

## HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA

Grazielly Soares Ávila<sup>1</sup>   
Ricardo Bezerra Cavalcante<sup>2</sup>   
Tarcísio Laerte Gontijo<sup>3</sup>   
Fábio da Costa Carbogim<sup>2</sup>   
Maria José Menezes Brito<sup>1</sup> 

### ABSTRACT

**Objective:** to understand the use of the Citizen's Electronic Medical Chart for Care Management in Family Health teams. **Method:** a case study with a qualitative approach, using the Care Management dimensions as its theoretical framework. It was conducted from March to June 2019 in two municipalities from Minas Gerais, Brazil, with 37 professionals working in the Family Health Strategy, by means of interviews and direct observation. Data analysis was performed through Content Analysis, Thematic-Categorical modality, and systematized in the MaxQDA program. **Result:** the results indicated that use of the Citizen's Electronic Medical Chart takes place in three Care Management dimensions, namely: professional, organizational, and systemic. **Conclusion:** the study contributes to the reflection on the importance of a perspective that permeates the several Care Management dimensions in the Family Health Strategy teams' routine, given the introduction of the Citizen's Electronic Medical Chart.

**DESCRIPTORS:** Electronic Health Records; Management in Health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Information Systems.

### CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Ávila GS, Cavalcante RB, Gontijo TL, Carbogim F da C, Brito MJM. Electronic medical charts for care management in family health teams. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [accessed "insert day, month and year"]; 27. Available from: [http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641\\_es](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79641_es).

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis, MG, Brasil.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de la última década, se registró gran cantidad de iniciativas del Ministerio de Salud (MS) centradas en fortalecer la infraestructura de la Atención Básica (AB) en Brasil y en mejorar la calidad de la información en salud. Fue en este contexto que se creó la Estrategia e-SUS Atención Básica (e-SUS AB) en el año 2013, actualmente denominada e-SUS Atención Primaria (e-SUS APS)<sup>1-4</sup>.

La Estrategia e-SUS APS consiste en un conjunto de acciones destinadas a computarizar las Unidades Básicas de Salud (UBS), integrar información y sistematizar la recolección de datos, para así poder materializar un nuevo modelo de gestión de la información que sirva de apoyo para los servicios de salud, contribuyendo así a una gestión efectiva de la APS y a calificar la atención provista a los usuarios y la organización del trabajo de los profesionales<sup>2-4</sup>. Con relación a sus sistemas de software, cuenta con Recolección de Datos Simplificada (RDS) y con la Historia Clínica Electrónica del Ciudadano (HCEC)<sup>2</sup>.

De hecho, la implementación de la HCEC genera cambios estructurales y en la práctica de los profesionales de la salud, por tratarse de una innovación tecnológica y de un proceso que deriva en la configuración de un nuevo modelo de asistencia y de organización del trabajo<sup>3-4</sup>. Teniendo en cuenta este escenario de cambios, se espera que la incorporación de la HCEC ejerza cierta influencia sobre la Gestión de la Atención de los equipos de Salud de la Familia.

La Gestión de la Atención se define como provisión o suministro de tecnologías sanitarias, considerando las necesidades singulares de las personas en distintos momentos de su vida, con miras al bienestar, a la seguridad y a la autonomía. La Gestión de la Atención tiene lugar en varias dimensiones no disociables, a saber: individual, familiar, profesional, organizacional, sistémica y societaria<sup>5</sup>.

La dimensión individual de la Gestión de la Atención representa al "autocuidado", lo que significa que cada individuo es capaz de dirigir su propia vida por medio de sus elecciones. La dimensión familiar es más abarcadora y sus actores son familiares, amigos y vecinos. La dimensión profesional involucra el encuentro entre profesionales y usuarios. La dimensión organizacional se materializa en los servicios de salud. En la dimensión sistémica se crean redes o líneas de atención, elaboradas por medio de conexiones formales, periódicas y reglamentadas entre los servicios de salud, procurando garantizar integralidad de la atención. Finalmente, la dimensión más amplia de la Gestión de la Atención, la societaria, analiza la forma en la que cada sociedad genera ciudadanía, el derecho a la vida y el acceso a las modalidades de consumo<sup>5</sup>.

Diversos estudios señalan que la incorporación de la historia clínica electrónica en servicios de salud ha traído beneficios para la atención, como ser la mejora en los sistemas de vigilancia y monitoreo de enfermedades, soporte a las decisiones clínicas y mejora en la gestión de la información de salud de los pacientes, entre otros<sup>6-7</sup>. Por otra parte, la literatura también documenta desafíos como los siguientes: costo elevado, falta de soporte tecnológico, falta de infraestructura, resistencia de los profesionales y aislamiento entre profesionales y pacientes, entre otros<sup>8</sup>.

Dadas estas afirmaciones, se considera relevante comprender cómo se ha utilizado la HCEC en la Gestión de la Atención en equipos de Salud de la Familia. Dicho entendimiento es esencial para obtener diversa información que ayude a los equipos a planificar sus acciones. En este sentido, el objetivo general del estudio se definió de la siguiente manera: comprender cómo se utiliza la Historia Clínica Electrónica del Ciudadano para la Gestión de la Atención en equipos de Salud de la Familia.

## MÉTODO

Se trata de un estudio de caso de carácter cualitativo, lo que permite conocer las particularidades y experiencias individuales por medio de los significados atribuidos a experiencias, vivencias, sentido común y acciones<sup>9</sup>. Se adoptó el marco referencial metodológico del estudio de caso, dado que el tema investigado se configura como un fenómeno contemporáneo integrado al contexto real.<sup>10</sup> Como referencial teórico, se adoptaron las dimensiones de la Gestión de la Atención descritas por Cecilio<sup>5</sup>, a saber: individual, familiar, profesional, organizacional, sistémica y societaria.

El escenario de la investigación estuvo conformado por dos municipios de una micro-región de salud de Minas Gerais, Brasil. Los municipios incluidos fueron aquellos con la HCEC implementada y en uso por parte de los profesionales, en al menos una Unidad Básica de Salud (UBS). Ocho de los 24 municipios que componen la Micro-región cumplieron con el criterio de inclusión. Por medio de un sorteo se incluyó a los dos primeros en el estudio. En cada municipio, se seleccionó una UBS aleatoriamente y, de un total de 40, se incluyó a 37 profesionales de salud que utilizaban la HCEC en su rutina laboral y que estaban presentes en el momento de la recolección de datos. Se excluyó a los profesionales que estaban de vacaciones, de franco o de licencia en los días de recolección de datos. En consecuencia, se excluyó a tres personas.

Los profesionales de la salud que participaron del estudio fueron tres Enfermeras, siete Técnicos en Enfermería, tres Médicos, 19 Agentes Comunitarios de Salud, dos Dentistas, dos Técnicos en Salud Bucal y una Auxiliar en Salud Bucal.

Las fuentes de evidencia de este estudio fueron las entrevistas y la observación directa, además de un cuestionario estructurado para identificar el perfil de los participantes. La recolección de datos se realizó en cada municipio, durante una semana típica de trabajo entre marzo y junio de 2019. Las entrevistas se desarrollaron en las instalaciones de cada UBS, por medio de encuentros individuales con cada participante en un lugar reservado, guiadas por un guión semiestructurado y grabadas en audio. Las preguntas que integraban el guión de las entrevistas fueron las siguientes: Cuénteme sobre su percepción acerca de cómo se utiliza la HCEC en la Atención Primaria; y ¿Cómo utiliza la HCEC para la Gestión de la Atención?

Al final de la recolección, las entrevistas se transcribieron en su totalidad y se las identificó con una sigla correspondiente a las categorías profesionales de los participantes, seguida por el número correspondiente al orden de las entrevistas. Las siglas son ENF (Enfermero), TENF (Técnico en Enfermería), MED (Médico), DEN (Dentista), ACS (Agente Comunitario de Salud), TSB (Técnico en Salud Bucal) y ASB (Auxiliar de Salud Bucal).

La observación fue directa, direccionada al contexto en el cual se utilizaba la HCEC, y tuvo lugar de manera informal durante la totalidad de la visita de campo, incluso durante las entrevistas. Las informaciones recolectadas mediante la observación directa se registraron en un diario de campo en forma de notas de observación y contenían anotaciones acerca de la percepción de la investigadora al momento de la recolección de datos. Se las identifica en los resultados por medio de la sigla NO, seguida por el número correspondiente al orden de presentación (NO1, NO2...).

Los datos recolectados se organizaron y analizaron a través de la modalidad Temático-Catégica del Análisis de Contenido.<sup>11</sup> Para la sistematización del análisis, se utilizó el programa de software MAXQDA, versión 2018. El material se organizó en la fase de pre-análisis. Las entrevistas y notas de observación se importaron a MaxQDA y la lectura flotante del material tuvo lugar inmediatamente después. En la fase siguiente, la de exploración del material, se hicieron recortes del texto en unidades de registro; codificadas, estas unidades generaron los núcleos de significado (interpretaciones del investigador). Las categorías temáticas surgieron a partir de convergencias de los núcleos

de significado, a saber: "Cómo se utiliza la HCEC en la dimensión profesional de la Gestión de la Atención", "Cómo se utiliza la HCEC en la dimensión organizacional de la Gestión de la Atención" y "Cómo se utiliza la HCEC en la dimensión sistémica de la Gestión de la Atención". Estas categorías representan tres de las seis dimensiones descritas<sup>5</sup>.

En la tercera fase del proceso de análisis (tratamiento de los resultados), se interpretaron los resultados sin procesar, a fin de volverlos significativos y válidos, respetando las inferencias de las entrevistas y observaciones y la interpretación de conceptos y propuestas. Otro investigador realizó un segundo análisis de los datos, para su validación. Después del análisis se ofreció feedback a los entrevistados, a fin de que también pudieran validarlo.

El proyecto se presentó ante el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos, donde se lo aprobó con número de parecer 3.297.521. Las entrevistas tuvieron lugar después de que los profesionales aceptaran y firmaran el Formulario de Consentimiento Libre e Informado, conforme a la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud. De esta manera, los datos recolectados se trataron en forma confidencial y se los utilizó solamente para los fines de este estudio.

## RESULTADOS

Con relación al perfil de los participantes, se observó que 29 (78.4%) eran del sexo femenino y que el grupo etario predominante correspondió a los individuos de 31 a 40 años (19; 51,3%), seguido de las personas de 20 a 30 años (nueve; 24,3%). En lo que se refiere al nivel de estudios, 24 (64,9%) completaron la Escuela Secundaria, 10 (27%) tienen Educación Superior completa, seis (16,2%) son Post-graduados y tres (8,1%) completaron la Escuela Primaria.

En relación al primer contacto con la HCEC, la mayoría indicó que fue hace dos años (21; 56,7%) y hace tres años (13; 35,1%). Un entrevistado informó haber tenido dicho contacto hace cuatro años y dos, hace menos de un año.

### **Cómo se utiliza la HCEC en la dimensión profesional de la Gestión de la Atención**

En esta dimensión, en la cual ocurre el encuentro entre profesionales y usuarios del sistema de salud, algunos testimonios señalaron que la HCEC permite que el profesional conozca más detalladamente al usuario, por medio de informaciones más completas que permiten distinguir sus características y situaciones de salud.

*Creo que, en la visita domiciliaria, saber qué tiene la persona, si es hipertensa, diabética, entonces me entero de todo esto a través de la historia clínica electrónica [...] con la historia clínica electrónica puedo profundizar más. (ACS7).*

*Es una forma de que conozcamos más al paciente, de saber más... igual ya dije, la HCEC tiene mucha más información sobre el paciente, cuando llego a su casa ya sé la mitad de su vida [...]. (ACS12).*

El siguiente testimonio y la nota de observación NO1 revelaron que la HCEC contribuyó al seguimiento del usuario y de su historial de consultas, además de facilitar el conocimiento de las situaciones de salud presentes en el territorio.

*Cuando abro esa pantalla de la consulta y voy a dar inicio a la consulta con mi paciente, veo la última vez que fue al médico, su última vacuna, la última vez que tuvo una consulta conmigo, entonces eso sirve para tener un control, tanto de sus consultas conmigo como del paciente de manera general [...]. (DEN1).*

*Fue fácil percibir la satisfacción de los ACS con la nueva manera de registro a través de la HCEC, lo que se manifestó mediante su entusiasmo sobre la facilidad de registro y de acceso a los datos del paciente. (NO1).*

Pese a la satisfacción manifiesta, el tiempo que demanda utilizar la historia clínica electrónica tuvo efectos negativos en las relaciones profesional-paciente.

*Al principio me resistía a este programa, porque siempre preferí atender al paciente y, queriendo o no, uno va ingresando las cosas aquí y deja de mirar al paciente, deja de prestar atención a algunas cosas en el paciente y, muchas veces, algunos pacientes se sienten incómodos. (MED3).*

*Al hablar sobre el desvío de la atención provista al paciente mientras se utiliza la HCEC, se percibieron algunos cambios en el tono de voz y en las expresiones faciales de algunos participantes, que revelaban lo incómodos que se sentían ante este dilema. (NO2).*

### **Cómo se utiliza la HCEC en la dimensión organizacional de la Gestión de la Atención**

En esta dimensión, materializada en los servicios de salud y donde la organización del proceso de trabajo asume un rol central, identificamos que la HCEC ha contribuido a mejorar la organización del flujo de la atención, a la planificación y a la calidad de los servicios prestados.

*[...] todos los que pasan por allí pasan por un proceso de detección, por la enfermera, una preconsulta con el técnico, entonces creo que mejoró demasiado, se pudo planificar mejor, mejoró incluso la calidad [...] con la HCEC creo que mejoró demasiado, incluso la gestión de la UBS está funcionando mejor, porque podemos planificar la atención. (ENF2).*

*Y también es una manera de enterarnos de que llegó un paciente a la unidad, porque a veces estamos aquí asistiendo a alguien, consultamos la computadora y ya sabemos que hay un paciente esperando y entonces, cuando ese paciente ya hizo la entrevista inicial, ya sabemos sobre su gravedad. (ENF3).*

El fortalecimiento de la comunicación interprofesional y entre la Secretaría Municipal de Salud y los equipos de la ESF también se identificó en esta dimensión.

*[...] por ejemplo, lo estoy atendiendo, entonces creo que su problema no es solamente bucal [...] entonces desde aquí mismo envío todo al médico y él ya ve al paciente, ya está registrado para él, entonces tenemos esta comunicación a través de la HCEC [...] creo que esta interacción con el equipo mejoró mucho. (DEN2).*

*La conexión, la comunicación con los demás, con los de arriba [SMS], con el PSF de aquí, con el centro de allá abajo, va a unir todavía más a los empleados. (TSB1).*

Otros profesionales indicaron el aporte de la HCEC para la continuidad de la atención y el seguimiento y priorización de los casos de mayor riesgo.

*Porque allá en el sistema tenemos esa alta del episodio, el regreso, cuando será el regreso, entonces esto para mí es una gestión de la atención que hacemos [...] o entonces, si es una cuestión de salud mental, anciano, diabético, hipertenso, uno quiere medir la presión del paciente todos los días, hacer un control, entonces queda todo aquí [señala la computadora]. (ENF2).*

*Esta gestión de la atención es muy importante, porque resulta que tenemos un seguimiento, porque cuando la persona viene y la atendemos y completamos todo, al final hay que informar qué se hará con ese paciente, si se dará el alta de aquel episodio o si se lo seguirá atendiendo, si va haber un seguimiento [...] después, cuando el paciente regresa a la unidad, nos enteramos de lo que sucedió, para dar continuidad [...] (ENF3).*

## Cómo se utiliza la HCEC en la dimensión sistémica de la Gestión de la Atención

En esta dimensión, en la cual se establecen conexiones formales, periódicas y reglamentadas entre los servicios de salud, los testimonios revelaron que la HCEC actúa como un hilo conductor que interconecta los diferentes puntos de la Red de Atención a la Salud (RAS) y permite que los profesionales en los distintos niveles de atención visualicen ese desplazamiento del paciente por la red.

*Allí uno hace clic en el paciente y ya ve toda su historia, si fue al hospital, a qué exámenes se sometió, si fue al dentista, si pasó por el técnico, hasta llegar a mí. Mejoró demasiado. (ENF2).*

*[...] cuando el paciente va a la Ciudad X sabe que pasó por aquí... va a la Ciudad Y... entonces el paciente está monitoreado, me pareció interesante. (TENF3).*

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio indican que la HCEC permite que los profesionales conozcan más detalladamente a los usuarios, sus condiciones clínicas, su familia, su contexto social y su historial de consultas, además de las situaciones de salud presentes en el territorio donde trabajan. A diferencia de la historia clínica impresa, en la cual las anotaciones eran libres y no estandarizadas, la HCEC introdujo un modelo de registro que requiere la inclusión de más información acerca del usuario, proporcionando al profesional datos más calificados y completos<sup>12</sup>. De esta manera, se infiere que la HCEC se erige como una herramienta que potencia la planificación de la atención en salud, pues contribuye al conocimiento más profundo de la realidad de cada usuario y de sus necesidades de atención.

La dimensión profesional de la Gestión de la Atención se manifiesta en el encuentro entre los profesionales y los usuarios; por consiguiente, la capacidad del profesional para establecer un vínculo con el paciente es uno de los elementos principales de esta dimensión<sup>5</sup>. Los resultados indican que la HCEC contribuye a establecer ese vínculo, pues ayuda a los profesionales de la salud a visualizar el territorio donde trabajan, las condiciones de salud de los usuarios y los resultados de las acciones desarrolladas, tanto individual como colectivamente. En consecuencia, la HCEC instrumentaliza la longitudinalidad de la atención, la cual atañe a la continuidad de la relación clínica entre profesionales y usuarios, mediante la construcción de vínculos y la responsabilización permanente y a lo largo del tiempo, monitoreando los efectos de las intervenciones en salud y de otros elementos en la vida de los usuarios<sup>13</sup>.

Por otro lado, se identificó que el tiempo necesario para utilizar la historia clínica electrónica puede afectar negativamente la relación profesional-paciente. En este sentido, diversos estudios indican que, durante el encuentro clínico, los profesionales pueden parecer distraídos o desinteresados, afectando la percepción del paciente sobre las habilidades de comunicación de estos profesionales y la satisfacción con la atención brindada<sup>14-15</sup>.

Diversos investigadores han observado e informado el distanciamiento entre profesionales y pacientes en los últimos años. Algunos estudios demuestran que, mientras utilizan la historia clínica electrónica, a los profesionales les resulta difícil dividir la atención entre el paciente y la pantalla; hay interferencia en el contacto visual, en el diálogo, en la relación y en la centralización de la atención en el paciente<sup>16</sup>.

Las relaciones e informaciones interpersonales están entrelazadas como pilares esenciales de la atención en salud; de esta manera, independientemente de los cambios y de la incorporación de nuevas tecnologías, la base de una atención excelente siempre

será la comunicación, comprendiendo las necesidades de cada paciente<sup>17</sup>. La relación profesional-paciente es el núcleo de la dimensión profesional de la Gestión de la Atención; por lo tanto, los profesionales no pueden perderla de vista. Es necesario repensar cómo se utiliza la HCEC para que no sea un obstáculo en la construcción del vínculo entre profesionales y pacientes.

En la dimensión organizacional de la Gestión de la Atención, la organización del proceso de trabajo asume un rol central, principalmente la definición de flujos y reglas de atención, además de la adopción de dispositivos compartidos por los profesionales<sup>5</sup>. Los resultados de la segunda categoría indican que las herramientas de la HCEC han ayudado a organizar el flujo de la atención en el sistema y contribuido a la calidad de la asistencia prestada. Además, organizar el flujo de la atención también beneficia a la gestión de la UBS y a la planificación de los servicios prestados.

La Gestión de la Atención en la dimensión organizacional también depende de la acción cooperativa de varios actores; por lo tanto, la comunicación entre estos actores/profesionales se vuelve fundamental para la efectividad de la Gestión de la Atención<sup>5</sup>. En este estudio se identificó una mejora en la comunicación a nivel del equipo, con la implementación de la HCEC. Este resultado está en conformidad con los de otros estudios, los cuales destacan la historia clínica electrónica como facilitadora del trabajo en equipo de la AB y como determinante de mejoras en la comunicación entre los profesionales, a través de un mejor acceso a la información de los pacientes<sup>12,18</sup>.

También se destaca que la comunicación entre profesionales por medio de la HCEC y el acceso a información más calificada sirven de apoyo para la continuidad de la atención. Dicha continuidad tiene lugar cuando la atención se presta en forma complementaria con el paso del tiempo, a cargo de distintos profesionales y de manera coherente, lógica y oportuna<sup>19</sup>. De esta manera, la HCEC se revela como una herramienta que sirve de apoyo para la continuidad de la atención, principalmente en el aspecto de la Continuidad de la Información, pues posibilita el intercambio de información entre diversos profesionales, en diferentes niveles de atención y entre los varios puntos de la RAS.

En la dimensión sistémica de la Gestión de la Atención se construyen conexiones formales y reglamentadas entre los servicios de salud, componiendo "redes" o "líneas" de atención, con el fin de garantizar la integralidad de la atención. Esta dimensión está compuesta por servicios de diferentes complejidades, interconectados entre sí a través de procesos formales de derivaciones y contraderivaciones, derivando en flujos ascendentes y descendentes, ordenados y racionalizados de usuarios<sup>5</sup>. Este sistema de derivaciones y contraderivaciones constituye un componente estructural de las RAS, denominado "sistema logístico". El sistema logístico, fundamentado en tecnologías de la información, como la HCEC, garantiza una organización racional de los flujos y contraflujos de información, productos y personas, permitiendo así un proceso dinámico de derivaciones y contraderivaciones entre todos los puntos de atención<sup>20</sup>.

Los resultados indicaron que la HCEC contribuye a fortalecer la comunicación interprofesional en la UBS y entre los puntos de las RAS, sirviendo de apoyo para el control del paciente y mejorando el sistema de derivaciones y contraderivaciones, lo que contribuye a la longitudinalidad e integralidad de los servicios prestados a los usuarios. Estos resultados se condicen con los hallazgos de otro estudio, que identificó que establecer un sistema de comunicación eficaz, que contemple la unicidad entre los servicios de salud, involucrando de manera planificada la atención básica, la media y la alta complejidad, es uno de los caminos para mejorar la resolutivez de los obstáculos involucrando la Gestión de la Atención en las relaciones de derivación y contraderivación<sup>21</sup>. De esta manera, la HCEC representa un avance, posibilitando la practicidad y la calificación del sistema de derivaciones y contraderivaciones, al igual que el acceso de los usuarios a las puertas de entrada del SUS.

Este estudio se concentró en comprender cómo se utiliza la Historia Clínica Electrónica del Ciudadano para la Gestión de la Atención dentro de las UBS, y solamente

con los profesionales que trabajan en ellas. Se cree que por esta razón emergieron las tres dimensiones descritas, pues están asociadas a las relaciones profesional-paciente, la dinámica de la propia UBS y su relación directa con otras instituciones que forman parte de la RAS por la cual circula el paciente. Se considera importante que se desarrollen nuevos estudios que, además de las USB, consideren sus relaciones con el contexto macropolítico de implementación de la HCEC.

El estudio presenta como limitación su capacidad de generalización, debido a su carácter cualitativo y por tratarse de un estudio realizado en dos municipios en la región este del estado de Minas Gerais. Considerando las diferentes realidades de los municipios brasileños y las especificidades de la atención a la salud en la AB, es relevante que se realicen nuevos estudios acerca de este tema en otros municipios y otras regiones de Brasil.

## CONSIDERACIONES FINALES

En este estudio, nos propusimos comprender cómo se utiliza la HCEC para la Gestión de la Atención en equipos de Salud de la Familia. El análisis nos permitió identificar que la HCEC se emplea en tres de las seis dimensiones de la Gestión de la Atención: profesional, organizacional y sistémica.

Frente a los hallazgos, concluimos que la HCEC representa un avance en la Gestión de la Atención en la AB, pues se ha materializado como una herramienta que potencia la planificación de los servicios prestados y contribuye a establecer el vínculo entre profesional y paciente, a la organización del flujo del ciudadano en el sistema, a la calidad de la atención, al perfeccionamiento de la comunicación en el ámbito del equipo y a fortalecer la comunicación interprofesional en la UBS y entre los puntos de las RAS.

De esta manera, el estudio contribuye a la reflexión en la práctica sobre la importancia de una perspectiva que abarque a las variadas dimensiones de la Gestión de la Atención en la rutina de los equipos de la ESF, dada la incorporación de la HCEC. De este modo, los hallazgos de este estudio podrán direccionar y servir de apoyo a otras investigaciones que profundicen el entendimiento acerca de cómo se utiliza la HCEC para la Gestión de la Atención en los equipos de la ESF, y que contemplen el contexto macropolítico de implementación de la HCEC, abarcando las seis dimensiones de la Gestión de la Atención.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue financiada por la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de Minas Gerais (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, FAPEMIG), a través del edicto APQ-00248-18, y por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, a través del edicto CNPQ - Proceso 404653/2016-2.

## REFERENCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Nota técnica 07/2013: estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB. Brasília (DF); 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. e-SUS Atenção Básica : Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.2. Brasília (DF): Ministério da

Saúde; 2019.

3. Cavalcante RB, Esteves CJ da S, Brito MJM, Gontijo TL, Guimaraes EA de A. Rede de atores e suas influências na informatização da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Interface*. [Internet] 2019 [accessed 22 jan 2021]; 23: e180364. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180364>.
4. Silva TIM, Cavalcante RB, Santos RC dos, Gontijo TL, Guimarães EA de A, Oliveira VC de. Diffusion of the e-SUS primary care innovation in family health teams. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet] 2018 [accessed 24 jan 2021]; 71: 2945-2952. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0053>.
5. Cecílio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. [Internet] 2011 [accessed 03 jan 2021]; 15(37): 589-599. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.
6. Atasoy H, Greenwood BN, Mccullough JS. The digitization of patient care: a review of the effects of electronic health records on health care quality and utilization. *Annu. Rev. Public Health*. [Internet] 2019 [accessed 02 fev 2021]; 40:487–500. Available from: <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044206>.
7. Dornan L, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Hashmi A, Dejkriengkraikul N, Angkurawaranon C. Utilisation of electronic health records for public health in Asia: a review of success factors and potential challenges. *Bio Med Res. Int.* [Internet] 2019 [accessed 05 jan 2021]; 1:1-9. Available from: <http://doi.org/10.1155/2019/7341841>.
8. Kruse CS, Kristof C, Jones B, Mitchell E, Martinez A. Barriers to electronic health record adoption: a systematic literature review. *J Med Syst.* [Internet] 2016 [accessed 05 jan 2021]; 40(12): 252. Available from: <http://doi.org/10.1007/s10916-016-0628-9>.
9. Colorafi KJ, Evans B. Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD*. [Internet] 2016 [accessed 02 fev 2021]; 9(4): 16–25. Available from: <http://doi.org/10.1177/1937586715614171>.
10. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre; Bookman, 2015.
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70. ed. São Paulo: Edições; 2016.
12. Gomes P de AR, Farah BF, Rocha RS, Friedrich DB de C, Dutra HS. Prontuário eletrônico do cidadão: instrumento para o cuidado de enfermagem. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2019 [accessed 24 jan 2021]; 11(5):1226-1235. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1022343>.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
14. Farber NJ, Liu L, Chen Y, Calvitti A, Street Jr RL, Zuest D, et al. EHR use and patient satisfaction: what we learned. *J Fam Pract* [Internet]. 2015 [accessed 17 jan 2021]; 64(11):687-96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26697540/>.
15. Marmor RA, Clay B, Millen M, Savides TJ, Longhurst CA. The Impact of Physician EHR Usage on Patient Satisfaction. *Appl Clin Inform.* [Internet] 2018 [accessed 18 jan 2021]; 9(1):11-14. Available from: <http://doi.org/10.1055/s-0037-1620263>.
16. Crampton NH, Shmuel Reis S, Shachak A. Computers in the clinical encounter: a scoping review and thematic analysis. *J Am Med Inform Assoc.*[Internet] 2016 [accessed 24 jan 2021]; 23(3): 654-65. Available from: <http://doi.org/10.1093/jamia/ocv178>.
17. Wehbe1 R, Curcio E, Gajjar M, Yadlapati A. Technology and its influence on the doctor- patient relationship. *Int J Cardiovasc Sci.*[Internet] 2015 [accessed 26 jan 2021]; 3:38-39. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/282401598\\_Technology\\_and\\_Its\\_Influence\\_on\\_the\\_Doctor-Patient\\_Relationship](https://www.researchgate.net/publication/282401598_Technology_and_Its_Influence_on_the_Doctor-Patient_Relationship).
18. O'Malley AS, Draper K, Gourevitch R, Cross DA, Scholle SH. Electronic health records and support for

primary care teamwork. J Am Med Inform Assoc. [Internet] 2015 [accessed 24 jan 2021]; 22(2): 426–434. Available from: <https://academic.oup.com/jamia/article/22/2/426/697653>.

19. Mendes FRP, Gemito MLGP, Caldeira E do C, Serra I da C, Casas-Novas MV. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. Ciênc. Saúde Colet. [Internet] 2017 [accessed 16 fev 2021]; 22(3):841-853. Available from: <http://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>.

20. Pereira J de S, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física das pessoas com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva. [Internet] 2016 [accessed 24 jan 2021]; 26(3): 1033-1051. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300016>.

21. Soder R, Oliveira IC, Silva LAA da, Santos JLG, Peiter CC, Erdmann AL. Desafios na gestão do cuidado na Atenção Básica: perspectiva da equipe de enfermagem. Enferm. Foco [Internet]. 2018 [accessed 24 jan 2021]; 9(3): 76-80. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496>.

\*Artículo extraído de la disertación del curso de maestría de título "Difusión de la Historia Clínica Electrónica del Ciudadano de la Estrategia e-SUS AB en equipos de Salud de la Familia". Universidade Federal de Minas Gerais, 2020.

Recibido en: 01/03/2021

Aprobado en: 07/02/2022

Editor asociado: Luciana Puchalski Kalinke

Autor correspondiente:

Grazielly Soares Ávila

Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: grazisavila@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Ávila GS, Cavalcante RB, Gontijo TL, Carbogim F da C, Brito MJM; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Ávila GS, Cavalcante RB, Gontijo TL, Carbogim F da C, Brito MJM. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).