

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL**  
**ÁREA DO CONHECIMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

**SIMONE ANTONIOLI**

**GESTÃO E GUARDA DE DOCUMENTOS HOSPITALARES: UMA ANÁLISE  
SOBRE A DIGITALIZAÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO**

**CAXIAS DO SUL**

**2026**

**SIMONE ANTONIOLI**

**GESTÃO E GUARDA DE DOCUMENTOS HOSPITALARES: UMA ANÁLISE  
SOBRE A DIGITALIZAÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO EM  
INSTITUIÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado à Área do conhecimento de Ciências  
Sociais

da Universidade de Caxias do Sul como requisito  
para a obtenção do título de bacharel em  
Administração.

Área de concentração: Tópicos especiais

Orientador: Prof. Leonardo Roth

**CAXIAS DO SUL**

**2026**

**SIMONE ANTONIOLI**

**GESTÃO E GUARDA DE DOCUMENTOS HOSPITALARES: UMA ANÁLISE  
SOBRE A DIGITALIZAÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação  
apresentado à Área do conhecimento de  
Ciências Sociais da Universidade de Caxias do  
Sul como requisito para a obtenção do título de  
bacharel em Administração.

Área de concentração: Tópicos especiais  
Orientador: Prof. Leonardo Roth

Aprovado(a) em 07/09/2026

**Banca Examinadora**

---

Prof. Me. Leonardo Roth  
Universidade de Caxias do Sul

---

Prof. Dra. Zilda Cristiane dos Reis  
Universidade de Caxias do Sul

---

Prof. Me. Sidnei Alberto Fochesatto  
Universidade de Caxias do Sul

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família, pelo apoio, compreensão e incentivo ao longo de toda a minha trajetória acadêmica. Cada palavra de carinho e cada gesto de apoio fizeram toda a diferença para que eu chegasse até aqui.

Agradeço também ao meu orientador Leonardo Roth, pela dedicação, paciência e pelas orientações que contribuíram diretamente para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores do curso, que compartilharam seus conhecimentos e contribuíram para a minha formação pessoal e profissional, deixo meu reconhecimento e gratidão.

Aos colegas e amigos que fizeram parte dessa caminhada, pelas conversas, trocas de experiências e pelo apoio nos momentos de desafio.

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

## RESUMO

A gestão e a guarda de documentos hospitalares são fundamentais para garantir a preservação, a autenticidade e a acessibilidade das informações produzidas pelas instituições de saúde. A digitalização de prontuários e registros clínicos representa um avanço na modernização da gestão documental, promovendo agilidade e segurança, mas também exige o cumprimento rigoroso de normas técnicas e legais. De acordo com o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ, 2005; 2011) e o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2007), a guarda de documentos hospitalares deve observar princípios de autenticidade, integridade e sigilo, assegurando que as informações permaneçam confiáveis ao longo do tempo. Autores como Paes (2004) e Bellotto (2002) destacam que a gestão documental vai além do armazenamento físico, envolvendo planejamento, classificação e destinação adequada dos registros. Com a evolução tecnológica, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) surge como ferramenta essencial para otimizar o acesso e o uso das informações, desde que observadas as exigências da Lei nº 13.787/2018 e da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). Assim, a gestão documental hospitalar é um instrumento estratégico que une eficiência administrativa, segurança da informação e preservação da memória institucional.

**Palavras-chave:** gestão documental; prontuário eletrônico; digitalização; segurança da informação; instituições de saúde.

## **ABSTRACT**

The management and custody of hospital documents are fundamental to guarantee the preservation, authenticity, and accessibility of the information produced by healthcare institutions. The digitalization of medical records and clinical logs represents an advance in the modernization of documentary management, promoting agility and security, but it also demands strict compliance with technical and legal standards. According to the National Archives Council (CONARQ, 2005; 2011) and the Federal Council of Medicine (CFM, 2007), the custody of hospital documents must observe principles of authenticity, integrity, and confidentiality, ensuring that information remains reliable over time. Authors such as Paes (2004) and Bellotto (2002) highlight that documentary management goes beyond physical storage, involving planning, classification, and appropriate destination of records. With technological evolution, the Electronic Health Record (EHR) emerges as an essential tool to optimize the access and use of information, provided that the requirements of Law No. 13,787/2018 and the General Data Protection Law (Law No. 13,709/2018) are observed. Thus, hospital documentary management is a strategic instrument that unites administrative efficiency, information security, and the preservation of institutional memory.

**Keywords:** Documentary management; electronic health record; digitalization; information security; healthcare institutions.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pilha de arquivos físicos de prontuários em suporte de papel.....	18
Figura 2 - Prontuários médicos em pastas suspensas em arquivos de aço.....	25
Figura 3 - Caixas de arquivo padronizadas em estantes de aço.....	28
Figura 4 - Prontuários médicos organizados em prateleiras de aço.....	29
Figura 5 - Área de atuação dos profissionais respondentes nas instituições de saúde.....	44
Figura 6 - Tempo de atuação dos respondentes na área de gestão hospitalar ou documental.....	45
Figura 7 - Aplicação de Plano de Classificação e Tabela de Temporalidade de Documentos (TTD) formalmente nas instituições.....	46
Figura 8 - Processo de eliminação de documentos que já cumpriram o prazo de guarda legal.....	47
Figura 9 - Capacidade de captura automatizada de metadados pelo sistema de gestão documental (SIGAD).....	48
Figura 10 - Utilização de certificação digital no padrão regulamentar no processo de digitalização.....	49

Figura 11 - Formatos preferencialmente armazenados para a guarda de longa duração.....	50
Figura 12 - Estágio de adequação da gestão de documentos em relação às exigências da LGPD nas instituições.....	50
Figura 13 - Nível de familiaridade dos profissionais respondentes em relação às normas de segurança da informação e gestão documental.....	51
Figura 14 - Principal referência normativa adotada pelas instituições para a gestão e segurança de documentos hospitalares.....	52
Figura 15 - Tempo médio estimado para localização e recuperação de um prontuário físico antigo nas instituições.....	54
Figura 16 - Existência de plano de gerenciamento de riscos formalizado para a preservação do acervo documental.....	54
Figura 17 - Principal barreira identificada pelas instituições para a realização do processo de eliminação de documentos.....	55
Figura 18 - Existência de cronograma formalizado para a migração de suportes documentais nas instituições.....	56
Figura 19 - Abordagem da interoperabilidade sistêmica na estratégia de virtualização de documentos hospitalares.....	57

Figura 20 - Diretrizes e políticas institucionais quanto ao uso de dispositivos pessoais para acesso a documentos.....	58
Figura 21 - Situação atual do modelo de custódia e guarda dos acervos documentais nas instituições.....	59
Figura 22 - Estimativa do acervo documental total que permanece armazenado em suporte físico .....	60
Figura 23 - Procedimentos e critérios para a realização do acesso de estudantes de medicina ao acervo documental.....	61
Figura 24 - Frequência média de solicitação de prontuários médicos por parte dos médicos internos.....	61
Figura 25 - Prioridades estratégicas da instituição para o futuro e necessidades de capacitação.....	64

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das normativas, prazos de guarda e diretrizes de sigilo para documentos hospitalares.....	20
Quadro 2 - Linha do tempo da evolução documental e legal na área da saúde.....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFM - Conselho Federal de Medicina

CONARQ - Conselho Nacional de Arquivos

DF - Distrito Federal

ed - Edição

EHR - Electronic Health Record (*Prontuário Eletrônico de Saúde*)

et al - E outros (*Abreviatura latina usada em citações*)

Ex - Exemplo

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HC - FMUSP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ICP-Bra / ICP-Brasil - Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira

ISO - International Organization for Standardization (*Organização Internacional de Padronização*)

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados

nº - Número

pág - Página

PDF - Portable Document Format (*Formato de Documento Portátil*)

PDF/A - Portable Document Format Archival (*Formato de Arquivo para Preservação Digital*)

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Res - Resolução

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SBIS - Sociedade Brasileira de Informática em Saúde

SIGAD - Sistema Informatizado de Gestão Arquivística de Documentos

S - RES - Sistema de Registro Eletrônico de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TI - Tecnologia da Informação

TTD - Tabela de Temporalidade de Documentos

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCS - Universidade de Caxias do Sul

v - Volume

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 Tema.....	15
1.2 Objetivos .....	16
1.3 Justificativa.....	16
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1 A guarda de documentos ....	17
2.2 As regras de guarda de documentos arquivísticos .....	18
2.3 A guarda de documentos hospitalares .....	21
2.4 Tecnologia em arquivos hospitalares .....	25
2.5 Documentos contábeis e fiscais .....	27
2.6 Documentos de pessoal .....	27
2.7 Documentos administrativos .....	27
2.8 Documentos médico-hospitalares .....	28
2.9 A terceirização da guarda de documentos em hospitais .....	29
2.10 A virtualização dos arquivos em hospitais .....	31
2.11 Linha do tempo .....	32
2.12 Políticas de gestão documental em instituições de saúde .....	35
2.13 Tipos de documentos no âmbito da saúde .....	37
2.14 Segurança da informação e riscos digitais .....	39
2.15 Serviço de arquivo médico e estatístico .....	39
2.16 Benefícios gerenciais e científicos do PEP .....	39
2.17 Aspectos éticos e legais .....	40

2.18 Inovações futuras na gestão documental em saúde .....	40
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>42</b>
3.1 Classificação e natureza da pesquisa.....	42
3.2 Procedimentos técnicos.....	42
3.3 População e amostra.....	42
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	43
3.5 Análise e tratamento de dados.....	43
<b>4 RESULTADO DA PESQUISA.....</b>	<b>44</b>
4.1 Perfil do respondente.....	44
4.2 Gestão documental e normativas (CONARQ) .....	45
4.3 Digitalização e segurança da informação .....	47
4.4 Preservação digital e LGPD .....	49
4.5 Legislação e normas .....	51
4.6 Diretrizes e normativas de gestão .....	52
4.7 Acervos legados .....	53
4.8 Virtualização (Sem papel) .....	55
4.9 Acesso .....	58
4.10 Logística, custódia e uso científico do acervo .....	59
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A gestão documental em instituições hospitalares constitui um dos pilares da administração moderna, sendo indispensável para o funcionamento seguro e eficiente dos serviços de saúde. Os documentos produzidos no ambiente hospitalar como prontuários, relatórios, contratos e registros administrativos possuem valor clínico, jurídico e histórico, o que reforça a necessidade de políticas eficazes de organização, guarda e preservação (BELLOTTO, 2002; PAES, 2004).

Conforme o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ, 2005; 2011), a guarda documental hospitalar deve garantir autenticidade, integridade e acessibilidade, princípios que asseguram a confiabilidade das informações e a continuidade das atividades assistenciais. No mesmo sentido, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2002; 2007) estabelece que o prontuário médico é um documento único, sigiloso e de caráter probatório, cuja conservação é obrigatória por, no mínimo, vinte anos, podendo ser substituído por sua versão digital desde que respeitados os requisitos técnicos de segurança e validade jurídica.

O avanço tecnológico e a crescente digitalização dos processos administrativos impulsionaram o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que transformou a forma de armazenar e acessar informações em saúde. Segundo Lucena (2017), a adoção de sistemas digitais exige políticas claras de gestão documental e capacitação profissional para assegurar a confiabilidade dos dados. Oliveira, Santos e Costa (2021) complementam que a informatização amplia as possibilidades de análise e integração das informações, fortalecendo a tomada de decisões e a qualidade da assistência.

Entretanto, a digitalização também trouxe novos desafios, especialmente relacionados à segurança da informação e à proteção de dados sensíveis. A Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) impõe às instituições de saúde o dever de adotar medidas técnicas e administrativas para garantir a confidencialidade e a integridade dos registros. Nesse contexto, a gestão documental hospitalar deve ser compreendida não apenas como uma obrigação legal, mas como um instrumento estratégico de governança e transparência.

Assim, este trabalho tem como objetivo analisar a gestão e guarda de documentos hospitalares, com ênfase na digitalização e na segurança da informação, buscando compreender como as instituições de saúde podem conciliar eficiência administrativa, inovação tecnológica e cumprimento das normas legais e éticas vigentes.

## 1.1 Tema

A guarda de documentos é um elemento essencial da gestão da informação e envolve o conjunto de práticas voltadas à organização, preservação e recuperação de registros produzidos pelas instituições. O tema deste estudo trata da guarda documental, entendida como um processo fundamental para garantir a memória organizacional, o cumprimento de normas legais e o acesso adequado às informações. Dentro desse assunto amplo, o trabalho se delimita à análise da guarda de documentos, ou seja, à investigação de como as instituições organizam seus arquivos, quais normas seguem e de que forma procedimentos padronizados contribuem para a eficiência administrativa.

O assunto está inserido em um campo de estudos que tem sido discutido desde a instituição da Lei nº 8.159/1991, que estabeleceu a Política Nacional de Arquivos, e vem sendo ampliado por resoluções do CONARQ, bem como por legislações mais recentes, como a Lei nº 13.787/2018 e a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Essas normativas reforçam a necessidade de gestão estruturada, digitalização segura e preservação adequada dos documentos, mostrando a atualidade e relevância do tema. O presente estudo se relaciona a esse conjunto de normas ao buscar compreender as práticas utilizadas hoje pelas instituições.

A importância do assunto está no impacto direto que a guarda documental exerce sobre a organização interna, a transparência, a segurança da informação e a redução de retrabalho. A falta de padronização pode gerar perda de documentos, inconsistências nos processos e dificuldades de acesso, enquanto práticas padronizadas possibilitam maior confiabilidade, agilidade e controle.

Dessa forma, o problema de pesquisa que orienta este trabalho é: Há padronização na guarda de documentos nas instituições, e de que maneira essa padronização (ou sua ausência) influencia a organização e o acesso às informações?

## 1.2 Objetivos

### a) **Objetivo geral**

Analisar se existe padronização na guarda de documentos nas instituições e compreender de que forma essa padronização influencia a organização, preservação e acesso às informações.

### b) **Objetivos específicos**

Conceituar a guarda de documentos e sua importância para as instituições;

Identificar as principais normas e legislações que orientam a organização e guarda documental;

Descrever os métodos utilizados pelas instituições para armazenar documentos físicos e digitais;

Verificar se há padronização nos procedimentos adotados para a guarda documental;

Analisar as consequências da falta de padronização para a gestão da informação.

## 1.3 Justificativa

A guarda de documentos é essencial para o funcionamento das instituições, pois garante organização, preservação e acesso às informações que sustentam as atividades administrativas e legais. Em um cenário de grande volume documental e crescente digitalização, torna-se necessário compreender como as organizações estruturam esse processo e se utilizam padrões claros para garantir a segurança e a integridade dos registros. A padronização da guarda é relevante porque evita perdas, reduz retrabalho e assegura conformidade com normas e legislações, como as orientações do CONARQ e a Lei nº 8.159/1991.

Assim, o estudo se justifica pela necessidade de analisar se os procedimentos utilizados pelas instituições seguem critérios padronizados e de que forma isso impacta a eficiência da gestão documental. A pesquisa contribui para a compreensão teórica do tema e oferece subsídios para aprimorar práticas internas relacionadas ao tratamento da informação.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

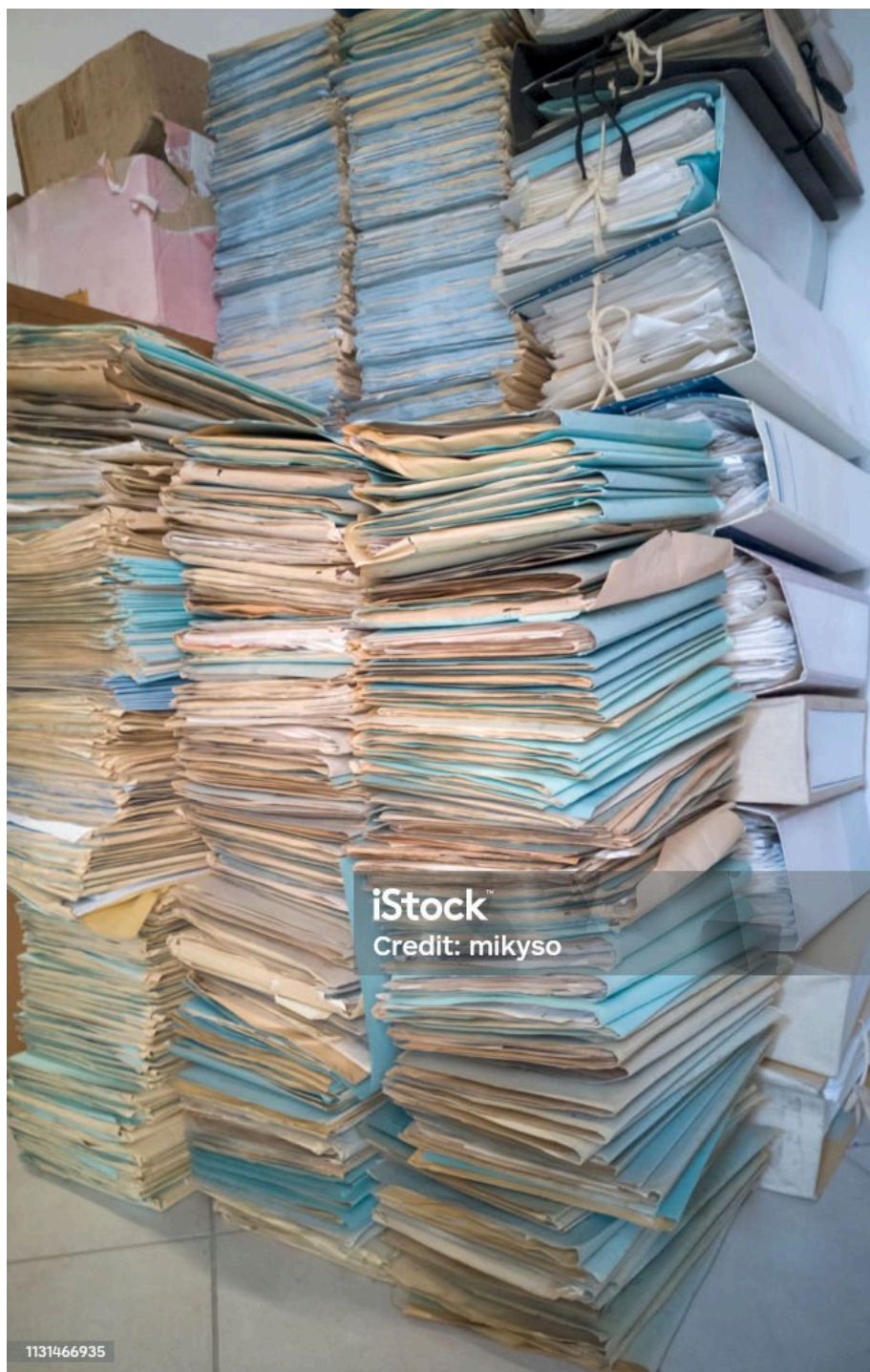
### 2.1 A guarda de documentos

O conceito de arquivo refere-se tanto ao conjunto de documentos produzidos ou recebidos por uma instituição quanto ao próprio serviço responsável por sua guarda, organização e acesso (CONARQ, 2005).

A guarda de documentos é um processo essencial dentro da gestão documental, pois assegura a preservação da informação, o cumprimento de obrigações legais e a continuidade das atividades institucionais. Segundo Bellotto (2002), a guarda de documentos deve ser orientada por critérios técnicos que considerem o valor administrativo, fiscal, legal e histórico de cada documento, definindo prazos de conservação e destinação final. Nesse sentido, Paes (2004) destaca que a guarda não se limita ao simples armazenamento físico, mas envolve também o controle, a classificação e a recuperação eficiente da informação quando necessária.

Além disso, conforme o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ, 2011), a guarda documental deve observar princípios arquivísticos, como autenticidade, integridade e acessibilidade, garantindo que os documentos permaneçam confiáveis ao longo do tempo. Dessa forma, a gestão da guarda documental se torna um instrumento estratégico para a administração pública e privada, contribuindo para a transparência, a eficiência e a preservação da memória institucional.

Figura 1 – Pilha de arquivos físicos de prontuários em suporte de papel.



Fonte: Google

## 2.2 As regras de guarda de documentos arquivísticos

A guarda de documentos hospitalares, em especial dos prontuários médicos, é regida por normas que buscam assegurar a autenticidade, integridade, confidencialidade e disponibilidade das informações de saúde. Esses documentos não possuem apenas valor clínico, mas também administrativo, científico, ético e jurídico, o que exige uma política clara de preservação e de acesso. Nesse sentido,

instituições hospitalares são responsáveis pela implementação de rotinas que garantam a gestão arquivística adequada, desde a produção até a destinação final dos documentos.

De acordo com o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ, 2005), documentos hospitalares são classificados como documentos arquivísticos de natureza especial, cuja guarda deve respeitar princípios arquivísticos como organicidade, autenticidade e preservação. O CONARQ recomenda que os prontuários médicos sejam considerados documentos de guarda permanente, devido ao seu alto valor probatório e histórico. Essa orientação fundamenta-se no entendimento de que o prontuário não apenas assegura a continuidade da assistência, mas também constitui evidência em processos administrativos, judiciais e em pesquisas científicas.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 1.821/2007, estabeleceu que os prontuários médicos devem ser mantidos em suporte físico ou eletrônico por um prazo mínimo de 20 anos, contados a partir do último registro. Após esse período, a eliminação só é permitida mediante digitalização, desde que respeitados os critérios técnicos de confiabilidade, integridade e legibilidade. Essa medida foi posteriormente reforçada pela Lei nº 13.787/2018, que regulamenta a digitalização e utilização de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio de prontuários médicos. A legislação determina que, uma vez digitalizados de forma adequada, os documentos podem ter seu suporte físico eliminado, desde que garantida a preservação do conteúdo e das características do original.

Além da obrigatoriedade de guarda, há normas específicas que tratam do sigilo e acesso aos prontuários. O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) reforça que o sigilo é direito do paciente e dever do médico, sendo vedada a divulgação ou compartilhamento das informações sem consentimento, salvo em situações previstas em lei. Isso significa que os hospitais devem adotar políticas rígidas de segurança da informação, especialmente diante do avanço dos sistemas eletrônicos de registro. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei nº 13.709/2018) acrescenta a esse cenário a obrigação de que dados de saúde, considerados sensíveis, sejam tratados com mecanismos de segurança reforçados, como controle de acesso, criptografia e auditoria de operações.

Outro ponto relevante refere-se à organização do arquivo hospitalar, atribuição do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Cabe a esse setor classificar, armazenar e preservar os prontuários, assegurando que possam ser recuperados quando solicitados para fins assistenciais, administrativos ou legais. O CONARQ (2011) ressalta que a guarda deve seguir critérios técnicos de acondicionamento e preservação, considerando fatores como temperatura, umidade, condições de armazenamento e sistemas de backup digital, a fim de evitar perdas irreversíveis.

Em síntese, as regras de guarda de documentos hospitalares representam a convergência de três dimensões: a clínica, que assegura a continuidade do cuidado ao paciente; a jurídica, que garante provas em casos de litígio ou auditorias; e a administrativa e científica, que apoia a gestão hospitalar e a produção de conhecimento. Nesse contexto, a correta observância das normas do CONARQ, das resoluções do CFM e da legislação brasileira vigente é indispensável para a proteção dos direitos do paciente, a segurança das instituições de saúde e a credibilidade do sistema hospitalar.

Quadro 1 - Síntese das normativas, prazos de guarda e diretrizes de sigilo para documentos hospitalares

Documento/Norma	Prazo de Guarda	Observações Chave
Prontuário médico (CFM Res. nº 1.821/2007)	Mínimo de 20 anos a partir do último registro	Pode ser eliminado após 20 anos somente se houver digitalização adequada.
Prontuário médico digitalizado (Lei nº 13.787/2018)	Guarda permanente em meio eletrônico	Eliminação do papel permitida se digitalização garantir autenticidade, integridade e legibilidade.

Prontuário médico (CONARQ - 2005, 2011)	Guarda permanente	Considerado documento de valor histórico, científico e probatório.
Exames complementares em geral	Prazo variável (mínimo 5 anos)	Pode depender de normas internas da instituição e legislação específica.
Sigilo Médico (CFM Res. nº 2.217/2018)	Sigilo permanente	O dever de confidencialidade independe do prazo de guarda documental.
Informações de Saúde (LGPD – Lei nº 13.709/2018)	Sem prazo definido; preservação segura enquanto durar o tratamento dos dados	Classifica informações de saúde como dados sensíveis, exigindo proteção reforçada.

Fonte: Elaborado pela autora (2026)

### 2.3 A guarda de documentos hospitalares

No ambiente hospitalar, esse papel é exercido pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), responsável pelo manejo dos prontuários e pela disponibilização desses documentos conforme normas e critérios técnicos (SAME, contexto histórico).

O prontuário médico é definido pelo CFM (Resolução nº 1.638/2002) como:

documento único constituído por conjunto de informações, sinais e imagens registradas [...] de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.(CFM, 2002). Tannure e Pinheiro (2017) consideram o prontuário como um instrumento administrativo indispensável à continuidade da assistência, permitindo avaliação clínica abrangente e manutenção da qualidade assistencial.

Historicamente, registros clínicos já existiam na Antiguidade, como o papiro de Edwin Smith, atribuído a Imhotep (c. 3000 a.C.), e os escritos de Hipócrates no

século V a.C. que incentivaram a documentação de doenças (Bombarda et al., 2022). No Brasil, a implementação do SAME data de meados do século XX, com pioneirismo do Hospital das Clínicas da FMUSP em 1943 (Verbetes "Prontuário médico").

O Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) destaca que o prontuário médico, além de ser um documento de caráter administrativo e clínico, integra o patrimônio documental da saúde e deve ser preservado como fonte de informação para diferentes finalidades (CONARQ, 2005). Sua importância ultrapassa o uso imediato no cuidado ao paciente, pois esses registros constituem provas jurídicas, fontes de pesquisa científica e instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços prestados. De acordo com as diretrizes arquivísticas, o prontuário deve ser tratado como documento arquivístico, sujeito a normas de organização, classificação, guarda e acesso, obedecendo princípios de autenticidade, integridade e preservação a longo prazo (CONARQ, 2011).

O CFM, em consonância com o CONARQ, reforça o caráter legal e ético do prontuário médico, estabelecendo que se trata de documento sigiloso, cujo acesso é restrito e regulamentado. O sigilo é considerado direito fundamental do paciente, cabendo ao médico e à instituição de saúde assegurar a confidencialidade das informações nele contidas (CFM, 2002). Além disso, a legislação brasileira define prazos de guarda obrigatória: a Resolução CFM nº 1.821/2007, por exemplo, determina que os prontuários devem ser preservados em suporte físico ou eletrônico, obedecendo a critérios de legibilidade, confiabilidade e segurança da informação. Dessa forma, o prontuário não é apenas uma ferramenta clínica, mas um documento com valor probatório, essencial para auditorias, processos judiciais e defesa legal do profissional de saúde.

Outro aspecto relevante apontado pelo CONARQ é que o prontuário deve ser compreendido como documento de caráter multifuncional. Ele não apenas assegura a continuidade do cuidado ao paciente, mas também possibilita o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, subsidiando gestores na formulação de estratégias e no monitoramento da qualidade assistencial (CONARQ, 2011). Assim, a análise e a sistematização das informações contidas nos prontuários podem contribuir para estudos epidemiológicos, pesquisas científicas e planejamento de serviços, reforçando a importância de sua correta gestão arquivística.

Do ponto de vista histórico, o CONARQ ressalta que os prontuários hospitalares refletem não apenas a evolução da prática médica, mas também a evolução das instituições de saúde enquanto produtoras de documentos (CONARQ, 2005). Nesse sentido, a documentação clínica deve ser preservada como parte do patrimônio cultural e científico de uma sociedade, pois revela aspectos da história da medicina, das doenças e das práticas assistenciais ao longo do tempo. Esse olhar arquivístico amplia a compreensão do prontuário como fonte de memória institucional e social, reforçando a necessidade de políticas de preservação adequadas.

Em síntese, pode-se afirmar que o prontuário médico é um documento complexo, multidimensional e estratégico. Ele reúne elementos clínicos, administrativos, jurídicos, científicos e arquivísticos, o que justifica sua relevância para diferentes áreas do conhecimento. Enquanto para os profissionais de saúde constitui a principal ferramenta de registro e comunicação, para o campo da arquivologia representa um conjunto documental de alto valor histórico e probatório, que precisa ser gerido sob normas específicas de preservação, segurança e acesso. Dessa forma, ao relacionar as definições propostas pelo CFM e pelo CONARQ, percebe-se que o prontuário médico não pode ser reduzido a um simples formulário, mas deve ser entendido como um bem documental de caráter essencial à vida social e institucional.

O prontuário médico hospitalar é um documento de caráter obrigatório, instituído como instrumento de registro e comunicação entre os diversos profissionais de saúde que atuam no atendimento ao paciente. Ele contém todo o histórico clínico, procedimentos, exames, prescrições, diagnósticos e condutas adotadas durante o período de internação hospitalar. Segundo a Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), o prontuário constitui-se em documento único, de caráter legal, sigiloso e científico, devendo registrar de forma clara, cronológica e completa todas as informações relacionadas ao cuidado do indivíduo. No ambiente hospitalar, esse registro se torna ainda mais relevante, pois o atendimento envolve uma equipe multiprofissional, exigindo comunicação precisa para a continuidade da assistência e para a tomada de decisões clínicas fundamentadas.

De acordo com as diretrizes arquivísticas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ, 2005), o prontuário hospitalar não deve ser

entendido apenas como uma ferramenta de uso imediato, mas como documento de valor permanente, cuja preservação é fundamental para a memória institucional, para a proteção legal do paciente e do profissional e para a produção de conhecimento científico. O CONARQ destaca que o gerenciamento adequado desses documentos garante autenticidade, integridade e confiabilidade das informações, o que é essencial em casos de auditorias, processos judiciais ou estudos epidemiológicos. Assim, no contexto hospitalar, o prontuário vai além de sua função clínica, configurando-se também como instrumento de gestão e de garantia de direitos.

A complexidade do prontuário hospitalar se manifesta em sua estrutura, que deve contemplar informações de identificação do paciente, histórico clínico, evolução médica, exames laboratoriais e de imagem, anotações de enfermagem, prescrições farmacológicas, procedimentos realizados, relatórios cirúrgicos, consentimentos informados, além da alta médica. Essa variedade de informações reflete o caráter multiprofissional do atendimento hospitalar, em que diferentes categorias profissionais contribuem com registros específicos, assegurando a integralidade do cuidado. Tannure e Pinheiro (2017) enfatizam que essa riqueza de dados permite não apenas a avaliação clínica detalhada, mas também a análise da qualidade assistencial e o planejamento de ações de melhoria contínua dentro das instituições de saúde.

Outro aspecto central é o valor jurídico e ético do prontuário hospitalar. O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) determina que o médico deve assegurar a veracidade, clareza e sigilo das informações registradas, sendo vedada a omissão ou a falsificação de dados. Além disso, o paciente possui direito legal de acesso ao seu prontuário, conforme estabelece a legislação vigente, incluindo a Lei nº 13.787/2018, que regulamenta a digitalização e guarda de prontuários médicos. Dessa forma, o prontuário hospitalar constitui não apenas um suporte para o cuidado em saúde, mas também um documento com força probatória, utilizado em auditorias internas, processos administrativos, sindicâncias éticas e demandas judiciais.

Figura 2 – Prontuários médicos em pastas suspensas em arquivos de aço



Fonte: Google

#### 2.4 Tecnologia em arquivos hospitalares

Com a evolução tecnológica, o prontuário hospitalar passou a ser cada vez mais informatizado, dando origem ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Esse formato traz vantagens significativas, como a redução de falhas relacionadas à ilegibilidade, maior agilidade na recuperação das informações, possibilidade de integração entre setores hospitalares e fortalecimento da segurança do paciente. No entanto, também gera desafios importantes, como a necessidade de capacitação dos profissionais, a implementação de sistemas seguros e a conformidade com normas de proteção de dados, como a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), que classifica informações de saúde como dados sensíveis. A transição do papel para o digital no contexto hospitalar, portanto, exige planejamento, investimentos em tecnologia da informação e políticas institucionais claras de segurança da informação.

Em síntese, o prontuário médico hospitalar é um documento indispensável para a prática assistencial, para a proteção legal e ética das partes envolvidas e para a gestão hospitalar como um todo. Sua correta elaboração e manutenção refletem diretamente na qualidade do atendimento prestado, na segurança do paciente e na credibilidade da instituição de saúde. Por reunir funções clínicas, administrativas, científicas e jurídicas, o prontuário hospitalar se configura como um instrumento

estratégico no cenário contemporâneo da saúde, sendo sua valorização e correta utilização condições essenciais para a consolidação de um sistema hospitalar eficiente e humanizado.

A informatização dos arquivos hospitalares também transformou a forma como as instituições gerenciam o ciclo de vida dos documentos. De acordo com Lucena (2017), a gestão eletrônica de documentos em saúde requer não apenas a digitalização de prontuários, mas também a adoção de políticas arquivísticas que garantam autenticidade, integridade e rastreabilidade das informações. Isso significa que cada registro digital precisa manter valor probatório e confiabilidade ao longo do tempo, permitindo auditorias e consultas com a mesma validade dos documentos físicos.

Outro aspecto relevante está relacionado à interoperabilidade entre sistemas. Segundo Barbosa e Freitas (2020), um dos maiores desafios da tecnologia em arquivos hospitalares é assegurar que diferentes plataformas conseguem trocar dados de maneira segura e padronizada. A ausência dessa integração pode comprometer o atendimento, gerar duplicidade de informações e dificultar a continuidade do cuidado ao paciente. Por isso, o uso de padrões como HL7 e protocolos definidos pelo Ministério da Saúde tem sido essencial para promover a comunicação entre sistemas de informação em saúde.

Além disso, a implantação de tecnologias nos arquivos hospitalares requer uma mudança cultural dentro das instituições. Conforme Silva e Moura (2019), o sucesso do prontuário eletrônico depende da adesão e do comprometimento dos profissionais de saúde, que precisam compreender a importância do registro correto e seguro das informações. A resistência à mudança, a falta de treinamento adequado e a sobrecarga de trabalho ainda são fatores que dificultam a efetiva utilização dos sistemas digitais.

Por fim, a tecnologia aplicada aos arquivos hospitalares também abre espaço para o uso de ferramentas de inteligência artificial e análise de dados. Segundo Oliveira et al. (2021), o uso de algoritmos pode auxiliar na identificação de padrões clínicos, no monitoramento de indicadores hospitalares e na tomada de decisões estratégicas. Dessa forma, o arquivo deixa de ser apenas um espaço de guarda e

passa a desempenhar papel ativo na gestão da informação e na melhoria da qualidade assistencial.

## 2.5 Documentos contábeis e fiscais

Os documentos contábeis e fiscais compreendem notas fiscais, livros de escrituração, relatórios financeiros, comprovantes de recolhimento de tributos e balanços patrimoniais. Segundo o Código Tributário Nacional (Lei nº 5.172/1966), o prazo prescricional para cobrança de créditos tributários é de cinco anos, o que fundamenta a obrigatoriedade de guarda mínima desses documentos. Entretanto, a legislação previdenciária e fiscal estabelece prazos diferenciados para determinadas peças documentais, sendo recomendada a guarda de livros contábeis por até dez anos, a fim de assegurar maior segurança jurídica em eventuais fiscalizações (Brasil, 1966). No âmbito hospitalar, essa documentação tem relevância acentuada, pois muitas instituições atuam em regime de convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) ou com operadoras de planos privados, demandando comprovação contábil precisa e rastreável.

## 2.6 Documentos de pessoal

Outra categoria de grande importância refere-se aos documentos de pessoal, que abrangem contratos de trabalho, folhas de pagamento, registros de ponto, atestados médicos, fichas funcionais e comprovantes de recolhimento de FGTS e INSS. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e as normas previdenciárias estabelecem prazos distintos para a guarda desses registros. Determinados documentos, como guias de recolhimento de FGTS, devem ser preservados por trinta anos, considerando a prescrição do direito de reclamação trabalhista nesse âmbito (Brasil, 1943). Outros, como folhas de pagamento, devem ser armazenados por, no mínimo, cinco anos, de acordo com a legislação trabalhista e fiscal (Brasil, 1966). Nos hospitais, onde há grande volume de vínculos empregatícios, esses registros asseguram não apenas a conformidade legal, mas também a transparência na relação entre empregador e empregados, reduzindo riscos de passivos trabalhistas.

## 2.7 Documentos administrativos

Além dos já citados, os hospitais também produzem e acumulam documentos administrativos, tais como contratos de prestação de serviços, atas de reuniões,

registros de patrimônio e convênios com entidades públicas e privadas. De acordo com as diretrizes do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ, 2005), a guarda desses documentos deve ser regulada conforme tabelas de temporalidade definidas pela própria instituição, considerando tanto aspectos legais quanto valores administrativos e históricos. Em geral, contratos administrativos e convênios devem ser preservados por, no mínimo, cinco anos após sua vigência, podendo esse prazo ser ampliado caso haja implicações jurídicas ou financeiras pendentes.

Figura 3 – Caixas de arquivo padronizadas em estantes de aço.



Fonte: Google

## 2.8 Documentos médico - hospitalares

No que se refere aos documentos médico-hospitalares, destacam-se os prontuários, laudos, exames e autorizações de procedimentos. A Resolução nº 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina define o prontuário médico como documento único, de caráter legal, sigiloso e científico, indispensável à comunicação multiprofissional e à continuidade da assistência (CFM, 2002). A Resolução CFM nº 1.821/2007 determina que os prontuários em suporte físico devem ser mantidos por um período mínimo de vinte anos após o último registro. Já a Lei nº 13.787/2018 dispõe sobre a digitalização e utilização de sistemas informatizados para guarda desses documentos, permitindo a eliminação do suporte em papel desde que assegurada a integridade, a autenticidade e a confidencialidade das informações (Brasil, 2018a). Além disso, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) classifica os dados de saúde como sensíveis, impondo rigor ainda maior à forma de

armazenamento e acesso, de modo a garantir a proteção da privacidade dos pacientes (Brasil, 2018b).

Figura 4 – Prontuários médicos organizados em prateleiras de aço.



Fonte: Google

## 2.9 A terceirização da guarda de documentos em hospitais

A crescente complexidade da gestão documental em instituições de saúde tem levado muitas organizações a buscarem soluções alternativas para o armazenamento e preservação das informações. Entre essas soluções, destaca-se a terceirização da guarda de documentos, prática que consiste na contratação de empresas especializadas para armazenar, organizar e disponibilizar, de forma segura, tanto os documentos físicos quanto os digitais. No contexto hospitalar, a terceirização surge como resposta às demandas por espaço físico, custos operacionais reduzidos e conformidade com legislações específicas, uma vez que hospitais acumulam um grande volume de prontuários médicos, documentos fiscais, administrativos e de pessoal. Conforme aponta o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ, 2005), a gestão de documentos deve assegurar autenticidade, integridade e acessibilidade, requisitos que também se estendem à terceirização, exigindo das instituições contratadas a observância de normas arquivísticas e técnicas reconhecidas.

A adoção da terceirização traz como principais vantagens a otimização de espaço físico, já que hospitais podem destinar áreas antes ocupadas por arquivos para atividades assistenciais. Além disso, empresas terceirizadas geralmente dispõem de recursos tecnológicos avançados, como sistemas informatizados de

rastreamento, monitoramento ambiental e digitalização de acervos, o que facilita a localização de documentos e garante maior proteção contra extravio ou deterioração. Outro ponto positivo refere-se à segurança jurídica: ao delegar a guarda a empresas especializadas, as instituições hospitalares buscam maior conformidade com exigências legais, especialmente aquelas previstas na Lei nº 13.787/2018, que regulamenta a digitalização e o uso de sistemas informatizados para guarda de documentos em saúde, permitindo a eliminação do papel desde que assegurada a integridade e autenticidade dos registros (Brasil, 2018a).

Apesar das vantagens, a terceirização da guarda de documentos apresenta desafios e riscos relevantes. O primeiro deles é a dependência de terceiros para o acesso a informações sensíveis, o que pode impactar a agilidade no atendimento de demandas assistenciais ou jurídicas. Outro ponto é a necessidade de contratos detalhados, que prevejam cláusulas de confidencialidade, prazos de acesso, responsabilidades em caso de perdas ou danos e penalidades por descumprimento. Nesse aspecto, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) estabelece que os dados de saúde, classificados como sensíveis, exigem tratamento com medidas técnicas e administrativas capazes de proteger contra acessos não autorizados e situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda ou alteração (Brasil, 2018b). Assim, ainda que terceirizada, a responsabilidade sobre a proteção dos dados permanece com a instituição hospitalar, que responde solidariamente em caso de falhas.

Adicionalmente, o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) reforça que o sigilo profissional é dever permanente do médico, não podendo ser comprometido pela forma de guarda documental. Dessa forma, a terceirização não exime os hospitais e os profissionais de saúde de suas obrigações éticas, sendo indispensável que as empresas contratadas adotem protocolos de confidencialidade compatíveis com as exigências do setor. Complementarmente, o Conselho Nacional de Arquivos recomenda que, mesmo em casos de gestão terceirizada, as instituições mantenham planos de classificação documental e tabelas de temporalidade, a fim de garantir que a eliminação ou preservação siga critérios técnicos e legais (CONARQ, 2005).

Portanto, a terceirização da guarda de documentos hospitalares deve ser compreendida como estratégia válida e eficiente, desde que acompanhada de instrumentos contratuais robustos e de constante monitoramento pela instituição contratante. Trata-se de solução que equilibra custos, espaço e eficiência, mas que exige responsabilidade compartilhada entre hospitais e empresas terceirizadas, de modo a assegurar a preservação da informação, o cumprimento da legislação e, sobretudo, a proteção da privacidade dos pacientes.

## 2.10 A virtualização dos arquivos em hospitais

A virtualização dos arquivos consiste na conversão e gerenciamento de documentos originalmente em suporte físico para meios digitais, permitindo que a guarda, o acesso e a circulação das informações se deem em ambientes eletrônicos controlados. Trata-se de processo que ultrapassa a simples digitalização, pois envolve a utilização de sistemas informatizados capazes de indexar, armazenar, proteger e disponibilizar documentos de forma segura e padronizada. No âmbito hospitalar, esse procedimento tem especial relevância, considerando que os estabelecimentos de saúde lidam diariamente com um volume expressivo de informações, sobretudo prontuários médicos, cuja preservação e acessibilidade são essenciais à continuidade da assistência e ao cumprimento de normas legais.

Do ponto de vista legal, a Lei nº 13.787/2018 estabelece os critérios para a digitalização de documentos em saúde e a utilização de sistemas informatizados para sua guarda. A referida lei autoriza a eliminação dos suportes físicos, desde que a digitalização assegure requisitos de integridade, autenticidade, confiabilidade e legibilidade dos documentos (Brasil, 2018a). Dessa forma, a virtualização não se limita a uma questão de modernização tecnológica, mas representa também um instrumento de racionalização administrativa, com respaldo normativo que garante sua validade probatória em processos judiciais ou administrativos.

No que se refere à proteção das informações, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018) classifica os dados de saúde como sensíveis, impondo às instituições a adoção de medidas técnicas e organizacionais capazes de resguardar a confidencialidade e a privacidade dos pacientes (Brasil, 2018b). Isso significa que a virtualização, ao mesmo tempo em que facilita o acesso remoto e rápido às informações, exige sistemas robustos de segurança da informação, como criptografia,

backups periódicos e controle rigoroso de acessos. O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1.821/2007, também reforça que o prontuário eletrônico deve atender aos princípios de confidencialidade, integridade e disponibilidade, sendo obrigatória a adoção de mecanismos que assegurem rastreabilidade e auditoria das informações (CFM, 2007).

Sob o ponto de vista arquivístico, o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) recomenda que os sistemas de gestão eletrônica de documentos observem princípios de classificação e temporalidade, de forma a garantir que a preservação ou eliminação de documentos digitais siga critérios técnicos adequados (CONARQ, 2005). Assim, a virtualização dos arquivos em hospitais não significa apenas digitalizar e armazenar documentos em nuvem, mas também estruturar uma política institucional de gestão documental que integre normas técnicas, requisitos legais e boas práticas administrativas.

Em termos práticos, os benefícios da virtualização são diversos: redução do espaço físico destinado a arquivos, maior agilidade na localização de documentos, diminuição de custos com armazenamento e maior segurança contra extravios ou deterioração. Entretanto, também existem desafios, como a necessidade de investimentos em infraestrutura tecnológica, capacitação de profissionais e constante atualização dos sistemas. Dessa forma, a virtualização deve ser compreendida como um processo contínuo de inovação na gestão hospitalar, que alia eficiência administrativa à responsabilidade ética e legal no trato de informações sensíveis.

## 2.11 Linha do tempo

A evolução histórica e regulatória da gestão documental em saúde reflete diretamente a transição dos arquivos físicos para os ambientes digitais integrados. Para sintetizar os principais marcos cronológicos e as legislações nacionais e internacionais que norteiam essa trajetória, apresenta-se:.

Quadro 2 – Linha do tempo da evolução documental e legal na área da saúde

Período / Ano	Marco Histórico ou Legal	Descrição e Impacto na Gestão Documental	Fonte
PERÍODO 1 – Era do Prontuário em Papel e a Organização Institucional			
c. 3000 a.C.	Papiro de Edwin Smith	Primeiros registros de saúde conhecidos na Antiguidade. Evidenciam a necessidade primitiva de documentar diagnósticos e procedimentos.	Bombarda et al. (2022)
Século V a.C.	Escola de Hipócrates	Introdução da prática de anotações clínicas sistemáticas na Grécia Antiga para subsidiar a observação e o desenvolvimento médico.	Bombarda et al. (2022)
1943	Criação do SAME	Instituição do Serviço de Arquivo Médico e Estatística no HC-FMUSP, estabelecendo a primeira estrutura formal de arquivo hospitalar no Brasil.	Prontuário... (2026)
1991	Lei nº 8.159	Lei Nacional de Arquivos. Criação do CONARQ e fixação das diretrizes da política nacional de gestão e preservação de documentos.	Brasil (1991)
2002	Resolução CFM nº 1.638	Normatização do prontuário como documento único de caráter legal, sigiloso e científico, indispensável para a gestão administrativa.	CFM (2002)
PERÍODO 2 – Transição Eletrônica e Segurança da Informação			

2007	Resolução CFM nº 1.821	Aprovação das normas técnicas para o uso do PEP e estabelecimento do prazo regulamentar de 20 anos para a guarda do papel.	CFM (2007)
2014	Resolução CONARQ nº 39	Regulamentação dos procedimentos técnicos de digitalização, visando garantir o valor probatório e a integridade do arquivo digital.	CONARQ (2014)
2015	Expansão do PEP	Consolidação dos sistemas integrados em ambiente hospitalar, amparados pelas auditorias e certificações de segurança da SBIS.	Elaboração própria
2018	Lei nº 13.787	Lei do Prontuário Eletrônico. Regulamenta o processo de digitalização e autoriza a eliminação física do papel sob critérios de autenticidade.	Brasil (2018a)
2018	Lei nº 13.709 (LGPD)	Marco legal da proteção de dados. Enquadra os dados de saúde como sensíveis, exigindo controles de segurança e governança rigorosos.	Brasil (2018b)
2018	Resolução CFM nº 2.217	Atualização do Código de Ética Médica. Reitera o sigilo e a guarda confidencial do prontuário, seja ele físico ou eletrônico.	CFM (2018)
PERÍODO 3 – O Futuro da Gestão Documental em Saúde			

Pós-2018	Ecosistemas de EHR	Evolução para plataformas integradas (EHR), onde o arquivo documental subsidia a assistência, a auditoria e a tomada de decisão gerencial.	Tannure; Pinheiro (2017)
----------	--------------------	--	--------------------------

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

## 2.12 Políticas de gestão documental em instituições de saúde

A implementação de políticas de gestão documental em instituições hospitalares é essencial para garantir a preservação e o acesso eficiente às informações produzidas. Segundo Paes (2004), a gestão documental consiste em um conjunto de procedimentos e técnicas que visam racionalizar a produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento de documentos, assegurando sua autenticidade e integridade. No contexto hospitalar, essas políticas devem contemplar desde a criação do documento até sua destinação final, observando critérios técnicos e legais específicos. Lucena (2017) ressalta que a aplicação de tabelas de temporalidade e planos de classificação nos hospitais contribui para a eficiência administrativa e o cumprimento das normas de confidencialidade e sigilo profissional.

Além disso, o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ, 2011) enfatiza que a gestão documental deve estar integrada ao planejamento institucional, permitindo que a informação seja tratada como recurso estratégico. Em hospitais, a grande quantidade de dados clínicos, administrativos e financeiros demanda políticas claras de organização e eliminação de documentos, de modo a evitar acúmulo, desperdício de espaço e perda de informações essenciais. Assim, o arquivista e o gestor hospitalar desempenham papéis complementares na construção de práticas seguras e eficientes de gestão documental.

A gestão documental nas instituições de saúde não se limita ao ambiente hospitalar, estendendo-se também a outras unidades, como postos de saúde, clínicas, laboratórios e centros de especialidades. Cada uma dessas instituições possui características próprias e produz documentos específicos, mas todas compartilham a necessidade de organizar e preservar as informações de forma segura e acessível. Segundo Paes (2004), a gestão documental deve ser adaptada à realidade de cada órgão produtor, considerando o volume, a natureza e a frequência de uso dos

documentos. Assim, a aplicação dos princípios arquivísticos é fundamental para garantir a continuidade das atividades assistenciais e administrativas em diferentes níveis do sistema de saúde.

Nas unidades básicas de saúde (UBS), por exemplo, a gestão documental envolve principalmente prontuários familiares, fichas de atendimento individual, registros de vacinação, relatórios de vigilância epidemiológica e formulários de programas governamentais. Esses documentos, segundo Bellotto (2002), possuem grande relevância social, pois subsidiam políticas públicas e ações de prevenção, devendo ser organizados com base em planos de classificação que permitam o rápido acesso e a recuperação da informação. A guarda adequada desses registros garante a rastreabilidade do atendimento prestado e o acompanhamento contínuo do paciente.

Nas clínicas e consultórios particulares, a documentação assume caráter predominantemente clínico e jurídico. Lucena (2017) destaca que, nesse contexto, a gestão documental deve assegurar tanto o sigilo profissional quanto a validade legal dos registros, que podem ser solicitados em processos judiciais, auditorias ou perícias médicas. Além dos prontuários, esses estabelecimentos produzem contratos de prestação de serviços, laudos, guias de convênios e documentos financeiros, que também devem ser gerenciados conforme prazos legais e normas contábeis.

Já nos laboratórios de análises clínicas e centros de diagnóstico a gestão documental envolve o controle de relatórios de exames, fichas de coletas, resultados laboratoriais e registros de calibração de equipamentos. Segundo o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ, 2011), esses documentos possuem valor técnico-científico e devem ser preservados por períodos específicos, conforme regulamentações sanitárias e de qualidade. A rastreabilidade dos processos laboratoriais, garantida por uma gestão documental eficiente, contribui para a credibilidade dos resultados e para a segurança do paciente.

Outro ponto importante refere-se à diversidade de tipos documentais presentes nas instituições de saúde. De acordo com Oliveira et al. (2021), os documentos podem ser classificados em administrativos, técnicos, clínicos e legais. Os administrativos incluem atas, memorandos, contratos e relatórios de gestão; os técnicos abrangem normas, manuais, protocolos e pareceres; os clínicos se referem

aos prontuários e exames; e os legais compreendem autorizações, termos de consentimento e documentos relacionados à responsabilidade profissional. A correta identificação e classificação de cada tipo documental são fundamentais para definir o tempo de guarda e o destino final de cada registro.

Por fim, a gestão documental em diferentes unidades de saúde deve seguir uma padronização mínima, respeitando normas arquivísticas e orientações do Ministério da Saúde, mas também precisa ser flexível para se adequar à complexidade e ao porte de cada instituição. Segundo Lucena (2017), essa adaptação garante que, independentemente do tamanho do serviço, as informações estejam organizadas e acessíveis, promovendo eficiência, segurança e qualidade no atendimento prestado à população.

### 2.13 Tipos de documentos no âmbito da saúde

A gestão documental em instituições de saúde exige atenção diferenciada para cada tipo de documento, considerando sua finalidade, valor legal e temporalidade de uso. Os documentos administrativos desempenham papel essencial na organização interna e no controle das atividades institucionais. Entre eles, destacam-se atas, memorandos, relatórios de gestão, contratos e correspondências internas. Segundo Lucena (2017), esses registros devem ser organizados de forma sistemática, permitindo fácil localização e recuperação rápida de informações, com prazos de guarda definidos de acordo com a legislação vigente e tabelas de temporalidade institucionais, geralmente variando entre cinco e dez anos. A correta classificação e armazenamento desses documentos contribuem para a eficiência administrativa, transparência e responsabilidade institucional.

Os documentos técnicos compreendem normas, manuais, protocolos, procedimentos operacionais padrão e pareceres técnicos que orientam a atuação profissional e a execução de serviços. Conforme Oliveira et al. (2021), a preservação desses documentos garante padronização, segurança e qualidade na prestação de serviços de saúde. Seu armazenamento deve considerar a atualização periódica, manutenção da integridade física ou digital e acesso controlado, de forma a assegurar que as informações estejam sempre confiáveis e disponíveis para consulta, auditorias ou treinamentos institucionais.

Os documentos clínicos, por sua vez, são os registros diretamente relacionados ao cuidado do paciente, incluindo prontuários, laudos, resultados de exames, prescrições, relatórios de evolução médica e anotações multiprofissionais. Esses documentos possuem caráter sigiloso, probatório e científico, sendo fundamentais para a continuidade do cuidado, avaliação da qualidade assistencial e suporte a decisões clínicas e jurídicas (CFM, 2002; CONARQ, 2011). O armazenamento deve obedecer a critérios rígidos de segurança e confidencialidade, com prazos de guarda mínimos estabelecidos por lei — por exemplo, o prontuário físico deve ser mantido por 20 anos após o último registro, conforme a Resolução CFM nº 1.821/2007, e sua digitalização deve preservar autenticidade, integridade e legibilidade (Brasil, 2018a).

Por fim, os documentos legais englobam autorizações, termos de consentimento, registros de responsabilidade profissional, contratos com terceiros e demais documentos com valor probatório. Estes documentos exigem atenção especial quanto à guarda e ao sigilo, dado seu impacto jurídico e ético. De acordo com a Lei nº 13.709/2018 (LGPD), informações sensíveis de pacientes devem ser protegidas com mecanismos técnicos e administrativos, como criptografia, backups regulares e controle de acessos (Brasil, 2018b). A gestão adequada desses documentos garante que os direitos dos pacientes sejam preservados e que a instituição esteja protegida legalmente em auditorias, processos judiciais ou inspeções de órgãos reguladores.

A integração da gestão documental entre essas quatro categorias permite às instituições de saúde manter informações confiáveis, acessíveis e preservadas, reduzindo riscos de perdas, garantindo eficiência administrativa e reforçando a segurança do paciente. Além disso, a aplicação de normas arquivísticas, planos de classificação e tabelas de temporalidade assegura que cada documento seja tratado conforme seu valor administrativo, clínico, técnico ou legal, promovendo organização, rastreabilidade e conformidade regulatória (Paes, 2004; Lucena, 2017; Oliveira et al., 2021).

#### 2.14 Segurança da informação e riscos digitais

Com a informatização dos arquivos hospitalares, a segurança da informação tornou-se um dos maiores desafios das instituições de saúde. Segundo Rezende

(2018), a proteção dos dados eletrônicos exige a adoção de políticas rigorosas de segurança cibernética, incluindo controle de acesso, uso de senhas seguras, backups periódicos e criptografia de informações sensíveis. A vulnerabilidade de sistemas eletrônicos pode expor dados confidenciais de pacientes, violando princípios éticos e a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

Silva e Moura (2019) destacam que a segurança da informação em ambientes hospitalares deve abranger não apenas aspectos tecnológicos, mas também comportamentais, envolvendo a conscientização dos profissionais sobre a responsabilidade no uso dos sistemas. As normas ISO 27001 e 27799 orientam boas práticas de gestão da segurança em saúde, promovendo a confidencialidade, integridade e disponibilidade dos dados. Dessa forma, investir em segurança digital não é apenas uma obrigação legal, mas uma necessidade para garantir a confiança dos pacientes e a credibilidade das instituições.

#### 2.15 Serviço de arquivo médico e estatístico

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) têm um papel central na gestão da informação hospitalar. Conforme Bellotto (2002), esse setor é responsável pela guarda, conservação e disponibilização dos documentos médicos, além de fornecer suporte estatístico e administrativo à instituição. Com o avanço tecnológico, o SAME passou por uma reconfiguração significativa, incorporando sistemas digitais e ferramentas eletrônicas para agilizar o acesso e o controle de prontuários.

De acordo com Lucena (2017), o profissional do SAME precisa dominar tanto conhecimentos arquivísticos quanto tecnológicos, sendo capaz de atuar na gestão do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e na análise de dados estatísticos. Essa transformação exige capacitação contínua e atualização frente às mudanças legais e tecnológicas do setor de saúde. Assim, o SAME deixa de ser um setor apenas de guarda e passa a ocupar posição estratégica na gestão hospitalar, contribuindo diretamente para a qualidade e segurança do atendimento.

#### 2.16 Benefícios gerenciais e científicos do pep

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) não representa apenas uma mudança de suporte documental, mas uma revolução na forma como os dados são utilizados na gestão hospitalar. Segundo Barbosa e Freitas (2020), a informatização

dos registros clínicos possibilita análises estatísticas mais precisas, apoio à tomada de decisões e melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Além disso, o PEP favorece a integração entre setores e profissionais, evitando duplicidades e erros de informação.

Do ponto de vista científico, Oliveira et al. (2021) afirma que os dados extraídos dos prontuários eletrônicos são fundamentais para pesquisas epidemiológicas e estudos clínicos, permitindo o desenvolvimento de políticas públicas baseadas em evidências. O uso adequado das informações arquivadas fortalece a produção de conhecimento e contribui para o aprimoramento contínuo da assistência à saúde. Dessa forma, a gestão documental passa a ser vista não apenas como uma atividade administrativa, mas também como instrumento de inovação e desenvolvimento científico.

#### 2.17 Aspectos éticos e legais

O tratamento de informações de saúde exige o cumprimento rigoroso de princípios éticos e legais. A Resolução nº 1.821/2007 do Conselho Federal de Medicina determina que o prontuário médico é um documento sigiloso, de responsabilidade do profissional e da instituição que o mantém. Qualquer acesso indevido ou divulgação não autorizada constitui infração ética e pode gerar responsabilização civil e criminal.

Paes (2004) destaca que a ética na gestão documental hospitalar envolve o respeito à privacidade do paciente e a garantia de que os registros sejam utilizados exclusivamente para fins assistenciais, administrativos ou científicos devidamente autorizados. Além disso, a Lei nº 13.787/2018 regulamenta o uso de sistemas informatizados para guarda de prontuários, estabelecendo padrões de autenticidade e validade jurídica para documentos digitais. O cumprimento dessas normas é indispensável para a manutenção da confiança entre pacientes, profissionais e instituições de saúde.

#### 2.18 Inovações futuras na gestão documental em saúde

As inovações tecnológicas vêm redefinindo a forma como as informações são tratadas e armazenadas no setor hospitalar. De acordo com Souza e Andrade (2022), ferramentas de inteligência artificial e big data estão sendo aplicadas na análise

automatizada de prontuários, auxiliando na detecção precoce de doenças e na otimização de recursos hospitalares. O uso da blockchain, por sua vez, tem sido estudado como alternativa segura e descentralizada para registro de informações médicas, reduzindo riscos de fraude e adulteração de dados.

Lucena (2017) reforça que o futuro da arquivologia hospitalar passa pela integração entre tecnologia e humanização, com sistemas que garantam eficiência sem comprometer o cuidado ético e individualizado ao paciente. Dessa forma, a evolução da gestão documental deve estar alinhada às transformações sociais, legais e tecnológicas, assegurando que a informação continue sendo um instrumento de apoio à vida e à saúde pública.

### 3 METODOLOGIA

Este capítulo descreve os caminhos metodológicos adotados para a realização desta pesquisa, detalhando o tipo de estudo, a população e a amostra, os instrumentos de coleta e os procedimentos para a análise dos dados.

#### 3.1 Classificação e natureza da pesquisa

Quanto aos objetivos: A pesquisa classifica-se como exploratória e descritiva. A fase exploratória permite uma maior aproximação com o problema de pesquisa, buscando compreender as consequências da falta de padronização para a gestão da informação. A etapa descritiva visa descrever os métodos utilizados pelas instituições para armazenar documentos físicos e digitais, além de verificar se há padronização nos procedimentos adotados para a guarda documental.

Quanto à abordagem: O estudo adota uma abordagem mista (quali-quantitativa). A pesquisa busca analisar se existe padronização na guarda de documentos nas instituições. Essa análise ocorre tanto pela quantificação de dados objetivos sobre processos de arquivamento quanto pela interpretação qualitativa de como essas práticas influenciam a organização, preservação e acesso às informações.

#### 3.2 Procedimentos técnicos

Pesquisa Bibliográfica e Documental: O embasamento teórico da pesquisa apoia-se em artigos científicos e legislações pertinentes à área da saúde e gestão da informação. A revisão documental inclui a análise da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), da Lei nº 13.787/2018 (que dispõe sobre a digitalização de documentos em saúde), além de resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e normativas do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ).

Levantamento: A pesquisa caracteriza-se também como um levantamento de campo, utilizando a interrogação direta das pessoas cujo comportamento e cujas práticas se desejam conhecer.

#### 3.3 População e amostra

A população da pesquisa compreende os profissionais que atuam diretamente com o fluxo de informações em instituições de saúde da região da serra gaúcha e Porto Alegre.

A amostra, selecionada por conveniência, é composta por lideranças vinculadas aos setores de Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

### 3.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado, desenvolvido e distribuído digitalmente através da plataforma Google Forms, fazendo o envio no email de cada instituição.

O formulário foi elaborado para ser respondido em um tempo estimado de 3 a 5 minutos, garantindo objetividade. As questões buscam mapear os processos de gestão documental e segurança da informação sob a ótica das diretrizes do CONARQ e da LGPD discutidas no referencial teórico.

Em conformidade com os aspectos éticos, o questionário garante o anonimato dos respondentes, e os dados coletados são destinados exclusivamente para fins acadêmicos.

### 3.5 Análise e tratamento de dados

Após o encerramento do período de coleta, as respostas obtidas no formulário eletrônico serão tabuladas e organizadas.

Os dados quantitativos serão apresentados por meio de gráficos e estatísticas descritivas simples. Já os dados qualitativos serão analisados de forma interpretativa, buscando cruzar as práticas relatadas pelos profissionais com a fundamentação teórica estabelecida. O objetivo final da análise é compreender as dinâmicas da gestão e guarda de documentos hospitalares no contexto da digitalização e da segurança da informação.

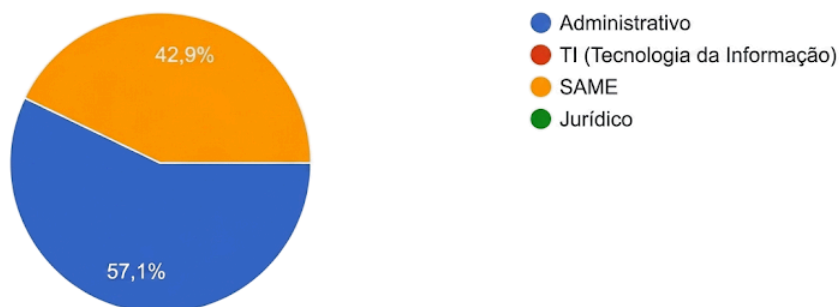
## 4 RESULTADO DA PESQUISA

### 4.1 Perfil do respondente

Para iniciar a análise dos dados coletados, buscou-se mapear as características demográficas e profissionais dos participantes da pesquisa. O primeiro aspecto avaliado refere-se à área de atuação direta de cada profissional nas instituições de saúde investigadas

Figura 5 - Área de atuação dos profissionais respondentes nas instituições de saúde.

Qual a sua área de atuação

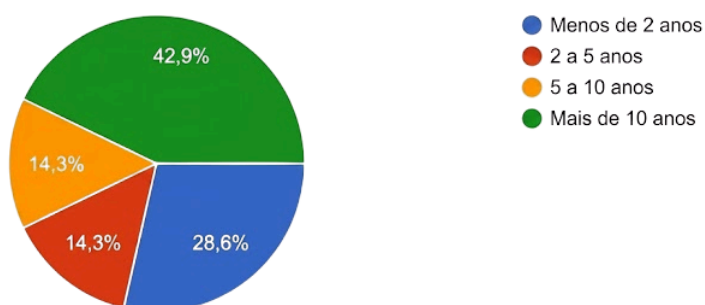


Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Figura 6 – Tempo de atuação dos respondentes na área de gestão hospitalar ou documental.

Outro fator crucial para validar a consistência das respostas obtidas diz respeito à experiência prática desses profissionais no segmento de gestão de arquivos e rotinas hospitalares, conforme apresentado a seguir.

Há quanto tempo você atua na área de gestão hospitalar ou documental?



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Análise: A caracterização dos participantes indica que a amostra é composta majoritariamente por profissionais do setor Administrativo (57,1%) e do SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística (42,9%), evidenciando que os dados coletados refletem a visão das áreas mais diretamente ligadas à rotina da gestão documental hospitalar.

No que tange ao tempo de atuação nesse segmento, observa-se uma predominância de profissionais altamente experientes, onde 42,9% atuam há mais de 10 anos na área. O restante da amostra divide-se de forma equilibrada entre aqueles que possuem de 5 a 10 anos (14,3%), de 2 a 5 anos (14,3%) e menos de 2 anos de experiência (28,6%).

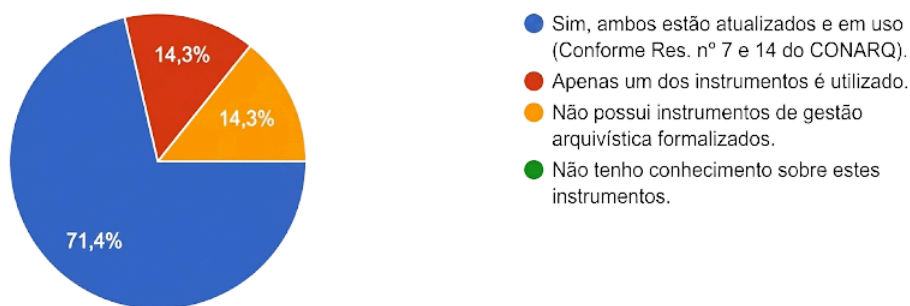
Composição Analítica: Essa composição do perfil confere alta credibilidade aos resultados da pesquisa. A forte presença de respondentes lotados no núcleo estratégico e operacional de arquivos (SAME/Administrativo), combinada ao fato de que a maior parcela possui mais de uma década de experiência prática na função, garante que os diagnósticos apresentados sobre a gestão, digitalização e segurança dos documentos hospitalares foram respondidos por profissionais com profundo conhecimento de causa sobre a realidade institucional.

#### 4.2 Gestão documental e normativas (CONARQ)

Figura 7 – Aplicação de Plano de Classificação e Tabela de Temporalidade de Documentos (TTD) formalmente nas instituições

No que tange à estrutura normativa e arquivística de suporte, investigou-se o nível de conformidade das instituições hospitalares em relação aos principais instrumentos de organização de acervos preconizados pelo Conselho Nacional de Arquivos. Os dados consolidados sobre a aplicação dessas ferramentas são apresentados a seguir.

A instituição aplica um Plano de Classificação e uma Tabela de Temporalidade de Documentos (TTD) formalmente para os prontuários e documentos administrativos?



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

**Análise dos Dados:** Os dados apontam que a grande maioria das instituições pesquisadas (71,4%) possui um Plano de Classificação e uma Tabela de Temporalidade de Documentos (TTD) formalmente aplicados e atualizados para prontuários e documentos administrativos, demonstrando forte alinhamento com as Resoluções nº 7 e 14 do CONARQ.

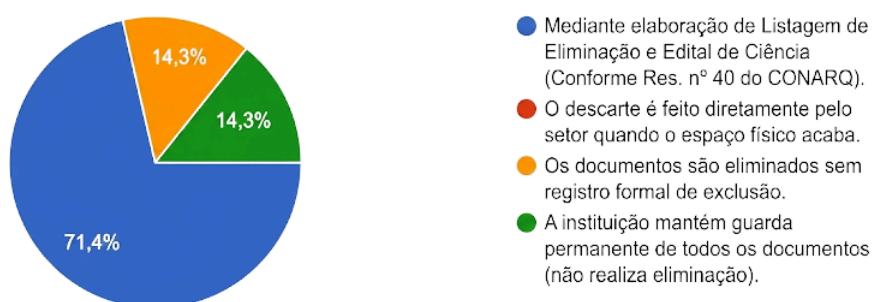
Em contrapartida, as parcelas restantes evidenciam fragilidades normativas: 14,3% utilizam apenas um dos instrumentos e outros 14,3% afirmam não possuir ferramentas de gestão arquivística formalizadas.

**Análise Crítica:** Embora o cenário geral seja amplamente positivo e indique conformidade legal na maior parte dos hospitais, a existência de quase 30% da amostra operando com instrumentos parciais ou inexistentes revela um gargalo preocupante. A ausência ou incompletude da TTD coloca essas instituições em risco de descarte indevido de informações médicas e administrativas ou, inversamente, de acúmulo desnecessário de arquivos, comprometendo a eficiência e a segurança jurídica da guarda documental.

Figura 8 - Processo de eliminação de documentos que já cumpriram o prazo de guarda legal.

No que tange à destinação final dos acervos, buscou-se compreender a dinâmica prática adotada pelas organizações quando os arquivos atingem o esgotamento de seus prazos de guarda. A condução desse procedimento é um fator crítico para a segurança jurídica institucional, e o panorama sobre como esse processo é realizado encontra-se detalhado a seguir.

Como é realizado o processo de eliminação de documentos que já cumpriram seu prazo de guarda legal?



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Análise dos Dados: A maioria das instituições estudadas (71,4%) segue o protocolo correto para o descarte de arquivos, utilizando a Listagem de Eliminação e Edital de Ciência previstos na Resolução nº 40 do CONARQ. No entanto, o restante da amostra se divide: 14,3% apagam documentos sem deixar nenhum registro formal e outros 14,3% guardam absolutamente tudo, sem nunca realizar descartes.

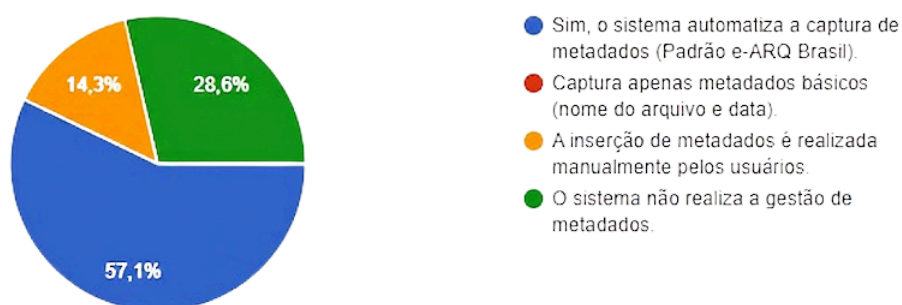
Síntese Crítica: Esse cenário mostra que, apesar do bom índice de conformidade, quase 30% dos hospitais enfrentam problemas práticos. Eliminar papéis sem registro oficial traz um risco jurídico enorme para a instituição, enquanto acumular todo o acervo para sempre gera um custo desnecessário de espaço físico e digital que poderia ser evitado.

### 4.3 Digitalização e segurança da informação

Figura 9 - Capacidade de captura automatizada de metadados pelo sistema de gestão documental (SIGAD).

No âmbito da transição para o ambiente digital, a eficácia de um Sistema Informatizado de Gestão Arquivística de Documentos (SIGAD) depende diretamente de sua capacidade de garantir a autenticidade e a rastreabilidade das informações. Diante disso, investigou-se se as plataformas utilizadas pelas instituições realizam a captura automatizada de metadados, conforme apresentado a seguir.

O sistema de gestão documental (SIGAD/S-RES) captura metadados de preservação e contexto (quem criou, data, histórico de alterações) de forma automática?



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

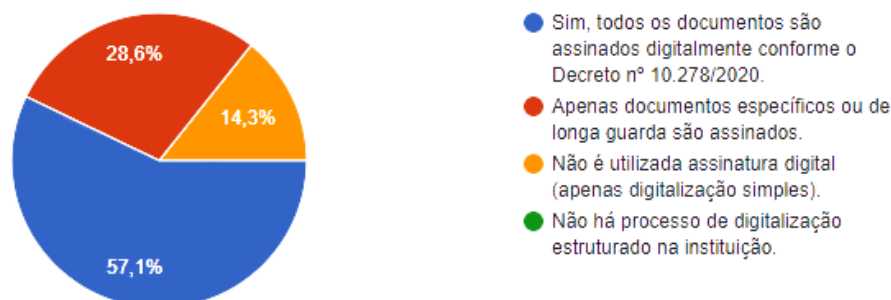
Análise: Os dados mostram que mais da metade das instituições (57,1%) possui sistemas que automatizam a captura de metadados seguindo padrões oficiais, como o e-ARQ Brasil, o que garante uma boa rastreabilidade dos documentos digitais. Por outro lado, o restante dos hospitais lida com limitações: 14,3% dependem de inserção manual pelos usuários e 28,6% afirmam que o sistema simplesmente não faz a gestão de metadados. Esse cenário acende um alerta importante, pois quando quase 43% da amostra falha ou depende de esforço manual para registrar informações básicas (como quem criou ou alterou o documento), o hospital fica exposto a erros humanos, perda de histórico e sérios problemas de segurança e auditoria na gestão dos prontuários.

Figura 10 - Utilização de certificação digital no padrão regulamentar no processo de digitalização.

Outro fator indispensável para assegurar a validade jurídica e a integridade dos documentos convertidos para o meio digital refere-se aos mecanismos de

autenticação empregados. Desse modo, buscou-se verificar o nível de adoção da certificação digital nos padrões regulamentares exigidos durante o processo de digitalização, conforme ilustrado a seguir.

No processo de digitalização, é utilizada a certificação digital no padrão ICP-Bra para garantir a validade jurídica dos arquivos?



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Os resultados apontam que 57,1% das instituições assinam digitalmente todos os seus documentos no padrão ICP-Brasil, cumprindo as exigências do Decreto nº 10.278/2020 para garantir a validade jurídica dos arquivos digitalizados. Uma fatia menor (28,6%) utiliza a certificação apenas em documentos específicos ou destinados à guarda de longa duração, enquanto 14,3% realizam somente a digitalização simples, sem qualquer assinatura digital. Esse dado é preocupante para o restante da amostra, pois a falta de certificação ICP-Brasil nos arquivos digitalizados remove o seu valor legal perante a lei, deixando o hospital vulnerável caso dependa desses arquivos em fiscalizações ou processos jurídicos.

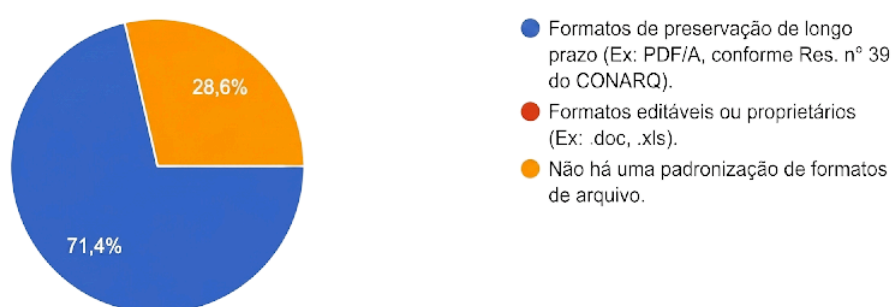
#### 4.4 Preservação digital e LGPD

A garantia da preservação digital ao longo do tempo exige a escolha de formatos de arquivos que mitiguem o risco de obsolescência tecnológica e assegurem a legibilidade futura dos documentos hospitalares. Com base nessa premissa, investigou-se quais padrões de extensão de arquivo são adotados pelas instituições para a guarda de longa duração, conforme apresentado a seguir.

Figura 11 – Formatos preferencialmente armazenados para a guarda de longa duração

Considerando a natureza altamente sensível dos prontuários e dados clínicos que tramitam nas organizações de saúde, a governança arquivística deve caminhar em estrita conformidade com a legislação de privacidade vigente. Sob essa ótica, buscou-se identificar o atual estágio de adequação das práticas de gestão documental frente às exigências da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), conforme ilustrado a seguir.

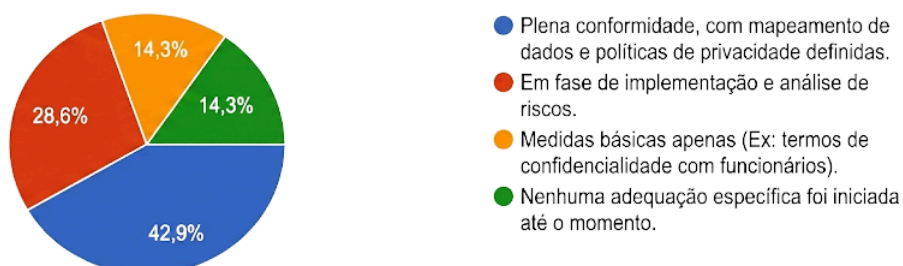
Para a guarda de longa duração, em quais formatos os documentos digitais são preferencialmente armazenados?



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Figura 12 - Estágio de adequação da gestão de documentos em relação às exigências da LGPD nas instituições

Em relação à LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), qual o estágio de adequação da gestão de documentos sensíveis da instituição?



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

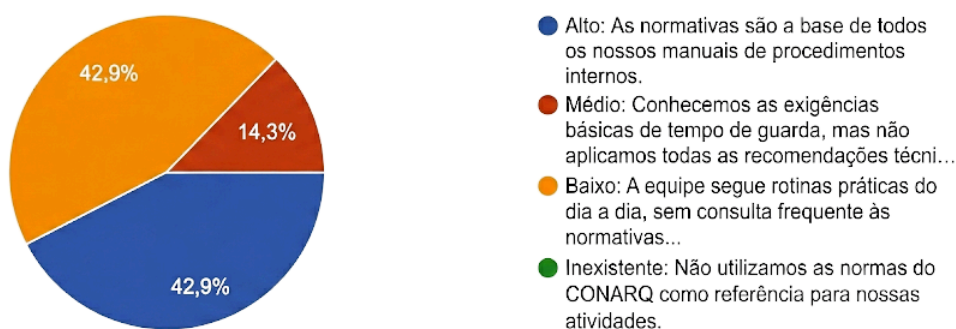
Referente aos gráficos acima, o de guarda de longa duração e em relação a LGPD pode - se observar que a pesquisa aponta que a grande maioria dos hospitais (71,4%) adota formatos recomendados para a preservação digital de longo prazo, como o PDF/A, demonstrando maturidade técnica na guarda desses arquivos. No entanto, quando olhamos para a proteção jurídica e privacidade exigidas pela LGPD, o cenário se divide: embora 42,9% afirmaram estar em plena conformidade, os outros 57,1% ainda se encontram em estágios iniciais, fazendo apenas análises de risco ou aplicando medidas básicas e nulas. Cruzando esses dados, fica claro que existe um forte cuidado com a parte técnica e estrutural do armazenamento, mas as instituições ainda enfrentam barreiras para consolidar a segurança jurídica e o sigilo exigidos pela lei. Essa falha na governança da LGPD coloca em risco a privacidade dos prontuários, mostrando que a maturidade no formato do arquivo precisa caminhar junto com a proteção legal dos dados dos pacientes.

#### 4.5 Legislação e normas

Figura 13 - Nível de familiaridade dos profissionais respondentes em relação às normas de segurança da informação e gestão documental.

A eficácia operacional e a segurança na gestão de documentos dependem não apenas de ferramentas tecnológicas, mas também do nível de conhecimento técnico dos profissionais envolvidos no processo. Diante disso, buscou-se mensurar o grau de familiaridade dos respondentes em relação aos padrões normativos e diretrizes que regem a proteção de dados e o arquivo hospitalar, conforme apresentado a seguir.

Qual o nível de familiaridade da gestão documental com as Resoluções do CONARQ e as normas do CFM (como a Res. 1.821/07)?



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

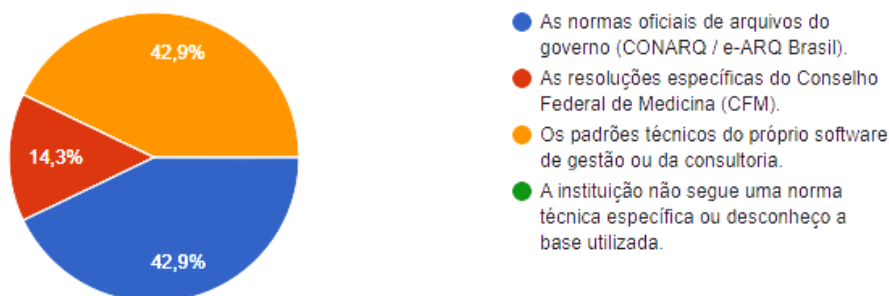
Os resultados apontam que menos da metade dos entrevistados (42,9%) possui alto nível de familiaridade, utilizando as Resoluções do CO e as normas do CFM — como a importante Resolução nº 1.821/07 para prontuários eletrônicos — como base de todos os manuais de procedimentos internos. Outra fatia idêntica de 42,9% demonstra um conhecimento médio, dominando apenas as exigências básicas de tempo de guarda sem aplicar todas as recomendações técnicas, enquanto 14,3% assumem um nível baixo de familiaridade, limitando-se a rotinas práticas diárias sem consultas frequentes às normas. Esse cenário liga um sinal de alerta para a gestão hospitalar: embora a maioria conheça as regras, o fato de mais de 57% da amostra não aplicar integralmente as diretrizes do CFM expõe as instituições a sérios riscos de segurança jurídica, falhas na digitalização de prontuários e vulnerabilidade em auditorias médicas.

#### 4.6 Diretrizes e normativas de gestão

Figura 14 - Principal referência normativa adotada pelas instituições para a gestão e segurança de documentos hospitalares.

A padronização das rotinas de arquivamento e segurança da informação requer o alinhamento com diretrizes consolidadas por órgãos reguladores ou associações técnicas de referência. Sob esse aspecto, buscou-se mapear qual é a principal referência técnico-normativa adotada pelas instituições hospitalares para fundamentar suas políticas de gestão documental, conforme demonstrado a seguir.

Qual é a principal referência que o hospital utiliza para padronizar a organização e a digitalização dos documentos?



Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Os dados revelam uma divisão clara sobre o que os hospitais usam como base para organizar e digitalizar seus arquivos. Uma parcela de 42,9% adota as normas oficiais do governo (como CONARQ e e-ARQ Brasil), enquanto outros 42,9% preferem seguir apenas os padrões técnicos do seu próprio software de gestão ou consultoria contratada. Correndo por fora, apenas 14,3% utilizam as resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) como principal referência. Esse cenário mostra que, embora quase metade da amostra busque o rigor das diretrizes governamentais, há um grupo expressivo dependendo exclusivamente de critérios comerciais dos softwares de mercado. Essa falta de consenso pode ser um problema, pois focar apenas nas funções do sistema, sem alinhar o processo às regras do CONARQ e do CFM, pode comprometer a validade jurídica e a padronização dos prontuários a longo prazo.

#### 4.7 Acervos legados

Figura 15 - Tempo médio estimado para localização e recuperação de um prontuário físico antigo nas instituições.

A agilidade na busca e na disponibilidade de informações retrospectivas é um dos principais indicadores de eficiência de um arquivo de saúde, impactando diretamente a continuidade da assistência ao paciente e os fluxos administrativos. Com o objetivo de avaliar esse desempenho operacional, mensurou-se o tempo médio despendido pelas equipes para a localização e recuperação de um prontuário físico antigo, conforme apresentado a seguir.

Existe um plano de gerenciamento de riscos (contra incêndio, umidade e pragas) aplicado especificamente ao local de guarda dos arquivos físicos antigos?

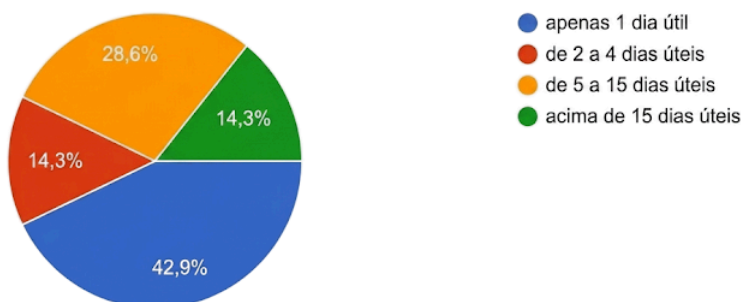


Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Figura 16 - Existência de plano de gerenciamento de riscos formalizado para a preservação do acervo documental.

A preservação de longo prazo e a continuidade das atividades hospitalares exigem medidas proativas contra incidentes que possam corromper, destruir ou vazar informações assistenciais. Diante dessa necessidade de governança, buscou-se identificar a existência de um plano de gerenciamento de riscos formalizado para mitigar vulnerabilidades físicas e lógicas no acervo documental, conforme apresentado a seguir.

Qual o tempo médio estimado para a localização e recuperação de um prontuário físico antigo (acervo legado) em caso de solicitação jurídica ou médica ou de pacientes?



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Os dados revelam que 42,9% dos hospitais conseguem localizar um prontuário físico antigo em apenas 1 dia útil, enquanto o restante da amostra enfrenta esperas maiores: 14,3% levam de 2 a 4 dias, 28,6% demoram de 5 a 15 dias e 14,3% necessitam de mais de duas semanas para recuperar o documento.

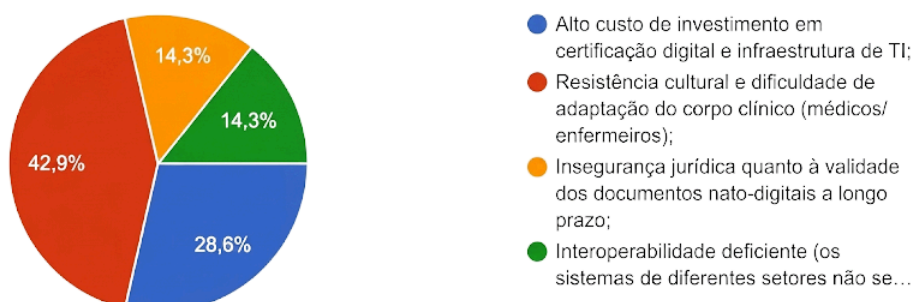
Quando cruzamos esses tempos de resposta com a estrutura física das instituições, onde 71,4% afirmam ter um plano de gerenciamento de riscos com monitoramento constante e alta segurança, fica evidente que uma boa infraestrutura contra incêndios e pragas ajuda no fluxo de organização, mas não resolve totalmente a lentidão na busca. O fato de quase 43% dos hospitais levarem mais de 5 dias para achar um prontuário legado mostra que, mesmo em locais seguros e bem monitorados, o volume do arquivo físico ou a falta de uma indexação ágil ainda pesam contra a eficiência. Essa demora na recuperação expõe as instituições a riscos operacionais e jurídicos sérios quando há uma urgência médica ou uma solicitação judicial.

#### 4.8 Virtualização ( Sem papel)

Figura 17 - Principal barreira identificada pelas instituições para a realização do processo de eliminação de documentos.

Embora a conformidade normativa dite regras claras para o ciclo de vida dos arquivos, a execução prática do descarte esbarra frequentemente em entraves operacionais, técnicos ou culturais dentro das organizações de saúde. A fim de compreender o que mais dificulta essa dinâmica, buscou-se mapear qual é a principal barreira identificada pelas instituições para a efetiva eliminação de documentos conforme demonstrado a seguir.

Qual a principal barreira identificada para a eliminação total do papel nos fluxos de trabalho (Virtualização plena)?

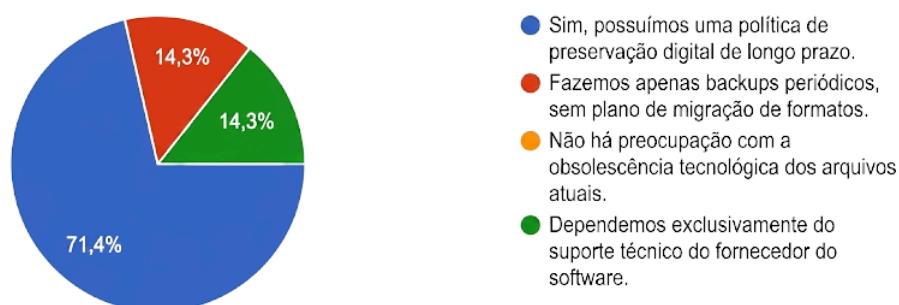


Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Figura 18 - Existência de cronograma formalizado para a migração de suportes documentais nas instituições.

A preservação digital a longo prazo exige uma postura proativa das organizações para mitigar os impactos da obsolescência tecnológica, que pode tornar mídias e formatos de arquivos ilegíveis com o passar dos anos. Com o intuito de verificar o nível de planejamento estratégico voltado à atualização tecnológica dos acervos, buscou-se identificar se as instituições possuem um cronograma formalizado para a migração de suportes documentais, conforme apresentado a seguir.

A instituição possui um cronograma de migração de suportes (migrar de formatos antigos para novos) para evitar que documentos digitais se tornem ilegíveis no futuro?



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Figura 19 - Abordagem da interoperabilidade sistêmica na estratégia de virtualização de documentos hospitalares.

No contexto da transformação digital em saúde, a virtualização de acervos não deve se limitar à mera digitalização de papéis, mas sim garantir que os dados gerados possam ser compartilhados e interpretados de forma segura por diferentes plataformas eletrônicas. Sob essa ótica, buscou-se compreender como a interoperabilidade sistêmica é integrada e tratada na estratégia de virtualização

documental das organizações, conforme exposto a seguir.

Na estratégia de virtualização, como é tratada a interoperabilidade entre o sistema administrativo e o prontuário eletrônico?



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Ao investigar a transição para o ambiente sem papel, os dados apontam que a maior barreira para a virtualização plena é o fator humano, com 42,9% dos entrevistados indicando a resistência cultural e a dificuldade de adaptação do corpo clínico (médicos e enfermeiros). O restante das dificuldades divide-se entre o alto custo de investimento em TI (28,6%), a insegurança jurídica com arquivos digitais a longo prazo (14,3%) e falhas de interoperabilidade (14,3%).

Apesar desses desafios internos, o planejamento a longo prazo se mostra positivo na maioria dos hospitais, onde 71,4% afirmaram possuir um cronograma estruturado para migrar formatos antigos para suportes novos e evitar a obsolescência tecnológica dos documentos. Os demais dividem-se entre a realização de backups periódicos simples (14,3%) ou a dependência exclusiva do fornecedor do software (14,3%).

No entanto, essa perspectiva de preservação esbarra em problemas práticos de comunicação interna atual. Quando questionados sobre a integração entre o sistema administrativo e o prontuário eletrônico, apenas 28,6% operam com sistemas totalmente integrados. A grande maioria enfrenta gargalos operacionais, dividida entre uma integração apenas parcial que ainda exige redigitação ou impressão (42,9%) e a ausência total de comunicação sistêmica entre as áreas (28,6%).

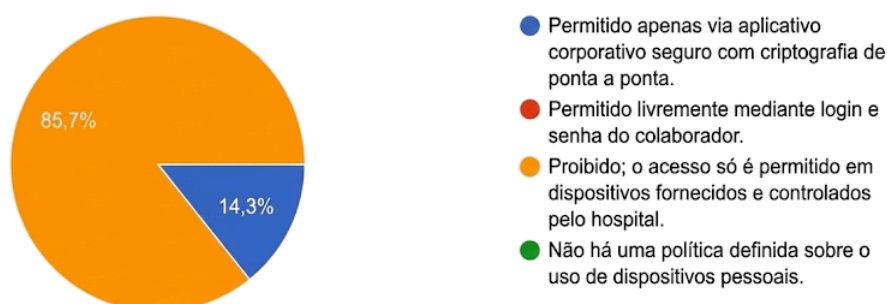
Análise de impacto: O cruzamento desses três cenários revela um diagnóstico importante: embora a maioria dos hospitais tenha consciência e se planeje tecnicamente para o futuro dos arquivos digitais, a operação no presente sofre com sistemas isolados e com a resistência das equipes de saúde. Essa falta de integração automática (que afeta mais de 71% da amostra) acaba forçando os profissionais a retrabalhos e impressões desnecessárias, alimentando diretamente a resistência cultural do corpo clínico e travando o avanço definitivo para um hospital verdadeiramente sem papel.

#### 4.9 Acesso

Figura 20 - Diretrizes e políticas institucionais quanto ao uso de dispositivos pessoais para acesso a documentos

A mobilidade corporativa introduz riscos adicionais à segurança da informação hospitalar, especialmente quando os profissionais utilizam recursos particulares para visualizar ou manipular registros institucionais. Diante dessa vulnerabilidade, buscou-se identificar qual é a política formal estabelecida pelas organizações quanto ao uso de dispositivos pessoais para o acesso e tratamento de documentos do acervo, conforme apresentado a seguir.

Qual a política da instituição quanto ao uso de dispositivos pessoais (celulares/tablets) para acesso remoto aos documentos hospitalares?



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Os dados apontam uma postura extremamente rígida e segura por parte das instituições pesquisadas quanto ao acesso remoto a documentos hospitalares. A grande maioria esmagadora (85,7%) proíbe o uso de dispositivos pessoais,

permitindo o acesso apenas por meio de aparelhos fornecidos e controlados pelo próprio hospital. A parcela restante (14,3%) adota uma flexibilização controlada, liberando o acesso em dispositivos particulares apenas via aplicativo corporativo seguro com criptografia de ponta a ponta.

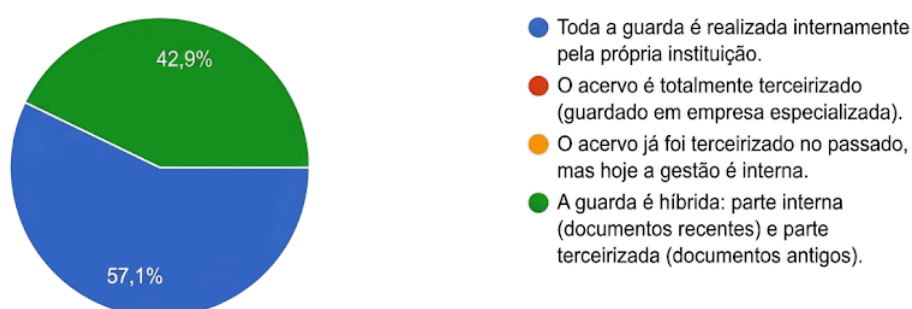
Essa forte tendência à proibição reflete uma preocupação muito clara com a segurança da informação e a proteção de dados sensíveis dos pacientes (como os prontuários). Ao centralizar o acesso apenas em equipamentos da própria instituição, os hospitais conseguem monitorar e blindar melhor o fluxo de informações, minimizando drasticamente os riscos de vazamentos, invasões ou acessos indevidos que costumam acontecer quando se utilizam celulares ou tablets particulares.

#### 4.10 Logística, custódia e uso científico do acervo

Figura 21 – Situação atual do modelo de custódia e guarda dos acervos documentais nas instituições.

A definição do modelo de guarda e a responsabilidade física direta sobre os acervos constituem decisões estratégicas fundamentais para a logística e a preservação documental no ambiente de saúde. Com o propósito de mapear a infraestrutura adotada pelas organizações, buscou-se identificar qual é a situação atual da custódia dos acervos de documentos hospitalares, conforme demonstrado a seguir.

Qual é a situação atual da custódia (guarda física) dos documentos da instituição?

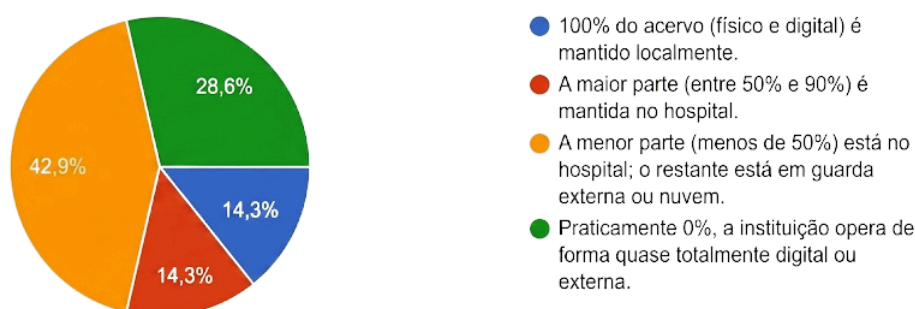


Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Figura 22 – Estimativa do acervo documental total que permanece armazenado em suporte físico.

A mensuração do volume físico acumulado nos arquivos hospitalares é essencial para diagnosticar o espaço logístico demandado e o ritmo de absorção das tecnologias de desmaterialização. Com o intuito de quantificar esse panorama de transição, buscou-se mapear, aproximadamente, qual o percentual do acervo documental total que permanece armazenado em suporte físico nas organizações, conforme apresentado conforme o gráfico.

Aproximadamente, qual o percentual do acervo documental que permanece armazenado fisicamente dentro das dependências do hospital?



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Figura 23 – Procedimentos e critérios para a realização do acesso de estudantes de medicina ao acervo documental.

A integração de acadêmicos no ambiente hospitalar exige conciliar as necessidades do aprendizado prático com a salvaguarda do sigilo médico e a proteção de dados dos pacientes. Com o propósito de verificar o controle ético e operacional exercido sobre essas consultas, buscou-se identificar como é realizado o acesso de estudantes de medicina ao acervo documental e aos registros clínicos, conforme apresentado a seguir.

Como é realizado o acesso de estudantes de medicina e residentes internos aos prontuários para fins de aprendizado ou pesquisa de casos?

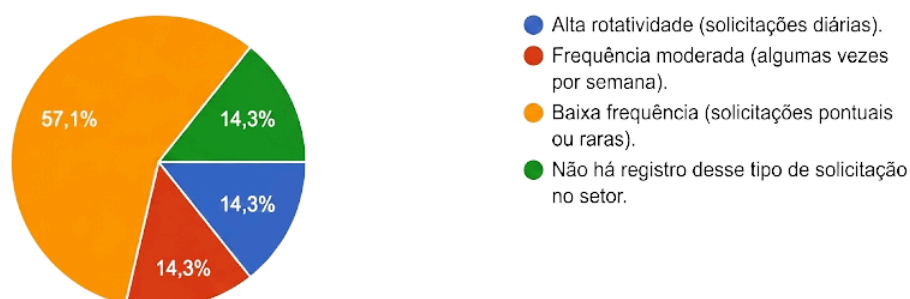


Fonte: Dados da pesquisa (2026)

Figura 24 – Frequência média de solicitação de prontuários médicos por parte dos médicos internos.

O dinamismo da rotina assistencial nas instituições de ensino e saúde reflete-se na constante necessidade de consulta aos registros retrospectivos para suporte diagnóstico, terapêutico e acadêmico. Com a finalidade de dimensionar o fluxo diário e a carga operacional demandada ao arquivo por esse grupo específico, investigou-se qual a frequência média de solicitação de prontuários por parte dos internos, conforme ilustrado a seguir.

Qual é a frequência média de solicitações de prontuários por parte dos internos e residentes para consulta e estudo?



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Os resultados mostram que a maior parte dos hospitais realiza toda a guarda física de forma interna (57,1%), enquanto 42,9% adotam um modelo híbrido, mantendo papéis recentes no hospital e os antigos com empresas terceirizadas. Essa divisão reflete diretamente no volume armazenado localmente: apenas 14,3% guardam a totalidade do acervo no próprio hospital, contra 42,9% que mantêm menos da metade e 28,6% que já operam de forma quase totalmente digital.

Essa dinâmica de armazenamento impacta a rotina de ensino e pesquisa da instituição. O acesso de estudantes de medicina e residentes aos prontuários é feito em formato digital em 28,6% dos casos, enquanto outros 28,6% utilizam um modelo híbrido (in loco para físicos e digital para eletrônicos). Uma fatia de 42,9% adota medidas mais restritivas, proibindo o manuseio direto do papel por alunos. O controle rígido faz sentido quando olhamos para a frequência de pedidos, que é considerada baixa ou rara por 57,1% dos entrevistados, contra 14,3% de frequência diária e 14,3% semanal.

Cruzamento dos dados: O cenário revela que o modelo de custódia interno e híbrido consegue absorver bem a demanda por pesquisas acadêmicas, justamente porque a rotatividade de pedidos dos estudantes é baixa. Contudo, as restrições de manuseio e a fragmentação do acervo híbrido reforçam que a transição definitiva para o acesso digitalizado é o único caminho capaz de liberar espaço físico nas dependências do hospital e, ao mesmo tempo, garantir um acesso rápido, seguro e sem barreiras para o aprendizado clínico.

Figura 25 - Prioridades estratégicas da instituição para o futuro e necessidades de capacitação.

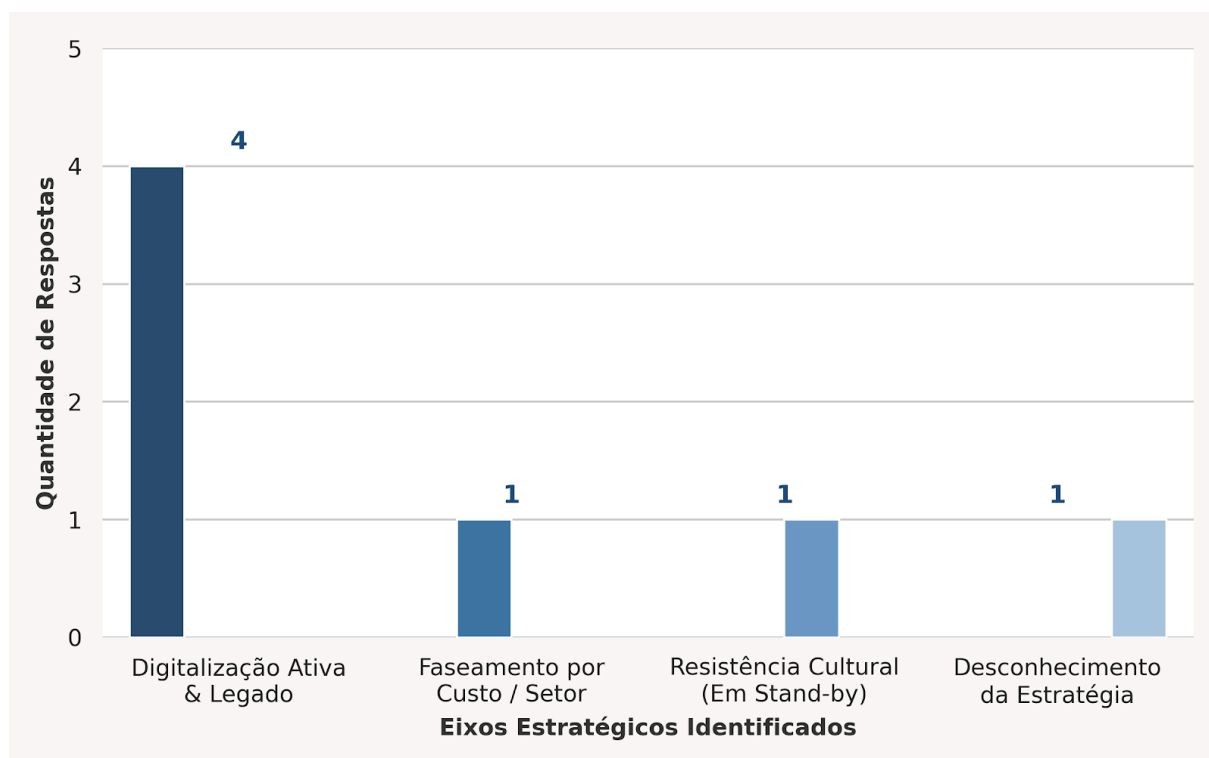
Para além dos dados quantitativos mapeados nas etapas anteriores, tornou-se fundamental colher a percepção descritiva dos gestores acerca do planejamento estratégico e dos desafios humanos envolvidos na desmaterialização dos arquivos. Desse modo, por meio da análise de conteúdo das respostas discursivas, agruparam-se os posicionamentos em núcleos temáticos fundamentais, mapeando as perspectivas e demandas de treinamento técnico para a transição sistêmica, conforme apresentado a seguir.

**Considerando o cenário de transição para o "Hospital sem Papel" e as exigências legais (CONARQ/LGPD), quais são as prioridades estratégicas da instituição para os próximos anos e quais as principais necessidades de formação e capacitação da equipe para esses projetos?**

- Tornar hospital digital
- Digitalização do legado total
- Digitalização dos mesmos.
- O projeto paperless está sendo direcionado de forma faseada, pensando individualmente nos documentos necessários no setor e o custo de investimento para implantação.
- O hospital reconhece essa necessidade, mas devido a resistência cultural, esse tema ainda está em stand by.
- Desconheço
- Ainda em implantação

Ao mapear o planejamento das instituições para os próximos anos frente às exigências do CONARQ e da LGPD, as respostas discursivas consolidam o desejo de tornar o ambiente hospitalar totalmente digital. Entre as metas prioritárias citadas pelos gestores, destacam-se a digitalização total do acervo legado e o avanço gradual do projeto *paperless*, desenhado de forma faseada para avaliar os custos de investimento e as necessidades específicas de cada setor.

Apesar da clareza das metas, as respostas qualitativas reforçam o principal obstáculo já identificado ao longo da pesquisa: a resistência cultural interna, que faz com que os planos de eliminação do papel ainda fiquem em *stand by* em algumas organizações. Esse panorama deixa claro que, para os próximos anos, o foco estratégico dos hospitais não deve ser apenas a compra de softwares ou infraestrutura tecnológica, mas sim o investimento maciço em programas de formação, capacitação e conscientização das equipes de saúde, que são quem define o sucesso prático da transição digital.



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

## 5 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a gestão e a guarda de documentos hospitalares, investigando e analisando a existência de padronização nesses processos e o impacto da transição digital sob a ótica das diretrizes do CONARQ e da LGPD. Os resultados obtidos por meio da pesquisa permitiram traçar um diagnóstico real e atualizado das instituições de saúde avaliadas.

A pesquisa revelou que, no aspecto normativo e técnico básico, a maioria das instituições demonstra maturidade, evidenciada pela alta aplicação de Planos de Classificação, Tabelas de Temporalidade (TTD) e adoção de formatos adequados de preservação de longo prazo, como o PDF/A, que é um formato de arquivo. Contudo, o estudo expôs um cenário de assimetria e vulnerabilidade quando o assunto avança para a segurança jurídica e a governança digital. Mais da metade das organizações pesquisadas ainda se encontra em estágios iniciais de adequação à LGPD no manejo de dados sensíveis, além de uma parcela significativa apresentar falhas graves na automatização de metadados e na utilização de certificação digital ICP-Brasil.

Outro ponto crítico identificado diz respeito à infraestrutura de acesso aos acervos legados. Embora haja um forte investimento na proteção física contra riscos tradicionais (como incêndios e pragas), isso não tem se traduzido em eficiência operacional, visto que quase metade das instituições leva mais de cinco dias úteis para localizar um prontuário físico antigo, gerando riscos em casos de demandas judiciais ou urgências médicas.

Por fim, ao projetar o futuro focado no conceito de "Hospital sem Papel", a pesquisa demonstrou que o maior gargalo para a virtualização plena não é a ausência de softwares ou de cronogramas técnicos, mas sim o fator humano, materializado na forte resistência cultural do corpo clínico e na falta de sistemas integrados. Conclui-se, portanto, que a modernização da gestão documental hospitalar exige das lideranças de Administração um olhar estratégico que vá além da aquisição de tecnologia. O sucesso da transição digital segura depende, fundamentalmente, de investimentos massivos em programas contínuos de capacitação, acultramento das equipes e auditoria jurídica, garantindo que a eficiência administrativa caminhe lado a lado com a proteção legal e o sigilo dos dados dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

- BELLOTTO, Heloísa Liberalli. **Arquivos permanentes: tratamento documental**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2002.
- BOMBARDA, Bruno et al. História e evolução do prontuário médico: do papiro à inteligência artificial. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 58, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/5T9rWwKxP4B7q8PjGg9zQdM/?lang=pt>. Acesso em: 1 out. 2025.
- BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília: Presidência da República, 1943.
- BRASIL. **Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966**. Código Tributário Nacional. Brasília: Presidência da República, 1966.
- BRASIL. **Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991**. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jan. 1991.
- BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 ago. 2018.
- BRASIL. **Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.638, de 9 de agosto de 2002**. Define o prontuário médico e cria o Formulário para a elaboração do Prontuário Médico. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago. 2002.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.821, de 11 de julho de 2007**. Aprova as normas técnicas para a digitalização do prontuário médico em papel. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jul. 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º nov. 2018.
- CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS (CONARQ). **Diretrizes para a gestão de documentos de arquivo nas instituições de saúde**. Brasília: CONARQ, 2011.
- CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS (CONARQ). **Glossário de termos arquivísticos**. Rio de Janeiro: CONARQ, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS (CONARQ). **Recomendações para a elaboração de planos de classificação e tabelas de temporalidade de documentos da administração pública**. Brasília: Arquivo Nacional, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS (CONARQ). **Resolução nº 20, de 16 de julho de 2004**: dispõe sobre a inserção dos documentos digitais nos programas de

gestão arquivística de documentos dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Arquivos – SINAR. Brasília: CONARQ, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS (CONARQ). **Resolução nº 39, de 9 de dezembro de 2014**. Dispõe sobre a gestão de documentos digitais e o processo de digitalização de documentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2014.

LUCENA, Ricardo. **Gestão documental e arquivística aplicada às instituições de saúde**. João Pessoa: Editora UFPB, 2017.

OLIVEIRA, Maria Fernanda de; SANTOS, Cláudia Regina; COSTA, Rafael Henrique da. **Gestão documental e arquivos na área da saúde: desafios e perspectivas**. São Paulo: Atlas, 2021.

PAES, Marilena Leite. **Arquivos: teoria e prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

TANNURE, Meire; PINHEIRO, Ana Emilia. **Gestão de Saúde e Sistemas de Informação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Gen, 2017.