



DURAÇÃO DAS CONSULTAS EM CUIDADOS PRIMÁRIOS NOS EUA E INDICADORES DE QUALIDADE – O QUE MUDOU ENTRE 1997 E 2005?

Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary care visit duration and quality: does good care take longer? Arch Intern Med 2009 Nov 9; 169 (20):1866-1872. Disponível em: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/short/169/20/1866> [acedido a 01/12/2009].

O que se supunha antes do estudo

Nos EUA existem pressões sobre os médicos de cuidados primários (clínicos gerais, médicos de família e médicos de medicina interna geral) para serem mais eficientes, ao mesmo tempo que os rendimentos anuais destes médicos têm diminuído nos últimos 10 anos. Assim, dada a forma como são pagos, supunha-se que tendessem a fazer mais consultas e a encurtar a sua duração porque assim poderiam maximizar os seus rendimentos. Quanto à qualidade das consultas, desconhecia-se a sua evolução a nível nacional.

O estudo

Os autores analisaram registos de consultas de adultos (18 e mais anos) entre 1997 e 2005, recorrendo a uma amostra nacional pré-estabelecida (*National Ambulatory Medical Care Survey*) de consultas médicas nos EUA. Este sistema de amostragem está institucionalizado e é administrado pelo *National Center for Health Statistics*. Estudaram 46.250 consultas representando 2,6 mil milhões de consultas entre 1997 e 2005. As variáveis incluíam idade, raça e etnia, motivos

principais da consulta (até três), principais diagnósticos abordados (até três) e dois grupos de indicadores de qualidade; a) um respeitante a aconselhamentos e *screening*; b) outro relacionado com a prescrição e verificação do uso correcto dos medicamentos (até seis).

Os resultados

Ao contrário do que se supunha, os autores verificaram que o tempo médio de consulta aumentara de 18 para 20,8 minutos. A duração média das consultas era maior quando se tratava de utentes idosos, de raça branca ou com diabetes, hipertensão arterial e/ou artropatias; a consulta era mais curta quando os utentes eram jovens, negros ou de outros grupos raciais/étnicos minoritários.

Melhores valores dos indicadores de qualidade relacionados com os medicamentos não estavam associados a maior duração das consultas. Porém, os indicadores para actividades de aconselhamento, modificação de comportamentos e *screening* estavam claramente associados a maior duração de consulta.

Comentário

Embora o sistema de saúde e a organização dos cuidados primários nos EUA sejam muito diferentes dos de Portugal, há aspectos que são universais e comuns:

- a) a população está mais envelhecida, vive mais tempo e acumula mais doenças crónicas em simultâneo;
- b) uma medicina compreensiva, capacitadora e preventiva requer mais tempo do que a prática prescritiva, embora esta deva ser feita com qualidade;
- c) os grupos populacionais mais instruídos (felizmente em crescimento), tendem a ser também mais exigentes quanto a informação, compreensão das suas situações e cuidados preventivos;

- d) a combinação dos três aspectos anteriores condiciona inevitavelmente um tempo de consulta superior ao da medicina reactiva tradicional.
- e) As unidades de saúde familiar (USF) em Portugal, com a sua autonomia e flexibilidade organizativa, parece estarem a conseguir lidar adequadamente com estes fenómenos emergentes sociodemográficos e clínico-epidemiológicos.

Actualmente, na nossa USF, garantimos nas agendas de marcação de consultas uma duração média de 20 minutos, o que se tem mostrado razoável, embora ligeiramente inferior ao valor encontrado pelos autores em 2005, nos EUA (média de 20,8 minutos). Porém, tendo em conta a realidade portuguesa, mais importante do que centrarmo-nos na duração da consulta,



na suposição de que ao aumento do tempo de consulta corresponde uma qualidade de cuidados superior, parece-nos ser o tornar esses minutos cada vez mais efectivos e satisfatórios tanto para o utente como para o médico. Sustentamos que a medicina geral e familiar de qualidade é uma *medicina lenta*, mas a experiência do dia-a-dia também nos aconselha a concentrarmo-nos mais na forma como decorre a consulta do que na duração da consulta.¹

Aspectos que podem aumentar o tempo disponível para estar *face-to-face* com os nossos utentes são o registo médico electrónico e a prescrição electrónica. Gottschalk e Flock mostraram, no seu estudo, que 55% do tempo de consulta era utilizado para estar *face-to-face* com o utente e o restante para fazer o registo médico, transcrição e interpretação de exames, etc. e que o aumento do tempo dedicado ao utente aumentava a satisfação deste e do profissional.²

Um dos investimentos, para libertar tempo de consulta até agora ocupado na gestão da informação, poderá ser o aparecimento de novas aplicações/funcionalidades dos programas informáticos como, por exemplo, a recepção electrónica dos resultados de análises e outros exames.

Além disso, é importante prestarmos mais atenção

a outros aspectos fundamentais que determinam a qualidade da consulta, como por exemplo o fortalecimento da relação médico-doente e o aperfeiçoamento das capacidades e competências comunicacionais, de modo a aumentar o rendimento global do aconselhamento que fazemos e a adesão à terapêutica. Mais importante do que a quantidade de informação que emitimos, é a forma como o fazemos, sendo essencial perguntar mais e permitir mais perguntas, em linha com o que o doente quer saber, o que o preocupa e o que tem disponibilidade para apreender em cada momento. Esta associação entre perícias comunicacionais e partilha de informação e conhecimentos é determinante para o sucesso terapêutico e para a alteração de atitudes e de comportamentos tanto da parte do doente como da parte do médico.

Eunice Carrapiço
Vítor Ramos
USF Marginal
ACES de Cascais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos V. A consulta em 7 passos. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
2. Gottschalk A, Flock S. Time spent in face-to-face patient care and work outside the examination room. *Ann Fam Med* 2005 Nov-Dec; 3(6): 488-93.