Anais do Congresso Brasileiro de Iniciação Científica
(https: / / periodicos.unisanta.br / COB)

ISSN 2317-1316

UM ÚNICO INSTRUMENTO, MÚLTIPLAS POSSIBILIDADES: ANAMNESE FONOAUDIOLÓGICA UNIFICADA RUMO À INTEGRAÇÃO DIGITAL

ONE SINGLE INSTRUMENT, MULTIPLE POSSIBILITIES: UNIFIED SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY HISTORY-TAKING TOWARD DIGITAL INTEGRATION

Rafaella Freitas Adamo Busch, Frederico Kauffmann Barbosa

Centro Universitário Lusíada, Curso de Fonoaudiologia
E-mail para contato: barbosafk@gmail.com

RESUMO – Introdução: a anamnese organiza informações que sustentam a compreensão da demanda; na Fonoaudiologia, a diversidade de áreas favorece instrumentos específicos, mas pode gerar redundância e registros heterogêneos. Objetivo: analisar comparativamente os instrumentos de anamnese da Fonoaudiologia do UNILUS e construir proposta unificada. Métodos: estudo documental, metodológico e qualitativo, com leitura integral das anamneses e organização em matriz comparativa. Resultados: a proposta resultou em 110 itens: 55 perguntas core, 50 modulares e cinco complementares, em fluxo escalonado em que identificação e queixa principal antecedem módulos específicos. Conclusão: o núcleo comum e os módulos equilibram padronização e especificidade, subsidiando a futura integração digital.

Palavras-chave: Anamnese; Fonoaudiologia; Registro clínico; Prontuário eletrônico; Qualidade de dados.

ABSTRACT – Introduction: clinical history taking organizes information supporting the understanding of patients' demands; in Speech-Language Pathology, specialized instruments may generate redundancy and heterogeneous records. Objective: to comparatively analyze the history-taking instruments of UNILUS Speech-Language Pathology and build a unified institutional proposal. Methods: documentary, methodological and qualitative study, based on full reading of the forms and a comparative matrix. Results: the proposal comprised 110 items: 55 core questions, 50 modular and five complementary instruments, in a staged workflow where identification and chief complaint precede modules. Conclusion: the core and modules balance standardization and specificity, supporting digital integration.

Keywords: Clinical history taking; Speech-Language Pathology; Clinical documentation; Electronic health record; Data quality.

ISSN 2317-1316

1 INTRODUÇÃO

A anamnese não é apenas um conjunto de perguntas destinado a preencher um formulário. Ela constitui um momento de produção de informação clínica e de organização do encontro entre profissional e paciente. A forma como a história é obtida interfere naquilo que é reconhecido como relevante, na maneira como a queixa é contextualizada e, consequentemente, no raciocínio clínico. Estudos sobre tomada de história clínica mostram que perguntas focadas, contextualização e obtenção estruturada de informações participam de processos de raciocínio clínico que podem ser observados e desenvolvidos durante a formação profissional (Fürstenberg et al., 2020; Maulitz et al., 1983).Na Fonoaudiologia, essa questão ganha uma dimensão adicional. A avaliação pode envolver linguagem, fala, voz, audição, deglutição, motricidade orofacial, funções neurofuncionais e aspectos do desenvolvimento, além de diferentes faixas etárias e condições clínicas. Não é esperado, portanto, que uma criança encaminhada por atraso de linguagem responda exatamente às mesmas questões de um adulto com disfagia ou de uma pessoa com queixa de zumbido. Ao mesmo tempo, seria pouco eficiente reconstruir, em cada setor, um conjunto completamente independente de informações básicas.

É nesse ponto que surge o problema da padronização. Padronizar não significa necessariamente uniformizar tudo. Um instrumento excessivamente genérico pode perder informações importantes para determinadas áreas, enquanto vários formulários independentes podem repetir perguntas, produzir registros com estruturas diferentes e dificultar a recuperação posterior das informações. A questão central passa a ser como estabelecer um núcleo comum suficientemente amplo para garantir continuidade e comparabilidade, sem transformar o atendimento em um questionário extenso e pouco sensível às particularidades clínicas.

No campo dos registros eletrônicos em saúde, a qualidade dos dados é diretamente relacionada a dimensões como completude, correção, concordância, plausibilidade e atualidade. Revisões recentes também destacam que não existe uma abordagem única e universalmente adotada para avaliar a qualidade dos dados de prontuários eletrônicos, o que reforça a necessidade de estruturas de coleta previamente organizadas (Lewis et al., 2023; An et al., 2025). Assim, a qualidade do futuro dado digital começa antes da informatização propriamente dita: começa na definição do que será perguntado, como será perguntado e em que formato a resposta será armazenada.

ISSN 2317-1316

Outro aspecto é a interoperabilidade. Sistemas digitais não se beneficiam apenas da existência de grandes quantidades de informação. É necessário que os dados tenham estrutura e significado suficientemente claros para serem recuperados, comparados e interpretados. Revisão sobre interoperabilidade semântica em registros de saúde mostra que dados heterogêneos, fragmentados e armazenados segundo lógicas proprietárias dificultam o compartilhamento e a reutilização da informação (de Mello et al., 2022). Nesse sentido, a padronização de campos e categorias na origem é uma etapa importante para qualquer projeto futuro de integração.

Na área de Fonoaudiologia, a discussão não é apenas teórica. Estudo brasileiro realizado com graduandos e profissionais investigou a percepção sobre o uso de prontuário eletrônico em cenário de prática, indicando a presença dessa tecnologia no processo formativo e assistencial (Alves et al., 2016). Internacionalmente, experiências específicas em Speech Pathology também mostram que a organização digital dos dados pode ampliar sua visibilidade e facilitar sua utilização para decisões clínicas e operacionais (Schwarz et al., 2022). Esses achados sugerem que a informatização não deve ser pensada somente como substituição do papel pela tela, mas como oportunidade de reorganização da informação.

No contexto institucional do UNILUS, o levantamento inicial mostrou que diferentes anamneses foram desenvolvidas ao longo do tempo para atender às necessidades dos setores e estágios de Fonoaudiologia. O documento-base identifica sobreposições entre formulários e lacunas pontuais, indicando a necessidade de uma arquitetura que reúna perguntas comuns e preserve blocos específicos (UNILUS, 2026b). A metodologia institucional também definiu critérios explícitos para analisar recorrência, relevância clínica, potencial de padronização, abrangência e viabilidade de utilização (UNILUS, 2026a).

Partindo desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar comparativamente os instrumentos de anamnese utilizados na Fonoaudiologia do UNILUS e elaborar uma proposta institucional unificada. Buscou-se, especificamente, identificar itens recorrentes, reconhecer perguntas próprias de determinadas áreas, reduzir redundâncias, organizar os conteúdos em núcleo comum e módulos específicos e estabelecer uma estrutura compatível com futura integração em ambiente digital.

ISSN 2317-1316

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Delineamento e abordagem

Trata-se de estudo documental, de caráter metodológico e abordagem qualitativa, desenvolvido a partir de instrumentos institucionais de anamnese utilizados ou destinados ao uso nos estágios e setores de atendimento em Fonoaudiologia do UNILUS. O desenho foi escolhido porque o objeto da investigação não eram pacientes ou desfechos clínicos, mas os próprios documentos utilizados para organizar a coleta inicial de informações.

O estudo foi conduzido em duas frentes articuladas. A primeira correspondeu à análise documental dos instrumentos institucionais. A segunda correspondeu à fundamentação teórica dirigida à discussão da anamnese, do raciocínio clínico, da documentação eletrônica, da qualidade dos dados e da interoperabilidade. A busca bibliográfica complementar foi utilizada para qualificar a interpretação dos achados, e não como revisão sistemática da literatura.

2.2 Corpus documental

O corpus foi composto pelas versões institucionais mais recentes encaminhadas pelas áreas clínicas. A metodologia institucional registra instrumentos de PAC; Tonturas / Otoneurologia; Zumbido; Bebê de Risco – Audiologia; Audiologia Adulto; Audiologia Infantil; Adulto Fonoaudiologia; Infantil; Recém-Nascido de Risco; Respirador Oral; Disfagia; Voz; e Protocolo de Disartrofonia – Parkinson. Também foram considerados instrumentos complementares vinculados a áreas específicas, entre eles EAT-10, IDV-10, ESV e DHI (UNILUS, 2026a).

Durante a organização da proposta, o corpus foi referido de maneira agregada como conjunto de anamneses-base. Como há diferença de contagem entre documentos de trabalho, o número exato de formulários de origem deverá ser conferido a partir dos arquivos institucionais originais antes da submissão definitiva. Essa conferência foi preservada como controle de qualidade metodológica e não foi resolvida por inferência.

2.3 Procedimentos de coleta e organização

As responsáveis pelos diferentes estágios e setores foram contatadas para encaminhamento dos instrumentos. Após o recebimento, cada documento foi lido integralmente. Foram extraídos os itens, os blocos temáticos, os formatos de resposta e a função clínica aparente. Em seguida, as perguntas foram agrupadas em uma matriz comparativa,

ISSN 2317-1316

permitindo reconhecer recorrências, especificidades, lacunas, redundâncias e diferenças de estrutura.

A unidade de análise foi o item de anamnese. Perguntas semanticamente equivalentes foram tratadas como pertencentes à mesma variável conceitual, ainda que apresentassem diferenças de redação entre os documentos. Quando uma pergunta tinha função específica de determinada área, sua presença foi analisada como possível componente modular.

2.4 Critérios de decisão

A decisão sobre cada item foi orientada por seis critérios: (a) recorrência no corpus; (b) relevância para o raciocínio clínico e para a formulação de hipóteses; (c) potencial de padronização do formato de resposta; (d) abrangência para diferentes perfis de pacientes; (e) viabilidade na rotina clínica; e (f) distinção entre informação de anamnese, dado de avaliação objetiva e instrumento complementar (UNILUS, 2026a).

A recorrência foi utilizada como indicador inicial, e não como regra absoluta. Itens pouco frequentes poderiam ser mantidos quando apresentassem função clínica relevante em determinado grupo, como ocorreu com informações relacionadas à história perinatal. Essa decisão evita que a frequência estatística elimine variáveis importantes apenas por serem restritas a determinados contextos.

2.5 Construção da proposta

Os itens foram organizados em quatro categorias: núcleo comum, módulos específicos, instrumentos complementares e itens não incorporados à proposta. O núcleo comum correspondeu às informações que podem ser compartilhadas entre diferentes atendimentos. Os módulos foram construídos para reunir perguntas cuja pertinência depende da queixa principal ou de características clínicas específicas. Os instrumentos complementares permaneceram separados do corpo da anamnese para evitar aplicação indiscriminada de escalas.

Também foi estabelecida uma padronização preliminar dos tipos de resposta: data, aberta, sim / não, múltipla escolha, numérica e escala. A intenção é permitir, em etapa futura, codificação e armazenamento estruturado dos dados.

O fluxo proposto foi: identificação e dados administrativos; queixa principal; seleção do módulo pertinente; aprofundamento clínico; aplicação, quando indicada, dos instrumentos complementares. Para pacientes pediátricos, os blocos de história gestacional / perinatal,

ISSN 2317-1316

desenvolvimento neuropsicomotor, antecedentes médicos e história familiar foram previstos com maior prioridade, enquanto sua utilização em adultos ficou condicionada ao julgamento clínico (UNILUS, 2026b).

2.6 Fundamentação bibliográfica complementar

Para a revisão teórica desta versão do manuscrito foram consultadas fontes indexadas em PubMed e SciELO, priorizando estudos e revisões sobre raciocínio clínico e história clínica, prontuário eletrônico em Fonoaudiologia, qualidade de dados em registros eletrônicos, documentação clínica e interoperabilidade. Foram priorizados trabalhos originais e revisões sistemáticas, complementados por estudo brasileiro diretamente relacionado ao uso de prontuário eletrônico na Fonoaudiologia. A busca teve caráter narrativo e direcionado; portanto, não são apresentados resultados de revisão sistemática da literatura.

2.7 Aspectos éticos

O estudo utilizou exclusivamente documentos institucionais, sem acesso a prontuários de pacientes, dados clínicos identificáveis ou informações pessoais. A metodologia original caracteriza a investigação como documental e sem intervenção direta em seres humanos, recomendando, ainda assim, apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa quanto ao enquadramento e à eventual necessidade de dispensa de consentimento (UNILUS, 2026a).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO (FONTE 14)

3.1 Resultados

A análise resultou em uma proposta composta por 110 itens, distribuídos em 55 perguntas core, 50 perguntas modulares e cinco instrumentos complementares. O núcleo comum corresponde a aproximadamente metade dos itens, enquanto os módulos representam parcela semelhante e os instrumentos complementares constituem um conjunto menor, aplicado sob demanda (UNILUS, 2026b).

O núcleo comum foi organizado em três grandes conjuntos. O primeiro reúne 16 itens de identificação e dados administrativos. O segundo contém seis itens relativos à queixa principal e à história da doença atual. O terceiro reúne 33 itens de história pregressa, distribuídos entre história gestacional / perinatal, desenvolvimento neuropsicomotor, antecedentes médicos e história familiar (UNILUS, 2026b).

ISSN 2317-1316

Entre os itens mais recorrentes encontram-se nome, idade ou data de nascimento, telefone, endereço, número de prontuário, queixa principal, início e evolução dos sintomas, tratamentos anteriores, antecedentes médicos e alterações auditivas. A análise indicou que esses elementos apresentam utilidade transversal e, portanto, foram incorporados ao núcleo comum.

Os módulos específicos foram organizados em Linguagem, Voz, Audiologia, Zumbido, Tonturas / Otoneurologia, Disfagia, Respirador Oral e Disartrofonia / Parkinson. A proposta mantém, dessa forma, a especificidade clínica que justificou historicamente a criação das diferentes anamneses, mas impede que perguntas específicas sejam repetidas para todos os pacientes.

No módulo de Linguagem foram incluídos compreensão verbal, expressão verbal, vocabulário, narrativa / discurso, habilidades pragmáticas e leitura e escrita. O módulo de Voz contemplou características vocais, esforço, uso profissional da voz, fadiga, hidratação, refluxo e tabagismo / etilismo. O módulo de Audiologia reuniu queixas auditivas, zumbido, exposição a ruído, otites, uso de prótese, histórico ocupacional e audiometria anterior.

Os submódulos de Zumbido e Tonturas / Otoneurologia foram ligados ao módulo de Audiologia. Para o primeiro, foram considerados localização, tipo, impacto na qualidade de vida, fatores desencadeantes e escala de incômodo. Para o segundo, características, duração, fatores desencadeantes, sintomas associados e medicamentos.

O módulo de Disfagia reuniu dificuldade para deglutir, engasgos, tosse durante refeições, perda de peso, consistências de maior dificuldade, pneumonias de repetição e modificações na dieta. O módulo de Respirador Oral contemplou respiração noturna, sialorreia, sono, infecções de repetição, características faciais e postura de lábios e língua. O módulo de Disartrofonia / Parkinson reuniu doença neurológica de base, tremor, marcha, expressão facial, força e mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, inteligibilidade e informações sobre medicação e tempo de doença (UNILUS, 2026b).

Cinco instrumentos complementares foram mantidos fora do núcleo: EAT-10 para disfagia, IDV-10 e ESV para voz, DHI para tontura e THI para zumbido. O princípio adotado foi evitar que pacientes sem determinada queixa fossem submetidos a escalas que não lhes acrescentariam informação clínica relevante.

A proposta também estabeleceu um fluxo digital potencialmente condicional. O paciente ou responsável poderia preencher previamente a identificação e a queixa principal; a partir

ISSN 2317-1316

dessa resposta, o sistema apresentaria somente os módulos pertinentes. O documento institucional recomenda implementação progressiva, com etapa piloto e posterior expansão após avaliação de usabilidade, tempo de preenchimento, completude dos dados e lacunas percebidas pelos profissionais (UNILUS, 2026b).

3.2 Discussão

O principal resultado deste estudo não foi simplesmente a redução do número de formulários, mas a mudança na arquitetura da informação clínica. A proposta parte de um problema bastante concreto: instrumentos desenvolvidos em momentos e contextos diferentes tendem a preservar a lógica de cada área, mas nem sempre preservam uma linguagem institucional comum. Ao transformar esses documentos em uma matriz comparável, tornou-se possível identificar o que deveria permanecer compartilhado e o que deveria continuar específico.

Essa solução é coerente com a compreensão contemporânea de que o raciocínio clínico depende da seleção e integração de informações, e não da coleta indiscriminada de dados (Fürstenberg et al., 2020; Maulitz et al., 1983). A história clínica funciona como uma ponte entre a narrativa do paciente e a construção de hipóteses. Por isso, uma anamnese padronizada não deve ser confundida com uma entrevista rigidamente fechada. O instrumento organiza o percurso, mas não substitui a escuta profissional nem o julgamento clínico.

O conceito de núcleo comum é particularmente importante nesse sentido. Informações como queixa principal, início, evolução, antecedentes médicos e tratamentos prévios podem ser relevantes em diferentes áreas. Coletá-las de maneira estruturada permite que o profissional tenha acesso a uma base comum sem precisar reconstruir a mesma história em cada setor. Ao mesmo tempo, perguntas como características vocais, consistências que provocam dificuldade na deglutição ou características específicas do zumbido não precisam ocupar espaço em todos os atendimentos.

Os achados também dialogam com a literatura sobre prontuários eletrônicos. A qualidade de um registro digital não depende somente do software utilizado. Revisões apontam que completude, correção, concordância, plausibilidade e atualidade são dimensões importantes da qualidade dos dados, e que ainda existe heterogeneidade considerável na maneira como essa qualidade é avaliada (Lewis et al., 2023; An et al., 2025). Portanto, a preparação do instrumento

ISSN 2317-1316

de coleta deve ser entendida como parte do projeto de qualidade do dado, e não como uma etapa meramente administrativa.

A experiência brasileira na Fonoaudiologia reforça a pertinência desse movimento. Alves, Kuroishi e Mandrá estudaram a percepção de graduandos e profissionais diante do prontuário eletrônico em um cenário de prática fonoaudiológica, mostrando que a discussão sobre registros digitais também atravessa a formação profissional (Alves et al., 2016). Esse aspecto é especialmente relevante em clínicas-escola, onde o prontuário tem simultaneamente funções assistenciais, pedagógicas, administrativas e de produção de conhecimento.

Em cenário internacional, a experiência de Schwarz et al. com um painel digital em um serviço de Speech Pathology é particularmente próxima da proposta aqui apresentada. O trabalho mostrou que a colaboração entre profissionais clínicos e especialistas em informática para definir os elementos de serviço e estruturar sua extração favoreceu a disponibilidade, a visibilidade e a tempestividade das informações utilizadas para acompanhamento do serviço (Schwarz et al., 2022). A aproximação é importante porque demonstra que o valor do dado digital surge da articulação entre conhecimento clínico e modelagem da informação.

Outro ponto importante é a interoperabilidade. A literatura mostra que sistemas de saúde frequentemente armazenam informações em estruturas heterogêneas, e que o intercâmbio não depende apenas da possibilidade técnica de transmitir dados. É necessário preservar seu significado (de Mello et al., 2022). A proposta de tipos de resposta padronizados e de categorias comuns é, nesse sentido, uma etapa inicial de modelagem semântica. Ainda não se trata de interoperabilidade plena, mas de preparar o conteúdo para que uma etapa posterior possa considerar padrões e terminologias apropriados.

A separação entre perguntas abertas e estruturadas também merece atenção. O relato espontâneo é fundamental para compreender a experiência do paciente e não deve ser eliminado em nome da padronização. Por outro lado, quando todas as informações são registradas livremente, torna-se difícil realizar análises quantitativas e comparar atendimentos. A proposta procura equilibrar esses dois polos: preservar espaços de narrativa na queixa e em aspectos que exigem descrição, mas utilizar categorias, escalas e campos estruturados quando a informação comporta padronização.

Há, contudo, uma questão metodológica que precisa ser explicitada. A presente proposta ainda não constitui um instrumento validado. O fato de um item aparecer frequentemente nas

ISSN 2317-1316

anamneses institucionais não demonstra, isoladamente, sua validade de conteúdo. Da mesma forma, a inclusão de uma pergunta por julgamento clínico não significa que seu formato seja necessariamente o melhor. A etapa seguinte deverá envolver validação por especialistas, análise de clareza e pertinência, avaliação de concordância entre avaliadores e, posteriormente, teste com usuários.

Também é necessário avaliar o impacto do instrumento sobre o trabalho real. Uma boa proposta documental pode falhar quando colocada diante da rotina de atendimento. O tempo necessário para preenchimento, a quantidade de campos obrigatórios, a facilidade de navegação e a possibilidade de reaproveitar dados já registrados são fatores que precisam ser observados. Revisões sobre documentação eletrônica mostram justamente que intervenções para melhorar registros são variadas e que a heterogeneidade dificulta comparações, reforçando a necessidade de avaliações mais estruturadas (Wiebe et al., 2019; Baumann et al., 2018).

A implantação digital também não deve pressupor que o simples uso de campos fechados produzirá dados de alta qualidade. A qualidade depende de regras de preenchimento, valores permitidos, atualização, consistência entre campos, treinamento dos usuários e mecanismos de controle. Estudos recentes sobre qualidade de dados em prontuários eletrônicos destacam a importância de dimensões como completude, correção, concordância, plausibilidade, conformidade e viés (Lewis et al., 2023; An et al., 2025). Dessa forma, a futura informatização da anamnese deverá ser acompanhada por uma estratégia de governança dos dados.

Outra contribuição potencial está no uso secundário das informações. Quando os dados são coletados de maneira comparável, torna-se mais fácil construir indicadores assistenciais, identificar o perfil da população atendida, apoiar pesquisas e acompanhar mudanças na demanda. A literatura sobre registros eletrônicos destaca justamente a possibilidade de reutilização dos dados para pesquisa e gestão, desde que sua estrutura e significado sejam preservados (de Mello et al., 2022; Schwarz et al., 2022). Isso amplia o papel da anamnese: ela deixa de ser apenas uma etapa do atendimento e passa a ser também uma fonte potencial de conhecimento institucional.

Apesar dessas possibilidades, este estudo apresenta limitações. O corpus é institucional e não pretende representar todas as práticas de anamnese em Fonoaudiologia. A análise foi documental e não incluiu observação direta das entrevistas nem mensuração do tempo gasto pelos profissionais. Além disso, a proposta ainda não foi submetida a validação formal de

ISSN 2317-1316

conteúdo ou usabilidade. A própria documentação de origem apresenta uma divergência na quantidade de instrumentos que compõem o corpus, questão que deverá ser resolvida pela conferência dos documentos primários antes da submissão definitiva.

Essas limitações não diminuem o caráter propositivo do estudo; ao contrário, delimitam o que pode ser afirmado neste momento. O resultado é uma proposta institucional fundamentada em análise comparativa, e não uma escala validada ou um instrumento diagnóstico. A próxima etapa deve testar se a arquitetura núcleo-módulos funciona na prática e se, de fato, produz menor redundância sem perda de informação clinicamente importante.

A implementação deve ser realizada em etapas. A primeira consiste na revisão interna dos itens, com participação de docentes e fonoaudiólogos das áreas representadas. Nessa fase devem ser resolvidas as questões pendentes de redação, pertinência, obrigatoriedade e forma de resposta.

A segunda etapa corresponde à validação de conteúdo. Recomenda-se a participação de especialistas das diferentes áreas, com análise individual dos itens quanto à clareza, pertinência e representatividade. O resultado deverá orientar exclusões, fusões, reformulações e inclusão de eventuais variáveis ausentes.

A terceira etapa deve ser um piloto assistencial. A proposta institucional já sugere iniciar por Audiologia, Disfagia e Voz, por três meses, e avaliar tempo de preenchimento, completude, facilidade de uso e lacunas percebidas (UNILUS, 2026b). Essa etapa deve gerar dados objetivos e relatos dos usuários, permitindo uma revisão antes da expansão.

A quarta etapa é a modelagem digital. Nesse momento, cada pergunta deverá receber identificação única, tipo de dado, valores permitidos, regras de obrigatoriedade e lógica de dependência. O desenvolvimento deve envolver profissionais da clínica e da área de tecnologia, evitando que a lógica do software seja definida sem participação de quem utiliza o instrumento.

Por fim, a implantação deverá ser acompanhada por governança dos dados, treinamento dos usuários, revisão periódica do instrumento e definição clara das responsabilidades relacionadas à manutenção das perguntas e categorias.

4 CONCLUSÃO

A análise comparativa dos instrumentos de anamnese utilizados na Fonoaudiologia do UNILUS permitiu identificar um conjunto de informações recorrentes e outro conjunto de

ISSN 2317-1316

informações dependentes da área clínica, a partir do qual foi elaborada uma proposta com 110 itens, organizada em núcleo comum, módulos específicos e instrumentos complementares. A principal contribuição da proposta está na combinação entre padronização e flexibilidade: em vez de substituir todas as anamneses por um formulário único e extenso, o modelo preserva um núcleo institucional e aciona módulos conforme a necessidade clínica, o que pode reduzir redundâncias, favorecer a continuidade do registro e criar condições para utilização futura dos dados em pesquisa e gestão. A proposta ainda não deve ser considerada um instrumento validado: são necessárias validação de conteúdo, avaliação de usabilidade, mensuração do tempo de preenchimento, implantação piloto e revisão da estrutura antes de sua adoção definitiva, bem como conferência da composição exata do corpus documental a partir dos arquivos institucionais originais. Mesmo em sua forma inicial, o modelo fornece uma base metodológica concreta para a construção de uma anamnese fonoaudiológica institucional e para sua futura transformação em instrumento digital. Não houve agradecimentos específicos nem financiamento específico para este estudo.

5 DECLARAÇÃO DE USO DE IA

Declaração de Uso de IA: "**Não foram utilizadas ferramentas de IA no desenvolvimento desse artigo**".

6 REFERÊNCIAS

Alves DA, Kuroishi RCS, Mandrá PP. Prontuário eletrônico em cenário de prática: percepção dos graduandos e profissionais de fonoaudiologia. Rev CEFAC. 2016;18(2):385-391. doi:10.1590/1982-0216201618217915.

An D, Lim M, Lee S. Challenges for data quality in the clinical data life cycle: systematic review. J Med Internet Res. 2025;27:e60709. doi:10.2196/60709.

Baumann LA, Baker J, Elshaug AG. The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: a systematic review. Health Policy. 2018;122(8):827-836. doi:10.1016/j.healthpol.2018.05.014.

de Mello BH, Rigo SJ, da Costa CA, Righi RR, Donida B, Bez MR, et al. Semantic interoperability in health records standards: a systematic literature review. Health Technol (Berl). 2022;12(2):255-272. doi:10.1007/s12553-022-00639-w.

ISSN 2317-1316

Fürstenberg S, Helm T, Prediger S, Kadmon M, Berberat PO, Harendza S. Assessing clinical reasoning in undergraduate medical students during history taking with an empirically derived scale for clinical reasoning indicators. BMC Med Educ. 2020;20(1):368. doi:10.1186/s12909-020-02260-9.

Hoerbst A, Ammenwerth E. Electronic health records. A systematic review on quality requirements. Methods Inf Med. 2010;49(4):320-336. doi:10.3414/ME10-01-0038.

Lewis AE, Weiskopf N, Abrams ZB, Foraker R, Lai AM, Payne PRO, et al. Electronic health record data quality assessment and tools: a systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2023;30(10):1730-1740. doi:10.1093/jamia/ocad120.

Maulitz RC, Poses RM, Young MJ. Medical history as an introduction to clinical reasoning. J Med Educ. 1983;58(5):427-429. doi:10.1097/00001888-198305000-00010.

Schwarz M, Ward EC, Coccetti A, Burton K, Seabrook M, Newnham S, et al. Digital dashboards: a speech pathology case study. Aust Health Rev. 2022;46(4):501-508. doi:10.1071/AH22011.

UNILUS. Metodologia: proposta de anamnese institucional. Santos: Centro Universitário Lusíada; 2026a. Documento metodológico institucional.

UNILUS. Proposta de anamnese unificada. Santos: Centro Universitário Lusíada; 2026b. Documento institucional.

Wiebe N, Otero Varela L, Niven DJ, Ronksley PE, Iragorri N, Quan H. Evaluation of interventions to improve inpatient hospital documentation within electronic health records: a systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2019;26(11):1389-1400. doi:10.1093/jamia/ocz081.