

Abordagem multidisciplinar – como funciona? *Multidisciplinary approach - how does it work?*

Guedes TP, Castro-Poças F

O conceito de equipas multidisciplinares foi inicialmente introduzido no Reino Unido após a publicação do relatório Calman-Hine em 1995, com o objetivo de uniformizar os cuidados prestados na área oncológica, ao demonstrar-se a associação entre a abordagem multidisciplinar e a melhoria dos resultados clínicos.¹ Esta filosofia de abordagem foi, desde então, adotada por várias entidades reguladoras e sociedades profissionais expandindo-se para outras áreas da saúde e patologias crónicas, com o objetivo de promover a melhoria de resultados clínicos e a colaboração entre os vários profissionais envolvidos. A abordagem multidisciplinar é caracterizada por uma ação em equipa, no estabelecimento e concretização de um plano de cuidados para determinado doente. As consultas multidisciplinares (CM) integram esta abordagem, como momentos de reunião de vários profissionais de saúde, com diferentes áreas de formação, com o objetivo de determinar coletivamente um plano diagnóstico, terapêutico e/ou de seguimento para determinado doente.^{2,3} No atual sistema de tomada de decisões em saúde, muitas vezes complexas, representam um mecanismo coordenador, promovendo e facilitando a abordagem

holística ao cuidado e tratamento do doente. Apesar de algum ceticismo relativamente à eficiência do trabalho multidisciplinar nos cuidados de saúde este é, hoje em dia, amplamente aceite e considerado parte da boa prática médica em muitos locais do mundo, nomeadamente na gestão bem-sucedida de doenças crónicas.^{4,5}

As áreas de cuidado geriátrico, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e medicina crítica são aquelas que, atualmente, descrevem a existência de CM na gestão dos doentes. No entanto, as maiores evidências e recomendações na utilização deste modelo de cuidado encontram-se disponíveis para a área oncológica.⁶ Neste contexto foi demonstrado que o trabalho multidisciplinar se encontra associado a uma diminuição do tempo entre o diagnóstico e tratamento⁷, estadiamento patológico mais preciso,⁸ aumento do número de doentes tratados com intenção de cura radical,^{9,10} aumento da sobrevida¹¹ e maior satisfação do doente.¹² No entanto, a qualidade da evidência é ainda subótima atendendo à heterogeneidade e desenho dos estudos disponíveis, existindo demonstrações de ineficiência e de decisões clínicas sem suporte na melhor evidência associadas ao trabalho multidisciplinar. Torna-se ainda necessário considerar os custos associados à implementação, preparação e presença nas CM em qualquer avaliação.¹³

Os custos de oportunidade de uma CM são elevados, pois implicam uma considerável organização e gestão da infraestrutura e recursos humanos. Nesta incluem-se a disponibilidade simultânea de profissionais de várias áreas, retirando-os de tarefas assistenciais diretas, da gestão clínica ou do ensino; a preparação e estudo prévio dos casos, com acesso atempado à história e aos exames complementares; as diligências adicionais para completar o processo para discussão, designadamente

Tiago Pereira Guedes

Serviço de Gastrenterologia e Laboratório de Estudos de Motilidade Digestiva, do Centro Hospitalar Universitário do Porto.
Assistente Hospitalar de Gastrenterologia.

Fernando Castro-Poças

Serviço de Gastrenterologia e Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
Coordenador da Unidade Multidisciplinar do Pavimento Pélvico do Centro Hospitalar Universitário do Porto.
Assistente Hospitalar Graduado Sénior.

TABELA 1 Elementos de formulário sujeito a análise e avaliação para a criação de novas consultas multidisciplinares no CHUPorto.

Designação e área de intervenção ou patologia.

Demonstração de que corresponde a uma nova área, sem redundância com outra CM já existente.

Documentação de evidência científica associada.

Equipa e diferenciação de cada um dos seus membros.

Custo de oportunidade da participação dos membros na CM, particularmente nas missões das especialidades mais carenciadas.

Articulação com os serviços de exames complementares, assegurando a execução e disponibilização atempada, sem prejuízo das suas missões prioritárias.

Local e recursos de informação e comunicação.

Periodicidade, horas de início e de encerramento.

Plano de agendamento de participantes ocasionais, a quem não aproveita ou que não acrescentam valor à discussão dos restantes casos.

Descrição de protocolos de seleção, discussão, decisão e tratamento.

Objetivos a atingir em termos de resultados para a decisão e orientação da situação clínica.

Formas de acompanhamento, monitorização e avaliação dos resultados, nomeadamente indicadores, metas, relatórios periódicos e comparação com outras CM.

requisição de dados e execução de exames imprescindíveis; e a complexidade administrativa e de gestão com a multiplicidade de códigos de consulta, dificuldades na repartição de atividades pelos centros de custo e processos associados. Quando considerados estes custos e metanalisados os dados disponíveis, concluiu-se que a evidência é ainda insuficiente para determinar se o trabalho multidisciplinar é custo-efetivo.^{13,14} Assim torna-se importante a continuidade da monitorização e objetivação da qualidade, eficiência, efetividade e eficácia (conceitos não sinónimos) deste tipo de abordagem, sendo fundamental que as mesmas sigam recomendações suportadas na evidência científica.

A criação e subsequente sucesso de uma CM obriga a que se verifique, de forma cumulativa e indispensável, condições como uma equipa de composição e dimensão adequadas, evitando o desperdício de recursos; a existência de protocolos de seleção, discussão, decisão e tratamento, com equidade na participação e pluralidade de opiniões; a tomada de decisões baseadas na melhor evidência científica; a existência de um sistema de informação e comunicação de suporte, garantindo-se registos indelével e escrutináveis no futuro (auditorias); bem como a existência de protocolos para as situações frequentes, correntes ou estereotipadas, aplicáveis a

novos casos clínicos, dispensando discussões fúteis, demoradas ou redundantes.

No Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), a criação de novas CM é precedida de análise e avaliação de um formulário composto por vários elementos (Tabela 1).

A disfunção do pavimento pélvico (DPP) representa, nas suas várias formas, uma disrupção da sua normal função. Inclui desta forma um amplo espectro de condições patológicas como a incontinência urinária de esforço, a incontinência fecal, o prolapso de órgãos pélvicos, anormalidade do trato urinário baixo e disfunção defecatória.^{15,16} A DPP é uma condição heterogénea com uma fisiopatologia complexa, com várias manifestações clínicas, tornando a sua gestão num desafio significativo. A DPP pode afetar mulheres com qualquer idade, com a sua incidência a aumentar ao longo da sua vida podendo atingir cerca de 50% das mulheres com mais de 80 anos.¹⁷ Estima-se que cerca de 24% das mulheres adultas apresentem sintomas de pelo menos uma DPP, com 20% das mulheres a necessitar de cirurgia para a incontinência urinária ou prolapso de órgão pélvico ao longo da sua vida.¹⁸ Estima-se ainda um aumento de 50% na procura de cuidados na área do pavimento pélvico, atendendo ao envelhecimento populacional e

TABELA 2 Principais quadros clínicos discutidos na CM do CHUPorto.

Disfunção neurogénica do trato urinário inferior de etiologia supra-sagrada, sagrada ou infra-sagrada (ex.: mielomeningocele, polineuropatias, parkinsonismos ou outras doenças neurodegenerativas/ neuromusculares)

Incontinência e/ou retenção urinária não neurogénica

Patologia orgânica uretral (ex.: estenoses, prolapso, carúnculas)

Discinésia/obstrução defecatória

Fístulas anais complexas, incluindo retovaginais

Disfunção múltipla do pavimento (ex.: períneo descido, prolapso multicompartimentais)

Problemas psicossociais e de saúde mental associados à DPP

Dor pélvica crónica

ao aumento de determinadas comorbilidades como a obesidade.¹⁹

A tradicional abordagem por uma única especialidade aos doentes com DPP significava que os doentes com sintomas e patologias afetos aos órgãos reprodutivos, do trato urinário baixo e/ou trato gastrointestinal eram observados e geridos por um único especialista, sem experiência abrangente aos 3 domínios. Esta abordagem associou-se a piores resultados clínicos, incluindo a incompleta resolução de sintomas e altas taxas de falência terapêutica após cirurgia.^{20,21} Como resultado, a adoção de uma abordagem multidisciplinar para os doentes com DPP foi recomendada pela primeira vez pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) em 2004, com o objetivo de promover a uniformização do tratamento e melhoria dos resultados clínicos.²² Assim, o racional para a envolvimento de especialistas de várias áreas centra-se na relação próxima entre a anatomia e funcionalidade do trato urinário, ginecológico e anorretal, encarando-os como uma unidade anatomo-funcional conjunta e não a simples soma de compartimentos distintos. Além de se associarem a uma abordagem e gestão holística com aumento da colaboração entre especialidades, existe ainda evidência que a existência de CM encoraja a inovação de métodos diagnósticos e terapêuticos, incentivando a investigação e a participação em ensaios clínicos multidisciplinares.²³

As equipas multidisciplinares na área do pavimento pélvico encontram-se descritas em países como o Reino Unido, Alemanha e Estados Unidos da América. Em Portugal, a primeira Unidade Multidisciplinar de Pavimento Pélvico (UMPP) foi criada a 28 de maio de 2007

no CHUPorto. A UMPP agrega um grupo multidisciplinar dedicado à avaliação clínica, atividade científica, investigação e formação pós-graduada na área da patologia funcional e estrutural do pavimento pélvico. Nesta integram médicos das especialidades de anestesiologia (dor crónica), cirurgia geral, medicina física e reabilitação, gastroenterologia, neurologia (neurofisiologia), ginecologia, psiquiatria, radiologia e urologia. Conta ainda com um coordenador médico e um assistente técnico. Os principais pilares da UMPP consistem na orientação clínica, diagnóstica e/ou terapêutica de patologia estrutural e/ou funcional do pavimento pélvico; na tomada de decisões baseadas na melhor evidência científica; na atualização científica dos seus membros; na elaboração e atualização de protocolos clínicos da CM; e na promoção da atividade de investigação e formação pós-graduada.

A CM da UMPP no CHUPorto apresenta uma reunião formal de carácter mensal, com duração aproximada de 1,5 horas, onde são apresentados e discutidos os doentes identificados pelos seus membros ou outros médicos do CHUPorto/exterior. A inscrição dos doentes na CM decorre até aos 3 dias que antecedem a reunião, com posterior envio de convocatória aos membros da UMPP, com a ordem de trabalhos para a preparação dos casos. Na reunião é apresentada a anamnese pormenorizada relativa aos principais quadros clínicos e patologias abordados na CM da UMPP (Tabela 2). Consideram-se de apresentação imprescindível, entre outros, as intervenções cirúrgicas com intenção terapêutica da patologia do pavimento pélvico e complicações pós-cirúrgicas; candidatos a estimulação tibial ou neuromodulação sagrada; sintomas multicompartimentos (i.e. incontinência anal e

TABELA 2 Principais meios complementares de diagnóstico disponibilizados no CHUPorto.

Potenciais evocados somatossensitivos do nervo pudendo
Estudo do reflexo sagrado: clítoro-anal e penilo-anal
Estudo eletromiográfico com agulha concêntrica do músculo esfíncter anal e uretral externo
Diário miccional em papel e por monitorização remota do doente-telemedicina.
Pad-teste
Ecografia reno-vesical (e prostática) com medição do resíduo pós-miccional
Medição do volume residual por <i>bladder scan</i>
Estudos urodinâmicos estacionários e ambulatoriais
Ressonância magnética dinâmica (com ou sem defeco-ressonância)
Bloqueio do nervo pudendo (diagnóstico da síndrome de aprisionamento do nervo pudendo)
Defecografia por fluoroscopia
TC pélvico
Ecografia endoanal e perineal
Estudo de tempo de trânsito cólico e orocecal
Manometria anorretal
Teste de expulsão do balão

urinária; prolapso multi-orgão); e a falha a tratamentos conservadores sem clara orientação subsequente.

Adicionalmente são fornecidos dados dos exames proctológico e ginecológico, exames complementares disponíveis (Tabela 3) e referência ao resultado clínico de terapêuticas prévias. Da discussão, é elaborada uma ata com número de doentes apresentados e médicos presentes, sendo realizado o arquivo informático dos dados clínicos fornecidos pelo médico assistente e decisão final, em software de registo de dados clínicos (i.e. SClínico – Consulta de Grupo Pavimento Pélvico). A orientação clínica/terapêutica é, regra geral, baseada em protocolos clínicos elaborados e implementados na UMPP, sendo o médico assistente responsável pela transmissão da decisão ao doente e pela obtenção do consentimento informado para a sua implementação.

Em suma, através deste modelo de organização centrado no doente com DPP, nas suas opiniões, preferências e necessidades, conta-se com uma contribuição igualitária entre todos os profissionais comprometidos e baseada na melhor evidência científica disponível e/ou protocolos existentes. Qualquer desvio da decisão clínica em relação a estes, é devidamente fundamentada e registada. Pretende-se obter uma melhor decisão

e resultados clínicos, com maior satisfação do doente e profissionais envolvidos. Não existindo (ainda) evidência do seu custo-efetividade não é colocada em questão a mais-valia desta abordagem, existindo necessidade de auditoria ao trabalho realizado e implementação de medidas de melhoria contínua ao mesmo. ■■■

Correspondência:

Nome: Fernando Castro Poças

E-mail: castro.pocas@sapo.pt

REFERENCES

1. Morris E, Haward RA, Gilthorpe MS, Craigs C, Forman D. *The impact of the Calman-Hine report on the processes and outcomes of care for Yorkshire's colorectal cancer patients.* Br J Cancer. 2006; 95:979–85.
2. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfield L. *Multidisciplinary teams in cancer care: are they effective in the UK?* Lancet Oncol. 2006; 7:935–43.
3. Molleman E, Broekhuis M, Stoffels R, Jaspers F. *Consequences of participating in multidisciplinary medical team meetings for surgical, nonsurgical, and supporting specialties.* Med Care Res Rev. 2010; 67:173–93.
4. Baker DP, Day R, Salas E. *Teamwork as an essential component of high-reliability organizations.* Health Serv Res. 2006; 41(4 Pt 2):1576–98.
5. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* National Academies Press; 2001.
6. van Nes JG, van de Velde CJ. *The multidisciplinary breast cancer team: promoting better care.* Ned Tijdschr Geneesk. 2005; 149:1929–31.
7. Gabel M, Hilton NE, Nathanson SD. *Multidisciplinary breast cancer clinics. Do they work?* Cancer. 1997; 79:2380–4.

8. Davies AR, Deans DAC, Penman I, Plevis JN, Fletcher J, Wall L, et al. *The multidisciplinary team meeting improves staging accuracy and treatment selection for gastro-esophageal cancer*. *Dis Esophagus*. 2006; 19:496–503.
9. Junor EJ, Hole DJ, Gillis CR. *Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team matters*. *Br J Cancer*. 1994; 70:363–70.
10. Kingsmore D, Hole D, Gillis C. *Why does specialist treatment of breast cancer improve survival? The role of surgical management*. *Br J Cancer*. 2004; 90:1920–5.
11. Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJG, Morrison DS. *Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women*. *BMJ*. 2012; 344:e2718.
12. Boxer MM, Vinod SK, Shafiq J, Duggan KJ. *Do multidisciplinary team meetings make a difference in the management of lung cancer?* *Cancer*. 2011; 117:5112–20.
13. Ke KM, Blazeby JM, Strong S, Carroll FE, Ness AR, Hollingworth W. *Are multidisciplinary teams in secondary care cost-effective? A systematic review of the literature*. *Cost Eff Resour Alloc*. 2013; 11:1–13.
14. Soukup T, Lamb BW, Arora S, Darzi A, Sevdalis N, Green JSA. *Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature*. *J Multidiscip Healthc*. 2018; 11:49–61.
15. Bo K, Frawley HC, Haylen BT, Abramov Y, Almeida FG, Berghmans B, et al. *An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the conservative and nonpharmacological management of female pelvic floor dysfunction*. *NeuroUrol Urodyn*. 2017; 36:221–44.
16. Weber AM, Abrams P, Brubaker L, Cundiff G, Davis G, Dmochowski RR, et al. *The standardization of terminology for researchers in female pelvic floor disorders*. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001; 12:178–86.
17. Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. *Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women*. *JAMA*. 2008; 300:1311–6.
18. Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Funk M. *Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery*. *Obstet Gynecol*. 2014; 123:1201–6.
19. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. *Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030*. *Int J Obes (Lond)*. 2008; 32:1431–7.
20. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. *Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence*. *Obstet Gynecol*. 1997; 89:501–6.
21. Mowat A, Maher D, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Maher C. *Surgery for women with posterior compartment prolapse*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 3(3):CD012975.
22. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. *Management of Urinary Incontinence in Women: Scientific Review*. *JAMA*. 2004; 291:986–95.
23. Kuroki L, Stuckey A, Hirway P, Raker CA, Bandera CA, DiSilvestro PA, et al. *Addressing clinical trials: can the multidisciplinary Tumor Board improve participation? A study from an academic women's cancer program*. *Gynecol Oncol*. 2010; 116:295–300.