de saúde, apesar de seu impacto expressivo sobre a funcionalidade, a segurança e a qualidade de vida das pessoas idosas. A identificação desses quadros exige sensibilidade clínica para reconhecer mudanças comportamentais progressivas e valorizar a

história de vida do usuário, sobretudo em contextos nos quais os sintomas podem ser erroneamente atribuídos ao envelhecimento ou a condições clínicas associadas.

O caso relatado demonstra que a Estratégia Saúde da Família dispõe de condições privilegiadas para a identificação precoce de situações de maior gravidade, mesmo diante de apresentações clínicas atípicas e de dificuldades iniciais no estabelecimento de vínculo. O acompanhamento longitudinal, o conhecimento do território e a proximidade com a comunidade permitiram à equipe monitorar a evolução do quadro, identificar riscos e sustentar decisões clínicas ao longo do tempo, reafirmando o papel da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado.

A condução do caso também destaca a relevância da articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial, especialmente quando as demandas ultrapassam a capacidade de manejo exclusivo da APS. A comunicação entre os serviços, a coordenação do cuidado e o apoio institucional mostraram-se fundamentais para garantir intervenções seguras, bem como para assegurar a continuidade do acompanhamento após a atenção especializada, evitando a fragmentação da assistência.

Por fim, reforça-se que o cuidado em saúde mental na APS deve ir além do manejo clínico dos sintomas, incorporando os determinantes sociais, familiares e territoriais envolvidos no processo de adoecimento psíquico. Nesse sentido, o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado em saúde mental mostra-se estratégico para enfrentar os desafios impostos pelos transtornos mentais graves de início tardio em um cenário de envelhecimento populacional, contribuindo para uma atenção integral, contínua e centrada nas necessidades das pessoas idosas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, às pessoas acompanhadas ao longo desta trajetória, em especial às pessoas idosas em sofrimento psíquico, que confiaram suas histórias, suas fragilidades e seus silêncios. Foram elas que deram sentido a este trabalho e que, cotidianamente, reafirmaram a importância de uma prática em saúde pautada na escuta, no respeito e na dignidade.

Aos colegas residentes, preceptores e profissionais da Atenção Primária à Saúde, agradeço pela convivência, pelas trocas constantes e pelo aprendizado construído no território, nos atendimentos compartilhados e no trabalho em equipe. Cada encontro contribuiu para a consolidação de uma prática mais crítica, humana e comprometida com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Agradeço à equipe multiprofissional e aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, cuja articulação foi fundamental para o cuidado integral e para a construção de respostas possíveis diante da

complexidade dos casos vivenciados. O trabalho em rede mostrou-se essencial para ampliar olhares e sustentar o cuidado ao longo do tempo.

À minha família e às pessoas que caminharam comigo durante a residência, agradeço pelo apoio, pela compreensão diante das ausências e pelo incentivo nos momentos de cansaço e dúvida. O suporte afetivo foi indispensável para atravessar esse processo formativo intenso.

Por fim, agradeço ao Serviço de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UniEvangélica, que não apenas qualificou minha formação profissional, mas também transformou minha forma de olhar o cuidado, o território e as pessoas. Encerrar esse ciclo representa, ao mesmo tempo, um fim e o início de um compromisso permanente com a Atenção Primária à Saúde e com o cuidado integral em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. BONADIMAN, C. S. C. et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: estudo de carga global de doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, supl. 1, p. 191–204, 2017. doi:10.1590/1980-5497201700050016.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
3. CHEN, Y. et al. Patterns of symptoms before a diagnosis of first episode psychosis: a latent class analysis of UK primary care electronic health records. *BMC Medicine*, v. 17, n. 1, p. 227, 2019. doi:10.1186/s12916-019-1462-y.
4. COLIJN, M. A.; NITTA, B. H.; GROSSBERG, G. T. Psychosis in later life: a review and update. *Harvard Review of Psychiatry*, v. 23, n. 5, p. 354–367, 2015. doi:10.1097/HRP.0000000000000075.
5. KATES, N. et al. Collaborative mental health care in Canada: looking back and looking ahead. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 64, n. 1, p. 18–26, 2019. doi:10.1177/0706743718820743.
6. KIM, K. et al. Clinical approaches to late-onset psychosis. *Journal of Personalized Medicine*, v. 12, n. 3, p. 381, 2022. doi:10.3390/jpm12030381.
7. KOHN, R. et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, e165, 2018. doi:10.26633/RPSP.2018.165.
8. MAGLIONE, J. E.; THOMAS, S. E.; JESTE, D. V. Late-onset schizophrenia: do recent studies support categorizing LOS as a subtype of schizophrenia? *Current Opinion in Psychiatry*, v. 27, n. 3, p. 173–178, 2014. doi:10.1097/YCO.0000000000000049.
9. NÓBREGA, T. D. et al. A importância da atenção primária à saúde no reconhecimento e na abordagem terapêutica da depressão em idosos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 20, n. 47, e4580, 2025. doi:10.5712/rbmfc20(47)4580.
10. RANEY, L. Integrated care: the evolving role of psychiatry in the era of health care reform. *Psychiatric Services*, v. 64, n. 11, p. 1076–1078, 2013. doi:10.1176/appi.ps.201300311.
11. SANTOS, R. C.; BOSI, M. L. M. Saúde mental na atenção básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1739–1748, 2021. doi:10.1590/1413-81232021265.06162019.
12. SOUSA FILHO, C. de; FERREIRA NETO, J. L. Transtornos mentais graves na atenção básica: experiências de profissionais de equipes da saúde da família. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 13, n. 3, p. 45–56, jul./set. 2021. doi:10.20435/pssa.v13i3.1373.
13. SOUZA, K. O. N. et al. O sofrimento mental grave na saúde da família: uma experiência de apoio matricial na qualificação do cuidado integral. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 1–13, 2023. doi:10.18310/2446-4813.2023v9n3.4204.
14. TAMPI, R. R. et al. Psychotic disorders in late life: a narrative review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, v. 9, p. 2045125319882798, 2019. doi:10.1177/2045125319882798.

15. TAMPI, R. R. et al. Psychosis in late life: a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 17, p. 6221, 2020. doi:10.3390/ijerph17176221.
16. TORRES, S. et al. Transtorno mental comum em populações assistidas pela atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 4, e31040515, 2023. doi:10.1590/1414-462X202331040515.
17. VYAS, N. S.; GOGTAY, N. Early detection and treatment of early-onset schizophrenia-like psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, v. 202, n. 2, p. 92–99, 2013. doi:10.1192/bjp.bp.112.115204.
18. WHITEFORD, H. A. et al. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*, v. 10, n. 2, e0116820, 2015. doi:10.1371/journal.pone.0116820.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: WHO, 2022.
20. ZORZI, V. N. et al. Promoção de saúde mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 28, e230447, 2024. doi:10.1590/1807-57622023.230447.