



PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR CON URGENCIAS NEUROPSIQUIÁTRICAS: ESTUDIO CUALITATIVO*

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA COM URGÊNCIAS NEUROPSIQUIÁTRICAS: ESTUDO QUALITATIVO

HEALTH PROFESSIONALS' PERCEPTIONS OF CARE FOR OLDER ADULTS WITH NEUROPSYCHIATRIC EMERGENCIES: A QUALITATIVE STUDY

José Uilson Ferreira Galindo Júnior¹

Mariane Lorena Souza Silva¹

Emerson Tiago da Silva Alves¹

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho¹

ORCID: 0000-0003-0810-0324

ORCID: 0009-0002-4137-2137

ORCID: 0000-0002-5983-9914

ORCID: 0000-0002-2911-324x

¹ Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação Profissional em Gerontologia. João Pessoa, PB, Brasil.

Cómo citar: Galindo Júnior JUF, Silva MLS, Alves ETS, Carvalho MAP. Health professionals' perceptions of care for older adults with neuropsychiatric emergencies: a qualitative study. Online Braz J Nurs. 2026;25(1):e20266983. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20266983>

RESUMO

Objetivo: Compreender as percepções de profissionais de saúde sobre os desafios e potencialidades no atendimento à pessoa idosa com urgência neuropsiquiátrica em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado com 15 profissionais de saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento de João Pessoa, Paraíba, no período de março a junho de 2024. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra, e analisados pelo software IRAMUTEQ com base na Classificação Hierárquica Descendente, ancorada na análise de conteúdo temático-categorial de Bardin. **Resultados:** Emergiram quatro categorias temáticas: (1) Dificuldade no manejo clínico; (2) Ausência de protocolos e lacunas formativas; (3) Abertura para tecnologias educativas; e (4) Propostas de qualificação da assistência, como capacitações regulares e integração com a Rede de Atenção Psicossocial. **Conclusão:** Evidenciam-se desafios assistenciais e o "vazio normativo" no atendimento neuropsiquiátrico. A insegurança clínica e a desarticulação da rede exigem protocolos e formação continuada. O engajamento profissional e a reestruturação organizacional são fundamentais para garantir a segurança da pessoa idosa.

Descritores: Saúde Mental; Saúde do Idoso; Serviços Médicos de Emergência; Serviços de Emergência Psiquiátrica.

ABSTRACT

Objective: To understand health professionals' perceptions regarding the challenges and potential in caring for older adults with neuropsychiatric emergencies in an Emergency Care Unit. **Method:** A qualitative, exploratory, and descriptive study conducted with 15 health professionals at an Emergency Care Unit in João Pessoa, Paraíba, from March to June 2024. Data were gathered through individual semi-structured interviews, recorded and transcribed in full, and analyzed using the IRAMUTEQ software based on Descending Hierarchical Classification, anchored in Bardin's thematic-categorical content analysis. **Results:** Four thematic categories emerged: (1) Difficulty in clinical management; (2) Absence of protocols and educational gaps; (3) Openness to educational technologies; and (4) Proposals for care qualification, such as regular training and integration with the Psychosocial Care Network. **Conclusion:** Care challenges and a "normative vacuum" in neuropsychiatric care are evident. Clinical insecurity and network fragmentation demand protocols and continuing education. Professional engagement and organizational restructuring are essential to ensure older adults' safety.

Descriptors: Mental Health; Health of the Elderly; Emergency Medical Services; Psychiatric Emergency Services.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las percepciones de los profesionales de salud sobre los desafíos y potencialidades en la atención a la persona mayor con urgencia neuropsiquiátrica en una Unidad de Pronto Atención. **Método:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, realizado con 15 profesionales de salud en una Unidad de Pronto Atención de João Pessoa, Paraíba, en el período de marzo a junio de 2024. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas individuales semiestruturadas, grabadas y transcritas en su totalidad, y se analizaron con el software IRAMUTEQ a partir de la Clasificación Jerárquica Descendente, anclada en el análisis de contenido temático-categorial de Bardin. **Resultados:** Emergieron cuatro categorías temáticas: (1) Dificultad en el manejo clínico; (2) Ausencia de protocolos y brechas formativas; (3) Apertura a tecnologías educativas; y (4) Propuestas de cualificación de la asistencia, como capacitaciones regulares e integración con la Red de Atención Psicossocial. **Conclusión:** Se evidencian desafíos asistenciales y el "vacío normativo" en la atención neuropsiquiátrica. La inseguridad clínica y la desarticulación de la red exigen protocolos y formación continuada. El compromiso profesional y la reestructuración organizacional son fundamentales para garantizar la seguridad de la persona mayor.

Descriptores: Salud Mental; Salud del Anciano; Servicios Médicos de Urgencia; Servicios de Urgencia Psiquiátrica.

Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)
Carlos Jordão de Assis Silva (ORCID: 0000-0002-9575-9030)

Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF
Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil
Correo electrónico de la revista: objn.cme@id.uff.br

Autor correspondiente:

José Uilson Ferreira Galindo Júnior
Correo electrónico: juniorg_17@icloud.com

Lo que ya se sabe:

- El envejecimiento poblacional aumenta la demanda en salud mental, convirtiendo a las Unidades de Pronto Atención (UPA) en puertas de entrada estratégicas para la persona mayor con urgencias neuropsiquiátricas.
- Los profesionales de urgencia enfrentan inseguridad clínica en el manejo geriátrico debido a la ausencia de protocolos asistenciales sistematizados y directrices institucionales claras.
- Las brechas en la formación académica y la desarticulación con la Red de Atención Psicosocial (RAPS) dificultan la continuidad del cuidado y la integralidad de la asistencia.

Lo que este artículo aporta:

- Mapea barreras reales como el "vacío normativo", en el que la asistencia depende exclusivamente de la experiencia individual, generando riesgo de errores y conductas fragmentadas.
- Identifica el alto compromiso y la receptividad del equipo a las tecnologías educativas digitales como herramientas estratégicas de soporte inmediato a la decisión clínica segura.
- Proporciona subsidios prácticos para la creación de flujogramas operacionales que reducen la iatrogenia diagnóstica y fortalecen la seguridad de la persona mayor en las unidades de urgencia.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es una de las transformaciones demográficas más expresivas del siglo XXI, generando impactos profundos en los sistemas de salud globales. En Brasil, esta transición es acelerada: las proyecciones del IBGE indican que, hasta 2050, el número de personas de 60 años o más superará los 58 millones, representando cerca del 26 % de la población total del país. Este escenario exige modelos de cuidado capaces de responder a la complejidad clínica inherente a este grupo etario⁽¹⁾.

Actualmente, las personas mayores representan más del 30 % de las atenciones en las Unidades de Pronto Atención (UPAs) en Brasil⁽²⁾. Entre las principales causas de búsqueda de estos servicios, se destacan los trastornos neuropsiquiátricos, como demencias, *delirium* y episodios psicóticos agudos, que afectan a cerca del 20 % de esta población y representan una porción significativa de las admisiones en urgencia y emergencia^(3,4).

Aunque las UPAs sean puertas de entrada estratégicas, la literatura señala que los profesionales enfrentan dificultades en el reconocimiento precoz de los síntomas e inseguridad en el manejo clínico. Tales fragilidades se ven agravadas por la ausencia de protocolos asistenciales sistematizados y por brechas en la formación académica, dado que menos del 30 % de los currículos de grado en salud incluyen contenidos estructurados sobre salud mental geriátrica^(4,5).

En el contexto de las políticas públicas, la Red de Atención Psicosocial (RAPS) organiza el cuidado en salud mental, posicionando a las UPAs como componentes esenciales para la acogida y la estabilización de crisis⁽⁶⁾. Sin embargo, la fragmentación entre las unidades de urgencia y los demás puntos de la red, como los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), compromete la continuidad de la asistencia. Esta desarticulación evidencia la necesidad apremiante de estrategias de educación permanente para los equipos de la línea de frente^(6,7).

La alta rotatividad profesional y la escasez de tiempo para capacitaciones presenciales hacen que las estrategias de educación permanente contextualizadas emerjan como herramientas prometedoras. Recursos como guías digitales y flujogramas pueden ofrecer soporte técnico-científico en tiempo real, facilitando la toma de decisiones clínicas seguras. No obstante, el desarrollo de estas soluciones requiere una comprensión profunda de los desafíos reales

experimentados por los trabajadores⁽⁷⁻⁹⁾.

Este estudio se fundamenta en la relevancia de calificar la asistencia geriátrica en el ámbito del Sistema Único de Salud, alineándose con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 — Salud y Bienestar, de la Agenda 2030, que preconiza la promoción de la salud mental y del bienestar en todas las edades. Además, la investigación atiende a la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud (ANPPS) del Ministerio de Salud, insertándose específicamente en el eje temático de Salud de la Persona Mayor y, transversalmente, en el de Salud Mental, que busca subsidios para el enfrentamiento de los desafíos del envejecimiento poblacional^(10,11).

Ante la necesidad de evaluar el escenario asistencial de las urgencias neuropsiquiátricas en la persona mayor y considerando el papel primordial de los profesionales de salud de la línea de frente en este proceso, este estudio tuvo como objetivo comprender las percepciones de los profesionales de salud sobre los desafíos y potencialidades en la atención a la persona mayor con urgencia neuropsiquiátrica en una UPA.

MÉTODOS

Se trata de un estudio cualitativo, de carácter analítico, que constituye un recorte de una tesis de maestría desarrollada en el Programa de Posgrado en Gerontología de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB). El estudio se concentra en la dimensión diagnóstica de las percepciones profesionales sobre el escenario asistencial y fue conducido y reportado según las recomendaciones de la lista de verificación *Consolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ)⁽¹²⁾.

La investigación se condujo en una UPA de porte II, en funcionamiento las 24 horas del día, ubicada en João Pessoa, Paraíba. La unidad atiende a una población de aproximadamente 200 mil habitantes, con un promedio de 600 atenciones diarias. Su estructura física comprende: salas de clasificación de riesgo, consultorios médicos, sectores de observación, sala roja, sala amarilla, sala verde y pediatría, además de laboratorio, radiología y farmacia. El equipo multiprofesional está compuesto por cerca de 400 profesionales de salud.

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo intencional por conveniencia, adoptando los siguientes criterios de inclusión: ser profesional de salud (médico,

enfermeiro o técnico de enfermería); estar en actividad regular en la UPA desde hace al menos seis meses; y actuar directamente en la atención clínica a la persona mayor. Se excluyó a los profesionales apartados por licencia médica o vacaciones durante el período de recolección, así como a aquellos que actuaban exclusivamente en el sector de pediatría. El número de participantes fue definido por el criterio de saturación teórica de los datos^(13,14), entendido como el momento en que las entrevistas subsiguientes dejan de aportar nuevos elementos temáticos al *corpus* de análisis, volviendo la continuidad de la recolección analíticamente redundante. Aplicado este criterio, la muestra final estuvo compuesta por 15 profesionales de salud.

La recolección ocurrió entre marzo y junio de 2024, por medio de entrevistas individuales en profundidad, previamente agendadas y conducidas por el investigador principal (maestrando). Se utilizó un guion semiestructurado que contenía preguntas abiertas sobre: prácticas asistenciales ante las urgencias neuropsiquiátricas en la persona mayor; dificultades y facilidades en el manejo clínico; percepción sobre la formación profesional para este tipo de atención; sugerencias para la cualificación de la asistencia; y percepción sobre las demandas de soporte técnico-científico y estrategias de apoyo a la decisión clínica en el contexto de la urgencia. Previamente a la entrevista, se aplicó un cuestionario sociodemográfico y profesional para la caracterización de los participantes, abarcando las variables: sexo, grupo etario, estado civil, ingresos familiares, categoría profesional, escolaridad, tiempo de actuación en la UPA, régimen de trabajo y tipo de vínculo institucional.

Las entrevistas se realizaron presencialmente, en un ambiente reservado en la propia unidad, con una duración promedio de 35 minutos. Fueron grabadas en audio mediante la autorización de los participantes, formalizada por el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE). Las grabaciones se transcribieron en su totalidad, totalizando 138 páginas de material textual, y se sometieron a una lectura exhaustiva para la verificación de la fidelidad entre el audio y el texto transcripto.

Para la exploración del material, se utilizó el *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) como herramienta de apoyo al análisis cualitativo, con el fin de identificar núcleos de sentido, elementos de contexto y categorías temáticas. Los hallazgos se interpretaron posteriormente a la luz del análisis de contenido temático-categorial de Bardin⁽²⁰⁾, permitiendo una comprensión profunda de los sentidos emergentes. Para preservar la identidad de los participantes, los relatos se identificaron con la letra "P" seguida de una numeración secuencial (P1, P2... P15).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB), bajo el CAAE nº 79796524.1.0000.5188 y el Dictamen nº 6.869.487, de conformidad con las directrices de la Resolución nº 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS). Todos los participantes firmaron el TCLE antes de iniciar las entrevistas.

RESULTADOS

Participaron del estudio 15 profesionales de salud. En cuanto al perfil sociodemográfico, hubo un predominio del sexo femenino (n=10; 66,7 %). Respecto a la composición del equipo, la muestra estuvo integrada por siete enfermeros (46,7 %), cinco médicos (33,3 %) y tres técnicos de enfermería (20,0 %). En lo que se refiere a la experiencia profesional en el escenario del estudio, se observó que seis profesionales (40,0 %) actuaban en la UPA entre uno y tres años, mientras que cinco (33,3 %) poseían más de tres años de servicio y cuatro (26,7 %) estaban en la unidad desde hace menos de un año. La mayoría ejercía actividades en régimen de guardias (80,0 %) y poseía un vínculo contractual temporal (53,3 %).

El análisis lexicométrico procesó 159 segmentos de texto, reteniendo el 78,74 % del material para la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD), la cual reveló que la atención está permeada por barreras críticas, como la ausencia de protocolos clínicos (n=13), la falta de entrenamiento específico (n=12) y la inseguridad en la conducta (n=11). Otros factores, como la sobrecarga de trabajo y la desarticulación con la RAPS, también emergieron como obstáculos para la fluidez del cuidado. A partir de la CHD, los discursos se organizaron en cuatro categorías temáticas que reflejan los sentidos construidos sobre la asistencia.

Inseguridad y desafíos en el manejo clínico

La comprensión de los profesionales sobre el manejo de las urgencias neuropsiquiátricas revela una práctica permeada por incertidumbres diagnósticas. La identificación de condiciones como trastorno de ansiedad, depresión y *delirium* se ve dificultada por la presentación clínica atípica en las personas mayores, en donde los síntomas psíquicos son enmascarados frecuentemente por quejas físicas o somatizaciones. Esta "invisibilidad" de los trastornos mentales exige una escucha cualificada que al equipo se le dificulta ejercer en el flujo dinámico de la urgencia.

Muchas veces el acompañante no relata directamente problemas como depresión, sino quejas como 'no está comiendo' o 'está durmiendo demasiado'. (P7)

Los síntomas físicos frecuentemente son reflejos de cuestiones emocionales no tratadas. (P10)

Adicionalmente, la alta demanda asistencial y la sobrecarga de trabajo en las UPAs surgen como barreras críticas para una evaluación detallada. El compromiso cognitivo de muchas personas mayores, como en los casos de enfermedad de Alzheimer o confusión mental aguda, torna la anamnesis un proceso complejo, exigiendo tiempo y herramientas de triaje que no siempre están disponibles en el turno.

A veces uno no sabe si es brote, demencia, ansiedad... Se queda inseguro. (P3)

El diagnóstico se ve dificultado por la falta de tiempo y por la ausencia de herramientas específicas para identificar rápidamente el problema. (P11)

La cantidad de pacientes que atendemos en un único turno es enorme. Eso nos obliga a ser rápidos, y no siempre conseguimos dar la atención necesaria a casos más complejos. (P12)

Brechas formativas y la ausencia de directrices

Los relatos evidencian un escenario de desamparo institucional, en el que la ausencia de protocolos clínicos sistematizados para la salud mental geriátrica obliga a los profesionales a actuar basándose en experiencias individuales. Este "vacío normativo" resulta en conductas heterogéneas y genera el miedo constante de cometer errores iatrogénicos o realizar intervenciones inadecuadas, como la medicalización excesiva sin soporte diagnóstico.

No hay protocolo, cada uno actúa como le parece mejor. ¡Uno va intentando! (P1)

Muchos de nosotros no recibimos una formación profunda en salud mental durante el grado, lo que nos deja inseguros en situaciones complejas como el manejo del delirium. (P4)

La carencia de capacitación continuada y la falta de soporte especializado en tiempo real agravan la sensación de limitación de los equipos de primera línea. Los profesionales perciben que las capacitaciones ofrecidas rara vez se contextualizan a la realidad dinámica de las UPAs, enfocándose en modelos que no consideran la rotatividad y la presión por resolutivez rápida inherentes al servicio de urgencia.

Los entrenamientos disponibles son esporádicos y no siempre están enfocados en nuestra realidad de la UPA. (P6)

Nuestro mayor desafío es lidiar con situaciones que involucran alteraciones de comportamiento en personas mayores sin contar con soporte especializado. (P9)

Sin recursos como escalas de evaluación o protocolos definidos, muchas veces necesitamos actuar basándonos en nuestras percepciones y experiencia, lo que puede llevar a errores. (P10)

Demandas de soporte técnico y estrategias de apoyo

La necesidad de herramientas que ofrezcan objetividad y rapidez en la toma de decisiones es un punto de convergencia entre los discursos. Ante la escasez de tiempo, los profesionales demuestran una alta receptividad hacia las tecnologías digitales que traduzcan evidencias científicas en flujogramas y orientaciones prácticas de fácil acceso a pie de cama.

Las guías digitales han sido una buena herramienta para proporcionar orientaciones rápidas durante la atención, especialmente cuando no tenemos mucho tiempo. (P2)

Muchas veces, es la rapidez en la toma de decisiones la que marca la diferencia en la atención a pacientes con síntomas neuropsiquiátricos. (P5)

La integración de recursos como libros electrónicos (*e-books*), aplicaciones y algoritmos de decisión rápida se percibe como una estrategia capaz de mitigar la inseguridad profesional. Estas herramientas no solo se consideran medios de consulta, sino soportes esenciales para fundamentar las conductas clínicas y garantizar la seguridad del paciente en entornos de alta presión asistencial.

Con el uso de las herramientas tecnológicas, conseguimos garantizar que las decisiones tomadas sean más rápidas y fundamentadas. (P8)

El uso de aplicaciones en nuestro día a día ha facilitado bastante la identificación de síntomas y el manejo... Conseguimos acceder a protocolos actualizados de forma rápida. (P11)

Un libro electrónico con un flujograma ayudaría mucho. Necesitamos algo simple y práctico. (P15)

Propuestas para la cualificación de la asistencia

Los participantes sugieren que la mejora de la calidad asistencial depende de la estructuración de equipos multiprofesionales que incluyan el soporte de salud mental en el cotidiano de la UPA. La inclusión de profesionales de psicología, sumada a capacitaciones regulares en gerontología, se señala como esencial para transformar la acogida y la resolutivez de los casos.

Con capacitación, apoyo y material, sería posible brindar una mejor atención. (P7)

Capacitar al equipo en geriatría y salud mental geriátrica contribuiría significativamente a la calidad de la atención prestada. (P11)

La inclusión de un servicio de psicología en la unidad es esencial para mejorar la atención a este perfil de pacientes. (P13)

Por último, la organización de los flujos de atención y la integración efectiva con la RAPS emergen como propuestas para superar la fragmentación del cuidado. La creación de protocolos claros de derivación y de puntuaciones de evaluación que consideren la complejidad física y emocional de la persona mayor constituye un camino esencial para asegurar una atención más humanizada y continua.

Desarrollar una puntuación para evaluar el sufrimiento de la persona mayor, considerando aspectos físicos y emocionales, podría mejorar la asistencia. (P9)

Sería ideal contar con protocolos claros para identificar, manejar y derivar a pacientes con urgencias neuropsiquiátricas. (P15)

DISCUSIÓN

El envejecimiento poblacional acelerado en Brasil impone a las UPAs el desafío de actuar como puerta de entrada estratégica para las crisis neuropsiquiátricas, aunque estas unidades hayan sido diseñadas para urgencias clínicas generales. Los hallazgos de este estudio revelan un escenario asistencial complejo, en el que la percepción de los

profesionales converge hacia un estado de vulnerabilidad tanto de la persona mayor como del equipo de salud^(2,3). Esta fragilidad es alimentada por una demanda creciente que no encuentra respaldo en protocolos institucionales específicos, lo que resulta en una asistencia frecuentemente fragmentada y reactiva⁽⁷⁾.

La inseguridad profesional en el manejo clínico emergió como el núcleo temático más denso, siendo justificada, en parte, por el tiempo de experiencia de los participantes en el escenario del estudio. Se observó que el 40 % de la muestra poseía entre uno y tres años de actuación en la unidad, lo que sugiere que la escasa vivencia en servicios de alta rotatividad y complejidad asistencial impacta negativamente en la confianza durante la toma de decisiones clínicas. En la gerontología, la inseguridad es un factor de riesgo para el error diagnóstico, especialmente en casos que exigen discernimiento más allá de los síntomas físicos tradicionales⁽²³⁾.

Uno de los puntos más críticos discutidos por los profesionales es lo que se puede denominar "vacío normativo", caracterizado por la ausencia de protocolos clínicos sistematizados para la salud mental geriátrica en las UPAs. La inexistencia de directrices obliga al profesional a actuar basándose en su percepción individual o experiencia previa, lo que favorece conductas heterogéneas y potencialmente inseguras⁽⁶⁾. Los estudios indican que la falta de estandarización está asociada a mayores tasas de medicalización excesiva, contención física indebida y reingresos precoces, perjudicando la autonomía de la persona mayor⁽²²⁾.

En el campo de los trastornos cognitivos, el delirium se destaca como una emergencia frecuentemente negligenciada, permaneciendo subdiagnosticado en más del 60 % de los casos atendidos en urgencias⁽¹⁶⁾. Los relatos indican que la ausencia de herramientas de triaje rápidas y validadas, como el *Confusion Assessment Method* (CAM), impide la identificación precoz de este síndrome, que a menudo es precipitado por causas orgánicas reversibles, como las infecciones. El subdiagnóstico del delirium es alarmante, ya que está directamente vinculado al declive funcional acelerado y a la elevada mortalidad hospitalaria^(16,17).

Paralelamente, los trastornos de ansiedad en la persona mayor representan un desafío diagnóstico singular debido a que se manifiestan, frecuentemente, por medio de quejas somáticas como disnea, palpitaciones, mareos y dolor torácico. Esta "máscara física" induce al equipo a priorizar investigaciones cardiológicas o neurológicas extensas, desatendiendo a menudo el sufrimiento psíquico subyacente^(17,18). Además, un estudio⁽¹⁹⁾ resalta que la incorporación de instrumentos como el *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) en los flujos de la UPA facilitaría la diferenciación entre las crisis ansiosas y los eventos orgánicos agudos, optimizando el uso de recursos y el tiempo de atención.

Esta brecha en la identificación de síntomas es reflejo de un déficit histórico en la formación académica, en el que menos del 30 % de los currículos de grado en salud incluyen contenidos estructurados sobre salud mental geriátrica⁽⁴⁾. La falta de preparación académica perpetúa el estigma de que los síntomas neuropsiquiátricos son consecuencias naturales del envejecimiento, lo que retarda intervenciones cruciales y compromete la humanización del cuidado. La

educación permanente surge, por lo tanto, no solo como una necesidad de actualización técnica, sino como una estrategia para reformular actitudes y prejuicios frente a la persona mayor en crisis⁽¹⁷⁾.

Un elemento innovador aportado por el análisis cualitativo fue la dualidad del rol del acompañante en el proceso de cuidar. Si, por un lado, este es la principal fuente de historia clínica para las personas mayores con déficit cognitivo, por otro, puede actuar como una barrera comunicacional al omitir información o inhibir la expresión del paciente. En contextos de sospecha de violencia interpersonal, la presencia del acompañante puede encubrir abusos, exigiendo que el equipo de salud desarrolle habilidades de escucha cualificada y observación no verbal para garantizar la seguridad y la integridad de la persona mayor⁽²³⁾.

La desarticulación de la RAPS también fue señalada como una barrera para la continuidad del cuidado. Aunque las UPAs integran formalmente la red, la fragmentación en la comunicación con los CAPS hace que la atención de urgencia sea frecuentemente un evento aislado, sin el seguimiento ambulatorio necesario tras el alta. El fortalecimiento de los flujos de derivación es esencial para reducir la "puerta giratoria" de los servicios de urgencia y garantizar que la persona mayor reciba el apoyo multidisciplinario adecuado en su territorio⁽⁶⁾.

Ante la alta rotatividad de profesionales y la escasez de tiempo para capacitaciones presenciales, las tecnologías educativas digitales emergen como soluciones viables y bien aceptadas por la línea de frente⁽⁷⁾. La receptividad hacia recursos como libros electrónicos (e-books) y algoritmos de decisión rápida señala un deseo de herramientas que ofrezcan soporte técnico-científico a pie de cama, de forma simple y práctica⁽¹⁶⁾. Tales tecnologías tienen el potencial de mitigar la inseguridad profesional, transformando la rutina de la UPA en un espacio de aprendizaje continuo y fundamentado en evidencias.

La cualificación de la asistencia depende de un enfoque integrado que combine la estandarización de conductas, el uso de tecnologías de apoyo y la sensibilización de los equipos hacia las particularidades del envejecimiento. Solo mediante una red articulada y equipos técnicamente respaldados será posible asegurar la dignidad y la resolutivez en el cuidado de la persona mayor en las urgencias brasileñas. Los estudios sobre servicios hospitalarios han demostrado que las inversiones en educación permanente estructurada presentan mejores indicadores de seguridad del paciente, menor tasa de errores diagnósticos y mayor satisfacción profesional⁽⁷⁾.

Las herramientas digitales de apoyo a la decisión clínica, cuando se desarrollan basándose en las necesidades reales de los profesionales, presentan un elevado potencial de adhesión y efectividad, especialmente en contextos de alta rotatividad y sobrecarga asistencial, características inherentes a las UPAs^(7,8).

Una revisión sistemática realizada en el escenario internacional identificó que las intervenciones educativas basadas en tecnología digital para profesionales de salud que actúan con personas mayores en urgencia y emergencia resultaron en una mejora significativa en el reconocimiento precoz de síndromes geriátricos, incluyendo delirium, demencia y estados ansiosos agudos, con un impacto positivo

en los desenlaces clínicos de los pacientes⁽¹⁶⁾.

Las propuestas sistematizadas por los participantes para la mejora de la atención fueron capacitaciones regulares, construcción de protocolos institucionales e integración efectiva con la RAPS. Esto evidencia que los profesionales no solo reconocen las fragilidades del sistema, sino que poseen claridad sobre las intervenciones necesarias para su superación. Este repertorio propositivo de los profesionales es, en sí mismo, un dato cualitativo de alto valor, ya que señala compromiso y disposición para el cambio, condiciones indispensables para el éxito de cualquier estrategia de educación permanente⁽⁷⁾.

La integración con la RAPS, en particular, merece especial atención. La Política Nacional de Salud Mental, prevista en la Ley nº 10.216/2001 y operacionalizada por la Ordenanza GM/MS nº 3.088/2011, instituye la red de atención en salud mental, teniendo a las UPAs como componente estratégico de la atención a las situaciones de crisis. Sin embargo, los relatos de los participantes señalan que dicha integración permanece fragilizada en la práctica, con dificultades en la derivación adecuada de los casos, en la comunicación entre los servicios y en la garantía de la continuidad del cuidado tras la atención de urgencia^(5,6).

En última instancia, el compromiso propositivo identificado entre los profesionales de la línea de frente señala que la transformación de las prácticas es viable, siempre que esté respaldada por esfuerzos conjuntos entre la gestión y los trabajadores para instituir procesos de educación permanente y flujogramas operacionales claros. Solo mediante una red articulada y equipos institucionalmente respaldados será posible mitigar el subdiagnóstico y asegurar la seguridad y la dignidad de la persona mayor en sufrimiento psíquico agudo^(3-4,19).

Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio comprenden el diseño cualitativo de corte transversal, que capta percepciones sujetas a variaciones temporales debido a la alta rotatividad y a la dinámica de los servicios de urgencia. El escenario único en una capital del Nordeste restringe la transferibilidad inmediata de los hallazgos a regiones con diferentes flujos de red. Además, el foco exclusivo en el equipo asistencial directo y el tiempo reducido para las entrevistas pueden haber limitado las perspectivas interdisciplinarias, lo que refuerza la necesidad de futuros estudios multicéntricos para validar la eficacia de las tecnologías educativas en diversos contextos asistenciales.

REFERENCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado 2026 Mayo 10]. Disponible en: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>
2. Ministério da Saúde (BR). Guia de cuidados para a pessoa idosa [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;

CONCLUSIÓN

Los hallazgos revelaron que la atención de las urgencias neuropsiquiátricas en la persona mayor está marcada por desafíos asistenciales significativos y por la necesidad de estructuración organizacional. La investigación cualitativa permitió identificar que la asistencia está permeada por barreras críticas que impactan directamente en la seguridad de la persona mayor y en la confianza del equipo de la línea de frente en la toma de decisiones clínicas.

Los resultados demostraron una diversidad de experiencias, destacando como principales desafíos la ausencia de protocolos clínicos sistematizados y el déficit histórico en la formación académica sobre salud mental geriátrica. La sobrecarga de trabajo, la alta rotatividad de pacientes y la desarticulación con la RAPS también emergieron como obstáculos que dificultan la continuidad del cuidado y favorecen conductas fragmentadas.

Las contribuciones de este estudio residen, fundamentalmente, en el mapeo de las barreras reales enfrentadas en la práctica asistencial y en la identificación del "vacío normativo" que genera inseguridad clínica. Además, el trabajo ofrece una contribución estratégica al evidenciar la alta receptividad de los profesionales hacia el uso de tecnologías educativas digitales como soporte rápido para la toma de decisiones seguras, proporcionando subsidios prácticos para la cualificación del servicio.

A pesar de estas dificultades, se observó el compromiso propositivo de los profesionales para la superación de las fragilidades identificadas. El reconocimiento del papel estratégico de la UPA señala el potencial para la implementación de conductas más humanizadas y resolutivas, siempre que estén respaldadas por soporte multidisciplinario y flujogramas operacionales claros. El perfeccionamiento de las prácticas requiere esfuerzos conjuntos en formación continuada y la creación de ambientes que favorezcan la comunicación eficaz entre profesionales, la gestión y los demás puntos de la red de atención.

*Artículo extraído de la tesis de maestría titulada "Tecnología educativa para el abordaje de urgencias neuropsiquiátricas en la persona mayor atendida en una Unidad de Pronto Atención", presentada al Programa de Posgrado Profesional en Gerontología de la Universidad Federal de Paraíba (UFPB), Campus 1, João Pessoa, Paraíba, Brasil, en 2025.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

- 2023 [citado 2026 Mayo 08]. 164 p. Disponible en: https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf
3. Homercher BM, Volmer A. Interlocution between reception and psychic crisis: perception of an Emergency Care Unit workers. *Physis*. 2021;31(3):e310312. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310312>
4. Lakeman R, Foster K, Happell B, Hazelton M, Moxham

- L, Hurley J. Informing the development of a fit-for-purpose mental health nursing curriculum: a survey of mental health nurse academics in Australia. *Int J Ment Health Nurs*. 2024;33:93-103. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.13226>. PMID: 37705299.
5. Gomes JCP, Dias RD, Barros JV de, Velasco IT, Jacob Filho W. The growing impact of older patients in the emergency department: a 5-year retrospective analysis in Brazil. *BMC Emerg Med*. 2020;20(1):47. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00341-y>. PMID: 32527325.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2026 12 Mayo]; Seção 1:59. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/bvsm-saude-gov-br-bvs-saudelegis-gm-2011-prt3088_23_12_2011_rep-html.pdf
7. Parente AN, Ferreira GRON, Cunha CLF, Ramos AMPC, Sá AMM, Haddad MCFL, et al. Permanent education for quality and patient safety in an accredited hospital. *Acta Paul Enferm*. 2024;37:eAPE00041. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AO0000041>
8. Gause G, Mokgaola IO, Rakhudu MA. Technology usage for teaching and learning in nursing education: an integrative review. *Curationis*. 2022;45(1):e1-e9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v45i1.2261>. PMID: 35792609.
9. Jalali A, Ziapour A, Karimi Z, Rezaei M, Emami B, Kalhori RP, et al. Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2024;24:809. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05311-8>. PMID: 39367305.
10. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Nova York: ONU; 2015 [citado 2026 Mayo 06]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.
11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. ODS 3 - Saúde e Bem-estar: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Brasília: IPEA; 2024 [citado 2026 Mayo 14]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. PMID: 17872937.
13. Lim WM. Sample size in qualitative research: Moving from data saturation to theoretical saturation. *J Glob Mark*. 2026;39(2):224-234. <https://doi.org/10.1080/08911762.2025.2590757>.
14. Moore OA, Aguinis H, Darden TR. Defining, assessing, and reporting saturation in qualitative research: review and recommendations. *Leadersh Q*. 2026;37(2):101950. <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2026.101950>.
15. Cena E, Brooks J, Day W, Goodman S, Rousaki A, Ruby-Granger V, et al. Quality criteria: general and specific guidelines for qualitative approaches in psychology research: a concise guide for novice researchers and reviewers. *Int J Qual Methods*. 2024;23:1-23. doi: <https://doi.org/10.1177/16094069241282843>
16. Fong TG, Inouye SK. The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nat Rev Neurol*. 2022;18:579-596. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00698-7>. PMID: 36028563.
17. Wang J, Yang D, Pan P, Ping L, Huang Y, Shan Q, et al. Global temporal trends and projections of anxiety disorders prevalence among the older adults: an age-period-cohort analysis based on the GBD 2021. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2026;39(2):e70193. doi: <https://doi.org/10.1002/gps.70193>. PMID: 41566647.
18. Davison N, Waddell A, Ivaturi A, Chandrasekara D, Tran T, Kirkman M, et al. Barriers and facilitators to implementing digital psychosocial interventions for older adults presenting to emergency departments: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2026;26:402. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-026-14129-6>. PMID: 41715110.
19. Memedovich A, Asante B, Khan M, Eze N, Holroyd BR, Lang E, et al. Strategies for improving ED-related outcomes of older adults who seek care in emergency departments: a systematic review. *Int J Emerg Med*. 2024;17:16. <https://doi.org/10.1186/s12245-024-00584-7>. PMID: 38302890.
20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
21. Bellora RM, Sgnaolin V, Engroff P, Ely LS, Gomes I. Anxiety disorders in older adults: prevalence and associated factors in a Brazilian sample. *J Affect Disord Rep*. 2021;4:100114. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100114>
22. Gual N, García-Salmónes M, Inzitari M, Pérez-Bazán LM, Martínez-Velilla N, Alarcón T, et al. Management of delirium in older patients with dementia in the emergency department: an expert consensus. *J Alzheimers Dis*. 2022;87(1):345-356. <https://doi.org/10.3233/JAD-215535>
23. Ma GJ, Dubbelman MA, Munro CE, Udeogu OJ, Yu M, Aibel C, et al. Neuropsychiatric symptoms relate to everyday functioning as reported by cognitively unimpaired older adults and their study partners. *Alzheimer's Dement*. 2026;18:e70253. <https://doi.org/10.1002/dad2.70253>. PMID: 41737719.
24. Gupta R, Advani D, Yadav D, Ambasta RK, Kumar P. Dissecando a relação entre transtornos neuropsiquiátricos e neurodegenerativos. *Mol Neurobiol*. 2023;60:6476-6529. <https://doi.org/10.1007/s12035-023-03502-9>. PMID: 37458987.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Concepción del estudio: Galindo Júnior JUF.

Obtención de datos: Galindo Júnior JUF.

Análisis de datos: Galindo Júnior JUF, Silva MLS, Alves ETS y Carvalho MAP.

Interpretación de los datos: Galindo Júnior JUF, Silva MLS, Alves ETS y Carvalho MAP.

Todos los autores se responsabilizan de la redacción textual y revisión crítica del contenido intelectual, de la versión final publicada y de todos los aspectos éticos, legales y científicos relacionados con la exactitud y la integridad del estudio.



Copyright © 2026 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.