



ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DE CONSULTAS REALIZADAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN PUERTO ALEGRE

ANALYSIS OF MEDICAL RECORDS IN PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS IN PORTO ALEGRE

ANÁLISE DOS REGISTROS DE ATENDIMENTOS REALIZADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE

Ranin Lena Lima¹
Alisia Helena Weis¹
Karin Viegas¹
Vanessa da Silva¹
Amanda Modena Fraga¹
Alessandra Dartora da Silva¹

ORCID: 0009-0004-9499-8154
ORCID: 0000-0003-4830-4583
ORCID: 0000-0002-2546-9281
ORCID: 0009-0006-5261-9923
ORCID: 0009-0001-2475-4339
ORCID: 0000-0003-2325-7389

¹ Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

Cómo citar: Lima RL, Weis AH, Viegas K, Silva V, Fraga AM, Silva AD. Analysis of medical records in primary health care settings in Porto Alegre. Online Braz J Nurs. 2026;25(1):e20266850. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20266850>

RESUMO

Objetivo: Analisar os registros de atendimentos da APS a partir dos relatórios gerenciais do PEC e-SUS em seis unidades de saúde de uma Coordenadoria de Saúde de Porto Alegre, ao longo de um ano. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa transversal e retrospectiva baseada em dados do sistema gerencial PEC e-SUS, abrangendo 206.658 atendimentos registrados em 2023. **Resultados:** Há uma elevada sobrecarga da APS, evidenciada pela média de 2,9 atendimentos por pessoa, além de inconsistências nos registros, como a baixa utilização do Código Internacional de Assistência Primária e elevado percentual de informações não preenchidas. A predominância de atendimentos ao público feminino (65,2 %) e a baixa adesão ao atendimento domiciliar (0,6 %) também foram observadas. **Conclusões:** A APS desempenha uma atuação essencial na rede de saúde, mas enfrenta desafios relacionados à qualidade dos registros, capacitação profissional e sobrecarga do sistema, exigindo melhorias na padronização dos dados, qualificação das equipes e uso de tecnologias mais eficientes para aprimorar a assistência à população.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Registros Eletrônicos de Saúde; Prontuário Eletrônico; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze PHC medical records extracted from PEC e-SUS (Citizen's Electronic Health Record) management reports across six health units under the supervision of a Health Coordination Office in Porto Alegre over a one-year period. **Methods:** This is a cross-sectional, retrospective study using data from the PEC e-SUS management system, encompassing 206,658 medical encounters recorded in 2023. **Results:** PHC settings are subject to high patient load, averaging 2.9 visits per person, with prominent record-quality issues, including underuse of the International Classification for Primary Care and a high proportion of missing data. The study also noted a predominance of female users (65.2 %) and very limited uptake of home-based care (0.6 %). **Conclusions:** PHC is central to the healthcare network but continues to encounter challenges related to medical record quality, staff training, and service overload. These findings highlight the need to standardize data, enhance workforce capacity, and implement more efficient technologies to optimize care delivery to the population.

Descriptors: Primary Health Care; Electronic Health Records; Electronic Medical Record; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los registros de consultas de APS a partir de los informes gerenciales del sistema PEC e-SUS en seis unidades de salud pertenecientes a una Oficina Coordinadora de Salud de Puerto Alegre, en el transcurso de un año. **Métodos:** Trabajo de investigación transversal y retrospectivo basado en datos del sistema gerencial PEC e-SUS, abarcando 206.658 consultas registradas en 2023. **Resultados:** La APS presenta una elevada sobrecarga, evidenciada por la media de 2,9 consultas por persona, además de diversas inconsistencias en los registros, como la escasa utilización de la Clasificación Internacional de Atención Primaria y el elevado porcentaje de datos no completados. También se observó predominio de consultas de la población femenina (65,2 %) y baja adhesión a visitas domiciliarias (0,6 %). **Conclusiones:** La APS desempeña un rol esencial en la red de salud, pero enfrenta desafíos relacionados con la calidad de los registros, la capacitación profesional y la sobrecarga del sistema; eso exige mejoras en la estandarización de los datos, la cualificación de los equipos y el uso de tecnologías más eficientes para mejorar la asistencia provista a la población.

Descriptores: Atención Primaria de la Salud; Registros Electrónicos de Salud; Historia Clínica Electrónica; Enfermería.

Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)
Audrey Vidal Pereira (ORCID: 0000-0002-6570-9016)

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:

Alessandra Dartora da Silva
E-mail: alessandradartora@ufcspa.edu.br

Lo que ya se sabe:

- La calidad y completitud de los registros en APS son esenciales para garantizar la continuidad de la atención y servir de apoyo a la gestión en materia de salud.
- Diversos estudios indican que hay déficits recurrentes en los registros electrónicos del nivel APS, como no llenarlos por completo y subutilización de clasificaciones clínicas.
- Siguen presentándose brechas relacionadas con el uso adecuado del sistema PEC e-SUS, con la capacitación de los equipos y con la estandarización de los datos.

Lo que aporta este artículo:

- El estudio evidencia una elevada sobrecarga en APS con una media de 2,9 consultas por persona, lo que revela una demanda que excede la capacidad instalada de las unidades.
- También demuestra importantes inconsistencias en los registros, como la escasa utilización de CIAP-2 y la elevada proporción de campos no completados, lo que afecta a la gestión y la continuidad de la atención.
- Finalmente, señala desigualdades entre las unidades en términos de la notificación de urgencias y de la completitud de los datos, indicando la necesidad de cualificación profesional y mejoras en el PEC e-SUS.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de la Salud (APS) se define como una de las vías de ingreso prioritarias de los usuarios al SUS, con la capacidad de cubrir la mayoría de los requerimientos de salud de la población que vive en su área de incumbencia. Su finalidad es implementar acciones de promoción, protección y prevención de problemas de salud, al igual que de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños y preservación de la salud en los ámbitos individual y colectivo. También se la reconoce como el eje estructurador de la red de atención debido a su proximidad con la vida de las personas, como ente organizador de la atención orientado por los principios del Sistema Único de Salud (SUS), a saber: universalidad, accesibilidad, continuidad de la atención, integralidad, responsabilización, humanización y equidad, establecidos por la Política Nacional de Atención Básica⁽¹⁻³⁾. La Atención Primaria de la Salud (APS) también se erige como un componente pre hospitalario fijo de la Red de Urgencias y Emergencias (RUE)⁽⁴⁾.

La APS tiene a su cargo realizar un seguimiento relacionado con los ciclos de vida, gerenciar afecciones agudas y crónicas y ser el primer contacto de asistencia en el caso de situaciones de urgencias y emergencias hasta que los pacientes son transferidos/derivados a otros puntos de la red conforme sea necesario⁽⁴⁾. La APS hace frente a gran variedad de situaciones y problemas de salud (desde los menos complejos hasta los más complicados), que requieren distintos tipos de acciones de sus equipos de profesionales. Los equipos de atención primaria están expuestos a la dinámica diaria de la vida de las personas que viven en sus áreas de incumbencia.

En este sentido, un punto clave es la capacidad de recepción y escucha de los equipos con respecto a los requerimientos y las necesidades de los usuarios (tanto en el ámbito domiciliario y/o en el espacio comunitario como en una sala médica)⁽³⁾. Eso se debe reflejar en los registros de consultas en APS, que deben ser claros y precisos y realizarse a tiempo⁽⁵⁻⁷⁾. Los registros son un conjunto de datos sobre acontecimientos, situaciones de salud, asistencia provista, derivaciones y controles que deben estar completos, ser objetivos y concisos y estar organizados de una manera que permita leer e identificar los hechos⁽⁸⁾.

Los registros de salud ejercen una función central tanto en el enfoque individual como en el poblacional de las afecciones de salud⁽⁶⁾. En el ámbito individual, los registros

representan la principal fuente de información sobre los usuarios y sus consultas, documentando la historia clínica, su evolución y la asistencia provista. Además, asiste en el proceso para tomar decisiones, en la continuidad de la atención, en la comunicación multiprofesional y en los cuidados de transición a otros servicios y niveles de atención de la salud. Los registros también poseen valor legal y secreto. En este contexto, la calidad y completitud de los registros ejercen un efecto directo sobre la seguridad de los pacientes y la eficiencia de la atención provista⁽⁹⁾. A su vez, en el ámbito relacionado con la población permiten realizar análisis epidemiológicos, monitorear problemas de salud y evaluar la calidad de los servicios de salud en distintas esferas administrativas^(6,10,11).

En Brasil, la implementación de la Historia Clínica Electrónica del Ciudadano (*Prontuário Eletrônico do Cidadão*, PEC) integrada a e-SUS APS se convirtió en una herramienta esencial para registrar información en APS⁽³⁾. Este sistema incorporar tecnologías de información a complejos procesos de trabajo, contribuyendo así a la longitudinalidad de la asistencia y a coordinar acciones en la Red de Atención de la Salud (RAS). El almacenamiento y la consolidación de datos facilitan la emisión de informes gerenciales, que son fundamentales en reuniones de equipo, para definir estrategias y para tomar decisiones en materia de gestión pública⁽¹¹⁻¹³⁾.

PEC e-SUS utiliza la Clasificación Internacional de Atención Primaria - 2ª edición (CIAP-2) para registrar datos en las historias clínicas. Este sistema está organizado en problemas de salud y respuestas propuestas por los equipos, y puede ser utilizado por cualquier profesional de salud que trabaje en APS; eso facilita la multiprofesionalidad en la atención provista⁽¹³⁾. La ventaja de emplear CIAP-2 es que pone de manifiesto el motivo por el cual cada usuario se acercó al sistema de salud, incluso aunque no se tratara de una enfermedad propiamente dicha. Eso la convierte en una herramienta adecuada para la Atención Básica, puesto que permite clasificar cuestiones relacionadas con las personas y no con las enfermedades, además de contemplar indicadores de morbimortalidad de la población, a diferencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), un instrumento obligatorio en las historias clínicas para los médicos enfocado en el diagnóstico de enfermedades⁽¹⁴⁾.

Los registros en historias clínicas son instrumentos legales imprescindibles y obligatorios de la práctica de todos los profesionales de la salud, ya que documentan la asistencia provista y ayudan a cualificarla. Todos los

profesionales de la salud son responsables de registrar las consultas que atienden. Es imprescindible identificar la auditoría en dichos registros.

Considerando el rol de la APS como componente de la RUE, el análisis de los registros permite comprender cómo se documentan las consultas de urgencias, las derivaciones y los desenlaces de los episodios asistenciales. Además, los análisis de los registros permiten comprender las necesidades de la población, los procesos de trabajo y la organización de los servicios, además de servir de apoyo a la gestión pública^(6,15-18).

Una APS sólida y con servicios bien estructurados contribuye significativamente a mejorar los desenlaces en materia de salud, la equidad en el acceso a los distintos niveles de atención y el uso eficiente de los recursos de la red de asistencia^(9,12,19), reduciendo así la cantidad de derivaciones innecesarias y previniendo internaciones evitables por causas que pueden resolverse en el nivel de la APS^(6,14,17).

Los registros también permiten identificar los desafíos que deben enfrentarse (falta de registros, registros inespecíficos, alta demanda de consultas, etc.)⁽¹⁰⁾. Sigue habiendo desafíos, a saber: subutilización de funcionalidades del sistema; diseño no adecuado; fatiga en los profesionales; registros incompletos, incoherentes y con datos faltantes y en algunas situaciones atrasados, que afectan el seguimiento de los usuarios y comprometen la seguridad de la atención y la eficiencia de la gestión^(9,20). Sumado a lo anterior, las limitaciones estructurales de las unidades de salud (muchas veces con computadoras desactualizadas, conectividad precaria y falta de capacitación para utilizar e-SUS APS correctamente) dificultan su utilización plena, además de requerir más tiempo para las consultas^(13,19,21). Estos factores ejercen un efecto directo sobre la planificación de acciones en materia de salud, el monitoreo y la evaluación de los servicios prestados^(6,21).

Dado este escenario el objetivo de este estudio es analizar los registros de consultas de APS a partir de los informes gerenciales del sistema PEC e-SUS en seis unidades de salud pertenecientes a una Oficina Coordinadora de Salud de Puerto Alegre, en el transcurso de un año. Se evaluará tanto la calidad como la completitud de los registros, las consultas de urgencias, las derivaciones y los desenlaces como posibles inconsistencia que pudieran afectar la gestión y provisión de servicios de salud en la región.

MÉTODO

Trabajo de investigación transversal y retrospectivo realizado en seis Unidades Básicas de Salud que pertenecen a una oficina coordinadora de salud de Puerto Alegre. Las unidades están situadas en un territorio que atiende a gran parte de la población de la ciudad, que se encuentra en una situación de importante vulnerabilidad social y sin Unidades de Urgencias (*Unidades de Pronto Atendimento*, UPA), además de registrarse muchas llamadas al Servicio Móvil de Atención de Emergencias. Las unidades de salud se identificaron como US1 a US6 para preservar su identidad.

La investigación contempló todos los registros de consultas individuales efectuadas a lo largo del año 2023. La recolección de datos se realizó en marzo de 2024 y estuvo a

cargo del equipo de investigación del proyecto “*Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde: capacitação de profissionais de saúde e organização das unidades*” (“Urgencias y Emergencias en la Atención Primaria de la Salud: capacitación de profesionales de la salud y organización de las unidades”), al que está vinculado. La base de datos se produjo en formato de planilla de *Microsoft Excel* y contenía las variables de interés, pero sin identificar a los usuarios.

Los resultados se presentaron como frecuencias absolutas y relativas. A fin de comparar las unidades de salud se aplicó la prueba de igualdad de proporciones. Los resultados con valores $p < 0,05$ se consideraron significativo. La base de datos e importó al programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versión 25.0) de IBM, donde se la sometió a los análisis. Los datos se presentaron por medio de tablas.

Este trabajo de investigación respetó todos los aspectos éticos previstos en la resolución n.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud⁽²²⁾ y fue aprobada por los comités de ética en investigación de la Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Puerto Alegre y de la Secretaría Municipal de Salud de Puerto Alegre con los números 6.848.538 y 6.772.327, respectivamente.

RESULTADOS

El análisis incluyó 206.658 consultas registradas en las unidades de salud durante el año 2023, lo que representa casi el triple de la población total inscrita en las US, tal como puede verse en la Tabla 1.

Tabla 1 - Cantidad e índice de consultas por unidad de salud. Puerto Alegre, RS, Brasil, 2023

Unidades	Consultas (%)	Población Inscrita	Índice de Consultas/Población
US1	22.091 (10,7 %)	7.142	3,09
US2	14.220 (6,9 %)	10.981	1,29
US3	25.343 (12,3 %)	7.701	3,29
US4	44.312 (21,4 %)	12.931	3,43
US5	51.688 (25,0 %)	14.483	3,57
US6	49.004 (23,7 %)	16.642	2,94
Total	206.658 (100,0 %)	69.880	2,96

Fuente: informes mensuales generados en el módulo gerencial de PEC e-SUS, 2023.

La cantidad de consultas realizadas indica una media de 2,9 por persona considerando el total de la población inscrita, lo que corresponde a un índice de consultas del 296 % de la población.

El 65,2 % de todas las consultas correspondió a personas del sexo femenino, observándose esta mayoría en todas las unidades. La edad de los participantes varió de 20 a 59 años (51,7 %), seguida por aquellos de al menos 60 años (28,1 %), de 0 a 9 (12,1 %) y de 10 a 19 (8,1 %).

En cuanto al lugar en el que se realizaron las consultas, el 99,3 % se llevó a cabo en las propias US, y el índice de consultas superó el 98,6 %. Las visitas domiciliarias representaron el 0,6 %.

En cuanto a los tipos de consulta, predominaron las consultas a pedido, con el 98,1 % del total. La cantidad de primeras consultas/orientaciones totalizó el 1,5 %, y los

casos de urgencia representaron el 0,3 %.

Con respecto a la comparación entre la cantidad de CIAP-2 registrados (117.678) y el total de consultas (206.658) en las unidades durante 2023, se observa que no se ha registrado un CIAP-2, tal como puede verse en la Tabla 2.

Tabla 2 - Índice de consultas conforme a la Clasificación Internacional de Atención Primaria (2ª edición), por unidad. Puerto Alegre, RS, Brasil, 2023

Unidades	Consultas (%)	CIAP-2 registrados	Índice CIAP-2/Consulta
US1	22.091 (10,7 %)	13.166	0,60
US2	14.220 (6,9 %)	8.104	0,57
US3	25.343 (12,3 %)	12.763	0,50
US4	44.312 (21,4 %)	25.850	0,58
US5	51.688 (25,0 %)	29.196	0,56
US6	49.004 (23,7 %)	28.599	0,58
Total	206.658 (100,0 %)	117.678	0,57

CIAP-2 – Clasificación Internacional de Atención Primaria (2ª edición). US – Unidad de Salud.

Fuente: Informes mensuales generados en el módulo gerencial de PEC e-SUS, 2023.

Los capítulos de CIAP-2 más utilizados en las consultas se presentan en la Tabla 3.

En relación a los capítulos de la CIAP-2 más utilizados en las consultas, podemos notar que el más empleado en todas las unidades es “A - PROBLEMAS GENERALES E INESPECÍFICOS”, con el 48,7 % de los registros. En segundo lugar aparece “R - APARATO RESPIRATORIO”

en general, con el 11,1 %; sin embargo, en las unidades US2, US3 y US5, el segundo capítulo de CIAP-2 más registrado es “K - APARATO CIRCULATORIO” (en US2 este capítulo también empata con “W - EMBARAZO, PARTO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR”, con el 9,1 %). Por último, el capítulo de CIAP-2 menos registrado en todas las unidades es “Z - PROBLEMAS SOCIALES”, con 0,1 % (Tabla 3).

Con respecto a los análisis sobre las consultas de urgencias, la unidad en la que más se los registró fue US6, con el 58,9 % del total, seguida por US5, con el 34,8 % de las 546 consultas. La unidad con menos registros de este tipo de consulta fue US2, con solo 4 consultas registradas durante 2023. El índice de consultas de urgencia se calcula por cada 10.000 habitantes. Se observa que US5 fue la única unidad en la que se registraron urgencias todos los meses del año, que US6 no tuvo registros solamente en enero, que US1 no tuvo registros en noviembre y diciembre, que US4 solo tuvo consultas en enero, julio, agosto, septiembre y diciembre, que US2 solo presentó historias clínicas con este tipo de consulta en julio, noviembre y diciembre y que US3 solo registró urgencias en mayo y noviembre.

Con respecto a los datos generales de las US, tenemos la variable “Quedó en observación”, que se subdividió en “Sí”, “No” y “No informado”. En la mayoría de las unidades predomina la respuesta “No informado”; “No quedó en observación” solo prevalece en US3 y US4. La opción “Sí” (que significa quedar en observación) fue minoría en todas las unidades, con un total de solo 25 consultas entre las 206.658 registradas en 2023 (Tabla 4).

Tabla 3 - Motivos de consultas conforme a la Clasificación Internacional de Atención Primaria (2ª edición), por unidad. Puerto Alegre, RS, Brasil, 2023

CIAP-2	US1 (%)	US2 (%)	US3 (%)	US4 (%)	US5 (%)	US6 (%)	TOTAL (%)
A	4.648 (35,3) ^a	4.194 (49,0) ^b	6.368 (49,9) ^b	13.445 (52,0) ^c	13.043 (42,7) ^d	16.457 (57,5) ^c	58.155 (48,7)
B	111 (0,8) ^a	37 (0,4) ^b	45 (0,4) ^b	94 (0,4) ^b	237 (0,8) ^a	98 (0,3) ^b	622 (0,5)
D	791 (6,0) ^a	314 (3,7) ^b	575 (4,5) ^{c,d}	1.191 (4,6) ^c	1.579 (5,2) ^d	924 (3,2) ^b	5.374 (4,5)
F	140 (1,1) ^a	51 (0,6) ^b	56 (0,4) ^{b,c}	115 (0,4) ^{b,c}	162 (0,5) ^b	96 (0,3) ^c	620 (0,5)
H	162 (1,2) ^{a,b}	71 (0,8) ^{a,c}	122 (1,0) ^{a,c}	370 (1,4) ^b	364 (1,2) ^{a,b}	218 (0,8) ^c	1.307 (1,1)
K	1.002 (7,6) ^a	782 (9,1) ^b	1.150 (9,0) ^b	1.181 (4,6) ^c	4.034 (13,2) ^d	1.888 (6,6) ^c	10.037 (8,4)
L	609 (4,6) ^a	270 (3,2) ^b	322 (2,5) ^{b,d}	487 (1,9) ^c	748 (2,4) ^d	537 (1,9) ^c	2.973 (2,5)
N	227 (1,7) ^a	171 (2,0) ^{a,b}	296 (2,3) ^b	447 (1,7) ^a	543 (1,8) ^a	325 (1,1) ^c	2.009 (1,7)
P	178 (1,4) ^a	254 (3,0) ^b	242 (1,9) ^c	515 (2,0) ^c	556 (1,8) ^c	205 (0,7) ^d	1.950 (1,6)
R	1.869 (14,2) ^a	575 (6,7) ^b	1.076 (8,4) ^c	2.989 (11,6) ^d	3.187 (10,4) ^c	3.509 (12,3) ^d	13.205 (11,1)
S	670 (5,1) ^a	279 (3,3) ^b	485 (3,8) ^b	907 (3,5) ^b	781 (2,6) ^c	1.069 (3,7) ^b	4.191 (3,5)
T	590 (4,5) ^a	389 (4,5) ^{a,c}	659 (5,2) ^{a,c}	691 (2,7) ^b	1.623 (5,3) ^c	969 (3,4) ^d	4.921 (4,1)
U	285 (2,2) ^a	147 (1,7) ^{a,b,d}	203 (1,6) ^{b,d}	431 (1,7) ^{b,c,d}	595 (1,9) ^{a,b}	397 (1,4) ^d	2.058 (1,7)
W	1.341 (10,2) ^a	780 (9,1) ^a	871 (6,8) ^b	2.038 (7,9) ^c	2.065 (6,8) ^b	1.058 (3,7) ^d	8.153 (6,8)
X	431 (3,3) ^a	194 (2,3) ^{b,c}	244 (1,9) ^b	758 (2,9) ^a	755 (2,5) ^c	617 (2,2) ^{b,c}	2.999 (2,5)
Y	98 (0,7) ^a	42 (0,5) ^{a,b}	45 (0,4) ^b	159 (0,6) ^a	241 (0,8) ^a	189 (0,7) ^a	774 (0,6)
Z	14 (0,1) ^{a,b}	10 (0,1) ^{a,b}	4 (0,0) ^a	32 (0,1) ^{a,b}	33 (0,1) ^{a,b}	43 (0,2) ^b	136 (0,1)

Nota: Lo valores incluidos en la misma fila que no comparten la misma letra difieren significativamente ($p < 0,05$ - Prueba bilateral de igualdad de proporciones en las columnas).

Referencia: A - Problemas generales e inespecíficos; B - Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario; D - Aparato digestivo; F - Ojos y anejos; H - Aparato auditivo; K - Aparato circulatorio; L - Aparato locomotor; N - Sistema nervioso; P - Problemas psicológicos; R - Aparato respiratorio; S - Piel; T - Aparato endocrino/metabólico y nutrición; U - Aparato urinario; W - Embarazo, parto e planificación familiar; X - Aparato genital femenino y mamas; Y - Aparato genital masculino y mamas; Z - Problemas sociales.

Fuente: informes mensuales generados en el módulo gerencial de PEC e-SUS, 2023.

Tabla 4 - Desenlace primario de las consultas por unidad. Puerto Alegre, RS, Brasil, 2023

Quedó en observación	US1 (%)	US2 (%)	US3 (%)	US4 (%)	US5 (%)	US6 (%)	TOTAL (%)
Sí	0 (0)	0 (0)	0 (0)	10 (0) ^a	4 (0) ^a	11 (0) ^a	25 (0)
No	8.799 (39,8) ^a	6.634 (46,7) ^b	13.213 (52,1) ^c	25.062 (56,6) ^d	24.285 (47) ^b	20.749 (42,3) ^c	98.742 (47,8)
No informado	13.293 (60,2) ^a	7.586 (53,3) ^b	12.130 (47,9) ^c	19.240 (43,4) ^d	27.399 (53) ^b	28.244 (57,6) ^c	107.892 (52,2)

Nota: Lo valores incluidos en la misma fila que no comparten la misma letra difieren significativamente ($p < 0,05$ - Prueba bilateral de igualdad de proporciones en las columnas).

Fuente: informes mensuales generados en el módulo gerencial de PEC e-SUS, 2023.

Con respecto a la variable “Curso de acción”, se destaca que las historias clínicas del e-SUS permiten seleccionar más de un curso de acción para la misma consulta. Por ese motivo, el volumen total de cursos de acción (225.751) excede la cantidad total de consultas realizadas en las unidades (206.658). El desenlace más frecuente en todas las US es “alta del episodio” (78,9 %), seguido por regreso para atención continuada/programada (14,2 %) y regreso para consultas agendadas (5,3 %).

En relación a las derivaciones, los casos no informados con los más frecuentes, tanto en el total de consultas (98,6 %) como en todas las unidades, variando entre 97,3 % y 99,5 %. Otro desenlace recurrente son las derivaciones internas en el día, con el 1,2 % del total de consultas en las unidades, manteniendo la misma tendencia que los no informados y siendo el segundo tipo de derivación más prevalente en todas las unidades, con una variación del 0,4 % al 2,4 % del total de cada US. Con respecto a los destinos (como “CAPS”, “internación en hospital”, “servicio de atención domiciliaria” e “intersectorial”), no hubo diferencias significativas entre las unidades.

DISCUSIÓN

El análisis de los registros de consultas en las unidades de salud se reveló características del acceso de la población a los servicios de salud, lo que puede estar relacionado con varios aspectos, como la ubicación de las UBS/USF, el horario de atención, el servicio a la demanda espontánea o la recepción de urgencias, un escenario que merece reflexión⁽²³⁾. Con un total de 206.658 consultas registradas a lo largo de 2023, se percibe la gran sobrecarga a la que está sometida la APS y, a la vez, lo esencial que es para la población.

El hecho de que la media de consultas por persona sea casi tres veces superior a la población inscrita sugiere que las personas pueden estar acudiendo al servicio reiteradamente, tal vez porque no se resuelven sus problemas de salud, por no existir otras opciones de asistencia accesibles o debido a la centralización de la atención en los médicos⁽²⁴⁾. El seguimiento continuo de usuarios con afecciones crónicas también requiere mayor frecuencia en términos de consultas de monitoreo, adaptación de terapias y acciones para prevenir complicaciones⁽²⁵⁾. Ciertos estudios indican que, cuando está bien organizada, la APS puede reducir significativamente la cantidad de internaciones y complicaciones a raíz de enfermedades crónicas y de solucionar la mayoría de los problemas de la población, reduciendo así el número de derivaciones innecesarias y descomprimiendo los servicios de mayor complejidad^(6,26).

Otro dato interesante es el perfil de los usuarios. La

mayoría de las consultas correspondieron a pacientes del sexo femenino (65,2 %), lo que refuerza un patrón ya conocido: las mujeres asisten más a los servicios de salud. Este hallazgo se condice con diversos estudios que demuestran que las mujeres acuden más a los servicios de APS. Culturalmente, se educa a las mujeres para que ejerzan prácticas de cuidados (ya sea autocuidado, tareas domésticas y/o cuidado de otras personas). El acto de cuidar también evoca una representación social de vigilia, protección o debilidad, más asociada a lo femenino. El autocuidado también está más direccionado/fomentado hacia las mujeres por medio de acciones, programas de salud y políticas públicas que corroboran esta construcción; esto contribuye a una percepción diferente de señales y síntomas que hace que las mujeres tiendan a recurrir más a acciones de prevención. En contrapartida, los hombres habitualmente procuran atención médica cuando las señales y los síntomas son más limitantes e interfieren en sus actividades diarias, y, especialmente, cuando les impiden trabajar^(27,28).

Además, la mayor parte de las consultas se concentró en el grupo etario de 20 a 59 años (51,7 %). También se suman los factores biológicos relacionados con los ciclos de vida de las mujeres, que incluyen menarquía, planificación reproductiva, período prenatal, puerperio y climaterio, que se corresponden con las acciones programáticas de la APS.

Eso puede estar ligado al hecho de que se trata de una fase de la vida en la que las personas están más expuestas al estrés propio del trabajo, a enfermedades crónicas emergentes y a otros factores que afectan la salud⁽²⁸⁾. Otro elemento importante (tratado en algunos artículos) es el horario de atención de las UBS/ESF, que representa un obstáculo para las personas que trabajan; eso explica por qué las mujeres que tienen empleos informales o con jornadas más flexibles pueden recurrir más a la APS en comparación con los hombres que se desempeñan en sectores industriales o en la construcción civil. Los hombres que trabajan frecuentemente asocian hacer uso de la APS con perder productividad o salario (en el caso de los autónomos), lo que puede explicar en parte que no acudan a los servicios de salud⁽²⁷⁾.

La APS también se considera un servicio más dirigido a mujeres, niños y ancianos, debido a la propia oferta de servicios y a la organización del espacio. Los hombres recurren más a las UPAS (servicios de urgencia y emergencia), ya que vislumbran mayor resolutivez y agilidad en las consultas. Otro gran desafío de APS es fomentar los cuidados en materia de salud masculina⁽²⁷⁾.

Las cifras también demuestran que casi todas las consultas tuvieron lugar en las unidades de salud (99,3 %) mientras que la cantidad de visitas domiciliarias fue mínima (0,6 %). La baja oferta de Visitas Domiciliarias (VD) en la Atención Primaria de la Salud es un tema que revela

la desarmonía entre las pautas del SUS y la práctica diaria de los equipos. La baja adhesión a las visitas domiciliarias puede indicar dificultades operacionales de los equipos como dimensionamiento no adecuado para este tipo de servicio, combinado con sobrecarga burocrática y/o exceso de demanda espontánea o falta de medios de transporte institucionales, lo que impide o perjudica que los equipos lleguen a las áreas más remotas y/o periféricas. La inseguridad en el territorio puede ser otro factor, pero el bajo índice de visitas también puede significar que no se prioriza esta modalidad dentro de la organización de la APS. Sin embargo, las visitas domiciliarias son una estrategia extremadamente importante, especialmente para ancianos y personas con problemas de locomoción⁽²⁹⁻³¹⁾. La reducción en la cantidad de ACS o el desvío de sus funciones hacia tareas burocráticas dentro de las UBS también pueden ser una causa de la caída en el número de visitas^(2,32).

Otro punto de extrema importancia es la completitud de los registros. En promedio, menos del 60 % de las consultas estaba bien completado conforme a la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2). Eso significa que muchas historias clínicas estaban incompletas o eran imprecisas, lo que puede afectar directamente la continuidad de la atención⁽³³⁾. Sin registros adecuados, los equipos de salud pueden perder valiosos datos sobre los antecedentes de un paciente, poniendo en riesgo un seguimiento adecuado. Este déficit en los registros ya fue señalado como un desafío recurrente en APS, que interfiere en el análisis epidemiológico y en los procesos para tomar decisiones basadas en datos concretos⁽³⁾. A pesar de que PEC e-SUS está implementado en la totalidad de la APS, la calidad y completitud de los registros pueden verse comprometidas por deficiencias en la infraestructura y en la cualificación profesional. Factores como escasez de equipamiento, conectividad inestable y falta de integración entre sistemas generan la necesidad de repetir tareas y aumentan el tiempo de ingreso de datos. Además de lo anterior, la carencia de programas de capacitación continua limita la posibilidad de que los profesionales dominen las actualizaciones del *software*^(30,35-37).

Otro aspecto preocupante es la cuestión de las consultas de urgencia. US6 concentró casi el 60 % de estas consultas, seguida por US5 con el 34,8 %. Eso puede indicar que estas unidades están en regiones en las que es más difícil acceder a servicios de emergencias, obligando a la población a acudir a la APS incluso en el caso de situaciones que deberían resolverse en unidades de urgencias. La desigualdad entre las unidades en materia del registro de urgencias también sugiere que puede haber subnotificación de estos casos en algunas de ellas, lo que afecta la percepción real de la demanda por este tipo de servicio.

Aunque existen políticas que exigen notificación obligatoria en situaciones específicas, la práctica diaria revela que no se registran muchos casos. Entre los factores que contribuyen a la subnotificación podemos mencionar los siguientes: sobrecarga de trabajo, que puede llevar a priorizar un servicio inmediato en detrimento de registrar los casos correctamente; desconocimiento y falta de capacitación; ausencia de sistemas informatizados eficientes; o casos en los que la notificación se interpreta erróneamente como una denuncia, especialmente en situaciones de violencia.

Los profesionales deben estar al tanto de que, obligatoria o no, la notificación de casos constituye un instrumento para conocer el perfil de la población, lo que hace posible implementar acciones de prevención, control, asignación de recursos y planificación de políticas públicas^(38,39).

La elevada proporción de campos 'No informado' revela una importante deficiencia en la calidad de los registros, con efectos directos sobre la longitudinalidad de la atención y sobre la gestión en materia de salud. Aunque las inconsistencias del sistema, la desorganización de los flujos de trabajo y las brechas de capacitación dificulten las tareas de registro (y muchas veces lo demoren), estos obstáculos no suprimen el carácter ético y legal de esta responsabilidad que acarrearán todos los profesionales de la salud. El porcentaje de datos en blanco o "registros no informados" al completar una variable constituye un indicador esencial de la calidad y completitud de los registros⁽⁸⁾. Este tipo de falla obstaculiza el monitoreo de la calidad de la atención provista y dificulta la creación de estrategias para mejorar los servicios⁽⁴⁰⁾. Por ese motivo, es fundamental que la gerencia invierta en educación permanente, en mejorar los sistemas de información y en implementar condiciones laborales más favorables para que los profesionales puedan registrar de forma completa y fidedigna lo que ya reconocen como un componente inseparable de su accionar en materia de salud.

Además de lo anterior, es importante considerar que el análisis de los datos sobre las consultas de APS se realiza sobre la base de informes de gestión y no en función de los registros clínicos detallados en las historias médicas, lo que contribuir a un mayor riesgo de distorsiones y vacíos en la información. No obstante, para que los informes puedan ser herramientas eficaces en la gestión de la APS, es esencial que no solo reflejen las cifras absolutas sino también la calidad de la información registrada⁽⁴¹⁾. Estandarizar los registros, capacitar a los equipos de trabajo para que completen los datos correctamente y mejorar los sistemas de información son estrategias fundamentales para garantizar que los informes de gestión sean fuentes confiables para la planificación y la toma de decisiones⁽⁴²⁾.

En vista de lo expuesto, se hace evidente el rol preponderante de la APS en la salud de la población. Sin embargo, persisten desafíos significativos en la organización del servicio, en la calidad de los registros y en términos de cubrir la elevada demanda. Implementar mejoras en la capacitación de los equipos, invertir en tecnología a fin de facilitar el proceso para completar las historias clínicas y redistribuir las consultas de manera más equilibrada pueden ayudar a optimizar el funcionamiento de las unidades. Más que simples cifras y estadísticas, estos datos reflejan la vida real de quienes dependen del SUS a diario; por ese motivo, deben ser analizados con empatía y compromiso para con la mejora continua de los servicios.

CONCLUSIÓN

En el análisis de los datos se evidenció la importancia de la APS en materia de absorber los requerimientos de la población y los desafíos relacionados con la gestión y calidad de los datos registrados. Combinada con el bajo índice de completitud de las historias clínicas, la sobre-

carga de las unidades afecta directamente la continuidad de la atención y la eficiencia de la asignación de recursos. Por lo tanto, a fin de optimizar el funcionamiento de las unidades y de mejorar la infraestructura de las UBS/ESF, es fundamental implementar programas de capacitación en la modalidad de educación permanente para cualificar los registros realizados por los profesionales y mejorar los sistemas electrónicos de salud.

Se destaca la necesidad de ampliar el protagonismo de los equipos de salud en la debida calificación de los registros clínicos, garantizando así mayor precisión y seguridad en la atención provista. Además, adoptar herramientas tecnológicas más intuitivas, con campos que deban completarse obligatoriamente y junto con una integración entre distintos niveles asistenciales, puede favorecer una gestión de APS más eficaz. Aunque todos los profesionales sean responsables de los registros, el área de Enfermería ocupa una posición estratégica en la organización del proceso de trabajo de los equipos y puede desempeñar un rol relevante en la promoción de prácticas más seguras y consistentes en

materia de registros.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

FINANCIAMIENTO

Convocatoria de propuestas del CNPq n.º 18/2024 - DT-2024. Productividad en el desarrollo tecnológico y extensión innovadora.

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Se utilizaron herramientas de IA exclusivamente para asistir en la redacción y revisión del texto, bajo estricta supervisión de las autoras. No se empleó IA para analizar los datos, producir resultados ni tomar decisiones científicas. Las autoras asumen total responsabilidad de la versión final presentada.

REFERENCIAS

1. Mattos JC de O, Balsanelli AP. A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Enferm Foco*. 2019;10(4). <https://dx.doi.org/10.2167/5/2357-707X.2019.v10.n4.2618>
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
3. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [citado 2023 abr 20]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html
5. Ministério da Saúde (BR). Manual para a Organização do Prontuário Eletrônico do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2025 dic 09]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prontuario_eletronico_paciente.pdf
6. Celuppi IC, Mohr ETB, Felisberto M, Rodrigues TS, Hammes JF, Cunha CL, et al. Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um Sistema Único de Saúde eletrônico. *Rev Saude Publica*. 2024;58:23. <https://doi.org/10.11606/s1518787.2024.058005770>
7. Oliveira AT de, Andrade GP, Santos PRA dos, Pereira MCA. Prontuário eletrônico educacional em apoio ao ensino dos registros em saúde na atenção primária. RECA [Internet]. 2020 [citado 2026 ago 03];1(2):1-31. Disponible en: <http://periodicos.unifacef.com.br/reca/article/view/2048>
8. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Sup 1):S173-S182. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300021>. PMID: 18660902
9. Silva Júnior JNB, Guedes HCS, Januário DC, Silva ACO, Palha PF, Nogueira MF, et al. Unsatisfactory completeness of nurses' records in the medical records of users with tuberculosis. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(3):e20210316. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0316>. PMID: 34852125
10. Maria A, da Silva Rennó GA, Pinto Ribeiro Miranda R, Silva Gonzaga VA. Percepções e desafios no preenchimento dos prontuários entre profissionais da saúde na atenção primária. *Santé [Internet]*. 29 de noviembre de 2023 [citado 3 de agosto de 2026];2(2):26-44. Disponible en: <https://periodicos.unidep.edu.br/sante/article/view/249>
11. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Sup 1):S173-S182. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300021>. PMID: 18660902
12. Toledo PP da S, Santos EMD, Cardoso GCP, Abreu DMF de, Oliveira AB de. Electronic Health Record: a systematic review of the implementation under the National Humanization Policy guidelines. *Cien Saude Colet*. 2021;26(6):2131-40. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>. PMID: 34231725
13. Ferreira ES, Santana MM, Monteiro IS, Moreira KS. Registros, monitoramento e avaliação no e-SUS APS

- por cirurgiões-dentistas em um distrito sanitário de Recife/PE. *Rev Saude Redes*. 2023;9(3):4137. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n3.4137>
14. Gusso G. Classificação Internacional de Atenção Primária: capturando e ordenando a informação clínica. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(4):1241-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.30922019>
15. Mendes M da S. Demanda espontânea X demanda programada na equipe de saúde da família saúde e esperança no município de São João do Pacuí/MG [tesis en Internet]. Montes Claros: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2017 [citado 2025 dic 09]. Disponible en: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/MONICA-SILVA-MENDES.pdf>
16. Barreto JJS, Coelho MP, Lacerda LCX, Fiorin BH, Mocelin HJS, Freitas PSS. Registros de Enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. *REME – Rev Min Enferm* 2019;23:e-1234. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190082>
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 [citado 2026 ago 03]. Disponible en: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
18. Silva CBR, Lima DBS, Pontes Neto JG. Atenção básica no diagnóstico precoce de neoplasia maligna. *Rev Contemp*. 2024;4(6):e4859. <https://doi.org/10.56083/RCV4N6-195>
19. Almeida PF de, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2023 [citado 2026 ago 03];42(especial 1 set):244-60. Disponible en: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/585>
20. Silva Ísis de S, Sousa LFS de, Sousa JVA, Lima LGFB de, Xavier PB, Silva CRDV, Araújo AJ de, Uchôa SA da C. Avanços e Desafios para a Estruturação de uma Política de Saúde Digital no Brasil: uma Análise Documental. *R. G. Secr.* [Internet]. 2025 [citado 2026 ago 03];16(9):e5201. Disponible en: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/5201>
21. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva D de O, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC. Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(3):e3440015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003440015>
22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08) [Internet]. Brasília: CNS; 2012 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
23. Silva LHL, Oliveira KCP do N, Porciúncula M das NG, Cardoso DS dos A, Costa L de MC, Rozendo CA, et al. Barreiras de acesso à saúde na atenção primária: entre o enfrentamento e a superação. *Revista JRG*. 2024;7(14):e141043. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.1043>
24. Soares LS, Junqueira MA de B. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(1):e031. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210115>
25. Neves RG, Duro SMS, Nunes BP, Facchini LA, Tomasi E. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(3):e2020419. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300015>
26. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CL. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev Saúde Pública* 2019;53(38):1-10. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000940>. PMID: 31066816
27. Gutmann VLR, Santos D, Silva CD, Vallejos CCC, Acosta DF, Mota MS. Motivos que levam mulheres e homens a buscar as unidades básicas de saúde. *J Nurs Health*. 2022;12(2):e2212220880. <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i2.2234>
28. McGonagle AK, Chosewood LC, Hartley TA, Newmann LS, Ray T, Rosemberg MA. Chronic Health Conditions in the Workplace: Work Stressors and Supportive Supervision, Work Design, and Programs. *Occup Health Sci* 2024;8:233-41. <https://doi.org/10.1007/s41542-024-00192-0>. PMID: 39811031
29. Rezende AC, Trujillo C, Amorim EL, Uchida KK, Trizote LGO, Silva RFG, et al. A eficácia da visita domiciliar no cuidado aos pacientes acamados: the effectiveness of home visits in the care of bedridden patients. *RESP*. 2023;1(2). <https://doi.org/10.59788/rresp.v1i2.16>
30. Kuhn M, Bonato SV, Albrecht CAM, Olea PM. Atenção básica à saúde: uma análise das causas dos atendimentos e sua importância nas demandas da saúde. *OLEL*. 2024;22(6):01-25. <https://doi.org/10.55905/olel.v22n6-095>
31. Goulart EP, Moura ATMS de, Rafael R de MS, Edmundo KMB, Penna LHG. Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2651. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2651](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2651)
32. Kessler M, Thumé E, Facchini LA, Tomasi E. Prevalência do não recebimento de visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde no Brasil e fatores associados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(11):4253-63. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.17072021>
33. Santos GD. Prontuário Eletrônico do Cidadão: percepção da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde de Olinda – PE [tesis de maestría en Internet]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2023 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/32312>
34. Velloso R do A. Implantação do prontuário eletrônico na atenção primária no sistema único de saúde: resultado do PMAQ-AB 2011 e 2014 - MG [tesis de maestría en Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2019 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: <https://repositorio.ufmg.br/server/api/core/bitstreams>

- /6faf76ed-4dfe-46c8-9500-419511261080/content
35. Valdes G, Souza AS de. Uso de prontuário eletrônico e parâmetros de acesso e acolhimento segundo dados do terceiro ciclo do PMAQ-AB. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(1):e04492023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.04492023>
36. Universidade Federal de Minas Gerais; Ministério da Saúde. Qualidade de dados em registro de Atenção Primária à Saúde: curso para enfermeiros, médicos e odontólogos [Internet]. Belo Horizonte: UFMG, MS; 2020 [citado 2025 feb 21]. Disponible en: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/09/GUIA_EAD_Qualidade_dados_Nivel_superior.pdf
37. Hohenberger GF, Santana da Silva F, Schenk de Azambuja M. Challenges in the process of implementation of electronic health records in Primary Health Care in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. *Saúde Redes*. 2024;10(1):4326. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n1.4326>
38. Reis ZSN, Oliveira JL, Senna MIB, Pagano AS, Asevedo R. Registro de Saúde na APS: educação permanente para enfermeiros, médicos da equipe de saúde da família, cirurgiões-dentistas e equipes multiprofissionais [Internet]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 dic 09]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/1843/63487>
39. Oliveira AEF de, Araújo FLSM, Garcia PT. Redes de atenção à saúde: rede de atenção às urgências e emergências no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. São Luís: EDUFMA; 2018 [citado 2026 ago 04]. Disponible en: <https://ares.unasus.gov.br/aceervo/html/ARES/10272/1/Redes%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0s%20Urg%C3%AAncias%20e%20Emerg%C3%AAncias%20-%20978-85-7862-721-8.pdf>
40. Ferreira LL, Chiavone FBT, Bezerril MS, Alves KYA, Salvador PTCO, Santos VEP. Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180542. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0542>. PMID: 32074237
41. Borges MA. Uma ferramenta para monitoramento de indicadores na gestão de saúde no município de Ribeirão Preto - SP [tesis de maestría en Internet]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2022. <https://doi.org/10.11606/D.17.2022.tde-06052022-165145>
42. Rangel JS. A importância da qualificação dos registros nas salas de vacina: Ações de vigilância da cobertura vacinal no município de Arraial do Cabo - RJ [tesis de maestría en Internet]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2023 [citado 2026 ago 03]. Disponible en: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_cdfd6d5a66313f67f4fc5ec54067b18e

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Diseño del proyecto: Lima RL, Weis AH, Viegas K, Silva V, Fraga AM, Silva AD.

Obtención de datos: Lima RL, Fraga AM.

Análisis de datos: Lima RL, Weis AH, Viegas K, Silva AD.

Interpretación de datos: Lima RL, Weis AH, Viegas K, Silva AD.

Todos los autores son responsables de la redacción textual y la revisión crítica del contenido intelectual, de la versión final publicada y de todos los aspectos éticos, legales y científicos relacionados con la exactitud e 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.