

Quanto tempo é tempo bastante?

JAIME CORREIA DE SOUSA*

O tempo que passa não passa depressa. O que passa depressa é o tempo que passou

Vergílio Ferreira

INTRODUÇÃO

Há muitos anos que vamos ouvindo afirmar e repetimos muitas vezes a noção empírica que as consultas mais longas permitem mais tempo para a comunicação, proporcionando assim mais satisfação nos pacientes e melhor qualidade em termos de resultados de saúde e que, por outro lado, consultas curtas causarão menos satisfação, mais gastos em medicação e exames complementares, embora permitam maior acessibilidade por maior oferta.

Será que estas ideias que parecem resultar do senso comum podem ser comprovadas? Onde está a evidência? Quanto tempo será afinal necessário destinar a cada consulta de forma a otimizar o tempo do médico, ao mesmo tempo que se garante a satisfação do paciente e se obtém uma consulta com bons padrões de qualidade?

Será que o tempo de consulta está apenas relacionado com estilos individuais dos médicos sem qualquer relação com os resultados? Será que os doentes se adaptam ao estilo do seu médico, ou antes procuram e preferem médicos com um determinado estilo de consulta, por que se adapta melhor às suas expectativas e ao seu gosto pessoal?

Em muitos sistemas de saúde no mundo industrializado o tempo impõe a qualidade de cuidados prestados aos

pacientes. A evidência objectiva apoiada em estudos empíricos relaciona a relação entre tempo e factores ligados ao paciente tais como satisfação, idade, estatuto socio-económico, e ao médico, como satisfação, estilos de consulta, etc. Entre o médico e o paciente inter põem-se as questões relacionadas com factores sistémicos, tais como o sistema retributivo, modelos de marcação de consultas, entre outros.¹

ESTUDOS PORTUGUESES

Existem alguns estudos portugueses publicados que avaliam o tempo de consulta e a satisfação dos pacientes. Num estudo realizado em três Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Braga e publicado em 2001, 65,7% dos pacientes consideraram a duração da consulta como razoável, boa ou muito boa.²

Em dois estudos da DECO,^{3,4} o grau de satisfação dos utentes com o seu médico de família, num máximo de 10, revelou uma satisfação com o tempo dedicado ao paciente de 5,7 e 5,9 em 2000 e 2003 respectivamente.

Num trabalho efectuado em Portugal em 1985 por Juan Gervas e colaboradores, 70% dos encontros tiveram uma duração superior a 5 minutos.⁵

Em 1992 José António Miranda estudou 20 consultas de clínica geral e obteve tempos médios de consulta de 14,95 minutos.⁶

Jorge Domingues Nogueira estudou 274 consultas em cinco extensões do Centro de Saúde de Odívelas obtendo um tempo médio por consulta de 14,4 minutos; a duração média percebida pelos doentes foi de 17,7 minutos.⁷

*Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

DIFERENÇAS ENTRE PAÍSES

A duração média das consultas tem uma variação muito grande em diferentes países europeus. A diferenças de tempo de consulta parecem estar mais ligadas à tradição e ao modelo de organização dos cuidados de saúde do que a características nacionais ou culturais dos doentes. Existem grandes diferenças entre países de culturas muito próximas, por exemplo entre os diferentes países Escandinavos, ou entre Portugal e Espanha.

Num estudo realizado em seis países europeus (Alemanha, Bélgica, Holanda, Espanha, Suíça e Reino Unido), os autores concluíram que o país em que o médico exerce, combinado com as variáveis individuais do médico, foi tão importante para a variação na duração da consulta como a variação entre pacientes. As consultas em que os problemas psico-sociais foram considerados importantes pelo médico e paciente, duraram mais do que as consultas só por problemas biomédicos. A percepção pelo médico teve mais influência nestas situações do que a do paciente. A duração da consulta é influenciada pelo sexo do paciente (as mulheres obtiveram consultas mais longas), se a actividade é exercida em meio urbano ou rural, pelo número de problemas abordados durante a consulta (quanto mais problemas, maior a duração da consulta) e pela idade dos doentes (quanto mais idosos, mais longas foram as consultas). À medida que a carga de trabalho do médico aumenta, diminui o tempo por consulta. O sexo dos médicos de família e o nível de educação dos pacientes não se relacionaram com a duração da consulta.⁸

As determinantes do tempo de consulta foram estudadas em detalhe e são debatidas num importante artigo de revisão de Wilson; parece que a variação é mais influenciada pelas diferenças entre médicos do que entre doentes.⁹ Segundo o autor, parece que a duração

média da consulta aumentou no Reino Unido nos últimos 30 anos, mas continua curta quando comparada com a de outros países europeus.⁹

Em Espanha, onde a duração da consulta é muito pequena, sugere-se que a distribuição do tempo durante o encontro médico depende do tipo de problema atendido. Também têm influência o médico assim como o sexo e a idade do paciente. O breve tempo consumido na exposição do problema sugere a necessidade de ampliar o tempo de escuta activa. O tempo médio por encontro directo foi de 9,1 minutos e o tempo médio por problema atendido de 7,4 minutos com uma variação entre os 76 segundos e os 25 minutos.¹⁰

Na Suécia, os tempos médios de consulta parecem ser consideravelmente superiores, durando cerca de 21 minutos. Os pacientes mais idosos tiveram consultas mais longas; os paciente expressaram, em geral, maior satisfação do que os médicos mas não foi possível demonstrar que consultas mais longas produzissem maior satisfação, quer para os médicos, quer para os pacientes.¹¹

DURAÇÃO DA CONSULTA E SATISFAÇÃO DOS PACIENTES

A falta de tempo é uma preocupação frequentemente expressada pelos pacientes, mas a medição real da duração de consulta não se associa sempre com a satisfação dos pacientes. As consultas com as quais os pacientes ficam menos satisfeitos parecem-lhes ter durado menos tempo. A preocupação dos pacientes com o tempo parece ser mais com a qualidade do tempo do que com o tempo real.¹²

No artigo atrás referido de Nogueira JD,⁷ o autor procurou estudar a percepção subjectiva da duração da consulta pelos utentes e comparar as opiniões dos médicos e dos doentes quanto à duração da consulta e os motivos de uns

e de outros para consultas longas e breves e concluiu que 96,4% dos pacientes acharam a duração da consulta adequada contra apenas 80,7% dos médicos. Também 74,4% dos doentes não acharam que o médico esteve tempo a mais com o doente anterior.

Ogden e colaboradores sugerem que a insatisfação dos pacientes com a consulta poderia ser alterada aumentando o tempo de consulta. Em alternativa, poderia ser mudada alterando a forma como o tempo é usado. Um médico que ouve e tenta compreender o paciente fá-lo sentir-se mais satisfeito com a duração da consulta.¹³

Em 1995 Tudor Hart publicou um interessante artigo de opinião em que debate os problemas da insuficiente duração da consulta; ao realizarem consultas apressadas os médicos avaliam as expectativas antes dos desejos e os desejos antes das necessidades de saúde, perpetuando assim a posição dos pacientes como consumidores passivos. Demora mais tempo a explicar aos pacientes o que deveria ser feito e a realizar uma negociação do que a simplesmente satisfazer o seu pedido de forma acrítica. O autor conclui pela necessidade imperiosa de se aumentar o tempo de consulta na medicina familiar europeia.¹⁴

Os doentes parecem ter uma visão bem mais optimista sobre o tempo que necessitam do seu médico e parecem ser capazes de prever com alguma precisão o tempo de que irão necessitar. No Reino-Unido, quando lhes foi dado a escolher entre diversos tempos possíveis da disponibilidade do seu médico, a maior parte escolheram consultas de 10 minutos, afinal o tempo que estão habituados a dispor para contactarem o seu médico.¹⁵

DURAÇÃO DA CONSULTA E DIMENSÃO DA LISTA DE PACIENTES

É possível que a dimensão da lista não

tenha qualquer relação com a duração da consulta, como sugere um estudo britânico de 1987; segundo este estudo, quanto menor a dimensão da lista menos tempo o médico despendia na globalidade das tarefas e maior era a taxa de consultas e de domicílios. O efeito das reduções na dimensão da lista poderiam determinar que a maior parte do tempo extra fosse dedicado a fazer mais consultas ao mesmo ritmo.¹⁶

Mechanic e colaboradores utilizaram dados de 1989 e 1998 do *National Ambulatory Medical Care Survey* (NAMCS) e do *National Center for Health Statistics and the American Medical Association's Socioeconomic Monitoring System* (SMS) para medir o tempo de consulta (16,3 e 20,4 minutos respectivamente) e detectaram um aumento do tempo de consulta, apesar de ter havido um aumento global do número de consultas.¹⁷

Isto parece querer dizer que os médicos dedicam um determinado tempo para consultas que fazem a um determinado ritmo, resultante do seu estilo próprio, apenas ligeiramente condicionado pelas características dos doentes e tipo de problemas que apresentam. O tempo terá uma determinada elasticidade mas os limites serão bastante apertados. Se a lista é muito grande, os médicos diminuem a acessibilidade e, eventualmente, farão menos actividades preventivas.^{18,19}

As exigências crescentes que são feitas aos médicos de família em termos de actividades preventivas criam problemas adicionais de gestão do tempo. Um estudo recente sugere que, se um médico americano resolvesse seguir integralmente todas as recomendações da *US Preventive Services Task Force* (USPSTF), o tempo médio necessário para uma lista de 2.500 pessoas considerando a população média americana seria de 7,4 horas por dia de trabalho.²⁰ Mesmo fazendo uma proporção para uma lista média de 1.500 pessoas, a tarefa implicaria 4,4 horas por dia.

CONCLUSÃO

A questão da adequação do tempo de consulta às necessidades reais do paciente não deve ser limitada à importante tarefa de estabelecimento de uma relação de escuta, de compreensão e de negociação entre o médico e o paciente. Uma consulta centrada no paciente implica também que exista tempo suficiente para a realização de muitas outras actividades, como a promoção de saúde, as tarefas de prevenção, a detecção precoce de certas doenças, já para não falar do registo clínico adequado, da colheita de dados para investigação, do ensino e educação, etc.

Muitos estudos realizados neste âmbito têm tido consideráveis limitações metodológicas relacionadas com a diminuta dimensão das amostras estudadas. Para medir com exactidão quanto tempo necessitaremos para as tarefas assistenciais da nossa responsabilidade, implica muita mais investigação quantitativa e qualitativa dirigida a modelos de prática inovadores e que demonstrem produzir bons resultados de saúde.

Não sendo clara a relação entre qualidade e duração da consulta, nem entre dimensão da lista e necessidade de duração da consulta é impossível, para já, justificar a necessidade de aumento ou de redução das listas de pacientes. A evidência empírica parece sugerir que necessitamos de passar mais tempo com os nossos pacientes e, como consequência, as listas de pacientes deveriam ter um limite superior mais baixo do que é praticado em alguns países europeus (acima dos 2000).²¹ A ligação da dimensão da lista ao sistema retributivo deve, por isso, ser gerida com cautela, tal como foi feito no diploma que regula os novos sistemas retributivos em Portugal, de forma a impedir que uma lista demasiado grande venha a gerar má qualidade assistencial.²² A dimen-

são recomendada a nível europeu de 1.500 pacientes por médico não parece ser suportada por demonstração científica, mas parece ser um número consensual, médio, de carácter político que poderá permitir uma plena realização do perfil profissional do médico de família.

Tudo parece indicar que um médico de família que consiga realizar integralmente o seu perfil profissional irá proporcionar aos seus pacientes uma assistência de grande qualidade, cuidando dos cidadãos a seu cargo de forma mais completa, optimizando recursos e produzindo maior satisfação.

As grandes questões que carecem de resposta são quanto tempo será tempo bastante para uma consulta e como conseguir negociar com as autoridades de saúde, a nível de cada país europeu, um sistema retributivo baseado sobretudo na prática de qualidade e não ligado ao simples horário de trabalho do médico, à quantidade de consultas ou apenas à dimensão quantitativa e qualitativa da lista.

É este o desafio dos médicos de família europeus para a próxima década.

REFERÊNCIAS

1. Brown JB. Time and the consultation. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al, editors. Oxford Textbook of Primary Medical Care. New York: Oxford University Press; 2004. p. 190-4.

2. Pereira MG, Araújo-Soares V, McIntyre T. Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2001; 2 (2): 69-80. Disponível em: URL: <http://www.sp-ps.com/pdf/PSD-II-2/maria-69-80.pdf> [acedido em 29/10/2006]

3. Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor - DECO. Cuidados de saúde em Portugal. *Proteste* 1993; (129): 14-9.

4. Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor - DECO. Utentes fazem diagnóstico: Centros de saúde muito doentes. *Teste Saúde* 2001; (30): 9-13.

5. Gervas J, Pérez-Fernández M, López-Miras A, Pastor-Sánchez R, Miranda JA. Continuidade e longitudinalidade de cuidados de clínica geral em Portugal. *Rev Port Clin Geral* 1997 Nov-Dez;14 (6): 389-99.
6. Miranda JA, Aguiar PV. Carga de trabalho, uso do tempo, prescrição de antibióticos e referenciação em consultas de clínica geral. *Rev Port Clin Geral* 1997 Nov-Dez;14 (6):377-86.
7. Nogueira JN. Duração da consulta: perspectivas dos médicos e dos pacientes. *Rev Port Clin Geral* 2002 Set-Out; 18 (5): 303-12.
8. Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002 Aug 31; 325 (7362): 472.
9. Wilson A. Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract* 1991 Mar; 41 (344): 119-122.
10. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torrent Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria* 2004 Mayo 31; 33 (9): 496-502.
11. Andersson SO, Mattsson B. Length of consultations in general practice in Sweden: views of doctors and patients. *Fam Pract* 1989 Jun; 6 (2): 130-4.
12. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract* 2002 Dec; 52 (485): 1004-6.
13. Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gosslau M, et al. "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract* 2004 Oct; 21 (5): 479-83.
14. Hart JT. Innovative consultation time as a common European currency. *Eur J Gen Pract* 1995; 1 (1): 34-7.
15. Lambourn R. Can patients choose consultation length? *Br J Gen Pract* 2003; 53 (497): 969-70.
16. Butler JR, Calnan MW. List sizes and use of time in general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Nov 28; 295 (6610): 1383-6.
17. Mechanic D, McAlpine DD, Rosenthal M. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *N Engl J Med* 2001; 344: 198-204.
18. Howie JG, Porter AM, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *Br J Gen Pract* 1991 Feb; 41 (343): 48-54.
19. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The 'five minute' consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986 Mar 29; 292 (6524): 874-6.
20. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003 Apr; 93 (4): 635-41.
21. Royal College of General Practitioners, 'RCGP Information Sheet No.3: General Practitioner Workload' (April 2004). Disponível em: URL: http://www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_03_APRIL04.pdf [accedido em 31/10/2006].
22. Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Ministério da Saúde; 2005.