



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

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

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.

Como 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 Pronta Atención. **Método:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, realizado con 15 profesionales de salud en una Unidad de Pronta 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.

Descriptor: 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

E-mail da revista: objn.cme@id.uff.br

Autor Correspondente:

José Uilson Ferreira Galindo Júnior

E-mail: juniorfg_17@icloud.com

O que já se sabe:

- O envelhecimento populacional aumenta a demanda em saúde mental, tornando as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) portas de entrada estratégicas para a pessoa idosa com urgências neuropsiquiátricas.
- Profissionais de urgência enfrentam insegurança clínica no manejo geriátrico devido à ausência de protocolos assistenciais sistematizados e diretrizes institucionais claras.
- Lacunas na formação acadêmica e a desarticulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dificultam a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência.

O que este artigo acrescenta:

- Mapeia barreiras reais como o "vazio normativo", em que a assistência depende exclusivamente da experiência individual, gerando risco de erros e condutas fragmentadas.
- Identifica o alto engajamento e a receptividade da equipe a tecnologias educativas digitais como ferramentas estratégicas de suporte imediato à decisão clínica segura.
- Fornece subsídios práticos para a criação de fluxogramas operacionais que reduzem a iatrogenia diagnóstica e fortalecem a segurança da pessoa idosa nas unidades de urgência.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das transformações demográficas mais expressivas do século XXI, gerando impactos profundos nos sistemas de saúde globais. No Brasil, essa transição é acelerada: projeções do IBGE indicam que, até 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais ultrapassará 58 milhões, representando cerca de 26% da população total do país. Esse cenário exige modelos de cuidado capazes de responder à complexidade clínica inerente a essa faixa etária⁽¹⁾.

Atualmente, as pessoas idosas respondem por mais de 30% dos atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no Brasil⁽²⁾. Entre as principais causas de busca por esses serviços, destacam-se os transtornos neuropsiquiátricos, como demências, *delirium* e episódios psicóticos agudos, que afetam cerca de 20% dessa população e representam uma parcela significativa das admissões em urgência e emergência^(3,4).

Embora as UPAs sejam portas de entrada estratégicas, a literatura aponta que os profissionais enfrentam dificuldades no reconhecimento precoce de sintomas e insegurança no manejo clínico. Tais fragilidades são agravadas pela ausência de protocolos assistenciais sistematizados e por lacunas na formação acadêmica, uma vez que menos de 30% dos currículos de graduação em saúde incluem conteúdos estruturados sobre saúde mental geriátrica^(4,5).

No contexto das políticas públicas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) organiza o cuidado em saúde mental, posicionando as UPAs como componentes essenciais para o acolhimento e a estabilização de crises⁽⁶⁾. Contudo, a fragmentação entre as unidades de urgência e os demais pontos da rede, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), compromete a continuidade da assistência. Essa desarticulação evidencia a necessidade premente de estratégias de educação permanente para as equipes da linha de frente^(6,7).

A alta rotatividade profissional e a escassez de tempo para capacitações presenciais fazem com que estratégias de educação permanente contextualizadas emergjam como ferramentas promissoras. Recursos como guias digitais e fluxogramas podem oferecer suporte técnico-científico em tempo real, facilitando a tomada de decisão clínica segura. Entretanto, o desenvolvimento dessas soluções requer uma compreensão profunda dos desafios reais vivenciados pelos trabalhadores⁽⁷⁻⁹⁾.

Este estudo fundamenta-se na relevância de qualificar a

assistência geriátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde, alinhando-se ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 — Saúde e Bem-Estar, da Agenda 2030, que preconiza a promoção da saúde mental e do bem-estar em todas as idades. Além disso, a pesquisa atende à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) do Ministério da Saúde, inserindo-se especificamente no eixo temático de Saúde da Pessoa Idosa e, transversalmente, no de Saúde Mental, que busca subsídios para o enfrentamento dos desafios do envelhecimento populacional^(10,11).

Diante da necessidade de avaliar o cenário assistencial às urgências neuropsiquiátricas na pessoa idosa e considerando o papel primordial dos profissionais de saúde da linha de frente nesse processo, este estudo teve como objetivo compreender as percepções de profissionais de saúde sobre os desafios e potencialidades no atendimento à pessoa idosa com urgência neuropsiquiátrica em uma UPA.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter analítico, que constitui recorte de uma dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O estudo concentra-se na dimensão diagnóstica das percepções profissionais sobre o cenário assistencial e foi conduzido e reportado segundo as recomendações do *checklist CONsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ)⁽¹²⁾.

A pesquisa foi conduzida em uma UPA de porte II, em funcionamento 24 horas por dia, localizada em João Pessoa, Paraíba. A unidade atende uma população de aproximadamente 200 mil habitantes, com média de 600 atendimentos diários. Sua estrutura física compreende: salas de classificação de risco, consultórios médicos, setores de observação, sala vermelha, sala amarela, sala verde e pediatria, além de laboratório, radiologia e farmácia. A equipe multiprofissional é composta por cerca de 400 profissionais de saúde.

Os participantes foram selecionados por amostragem intencional por conveniência, adotando os seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem); estar em atividade regular na UPA há no mínimo seis meses; e atuar diretamente no atendimento clínico à pessoa idosa. Foram excluídos os profissionais afastados por licença médica ou férias durante o período de coleta, bem como aqueles que atuavam

exclusivamente no setor de pediatria. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórica dos dados^(13,14), entendido como o momento em que as entrevistas subsequentes deixam de acrescentar novos elementos temáticos ao *corpus* de análise, tornando a continuidade da coleta analiticamente redundante. Aplicado esse critério, a amostra final foi composta por 15 profissionais de saúde.

A coleta ocorreu entre março e junho de 2024, por meio de entrevistas individuais em profundidade, previamente agendadas e conduzidas pelo pesquisador principal (mes-trando). Utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo questões abertas sobre: práticas assistenciais diante das urgências neuropsiquiátricas na pessoa idosa; dificuldades e facilidades no manejo clínico; percepção sobre a formação profissional para esse tipo de atendimento; sugestões para qualificação da assistência; e percepção sobre as demandas de suporte técnico-científico e estratégias de apoio à decisão clínica no contexto da urgência. Previamente à entrevista, aplicou-se um questionário sociodemográfico e profissional para a caracterização dos participantes, abrangendo as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, renda familiar, categoria profissional, escolaridade, tempo de atuação na UPA, regime de trabalho e tipo de vínculo institucional.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, em ambiente reservado na própria unidade, com duração média de 35 minutos. Foram gravadas em áudio mediante autorização dos participantes, formalizada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As gravações foram transcritas na íntegra, totalizando 138 páginas de material textual, e submetidas à leitura exaustiva para conferência de fidedignidade entre o áudio e o texto transcrito.

Para a exploração do material, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) como ferramenta de apoio à análise qualitativa, visando à identificação de núcleos de sentido, elementos de contexto e categorias temáticas. Os achados foram posteriormente interpretados à luz da análise de conteúdo temático-categorial de Bardin⁽²⁰⁾, permitindo uma compreensão aprofundada dos sentidos emergentes. Para a preservação da identidade dos participantes, os relatos foram identificados com a letra "P" seguida de numeração sequencial (P1, P2... P15).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob CAAE nº 79796524.1.0000.5188 e Parecer nº 6.869.487, em conformidade com as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes assinaram o TCLE antes do início das entrevistas.

RESULTADOS

Participaram do estudo 15 profissionais de saúde. Em relação ao perfil sociodemográfico, houve predominância do sexo feminino (n=10; 66,7%). Quanto à composição da equipe, a amostra foi integrada por sete enfermeiros (46,7%), cinco médicos (33,3%) e três técnicos de enfermagem (20,0%). No que se refere à experiência profissional no cenário do estudo, observou-se que seis profissionais (40,0%) atuavam na UPA entre um e três anos, enquanto cinco (33,3%) possuíam mais de três anos de serviço e

quatro (26,7%) estavam na unidade há menos de um ano. A maioria exercia atividades em regime plantonista (80,0%) e possuía vínculo contratual temporário (53,3%).

A análise lexicométrica processou 159 segmentos de texto, retendo 78,74% do material para a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a qual revelou que o atendimento é permeado por barreiras críticas, como a ausência de protocolos clínicos (n=13), a falta de treinamento específico (n=12) e a insegurança na conduta (n=11). Outros fatores, como a sobrecarga de trabalho e a desarticulação com a RAPS, também emergiram como obstáculos para a fluidez do cuidado. A partir da CHD, os discursos foram organizados em quatro categorias temáticas que refletem os sentidos construídos sobre a assistência.

Insegurança e desafios no manejo clínico

A compreensão dos profissionais sobre o manejo das urgências neuropsiquiátricas revela uma prática permeada por incertezas diagnósticas. A identificação de condições como transtorno de ansiedade, depressão e delírium é dificultada pela apresentação clínica atípica em idosos, em que os sintomas psíquicos são frequentemente mascarados por queixas físicas ou somatizações. Essa "invisibilidade" dos transtornos mentais exige uma escuta qualificada que a equipe tem dificuldade de exercer no fluxo dinâmico da urgência.

Muitas vezes o acompanhante não relata diretamente problemas como depressão, mas sim queixas como 'não está comendo' ou 'está dormindo demais'. (P7)

Os sintomas físicos frequentemente são reflexos de questões emocionais não tratadas. (P10)

Adicionalmente, a alta demanda assistencial e a sobrecarga de trabalho nas UPAs surgem como barreiras críticas para uma avaliação detalhada. O comprometimento cognitivo de muitos idosos, como nos casos de doença de Alzheimer ou confusão mental aguda, torna a anamnese um processo complexo, exigindo tempo e ferramentas de triagem que nem sempre estão disponíveis no plantão.

Às vezes a gente não sabe se é surto, demência, ansiedade... Fica inseguro. (P3)

O diagnóstico é dificultado pela falta de tempo e pela ausência de ferramentas específicas para identificar rapidamente o problema. (P11)

A quantidade de pacientes que atendemos em um único plantão é enorme. Isso nos obriga a sermos rápidos, e nem sempre conseguimos dar a atenção necessária a casos mais complexos. (P12)

Lacunas formativas e a ausência de diretrizes

Os relatos evidenciam um cenário de desamparo institucional, em que a ausência de protocolos clínicos sistematizados para a saúde mental geriátrica obriga os profissionais a agirem com base em experiências individuais. Esse "vazio normativo" resulta em condutas heterogêneas e gera o medo constante de cometer erros iatrogênicos ou realizar intervenções inadequadas, como a medicalização excessiva

sem suporte diagnóstico.

Não tem protocolo, cada um age como acha melhor. A gente vai tentando! (P1)

Muitos de nós não recebemos uma formação aprofundada em saúde mental durante a graduação, o que nos deixa inseguros em situações complexas como o manejo de delirium. (P4)

A carência de capacitação continuada e a falta de suporte especializado em tempo real agravam a sensação de limitação das equipes de linha de frente. Os profissionais percebem que os treinamentos oferecidos raramente são contextualizados à realidade dinâmica das UPAs, focando-se em modelos que não consideram a rotatividade e a pressão por resolutividade rápida inerentes ao serviço de urgência.

Os treinamentos disponíveis são esporádicos e nem sempre focados na nossa realidade da UPA. (P6)

Nosso maior desafio é lidar com situações que envolvem alterações de comportamento em idosos sem contar com suporte especializado. (P9)

Sem recursos como escalas de avaliação ou protocolos definidos, muitas vezes precisamos agir com base em nossas percepções e experiência, o que pode levar a erros. (P10)

Demandas por suporte técnico e estratégias de apoio

A necessidade de ferramentas que ofereçam objetividade e rapidez na tomada de decisão é um ponto de convergência entre os discursos. Diante da escassez de tempo, os profissionais demonstram alta receptividade a tecnologias digitais que traduzam evidências científicas em fluxogramas e orientações práticas de fácil acesso à beira do leito.

Os guias digitais têm sido uma boa ferramenta para fornecer orientações rápidas durante o atendimento, especialmente quando não temos muito tempo. (P2)

Muitas vezes, é a rapidez na tomada de decisão que faz a diferença no atendimento a pacientes com sintomas neuropsiquiátricos. (P5)

A integração de recursos como e-books, aplicativos e algoritmos de decisão rápida é vista como uma estratégia capaz de mitigar a insegurança profissional. Essas ferramentas são percebidas não apenas como meios de consulta, mas como suportes essenciais para embasar condutas clínicas e garantir a segurança do paciente em ambientes de alta pressão assistencial.

Com o uso das ferramentas tecnológicas, conseguimos garantir que as decisões tomadas sejam mais rápidas e fundamentadas. (P8)

O uso de aplicativos no nosso dia a dia tem facilitado bastante a identificação de sintomas e o manejo... Conseguimos acessar protocolos atualizados de forma rápida. (P11)

Um e-book com fluxograma ajudaria muito. A gente

precisa de algo simples e prático. (P15)

Propostas para qualificação da assistência

Os participantes sugerem que a melhoria da qualidade assistencial depende da estruturação de equipes multiprofissionais que incluam o suporte de saúde mental no cotidiano da UPA. A inclusão de profissionais de psicologia, somada a capacitações regulares em gerontologia, é apontada como essencial para transformar o acolhimento e a resolutividade dos casos.

Com capacitação, apoio e material, seria possível fazer um atendimento melhor. (P7)

Capacitar a equipe em geriatria e saúde mental geriátrica contribuiria significativamente para a qualidade do atendimento prestado. (P11)

A inclusão de um serviço de psicologia na unidade é essencial para melhorar o atendimento a esse perfil de pacientes. (P13)

Por fim, a organização dos fluxos de atendimento e a integração efetiva com a RAPS emergem como propostas para superar a fragmentação do cuidado. A criação de protocolos claros de encaminhamento e de scores de avaliação que considerem a complexidade física e emocional da pessoa idosa constitui um caminho essencial para assegurar um atendimento mais humanizado e contínuo.

Desenvolver um score para avaliar o sofrimento do idoso, considerando aspectos físicos e emocionais, poderia melhorar a assistência. (P9)

Seria ideal contar com protocolos claros para identificar, manejar e encaminhar pacientes com urgências neuropsiquiátricas. (P15)

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional acelerado no Brasil impõe às UPAs o desafio de atuar como porta de entrada estratégica para crises neuropsiquiátricas, embora essas unidades tenham sido projetadas para urgências clínicas gerais. Os achados deste estudo revelam um cenário assistencial complexo, em que a percepção dos profissionais converge para um estado de vulnerabilidade tanto da pessoa idosa quanto da equipe de saúde^(2,3). Essa fragilidade é alimentada por uma demanda crescente que não encontra respaldo em protocolos institucionais específicos, resultando em uma assistência frequentemente fragmentada e reativa⁽⁷⁾.

A insegurança profissional no manejo clínico emergiu como o núcleo temático mais denso, sendo justificada, em parte, pelo tempo de experiência dos participantes no cenário do estudo. Observou-se que 40% da amostra possuía entre um e três anos de atuação na unidade, o que sugere que a pouca vivência em serviços de alta rotatividade e complexidade assistencial impacta negativamente a confiança na tomada de decisão clínica. Na gerontologia, a insegurança é um fator de risco para o erro diagnóstico, especialmente em casos que exigem discernimento para além dos sintomas físicos tradicionais⁽²³⁾.

Um dos pontos mais críticos discutidos pelos profissionais é o que se pode denominar "vazio normativo", caracterizado pela ausência de protocolos clínicos sistematizados para a saúde mental geriátrica nas UPAs. A inexistência de diretrizes obriga o profissional a agir com base em sua percepção individual ou experiência prévia, o que favorece condutas heterogêneas e potencialmente inseguras⁽⁶⁾. Estudos indicam que a falta de padronização está associada a maiores taxas de medicalização excessiva, contenção física indevida e reinternações precoces, prejudicando a autonomia da pessoa idosa⁽²²⁾.

No campo dos transtornos cognitivos, o delirium destaca-se como uma emergência frequentemente negligenciada, permanecendo subdiagnosticado em mais de 60% dos casos atendidos em urgências⁽¹⁶⁾. Os relatos indicam que a ausência de ferramentas de triagem rápidas e validadas, como o *Confusion Assessment Method* (CAM), impede a identificação precoce dessa síndrome, que é muitas vezes precipitada por causas orgânicas reversíveis, como infecções. O subdiagnóstico do delirium é alarmante, pois está diretamente vinculado ao declínio funcional acelerado e à elevada mortalidade hospitalar^(16,17).

Paralelamente, os transtornos de ansiedade na pessoa idosa representam um desafio diagnóstico singular por se manifestarem, frequentemente, por meio de queixas somáticas, como dispneia, palpitações, tonturas e dor torácica. Essa "máscara física" induz a equipe a priorizar investigações cardiológicas ou neurológicas extensas, muitas vezes desconsiderando o sofrimento psíquico subjacente^(17,18). Ademais, um estudo⁽¹⁹⁾ ressalta que a incorporação de instrumentos como o *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) nos fluxos da UPA facilitaria a diferenciação entre crises ansiosas e eventos orgânicos agudos, otimizando o uso de recursos e o tempo de atendimento.

Essa lacuna na identificação de sintomas é reflexo de um déficit histórico na formação acadêmica, em que menos de 30% dos currículos de graduação em saúde incluem conteúdos estruturados sobre saúde mental geriátrica⁽⁴⁾. O despreparo acadêmico perpetua o estigma de que sintomas neuropsiquiátricos são consequências naturais do envelhecimento, o que retarda intervenções cruciais e compromete a humanização do cuidado. A educação permanente surge, portanto, não apenas como uma necessidade de atualização técnica, mas como uma estratégia para reformular atitudes e preconceitos frente à pessoa idosa em crise⁽¹⁷⁾.

Um elemento inovador trazido pela análise qualitativa foi a dualidade do papel do acompanhante no processo de cuidar. Se, por um lado, ele é a principal fonte de histórico clínico para pessoas idosas com déficit cognitivo, por outro, pode atuar como uma barreira comunicacional ao omitir informações ou inibir a fala do paciente. Em contextos de suspeita de violência interpessoal, a presença do acompanhante pode mascarar abusos, exigindo que a equipe de saúde desenvolva habilidades de escuta qualificada e observação não verbal para garantir a segurança e a integridade da pessoa idosa⁽²³⁾.

A desarticulação da RAPS também foi apontada como uma barreira para a continuidade do cuidado. Embora as UPAs integrem formalmente a rede, a fragmentação na comunicação com os CAPS faz com que o atendimento de urgência seja frequentemente um evento isolado, sem o

acompanhamento ambulatorial necessário após a alta. O fortalecimento dos fluxos de encaminhamento é essencial para reduzir a porta giratória dos serviços de urgência e garantir que a pessoa idosa receba o suporte multidisciplinar adequado em seu território⁽⁶⁾.

Diante da alta rotatividade de profissionais e da escassez de tempo para treinamentos presenciais, as tecnologias educativas digitais emergem como soluções viáveis e bem-aceitas pela linha de frente⁽⁷⁾. A receptividade a recursos como e-books e algoritmos de decisão rápida sinaliza um desejo por ferramentas que ofereçam suporte técnico-científico à beira do leito, de forma simples e prática⁽¹⁶⁾. Tais tecnologias têm o potencial de mitigar a insegurança profissional, transformando a rotina da UPA em um espaço de aprendizado contínuo e fundamentado em evidências.

A qualificação da assistência depende de uma abordagem integrada que combine a padronização de condutas, o uso de tecnologias de apoio e a sensibilização das equipes para as particularidades do envelhecimento. Somente por meio de uma rede articulada e de equipes tecnicamente amparadas será possível assegurar a dignidade e a resolutividade no cuidado à pessoa idosa nas urgências brasileiras. Estudos sobre serviços hospitalares demonstraram que investimentos em educação permanente estruturada apresentam melhores indicadores de segurança do paciente, menor taxa de erros diagnósticos e maior satisfação profissional⁽⁷⁾.

Ferramentas digitais de apoio à decisão clínica, quando desenvolvidas com base nas necessidades reais dos profissionais, apresentam elevado potencial de adesão e efetividade, especialmente em contextos de alta rotatividade e sobrecarga assistencial, características inerentes às UPAs^(7,8).

Uma revisão sistemática realizada no cenário internacional identificou que intervenções educativas baseadas em tecnologia digital para profissionais de saúde que atuam com pessoas idosas em urgência e emergência resultaram em melhora significativa no reconhecimento precoce de síndromes geriátricas, incluindo delirium, demência e estados ansiosos agudos, com impacto positivo nos desfechos clínicos dos pacientes⁽¹⁶⁾.

As propostas sistematizadas pelos participantes para a melhoria do atendimento foram capacitações regulares, construção de protocolos institucionais e integração efetiva com a RAPS. Isso evidencia que os profissionais não apenas reconhecem as fragilidades do sistema, mas possuem clareza sobre as intervenções necessárias para sua superação. Esse repertório propositivo dos profissionais é, em si, um dado qualitativo de alto valor, pois sinaliza engajamento e disposição para a mudança, condições indispensáveis para o sucesso de qualquer estratégia de educação permanente⁽⁷⁾.

A integração com a RAPS, em particular, merece atenção especial. A Política Nacional de Saúde Mental, prevista na Lei nº 10.216/2001 e operacionalizada pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, institui a rede de atenção em saúde mental, tendo as UPAs como componente estratégico da atenção às situações de crise. No entanto, os relatos dos participantes apontam que essa integração permanece fragilizada na prática, com dificuldades no encaminhamento adequado dos casos, na comunicação entre os serviços e na garantia de continuidade do cuidado após o atendimento de urgência^(5,6).

Em última análise, o engajamento propositivo identificado entre os profissionais da linha de frente sinaliza que a transformação das práticas é viável, desde que sustentada por esforços conjuntos entre gestão e trabalhadores para instituir processos de educação permanente e fluxogramas operacionais claros. Somente por meio de uma rede articulada e de equipes institucionalmente amparadas será possível mitigar o subdiagnóstico e assegurar a segurança e a dignidade da pessoa idosa em sofrimento psíquico agudo^(3-4,19).

Limitações do estudo

As limitações deste estudo envolvem o delineamento qualitativo de corte transversal, que capta percepções sujeitas a variações temporais devido à alta rotatividade e à dinâmica dos serviços de urgência. O cenário único em uma capital do Nordeste restringe a transferibilidade imediata dos achados para regiões com diferentes fluxos de rede. Além disso, o foco exclusivo na equipe assistencial direta e o tempo reduzido para as entrevistas podem ter limitado perspectivas interdisciplinares, o que reforça a necessidade de estudos multicêntricos futuros para validar a eficácia de tecnologias educativas em contextos assistenciais diversos.

CONCLUSÃO

Os achados revelaram que o atendimento às urgências neuropsiquiátricas na pessoa idosa é marcado por desafios assistenciais significativos e pela necessidade de estruturação organizacional. A investigação qualitativa permitiu identificar que a assistência é permeada por barreiras críticas que impactam diretamente a segurança da pessoa idosa e a confiança da equipe de linha de frente na tomada de decisão clínica.

Os resultados demonstraram uma diversidade de experiências, destacando como principais desafios a ausência

de protocolos clínicos sistematizados e o déficit histórico na formação acadêmica sobre saúde mental geriátrica. A sobrecarga de trabalho, a alta rotatividade de pacientes e a desarticulação com a RAPS também emergiram como obstáculos que dificultam a continuidade do cuidado e favorecem condutas fragmentadas.

As contribuições deste estudo residem, fundamentalmente, no mapeamento das barreiras reais enfrentadas na prática assistencial e na identificação do "vazio normativo" que gera insegurança clínica. Além disso, o trabalho oferece uma contribuição estratégica ao evidenciar a alta receptividade dos profissionais ao uso de tecnologias educativas digitais como suporte rápido para a tomada de decisão segura, fornecendo subsídios práticos para a qualificação do serviço.

Apesar dessas dificuldades, observou-se o engajamento propositivo dos profissionais para a superação das fragilidades identificadas. O reconhecimento do papel estratégico da UPA sinaliza o potencial para a implementação de condutas mais humanizadas e resolutivas, desde que amparadas por suporte multidisciplinar e fluxogramas operacionais claros. O aprimoramento das práticas requer esforços conjuntos em formação continuada e a criação de ambientes que favoreçam a comunicação eficaz entre profissionais, gestão e os demais pontos da rede de atenção.

*Artigo extraído da dissertação de mestrado intitulada "Tecnologia educativa para a abordagem de urgências neuropsiquiátricas na pessoa idosa atendida em Unidade de Pronto Atendimento", apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campus 1, João Pessoa, Paraíba, Brasil, em 2025.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado 2026 Maio 10]. Disponível em: <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; 2023 [citado 2026 Maio 08]. 164 p. Disponível em: 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. <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 Maio 12]; Seção 1:59. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/bvsms-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 Maio 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 Maio 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. <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. <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. <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-Salmones 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.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Galindo Júnior JUF.

Obtenção de dados: Galindo Júnior JUF.

Análise de dados: Galindo Júnior JUF, Silva MLS, Alves ETS e Carvalho MAP.

Interpretação dos dados: Galindo Júnior JUF, Silva MLS, Alves ETS e Carvalho MAP.

Todos os autores se responsabilizam pela redação textual e revisão crítica do conteúdo intelectual, pela versão final publicada e por todos os aspectos éticos, legais e científicos relacionados à exatidão e à integridade do estudo.



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.