

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ESCOLA DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Marcela Meirelles Tozzi

INFORMATIZAÇÃO, RURALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO:
EXPERIÊNCIA DA EQUIPE PEDRA SABÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DE OURO PRETO (MG)

OURO PRETO, MG

2026

MARCELA MEIRELLES TOZZI

**INFORMATIZAÇÃO, RURALIDADE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO:
EXPERIÊNCIA DA EQUIPE PEDRA SABÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DE OURO PRETO (MG)**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Universidade Federal de Ouro
Preto como requisito parcial para obtenção de
título de Médico de Família e Comunidade.

Orientadora: Júlia Santiago França

OURO PRETO, MG

2026

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

T757i Tozzi, Marcela Meirelles.
Informatização, ruralidade e coordenação do cuidado [manuscrito]:
experiência da equipe pedra sabão na atenção primária à saúde de Ouro
Preto (MG). / Marcela Meirelles Tozzi. - 2026.
30 f.: il.: color., tab..

Orientadora: Profa. Esp. Julia Santiago França.
Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro
Preto. Escola de Medicina.

1. Cuidados primários de saúde. 2. Registros médicos. 3. Atenção
Primária à Saúde (APS). 4. Saúde rural. 5. Serviços de saúde comunitária.
I. França, Julia Santiago. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 616

Bibliotecário(a) Responsável: Maristela Sanches Lima Mesquita - CRB-1716



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
COORDENACAO DO PROGR. DE POS-GRADUACAO EM
RESIDENCIA MEDICA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcela Meirelles Tozzi

Informatização, ruralidade e coordenação do cuidado: experiência da equipe Pedra Sabão na atenção primária à saúde de Ouro Preto(MG)

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 28 de janeiro de 2026

Membros da banca

Especialista - Júlia Santiago França - Orientadora - Prefeitura Municipal de Ouro Preto
Doutora - Viviane Xavier de Lima e Silva - Universidade Federal de Pernambuco Campus Caruaru
Especialista - Juliana Pessoa Moreira - Orientadora - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

Júlia Santiago França, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 21/03/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 25/06/2026, às 14:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1130609** e o código CRC **C7825DF7**.

Às vivências da medicina rural e de áreas remotas, que marcaram meu segundo ano de residência e que, entre desafios e potências, me conduziram a encontrar ainda mais sentido na prática qualificada da Medicina de Família e Comunidade.

RESUMO

Introdução: Apresenta-se um relato de experiência desenvolvido na atenção primária à saúde de um território rural do município de Ouro Preto, Minas Gerais, no contexto da Estratégia Saúde da Família, com o objetivo geral de analisar os desafios relacionados ao registro clínico em prontuário eletrônico e seus impactos sobre a coordenação do cuidado. Os objetivos específicos foram identificar barreiras tecnológicas e operacionais, descrever estratégias adotadas pelos profissionais e refletir sobre os efeitos da perda ou do atraso no registro das informações clínicas.

Metodologia: Adota-se abordagem qualitativa, de caráter descritivo e reflexivo fundamentada na vivência da autora enquanto médica residente da equipe Pedra Sabão, atuante no distrito rural de Santa Rita de Ouro Preto, no período de março a dezembro de 2025, utilizando diário de campo, notas reflexivas e análise de eventos sentinela como fontes de informação.

Relato de experiência e discussões: O estudo evidencia que a indisponibilidade recorrente de energia elétrica e de acesso à internet nos subdistritos atendidos inviabiliza o uso do prontuário eletrônico no momento do atendimento, resultando em registros retrospectivos, incompletos ou sujeitos a vieses de memória. Como estratégias de enfrentamento, os profissionais recorrem a anotações manuais, impressão prévia de registros e reconstrução do histórico clínico, práticas que atenuam parcialmente a descontinuidade informacional, mas não garantem a integralidade, a segurança do cuidado nem a efetiva coordenação assistencial. A análise dos eventos sentinela demonstra associação entre atraso ou ausência de registros clínicos e perda de oportunidades de cuidado, diagnósticos tardios e fragmentação do acompanhamento longitudinal, comprometendo o atributo central da atenção primária à saúde.

Considerações finais: Conclui-se que os desafios identificados não se configuram como falhas individuais ou de equipe, mas expressam um descompasso estrutural entre a política de informatização da atenção primária à saúde e as condições concretas dos territórios rurais, reforçando a necessidade de estratégias tecnológicas e institucionais sensíveis às especificidades territoriais para o fortalecimento da coordenação do cuidado no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; prontuário eletrônico; coordenação do cuidado; saúde rural; registros clínicos.

ABSTRACT

Introduction: This experience report was developed in primary health care within a rural territory of the municipality of Ouro Preto, Minas Gerais, in the context of the family health strategy. Its overall objective was to analyze the challenges related to clinical documentation in electronic health records and their impacts on care coordination. The specific objectives were to identify technological and operational barriers, describe strategies adopted by health professionals, and reflect on the effects of the loss or delay in the documentation of clinical information. **Methods:** A qualitative, descriptive, and reflective approach was adopted, grounded in the author's experience as a medical resident with the Pedra Sabão team, working in the rural district of Santa Rita de Ouro Preto from March to December 2025. Field diaries, reflective notes, and sentinel event analysis were used as sources of information. **Experience report and discussions:** The study shows that the recurrent unavailability of electricity and internet access in the assisted subdistricts prevents the use of electronic health records at the point of care, resulting in retrospective, incomplete records or records subject to memory bias. As coping strategies, professionals resort to manual notes, prior printing of records, and reconstruction of clinical histories—practices that partially mitigate informational discontinuity but do not ensure integrality, patient safety, or effective care coordination. The analysis of sentinel events demonstrates an association between delayed or absent clinical records and missed opportunities for care, delayed diagnoses, and fragmentation of longitudinal follow-up, thereby compromising a core attribute of primary health care. **Final considerations:** It is concluded that the identified challenges do not constitute individual or team failures but rather reflect a structural mismatch between primary health care informatization policies and the concrete conditions of rural territories. This finding underscores the need for technological and institutional strategies that take into account territorial specificities in order to strengthen care coordination within the Brazilian Unified Health System.

Keywords: primary health care; electronic medical records; care coordination; rural health; clinical records.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa ilustrando Ouro Preto, seus distritos e alguns municípios vizinhos. Santa Rita de Ouro Preto, cenário deste trabalho, está destacado pela seta verde -----	15
Figura 2 - Mapa ilustrando Santa Rita de Ouro Preto e seus subdistritos ----	17
Figura 3 - Unidade móvel para atendimento no subdistrito Santo Antônio ---	19
Figura 4 - Escola desativada que funciona como ponto de apoio de atendimento no subdistrito Canavial -----	20
Figura 5 - Cozinha da igreja que funciona como ponto de apoio de atendimento no subdistrito Mapa -----	20
Figura 6 - Cronograma mensal de atendimento médico da equipe Pedra Sabão -----	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação de subdistritos por população adscrita da equipe Pedra Sabão	17
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AB – Atenção Básica

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CE – Ceará

e-SUS AB – Sistema e-SUS Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados

MG – Minas Gerais

MFC – Medicina de Família e Comunidade

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

PRM MFC UFOP – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. METODOLOGIA.....	13
3. RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÕES.....	15
3.1 Contextualização territorial e organizacional.....	15
Figura 1 - Mapa ilustrando Ouro Preto, seus distritos e alguns municípios vizinhos. Santa Rita de Ouro Preto, cenário deste trabalho, está destacado pela seta verde..	15
Figura 2 - Mapa ilustrando Santa Rita de Ouro Preto e seus subdistritos.....	17
Tabela 1 - Relação de subdistritos por população adscrita da equipe Pedra Sabão..	17
Figura 3 - Unidade móvel para atendimento no subdistrito Santo Antônio.....	19
Figura 4 - Escola desativada que funciona como ponto de apoio de atendimento no subdistrito Canavial.....	20
Figura 5 - Cozinha da igreja que funciona como ponto de apoio de atendimento no subdistrito Mapa.....	20
Figura 6 - Cronograma mensal de atendimento médico da equipe Pedra Sabão.....	21
3.2 Discussões.....	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde em áreas rurais no Brasil apresenta um conjunto singular de desafios históricos e estruturais. A dispersão geográfica das comunidades, a escassez de recursos materiais e humanos e as dificuldades de deslocamento e comunicação compõem um cenário de vulnerabilidade para a garantia do acesso e da continuidade do cuidado.

Segundo Garnelo et al. (2018), as populações residentes em territórios rurais enfrentam barreiras significativas tanto na disponibilidade de serviços quanto na qualidade da atenção ofertada, evidenciando desigualdades em relação às zonas urbanas. Barbosa et al. (2022) reforçam que, além da distância física, fatores como a instabilidade da infraestrutura, a ausência de transporte público e as limitações tecnológicas comprometem o acompanhamento longitudinal dos usuários. Nessa conjuntura, a atenção primária à saúde (APS) assume papel estratégico como porta de entrada e ordenadora das redes de atenção, cabendo-lhe assegurar a integralidade e a coordenação do cuidado em contextos frequentemente adversos.

A coordenação do cuidado, descrita por Starfield (2002) como um dos pilares da APS, refere-se à capacidade de integrar ações e informações ao longo do tempo e entre distintos níveis de atenção, garantindo que as necessidades de saúde do usuário sejam atendidas de forma articulada. Ribeiro e Cavalcanti (2020) destacam que a coordenação representa um dispositivo organizativo essencial para ampliar o acesso e a qualidade da atenção, traduzindo-se, na prática, na circulação eficiente de informações clínicas e na comunicação entre os profissionais envolvidos. A literatura recente (Araújo et al., 2023; Lacerda & Almeida, 2023) enfatiza que a coordenação só é efetiva quando o processo de trabalho das equipes é sustentado por instrumentos técnicos e informacionais que assegurem a rastreabilidade e longitudinalidade do cuidado. Quando esses instrumentos são frágeis ou inexistentes, a integralidade do cuidado é comprometida, especialmente em territórios com limitações estruturais.

Nessa perspectiva, destaca-se a importância da documentação sistemática e o uso de prontuários eletrônicos, que permitem registrar e consolidar dados clínicos, epidemiológicos e administrativos, favorecendo a continuidade informacional e a

tomada de decisão baseada em evidências (Roman, 2009; Ferreira et al., 2021). Desta forma, os registros clínicos configuram-se como a principal ferramenta de sustentação da coordenação do cuidado, sendo de suma importância a existência de políticas públicas que melhorem a estruturação e a viabilidade de tais registros. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), componente do Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), foi concebido como um instrumento de apoio à gestão da informação em saúde, padronizando o registro das ações realizadas na APS e ampliando o potencial de integração entre as equipes (BRASIL, [s.d.]).

Entretanto, a implantação e o uso efetivo do PEC enfrentam desafios consideráveis em contextos de hiato digital e ruralidade. Rodrigues et al. (2023), ao analisarem a experiência de implantação do PEC no município de Horizonte (CE), identificaram dificuldades relacionadas à infraestrutura tecnológica, à conectividade e à capacitação dos profissionais, resultando em subutilização do sistema e atrasos na consolidação das informações. Experiências internacionais em regiões rurais de baixa renda corroboram esse diagnóstico, apontando que a carência de energia elétrica e de internet, somada à sobrecarga das equipes, limita o registro adequado e tempestivo das informações (Haskew et al., 2015; Skillman et al., 2014).

Como desdobramento de limitações semelhantes, Macedo et al. (2024) apontam que a atuação em comunidades rurais e tradicionais exige a adaptação dos processos de trabalho e o fortalecimento da comunicação interprofissional, uma vez que a descontinuidade de informações clínicas tende a gerar duplicidade de condutas e perda de seguimento. Dessa forma, a medicina rural requer dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) competências ampliadas para lidar com demandas clínicas e sociais em territórios de difícil acesso, onde a resolutividade depende, em grande medida, da capacidade de articular recursos escassos e de manter o vínculo e a continuidade informacional entre diferentes pontos e momentos de atenção.

Apesar dos avanços na informatização da APS e da crescente produção científica sobre o e-SUS AB, ainda há lacunas importantes na literatura sobre o uso do prontuário eletrônico em áreas rurais e remotas, especialmente no que tange aos impactos práticos da indisponibilidade de registros clínicos na coordenação do

cuidado. São raros os estudos que descrevem de forma analítica as estratégias utilizadas pelos profissionais da APS para lidar com falhas de infraestrutura, ausência de conectividade e perda de continuidade informacional — lacuna que o presente trabalho busca abordar.

Diante desse cenário, este relato de experiência tem como objetivo geral analisar os principais desafios enfrentados na realização do registro clínico em prontuário eletrônico na APS do distrito de Santa Rita de Ouro Preto (MG) e seus impactos na coordenação do cuidado. Como objetivos específicos, pretende-se: (1) identificar as barreiras tecnológicas e operacionais para o uso de prontuários eletrônicos em áreas rurais; (2) descrever as estratégias utilizadas pelos profissionais para contornar a indisponibilidade de dados clínicos no momento do atendimento; e (3) refletir sobre o impacto da perda ou atraso no registro de informações clínicas na coordenação do cuidado.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, descritiva e reflexiva, fundamentado em referenciais teóricos sobre APS, medicina rural e coordenação do cuidado. O estudo baseia-se na vivência da autora enquanto médica residente do segundo ano do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto (PRM MFC UFOP) na equipe Pedra Sabão da ESF do distrito de Santa Rita de Ouro Preto, Minas Gerais, entre março e dezembro de 2025. A escolha desse delineamento justifica-se pela relevância do relato como instrumento científico capaz de documentar práticas profissionais, evidenciar barreiras organizacionais e analisar processos de trabalho em contextos pouco explorados empiricamente, como a APS rural.

As informações analisadas derivam principalmente de um diário de campo e de notas reflexivas produzidas pela autora ao longo do período de atuação, além de eventos sentinela, definidos como episódios que ilustram o impacto da indisponibilidade ou atraso dos registros na continuidade e coordenação do cuidado.

A construção do referencial teórico foi realizada por meio de busca sistematizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), com o objetivo de identificar artigos científicos, livros e produções acadêmicas que abordassem a medicina rural, a coordenação do cuidado no contexto da APS e os desafios específicos relacionados ao registro médico em áreas rurais e remotas. A estratégia de busca foi estruturada a partir de descritores dos sistemas DeCS e MeSH, organizados em três eixos temáticos: (1) contexto — “Primary Health Care”, “Family Practice”, “Rural Health”, “Health Services, Rural”, “Medicina Rural”, “Áreas remotas” e “Zonas rurais”; (2) tema central — “Medical Records”, “Electronic Health Records”, “Documentation” e “Health Information Systems”; e (3) impacto — “Continuity of Patient Care”, “Patient Care Management”, “Care Coordination” e “Referral and Consultation”. Os descritores foram combinados utilizando estratégia booleana, conforme a seguir: (“Medicina Rural” OR “Saúde Rural” OR “Health Services, Rural”) AND (“Prontuário Eletrônico” OR “Registros Médicos” OR “Electronic Health Records”) AND (“Coordenação do Cuidado” OR “Continuidade do Cuidado” OR “Continuity of Patient Care”).

A análise foi conduzida combinando categorias teóricas definidas a priori — barreiras estruturais e tecnológicas, barreiras organizacionais e impactos na continuidade informacional — com categorias emergentes identificadas durante a leitura reflexiva do material, incluindo estratégias adaptativas empregadas pela equipe, como anotações manuais, reconstrução de histórico por memória e registros retrospectivos.

O estudo está dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o artigo 1º da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, por tratar-se de relato de experiência sem coleta de dados pessoais e sem identificação de pacientes ou profissionais. Em todos os exemplos foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações, respeitando todos os preceitos éticos e legais vigentes no país.

Apesar da natureza interpretativa da experiência que é inerente ao método, buscou-se garantir rigor e confiabilidade por meio da combinação das percepções do autor com os achados em referenciais teóricos sobre o tema. Além disso, a

manutenção da coerência entre objetivos e método e a descrição transparente do contexto, asseguram validade interpretativa e relevância prática para o fortalecimento dos registros clínicos e da coordenação do cuidado na APS rural.

3. RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÕES

3.1 Contextualização territorial e organizacional

O município de Ouro Preto, situado na região central de Minas Gerais, possui uma população estimada em 73 mil habitantes (IBGE, 2023) e é composto por diversos distritos e subdistritos rurais. A rede municipal da APS está organizada predominantemente por equipes da ESF, estando onze localizadas na zona urbana e treze nos distritos rurais, que abrigam comunidades dispersas territorialmente e, em muitos casos, com acesso limitado à infraestrutura tecnológica e aos serviços públicos. O distrito de Santa Rita de Ouro Preto, localizado a cerca de 30 km da sede municipal, integra esse conjunto de localidades de perfil rural (OURO PRETO, 2022).

Figura 1 - Mapa ilustrando Ouro Preto, seus distritos e alguns municípios vizinhos. Santa Rita de Ouro Preto, cenário deste trabalho, está destacado pela seta verde.

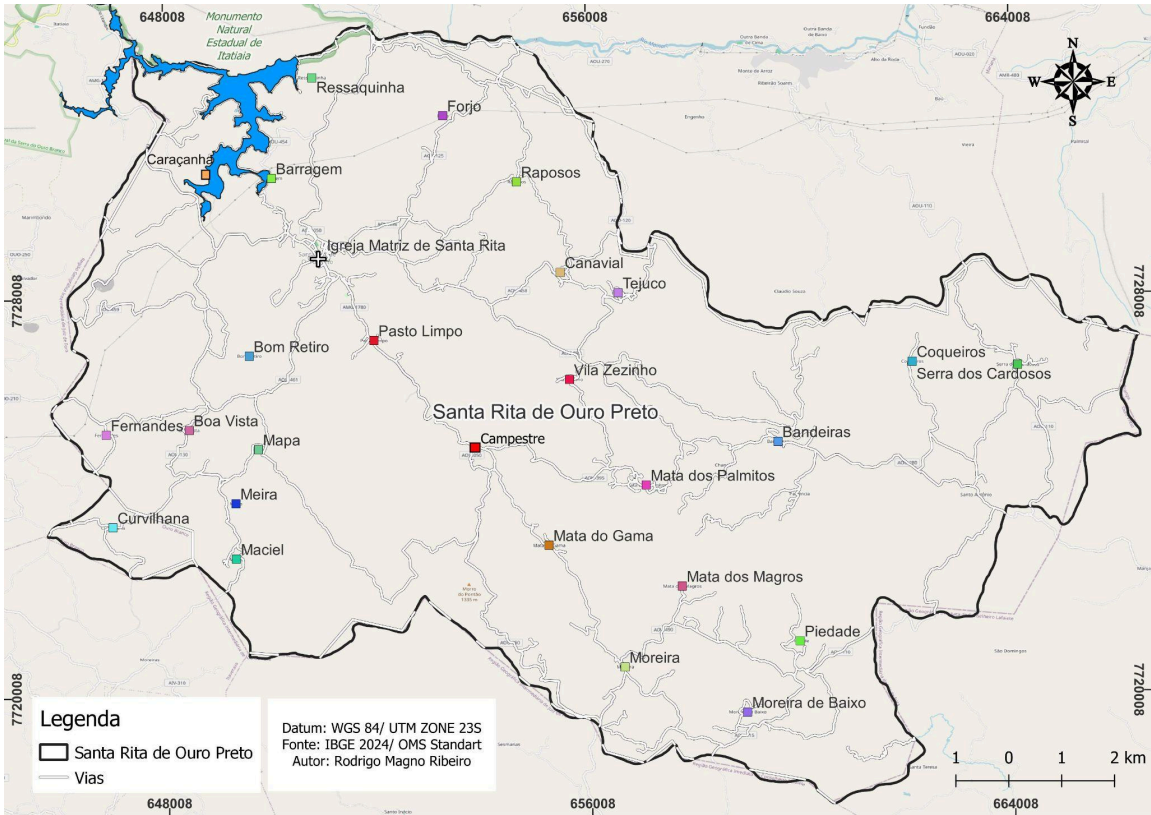


Fonte: adaptação de Ouro Preto (2025) feita pela autora

O cenário da experiência relatada neste estudo é a equipe Pedra Sabão, uma das duas equipes de ESF que compõem a Unidade Básica de Saúde (UBS) de Santa Rita de Ouro Preto. Trata-se de um território caracterizado por comunidades dispersas, acesso limitado a transporte e de conectividade à internet. A equipe estudada utiliza o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), componente do e-SUS AB; contudo, em razão da indisponibilidade de internet e, em alguns territórios, até mesmo de energia elétrica, o registro clínico ocorre frequentemente de forma retrospectiva, e os atendimentos são realizados sem acesso ao histórico clínico atualizado.

A equipe Pedra Sabão é responsável pela cobertura de 27 subdistritos rurais, heterogêneos entre si, e por vezes, muito distantes territorialmente da unidade sede da UBS, conforme evidenciado na tabela 1. O atendimento à população ocorre predominantemente por meio de unidades de apoio, estratégia adotada como forma de superar as barreiras impostas pelo isolamento territorial e garantir acesso a serviços essenciais de saúde. Nessas áreas, os cuidados médicos, de enfermagem e odontológicos são realizados em estruturas locais — como igrejas, escolas, unidades de apoio comunitário — e em um caminhão adaptado com dois consultórios, conforme ilustrado nas fotografias das figuras 3, 4 e 5. Nas figuras, observa-se a heterogeneidade das infraestruturas disponíveis para a realização dos atendimentos, algumas marcadas por condições precarizadas das estruturas físicas e da rede elétrica.

Figura 2 - Mapa ilustrando Santa Rita de Ouro Preto e seus subdistritos.



Fonte: Elaborado por Rodrigo Magno Ribeiro (2024) e cedido à autora para uso neste trabalho.

Tabela 1 - Relação de subdistritos por população adscrita da equipe Pedra Sabão

	Subdistritos	População adscrita*	Distância (Km) até a unidade sede**
1	ÁGUAS CLARAS	44	ND***
2	BANANAL	6	ND***
3	BANDEIRAS	108	10
4	BOA VISTA	48	7
5	BOM RETIRO	99	4
6	CAMPESTRE	77	6
7	CANAVIAL	69	ND***
8	CARASSANHA	17	ND***

(CONTINUA)

	Subdistritos	População adscrita*	Distância (Km) até a unidade sede**
9	CAXETA	1	ND***
10	COQUEIROS	79	16
11	FERNANDES	40	10
12	FILIPINHO	13	ND***
13	LIMOEIRO	4	ND***
14	MACIEL	27	12
15	MALTA	1	ND***
16	MAPA	27	5
17	MATA DO GAMA	35	12,5
18	MATA DOS PALMITOS	137	10
19	MEIRA	25	7
20	MOREIRA	96	ND***
21	OLHOS D'ÁGUA	7	ND***
22	PIEIDADE	113	19
23	RAPOSOS	5	ND***
24	SANTO ANTÔNIO	124	16
25	SERRA DOS CARDOSOS	225	20
26	TEJUCO	47	8
27	ZEZINHO	77	9
Total		1552	

*População adscrita: número de pessoas cadastradas em cada subdistrito.

**Distância estimada por trajeto rodoviário utilizando a ferramenta Google Maps (Google, 2026) e Bing Maps (Microsoft, 2026). As consultas foram realizadas em fevereiro de 2026.

***ND: distância não disponível nas plataformas de georreferenciamento utilizadas (Google Maps e Bing Maps), devido à ausência de identificação nominal ou delimitação cartográfica da localidade nas ferramentas consultadas, impossibilitando a estimativa do trajeto rodoviário até a unidade sede.

Fonte: Autoria própria. Dados extraídos do relatório de “acompanhamento de cidadãos vinculados” disponível no e-sus AB em dezembro de 2025.

Figura 3 - Unidade móvel para atendimento no subdistrito Santo Antônio.



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Figura 4 - Escola desativada que funciona como ponto de apoio de atendimento no subdistrito Canavial



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Figura 5 - Cozinha da igreja que funciona como ponto de apoio de atendimento no subdistrito Mapa



Fonte: Arquivo pessoal da autora

A organização do processo de trabalho demanda planejamento minucioso. Em reuniões mensais, a equipe estabelece um cronograma (FIG.6) que define os subdistritos a serem visitados ao longo de um mês, dividindo espaço com outras programações que fazem parte da rotina da APS, como capacitações e matriciamentos. Comunidades menores recebem meio turno de atendimento ou têm seus atendimentos realizados em conjunto com comunidades vizinhas com maior densidade populacional, enquanto localidades mais populosas são contempladas com um dia completo. Além dos atendimentos itinerantes, dois turnos semanais são reservados à unidade física da sede do distrito, destinados a ações que exigem maior privacidade ou infraestrutura, como procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, inserção de dispositivos contraceptivos e atendimentos em saúde mental, ou ainda, para aqueles que preferem o atendimento na estrutura sede da UBS.

Figura 6 - Cronograma mensal de atendimento médico da equipe Pedra Sabão

Secretaria Municipal de Saúde
Praça Prefeito Amadeu Barbosa, 109
Barra – Ouro Preto
Telfax (31) 3559 3280
Tel (31) 3559 3305 / 3553 31 45



AGENDA MENSAL INDIVIDUAL
PSF: PEDRA SABÃO
MÊS: NOVEMBRO/2025

Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
03/11/25 VISITAS/REUNIÃO DE EQUIPE	04/11/25 MATA DO GAMA/ CAPS 2	05/11/25 UBS	06/11/25 BANDEIRAS/ CAPS AD	07/11/25 UBS
10/11/25 COQUEIROS	11/11/25 BOM RETIRO	12/11/25 UBS	13/11/25 MATA DOS PALMITOS	14/11/25 UBS
17/11/25 SERRA DOS CARDOSOS	18/11/25 PIEDADE	19/11/25 UBS	20/11/25 FERIADO	21/11/25 PONTO FACULTATIVO
23/11/25 SANTO ANTÔNIO	24/11/25 MOREIRA/ CAPACITAÇÃO EM OURO PRETO	25/11/25 UBS/ CAPACITAÇÃO EM OURO PRETO	26/11/25 UBS/ REUNIÃO CAPS IJ	27/11/25 UBS/ CAPACITAÇÃO EM OURO PRETO

Fonte: Adaptado do documento original utilizado pela equipe Pedra Sabão

3.2 Discussões

A dinâmica assistencial da equipe Pedra Sabão é profundamente condicionada pelas limitações estruturais do território. Em alguns subdistritos

atendidos, não há energia elétrica disponível no momento dos atendimentos e, na maior parte deles, não há acesso à internet, recursos indispensáveis para o funcionamento do PEC, adotado pelo município como sistema oficial de registro. Assim, a maior parte dos atendimentos ocorre sem acesso ao prontuário eletrônico, impedindo consulta ao histórico clínico atualizado do paciente e inviabilizando o registro simultâneo da consulta.

Para mitigar essa lacuna, a equipe organiza previamente, com apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS), listas de intenção de atendimento, permitindo que sejam impressos os registros do último atendimento médico disponível no PEC. Dessa forma, durante às consultas consegue-se ter acesso às últimas queixas, hipóteses e condutas praticadas com o paciente, além de acesso a um cabeçalho informativo contendo sua lista de problemas, medicamentos em uso, informações relevantes sobre o seu contexto (ex.: analfabetismo, apoio familiar, trabalho ou exposições de risco), além de seguimento com outras especialidades e últimos resultados de exames que sejam relevantes no seu acompanhamento.

O cabeçalho informativo citado acima é uma prática comum nos prontuários dos médicos de família e residentes de MFC do município de Ouro Preto. Suas informações costumam ser adicionadas logo antes das queixas do dia na aba subjetivo do PEC como uma estratégia de resgate rápido de informações essenciais para apoio aos atendimentos. No contexto rural, em que o histórico longitudinal não está disponível durante a consulta, essa ferramenta adquire ainda mais importância.

Todavia, a lista de intenção de atendimentos, apesar de uma boa estratégia, funciona parcialmente, já que atendimentos por demanda espontânea — frequentes na prática — geram situações em que o prontuário não está disponível, expondo o profissional a tomada de decisões baseadas unicamente no relato do paciente. Quando estas informações não parecem suficientes (ex.: relatos confusos, pacientes de maior complexidade, decisões de maior risco), é gerada uma pendência para conclusão em local que permita acesso ao histórico do paciente para tomada de decisão mais assertiva. Dessa forma, as demandas são deslocadas para resolução posterior, o que subutiliza momentos previamente protegidos, ocupa outros espaços de agenda, já escassos, e reduz a resolutividade da consulta.

Para além das dificuldades relacionadas ao acesso ao histórico clínico, a ausência de conectividade inviabiliza o registro em prontuário no momento do atendimento, fazendo com que os registros sejam realizados de forma retrospectiva. Tal dinâmica resulta, novamente, na geração de pendências que demandam a criação de outros espaços na agenda para sua resolução. Nessas condições, as anotações realizadas durante o atendimento costumam ser feitas manualmente direto na folha impressa do prontuário, com registros excessivamente sintéticos, que, ao serem transferidas posteriormente ao prontuário eletrônico, tornam-se suscetíveis a lacunas de informação, vieses de memória e perda de detalhes relevantes, prejudicando a continuidade do cuidado.

Diante da ausência de agenda protegida para realização dos registros, mas sob a pressão da importância de tê-los disponíveis nos atendimentos futuros, muitos profissionais optam por fazer seus registros fora do horário de trabalho, consumindo seu tempo de descanso, lazer e estudos. Dessa forma, a jornada padrão de 40 horas semanais de um profissional da APS, que, no contexto da residência médica em MFC, pode atingir até 60 horas semanais, passa a ser ainda mais ampliada, intensificando o desgaste da rotina de trabalho.

Ao identificar essa problemática no processo de trabalho, ao longo do ano foram realizadas reflexões conjuntas sobre a dinâmica de funcionamento com a equipe, a partir das quais se considerou pertinente a criação de horários protegidos para a realização dos registros em prontuário. Partiu-se do entendimento de que, além de contribuírem para o desgaste profissional, os registros realizados de forma tardia e acumulada eram frequentemente elaborados com menor qualidade, seja pela escassez de informações, seja pela ausência de registros essenciais para a contabilização dos indicadores de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde.

Nesse contexto, foi instituído um turno semanal, nas tardes de sexta-feira, destinado exclusivamente ao registro em prontuário e à resolução de pendências administrativas. A prática demonstrou efetividade na redução do tempo de trabalho realizado fora do horário regular pelos profissionais; contudo, revelou fragilidade quanto à sua sustentabilidade, especialmente diante de agendas assistenciais sobrecarregadas e, sobretudo, em períodos com maior número de feriados ou de demandas externas aos campos de atendimento. Nessas situações, o turno

protegido passou a ser frequentemente flexibilizado para atendimentos assistenciais, como estratégia para minimizar a escassez de horários.

Além da proteção de agenda, outra estratégia adotada para minimizar o tempo consumido com os registros foi a utilização pelos profissionais da equipe de dispositivos móveis pessoais, como tablets ou notebooks, com a finalidade de realizar registros simultâneos durante a consulta, que posteriormente são transferidos para o prontuário eletrônico. Embora a medida contribua para a redução do tempo despendido com o registro, não soluciona a limitação de acesso ao histórico clínico do paciente no momento do atendimento e ainda enfrenta barreiras estruturais, como a indisponibilidade de energia elétrica em alguns locais, o que compromete seu funcionamento adequado.

Ademais, essa prática suscita reflexões sobre a inadequação de o profissional precisar suprir falhas de infraestrutura institucional com recursos pessoais, além de levantar questionamentos relacionados à segurança da informação e aos riscos de não conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Outro impacto decorrente da limitação de conectividade é a redução da capacidade de estudo imediato dos casos atendidos, bem como o comprometimento da tomada de decisão baseada em evidências, uma vez que muitas das plataformas utilizadas para esse fim dependem de acesso à internet para seu funcionamento. Como estratégia de mitigação, a equipe recorre a um acervo próprio de materiais didáticos previamente baixados em dispositivos eletrônicos pessoais. Entretanto, quando esses recursos se mostram insuficientes para determinadas situações clínicas, tanto o aprofundamento do estudo do caso quanto a definição da conduta acabam sendo postergados, passando a constituir pendências a serem resolvidas a posteriori, com o objetivo de assegurar a melhor decisão clínica para o paciente. Dessa forma, renova-se a necessidade de criação de espaços não programados na agenda assistencial para a resolução de demandas decorrentes de limitações estruturais.

Por fim, outro aspecto crítico a ser destacado quanto ao acesso inadequado ao prontuário clínico é que informações essenciais só se tornam visíveis ao profissional no momento em que o registro tardio é lançado no PEC, muitas vezes

dias ou semanas após a consulta. Isso representa perda de oportunidades de intervenção precoce e fragiliza diretamente a coordenação do cuidado.

Os casos a seguir, adaptados de acontecimentos reais da nossa prática e utilizando nomes fictícios, são eventos sentinelas que exemplificam bem o impacto dos registros tardios:

Exemplo 1 — Perda de oportunidade de acompanhamento

Maria, 35 anos, procurou atendimento por sintomas gripais. Sendo uma demanda aguda, não constava na lista de atendimentos da comunidade, e portanto, seu último registro não estava disponível. A consulta ocorreu normalmente, mas, ao registrar o atendimento dias depois, a médica observou que Maria havia tido um preventivo alterado dois meses antes e fora orientada a retornar após a colposcopia. Sem acesso ao histórico durante a consulta recente, essa oportunidade de coordenação do cuidado foi perdida, comprometendo o seguimento adequado.

Exemplo 2 — Atraso na identificação de hipertensão arterial sistêmica

José, 49 anos, buscou atendimento por dor lombar. Sem constar na lista, seu prontuário não foi levado ao dia do atendimento. Apresentou pressão arterial elevada e relatou nunca ter tido alterações. Ao registrar a consulta posteriormente, o médico identificou diversos registros anteriores de pressão elevada, suficientes para diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. A ausência do histórico no momento da consulta atrasou um diagnóstico importante e adiou o início de um tratamento capaz de reduzir riscos cardiovasculares.

Exemplo 3 — Falha na intervenção oportuna do cuidado

Fernanda, 14 anos, foi levada pela ACS por suspeita de gravidez. Durante o atendimento, relatou uso regular de contraceptivo injetável. Uma semana depois, ao registrar a consulta no PEC, a médica observou que a última aplicação havia ocorrido seis meses antes, e não dentro do intervalo recomendado. A discrepância entre informação verbal e registro impossibilitou uma intervenção adequada no momento da consulta, comprometendo a prevenção de gravidez não planejada.

Exemplo 4 - Desperdício de recursos e iatrogenias

Marcos, 53 anos, comparece para atendimento em área rural para renovação de receitas. Com o prontuário indisponível durante a consulta e diante da baixa frequência do usuário aos serviços de saúde, a médica solicita exames de rotina para acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Um mês depois, em atendimento realizado na sede da unidade, agora com acesso ao prontuário, verifica-se que os mesmos exames haviam sido realizados há menos de seis meses, todos sem alterações. A indisponibilidade do prontuário eletrônico fragilizou a coordenação do cuidado, gerando solicitações desnecessárias ao usuário, sem benefício clínico adicional.

Os exemplos anteriores ilustram padrões recorrentes:

1. Comprometimento da tomada de decisão clínica em função da ausência de prontuário eletrônico no momento do atendimento, evidenciando a fragilidade da continuidade informacional em contextos rurais;
2. Impossibilidade de resgate de pendências clínicas relevantes, com falhas no acompanhamento longitudinal e adiamento de diagnósticos importantes;
3. Dependência de informações verbais imprecisas ou incompletas, insuficientes para garantir decisões seguras, especialmente em condições crônicas e ações preventivas;
4. Atendimento de demandas agudas de forma isolada, sem articulação com necessidades previamente identificadas, reforçando a fragmentação do cuidado;
5. A solicitação de exames já realizados recentemente gera custos desnecessários ao sistema e expõe usuários a procedimentos redundantes, sem benefício clínico adicional;
6. Impacto negativo sobre o aproveitamento das horas assistenciais, com geração recorrente de tempos adicionais de trabalho destinados à resolução de demandas pendentes decorrentes de limitações estruturais da

informatização.

Os achados apresentados ao longo deste relato evidenciam que as dificuldades enfrentadas pela equipe Pedra Sabão extrapolam o âmbito da organização local do trabalho e devem ser compreendidas como expressão de problemas estruturais da APS em territórios rurais, especialmente no que se refere à fragilidade estrutural em informatização, comprometendo a garantia da coordenação do cuidado. Trata-se, portanto, de um fenômeno que não pode ser interpretado como falha individual ou de equipe, mas como resultado de arranjos institucionais insuficientes para responder às especificidades territoriais.

A literatura reconhece a coordenação do cuidado como atributo essencial da APS, sustentado pela continuidade informacional e pela capacidade de integração entre diferentes pontos da rede (Starfield, 2002; Ribeiro & Cavalcanti, 2020). No entanto, a experiência relatada demonstra que, em contextos rurais marcados por ausência de energia elétrica e conectividade, a coordenação deixa de ser apenas um desafio organizacional e passa a ser condicionada por determinantes estruturais, alheios à governabilidade das equipes locais. Nesse sentido, confirma-se a análise de Garnelo et al. (2018), segundo a qual a ruralidade produz desigualdades não apenas no acesso físico aos serviços, mas também na capacidade do sistema de saúde de sustentar fluxos contínuos de informação.

Os casos sentinela apresentados evidenciam que a indisponibilidade do prontuário eletrônico no ponto de cuidado compromete diretamente a tomada de decisão clínica, resultando em atrasos diagnósticos, perda de oportunidades de prevenção, fragmentação do acompanhamento longitudinal e desperdício de recursos do sistema. Esses achados dialogam com Araújo et al. (2023) e Lacerda e Almeida (2023), que destacam que a coordenação do cuidado, na prática, depende da qualidade e acessibilidade dos registros clínicos. Quando esses registros não estão disponíveis, o cuidado tende a se reduzir a respostas episódicas a demandas agudas, esvaziando o potencial da APS como ordenadora da rede.

A iniciativa de informatização da APS, materializada no PEC, é apresentada normativamente como ferramenta de qualificação do cuidado, padronização de

informações e fortalecimento da coordenação assistencial (BRASIL, 2023). Entretanto, a experiência analisada revela uma contradição central dessa política: ao ser implementada de forma homogênea em territórios profundamente desiguais, a informatização pode reproduzir e aprofundar iniquidades, especialmente em áreas rurais sem infraestrutura mínima para seu funcionamento. Estudos nacionais já apontam limitações relacionadas à conectividade, à capacitação e ao suporte técnico na implantação do PEC (Rodrigues et al., 2023; Ferreira et al., 2021), e o presente relato evidencia que, em territórios rurais, essas limitações têm repercussões diretas sobre a segurança do cuidado e a efetividade clínica das ações da APS.

Além disso, o relato explicita uma dimensão frequentemente invisibilizada nas análises sobre informatização: o impacto sobre o processo de trabalho e sobre a saúde dos profissionais. A necessidade recorrente de realizar registros fora do horário de trabalho, de acumular pendências administrativas e de utilizar recursos pessoais para suprir falhas institucionais revela um deslocamento da responsabilidade pela sustentação do sistema de informação para os trabalhadores. Tal dinâmica contribui para a intensificação do trabalho, ampliação da jornada e desgaste profissional, especialmente no contexto da residência médica, já caracterizada por elevada carga horária. Essa realidade tensiona o discurso de modernização tecnológica ao evidenciar que a informatização, quando não acompanhada de investimento estrutural, pode operar como fator adicional de precarização do trabalho em saúde.

A experiência também evidencia que, diante da inadequação entre tecnologia e território, as equipes desenvolvem estratégias adaptativas informais — como registros manuais, impressão prévia de prontuários e reconstrução de históricos por memória — como forma de preservar a continuidade do cuidado. Embora essas estratégias demonstrem compromisso ético e responsabilidade profissional, elas não devem ser naturalizadas como soluções sustentáveis, pois transferem para os trabalhadores o ônus de compensar falhas sistêmicas e expõem o cuidado a riscos de erro, inconsistência e perda de informações.

Do ponto de vista político-institucional, os achados reforçam a necessidade de repensar a estratégia de informatização da APS a partir de uma perspectiva

territorializada e equitativa, que reconheça as limitações concretas dos contextos rurais. A ausência de funcionalidades offline robustas, de investimentos estruturais em conectividade e energia, e de adequação das exigências de registro à realidade local compromete atributos centrais da APS e fragiliza sua capacidade de coordenar o cuidado de forma efetiva.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência analisou os desafios enfrentados na realização do registro clínico em prontuário eletrônico na APS de um território rural do município de Ouro Preto (MG) e seus impactos na coordenação do cuidado. A experiência da equipe Pedra Sabão demonstrou de forma consistente que a indisponibilidade de energia elétrica e de conectividade constitui a principal barreira ao uso efetivo do PEC no momento do atendimento, comprometendo a continuidade informacional, a tomada de decisão clínica e o acompanhamento longitudinal dos usuários.

As estratégias adaptativas adotadas pelos profissionais revelaram-se insuficientes para assegurar a integralidade do cuidado e evidenciaram a transferência indevida da responsabilidade por falhas estruturais do sistema para os trabalhadores da saúde. Os eventos sentinela analisados confirmaram que o atraso ou a ausência de registros clínicos está diretamente associado à perda de oportunidades de cuidado, a atrasos diagnósticos e à fragilização da coordenação do cuidado, atributo central da APS.

Dessa forma, os achados deste estudo permitem concluir que as dificuldades relacionadas à informatização do registro clínico em áreas rurais não decorrem de falhas individuais, mas expressam um descompasso entre a política de informatização da APS e as condições concretas dos territórios. A coordenação do cuidado, enquanto princípio estruturante da atenção primária, depende da existência de infraestrutura mínima e de soluções tecnológicas sensíveis às especificidades territoriais, sob pena de aprofundar iniquidades no acesso e na qualidade do cuidado.

Conclui-se, portanto, que é necessária a reorientação das políticas de informatização da APS, com a incorporação de tecnologias compatíveis com contextos de baixa conectividade e com o reconhecimento institucional do tempo

dedicado ao registro clínico como parte indissociável do cuidado. Ao sistematizar uma experiência situada na APS rural, este trabalho encerra-se reafirmando a centralidade do território na formulação e implementação de políticas públicas em saúde e contribuindo para o fortalecimento do debate sobre equidade, tecnologia e coordenação do cuidado no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, Á. C. de *et al.* Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, v. 27, 2023.
2. BARBOSA, A. C. S. *et al.* Barreiras no acesso aos serviços de saúde por residentes de comunidades rurais: revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, v. 25, n. 288, p. 7814–7825, 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/>. Acesso em: 22 jan. 2026.
4. FERREIRA, B. B. *et al.* Construção de ferramenta computacional para auxiliar a coordenação do cuidado pelos serviços de Atenção Básica. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 25, n. 1, 2021.
5. GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 81–99, 2018.
6. GOOGLE. *Google Maps*. Disponível em: <https://maps.google.com>. Acesso em: 22 fev. 2026.
7. HASKEW, J. *et al.* Implementation of a cloud-based electronic medical record to reduce gaps in the HIV treatment continuum in rural Kenya. *PLOS ONE*, v. 10, n. 8, p. e0135361, 2015.
8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades e Estados: Ouro Preto (MG)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ouro-preto>. Acesso em: 9 nov. 2025.
9. LACERDA, R. S. T.; ALMEIDA, P. F. de. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, 2023.
10. MACEDO, J. P. *et al.* Atenção Primária à Saúde em assentamentos rurais e comunidades quilombolas no Brasil. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 92–118, 2024.
11. MICROSOFT. *Bing Maps*. Disponível em: <https://www.bing.com/maps>. Acesso em: 22 fev. 2026.

12. OURO PRETO (MG). Prefeitura Municipal. *Plano Municipal de Saúde 2022–2025*. Ouro Preto: Secretaria Municipal de Saúde, 2022.
13. RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. de L. T. Atenção Primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, 2020.
14. RODRIGUES, R. M. et al. Análise da implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS AB no município de Horizonte – CE. *Revista Controle – Doutrina e Artigos*, v. 21, n. 2, p. 231–274, 2023. Disponível em: <https://revistacontrole.tce.ce.gov.br/index.php/RCDA/article/view/834>. Acesso em: 7 nov. 2025.
15. ROMAN, A. C. Informatização do registro clínico essencial para a atenção primária à saúde: um instrumento de apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família. 2009. Tese (Doutorado em Ciências – Área de concentração: Patologia) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
16. SKILLMAN, S. M. et al. *Health information technology workforce needs of rural primary care practices*. *The Journal of Rural Health*, v. 31, n. 1, p. 58–66, 2014.
17. STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

1. ARRUDA, A. F. et al. Percepção dos profissionais do Programa Mais Médicos quanto à adesão aos instrumentos de comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde e a Atenção Primária. *Revista de APS*, v. 25, 2022.
2. CRUZ, M. J. B. et al. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 2, 2022.
3. GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (org.). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2019. 2 v.
4. RÊGO, A. da S. et al. Coordenação do cuidado na perspectiva das pessoas com hipertensão na atenção primária à saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 55, n. 2, 2022.