



Da Soberania Médica à Construção Interdisciplinar: Reestruturação Diagnóstica em um CER

Ana Paula Ribeiro Hirakawa, Clebes Ferreira da Costa Junior, Suzi Mary Simoes
CER IV M'Boi Mirim - Centro Especializado em Reabilitação – São Paulo, SP

Eixo Temático: Liderança e Comportamento Organizacional (E5)

Introdução

Historicamente, a definição nosológica em saúde esteve assentada na centralidade da decisão médica isolada. Todavia, na reabilitação infantojuvenil que acolhe desde a primeiríssima infância até a transição para a vida adulta, a complexidade do neurodesenvolvimento (como TEA, Deficiência Intelectual e transtornos associados) impõe uma leitura que ultrapassa consultas pontuais. Avaliações fragmentadas aumentam o risco tanto de rotulações precoces em crianças pequenas quanto de subdiagnósticos e mascaramentos clínicos em adolescentes. Frente a isso, a gestão reorganizou o fluxo do CER, estabelecendo a discussão interdisciplinar como etapa obrigatória antes de qualquer desfecho, exigindo mediação institucional de papéis e a superação da soberania uniprofissional.

Objetivo

Relatar a experiência de implantação de um modelo de deliberação diagnóstica compartilhada em um CER em São Paulo/SP, integrando equipe médica e terapeutas na investigação de casos complexos da infância à adolescência.

Métodos

Relato de intervenção clínica e gerencial em um CER estruturado em quatro eixos fundamentais: Colegiado Clínico Obrigatório: Discussão de caso com a equipe médica e ao menos três categorias terapêuticas (Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia) como condição compulsória prévia ao fechamento do laudo; Canal de Troca Contínuo e Não Linear: Diálogo permanente entre terapeutas e médicos ao longo do acompanhamento, sem a dependência de relatórios estanques ao término das etapas avaliativas; Diferenciação Longitudinal do Desenvolvimento: Análise contínua que avalia linguagem, processamento sensorial, funcionalidade, aspectos psicomotores, dinâmica familiar e constituição subjetiva conforme o ciclo vital do paciente; Pactuação e Gestão da Agenda: Organização de fluxos pela própria equipe para garantir tempo institucional protegido destinado às discussões clínicas colegiadas.

Conclusão

A qualificação diagnóstica na rede pública depende de dispositivos institucionais que superem a fragmentação uniprofissional. Na reabilitação da infância à adolescência, o diálogo interdisciplinar assegura que a investigação de quadros complexos seja um percurso continuado, ético e compartilhado, garantindo que o diagnóstico seja o ponto de partida para a autonomia e a produção de cuidado singular.

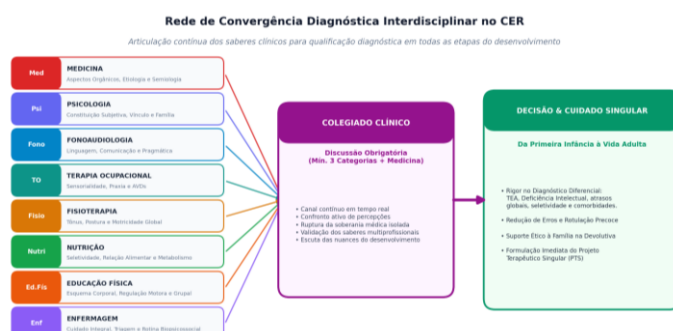
Resultados

A implementação da decisão compartilhada transformou a cultura assistencial do serviço:

Comunicação Longitudinal em Tempo Real: A circulação precoce de impressões clínicas entre terapeutas e médicos permitiu capturar nuances funcionais observadas nos atendimentos continuados que não emergiam na consulta médica isolada. **Refinamento Diagnóstico nos Ciclos Vitais:** O confronto de saberes qualificou o diagnóstico diferencial, permitindo distinguir alterações transitórias de transtornos estruturantes na infância, bem como deslindar comorbidades e impactos na autonomia em adolescentes que se aproximam da vida adulta.

Horizontalidade e Corresponsabilização: A escuta dos terapeutas consolidou-se como elemento deliberativo legítimo, e a consulta médica integrou-se a um processo de decisão coletivo e fundamentado.

Segurança Ética e Suporte Familiar: A construção interdisciplinar conferiu solidez e respaldo à equipe na devolutiva aos pacientes e famílias, transformando o laudo em balizador ético para o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e não em estigma reducionista.



Acesse o trabalho
na íntegra!

