

Duração da Consulta: Perspectivas dos Médicos e dos Pacientes

JORGE DOMINGUES NOGUEIRA*

RESUMO

Objectivos: Caracterizar a duração das consultas feitas por oito clínicos gerais em cinco dias consecutivos e a percepção subjectiva dessa duração pelos doentes; comparar as opiniões dos médicos e dos doentes quanto à duração da consulta e os motivos de uns e dos outros para consultas longas e breves.

Tipo de estudo: Estudo descritivo transversal.

Local: Cinco extensões do Centro de Saúde de Odivelas, em meio urbano.

População: 274 consultas, nas quais participaram oito médicos e 274 doentes.

Métodos: Foi aplicado um questionário auto-administrado aos médicos e aos doentes, respondido nas instalações do Centro no final de cada consulta.

Resultados: A duração média da consulta foi de 14,4 min., e a duração média percebida pelos doentes foi de 17,7 min. Os médicos acharam a duração da consulta adequada em 80,7% dos casos e os doentes em 96,4%. Nenhum doente considerou a consulta demasiado longa. A maior parte dos doentes (74,4%) não acham que o médico esteve tempo demais com o doente anterior.

Conclusões: Na amostra considerada, os médicos foram mais críticos da duração da consulta que os doentes. Os doentes raramente exprimiram críticas à actuação do médico.

Palavras-chave: Duração da Consulta; Relação Médico-Doente.

determinante dessa duração, excepto para listas demasiado grandes ou demasiado pequenas²⁻⁴. Outros aspectos foram considerados, nomeadamente:

a) *Factores relacionados com o médico:* médicos mais velhos, parecem fazer consultas mais longas⁵, médicos do sexo feminino, consultas mais longas que do sexo masculino⁶. Os médicos com uma atitude mais positiva para com a Medicina Geral e a Saúde Mental parecem igualmente fazer consultas mais longas⁷.

b) *Factores relacionados com o doente:* consultas para problemas novos são mais demoradas do que para problemas já conhecidos⁸, os problemas psicológicos, psicossomáticos e comportamentais determinam consultas mais longas do que os problemas orgânicos⁷⁻⁹. Num dos estudos, o principal factor determinante encontrado para a duração da consulta, em relação ao doente, foi a classe social: classe social mais baixa está associada a maior duração de consulta⁵. Doentes mais idosos têm consultas mais longas⁷.

Por outro lado, têm sido conduzidos estudos sobre a relação entre a duração da consulta e vários aspectos da qualidade dos cuidados prestados, bem como da satisfação dos utentes. Onde a relação com a satisfação dos utentes foi estudada, encontrou-se um nível mais elevado de satisfação destes com médicos mais «lentos», que dão consultas mais longas¹⁰, embora não se sou-

INTRODUÇÃO

O tempo de duração da consulta é um aspecto importante para a planificação das actividades do médico, em Medicina Geral e Familiar.

Para calcular esta duração, utiliza-se por vezes¹ o número de doentes da lista, o número médio de consultas de cada inscrito por ano e o horário de trabalho do médico. Concluir-se-ia, portanto, que listas mais numerosas condicionam maior quantidade de trabalho e consultas mais breves. Entretanto, os estudos que relacionaram o tamanho da lista com a duração das consultas demonstraram que o número de inscritos não é, habitualmente, um factor

*Assistente de Clínica Geral
Centro de Saúde de Pontinha,
Extensão de Famões

besse se isso era devido ao estilo do médico ou à duração da consulta, uma vez que os médicos eram diferentes. As consultas mais breves não parecem ser obtidas à custa da eliminação de componentes importantes da consulta, por exemplo a colheita da história, o exame físico, etc: todos os componentes estão presentes nos médicos mais «rápidos», só que cada um deles é executado com maior rapidez⁵.

Consultas mais longas, feitas por médicos mais «lentos», deram origem a taxas de prescrição de medicamentos mais baixas, particularmente nos antibióticos e nos psicotrópicos^{11,12}. Os médicos mais «lentos» mandaram menos doentes regressar à consulta antes de quatro semanas, o que pode ser importante para a definição do tamanho ideal da lista^{1,11,16}.

Entretanto, quando foi possível excluir o estilo do médico como variável importante, verificou-se que, em relação às consultas «breves», as consultas «longas» permitiam ao médico identificar mais problemas, tratar mais problemas de longo prazo e discutir educação para a saúde. Aumentavam também a satisfação dos utentes¹³⁻¹⁵. Assim, de uma maneira geral, parece existir alguma relação entre a duração da consulta e vários aspectos da qualidade dos cuidados prestados, independentemente do estilo do médico («lento» ou «rápido»).

Outro estudo procurava comparar, para a mesma consulta, a opinião dos médicos e dos doentes relativamente a vários aspectos da consulta, entre os quais a duração, tendo concluído que, sempre que havia desacordo, era o médico quem tinha uma perspectiva mais crítica e negativa da mesma¹⁷.

Perante esta realidade, por vezes contraditória, de estudos realizados essencialmente no Reino Unido, os objectivos deste trabalho foram os seguintes:

1. Caracterizar a duração das consultas efectuadas durante cinco dias consecutivos, por oito médicos pertencentes

ao Centro de Saúde de Odivelas e que exercem actividade em várias Extensões do Centro de Saúde: quatro na Extensão da Rua dos Bombeiros, um na Extensão de Caneças, um na Extensão da Urmeira, um na Extensão da Póvoa de Santo Adrião e um na Extensão da Quintinha.

Foram consideradas todas as consultas em que houve contacto directo, com observação do doente, inclusivamente as consultas de vigilância de Saúde Materna e Planeamento Familiar, bem como de Saúde Infantil, situação em que foi considerada a opinião do adulto que acompanhou a criança. Foram excluídos apenas os contactos indirectos para renovação do receituário ou procedimentos administrativos.

2. Caracterizar a percepção subjectiva da duração da consulta pelos doentes.

3. Comparar a opinião dos médicos e dos pacientes relativamente à duração da consulta.

4. Comparar as razões invocadas pelos médicos e pelos pacientes para o tempo gasto na consulta, nos casos em que este é considerado escasso ou demasiado.

MÉTODOS

Foi feito um estudo descritivo e transversal, no qual participaram oito médicos, os quais durante uma semana responderam sistematicamente, no final de cada consulta, a um questionário confidencial, não anónimo, ao mesmo tempo que se utilizou o mesmo processo para inquirir cada um dos doentes, através de um questionário auto-administrado, que era preenchido nas instalações do Centro e depositado num cofre para o efeito colocado na sala de espera. Procurou-se que os doentes não soubessem que o médico iria responder a um questionário semelhante ao deles.

Os questionários foram codificados

por forma a fazer coincidir o médico e o doente, para poder comparar as respostas. As variáveis avaliadas foram oito:

1. Sexo dos doentes.
2. Idade dos doentes.
3. Tempo de consulta medido pelo médico. Os médicos utilizaram um relógio normal e a duração da consulta foi obtida subtraindo a hora de entrada da hora de saída.
4. Tempo de consulta percebido pelo doente. Pediu-se aos doentes para dizerem de forma aproximada quantos minutos a consulta demorara.
5. Opinião sobre a adequação do tempo demorado, medida nos médicos e nos doentes.

6. Razões invocadas para consultas consideradas breves, avaliadas nos médicos e nos doentes. Incluíam para os médicos a pergunta: «Se respondeu «pouco», porque é que acha que o tempo que esteve com este doente foi pouco?». Acrescentavam-se cinco hipóteses de resposta:

- «Tinha muitos doentes para ver»
- «Os problemas que este doente trazia eram de resolução fácil e/ou rápida»
- «Este doente trazia muitos problemas e/ou problemas difíceis»
- «Foi-me difícil e/ou desagradável lidar com os problemas deste doente»
- Outro motivo. Qual?...

Aos doentes era feita a pergunta: «Se foi pouco, porque é que acha que o médico esteve pouco tempo consigo?». Acrescentavam-se também cinco hipóteses de resposta:

- «O médico tinha muitos doentes»
- «Eu trazia coisas fáceis de resolver»
- «Eu trazia muitas coisas para resolver»
- «O médico teve dificuldade em se entender comigo»
- «Outro motivo. Qual?... (Questão 3).

7. Razões invocadas para consultas consideradas longas, avaliadas nos médicos e nos doentes. Incluíam para os médicos a pergunta: «Se respondeu 3 (demais), porque é que acha que o tempo que esteve com este doente foi

demais?». Acrescentavam-se seis hipóteses de resposta:

- «Foi a primeira vez que vi este doente»
- «Este doente trazia muitos problemas e/ou problemas difíceis»
- «Foi-me difícil entender os motivos do doente»
- «Fui interrompido durante a consulta»
- «Foi-me agradável contactar com este doente: conversei com ele»
- Outro motivo. Qual?...
- Aos doentes era feita a pergunta: «Se foi demais, porque é que acha que o médico esteve tempo demais consigo?». Acrescentavam-se também 6 hipóteses de resposta:

- «Era a primeira vez que o médico me via»
- «Eu trazia muitas coisas para resolver»
- «O médico teve dificuldade em me entender»
- «O médico foi interrompido»
- «O médico esteve a conversar comigo»
- Outro motivo. Qual?... (Questão 4).

8. Razões invocadas para consultas consideradas longas no doente anterior, avaliadas nos doentes. Foi utilizada uma afirmação: «Acho que o médico esteve tempo demais com o doente anterior», com resposta em escala de Likert, seguida de «se respondeu 1 ou 2 (concordo totalmente ou concordo), porque é que o médico demorou tanto tempo?», com resposta aberta (Questão 5).

RESULTADOS

Responderam aos inquéritos oito médicos, que perfizeram 274 consultas/doentes. Dos oito médicos que participaram, três fizeram-no na semana de 19 a 23 de Maio, um na semana de 26 a 30 de Maio e os restantes quatro, na semana de 2 a 6 de Junho. Dos doentes inquiridos, 167 devolveram o formulário preenchido, correspondendo a 60,95% dos inquéritos entregues (Quadro I).

Dos 167 doentes, 54 eram do sexo masculino (32,5%), 112 do sexo femi-

nino (67,5%) e um omitiu o sexo.

As idades dos doentes situaram-se essencialmente entre os 20 e os 70 anos, com uma média de 45,0 e uma mediana de 44,0, apresentando dois picos, um dos 30 aos 39 anos e outro dos 60 aos 69 anos.

Relativamente à variável 3, tempo de consulta medido pelo médico, obteve-se uma duração média de 14,4 minutos, com uma mediana de 14 minutos e uma moda de 15. Duzentas e seis consultas, correspondentes a 76,0%, demoraram entre 5 e 19 minutos (Quadro II).

No respeitante à variável 4, duração percebida pelos doentes, verificou-se

que 21 dos doentes que responderam omitiram a resposta a esta questão, o que equivale a 12,6%. A duração média percebida pelos doentes foi superior à medida pelos médicos: 17,7 minutos, com um desvio-padrão ligeiramente superior. Cento e treze consultas foram percebidas entre os 10 e os 24 minutos, o que corresponde a 77,4% das respostas: (Quadro III).

Quando excluimos inqueritos assimétricos (em que só um dos dois inquiridos responde) e comparamos os resultados, a diferença entre os dois torna-se particularmente saliente (Fig. 1).

Em relação à variável 5, opinião sobre a adequação do tempo demorado, esta foi medida nos médicos e nos doentes. Cento e sessenta doentes consideraram a duração suficiente (96,4%), seis acharam o tempo pouco e nenhum achou o tempo demais; os médicos consideraram a duração adequada em 218 casos (80,7%), pouco tempo em 20 casos e tempo demais em 32 (Quadro IV).

Quando se analisam as consultas, verificamos que em 134 casos, ou seja, 82,7% das consultas, ambos, médico e doente, consideram que a duração da consulta foi adequada/suficiente. Só num caso a duração foi demais para o médico e de menos para o doente. Das nove consultas que o médico achou que

QUADRO I

UTENTES OBSERVADOS E RESPONDENTES, POR CADA UM DOS MÉDICOS PARTICIPANTES

Médicos participantes	Utentes		%
	Observados	Respondentes	
1	30	28	93,3%
2	13	12	92,3%
3	13	6	46,2%
4	32	15	46,9%
5	50	22	44,0%
6	67	46	68,7%
7	50	25	50,0%
8	19	13	68,4%
Total	274	167	61,0%

QUADRO II

DURAÇÃO DA CONSULTA, MEDIDA PELO MÉDICO

Duração (min.)	Número	%
0-4	5	1,9%
5-9	57	21,0%
10-14	79	29,1%
15-19	70	25,8%
20-24	33	12,2%
25-29	14	5,2%
30-34	10	3,7%
35-39	2	0,7%
40-44	1	0,4%
Total	271	100%

QUADRO III

DURAÇÃO DA CONSULTA, PERCEBIDA PELO DOENTE

Duração (min.)	Número	%
0-4	1	0,7%
5-9	6	4,1%
10-14	29	19,9%
15-19	46	31,5%
20-24	38	26,0%
25-29	5	3,4%
30-34	17	11,7%
35-39	0	0,0%
40-44	4	2,7%
Total	146	100%

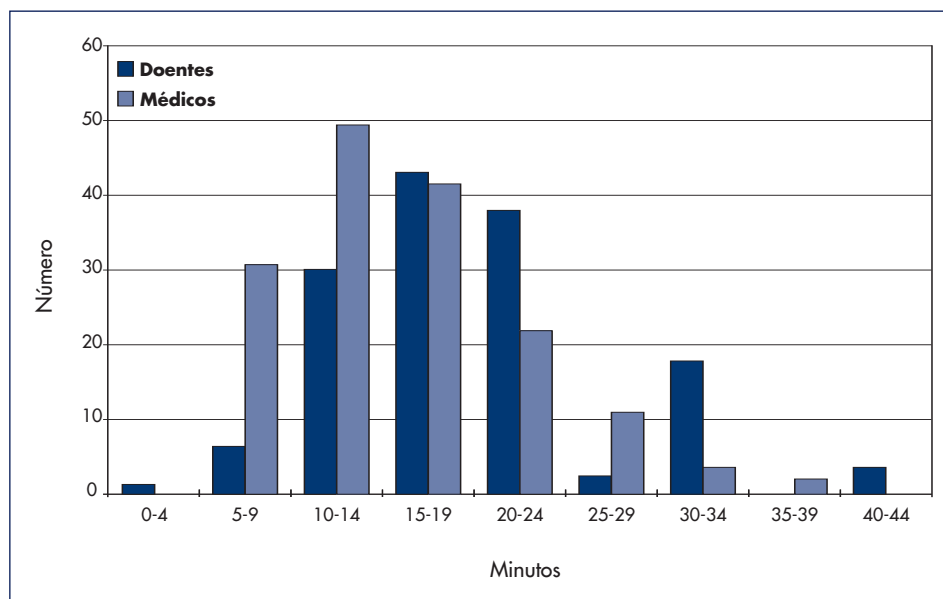


FIGURA 1. Duração atribuída à consulta pelos médicos e pelos doentes.

demoraram pouco tempo, o doente só concordou num dos casos e considerou o tempo suficiente nos outros oito (4,9%). O mesmo se verifica quando o médico considera a consulta demasiado longa, o que é mais frequente: 15 consultas, das quais o doente considera o tempo suficiente em 14 (8,6%) (Quadro V).

A variável 6, razões invocadas para consultas consideradas breves, apresentou um número reduzido de respostas; na maior parte dos casos os médicos que consideram que o tempo que estiveram com o doente foi pouco, atribuem isso ao facto de os problemas do doente serem de resolução fácil e/ou

rápida (11 casos). (Quadro VI, Médicos).

Na variável 7, razões invocadas para consultas consideradas longas, verificou-se que nenhum doente considerou a consulta demasiado longa, enquanto os médicos a consideraram assim em 32 casos. Destes, as razões mais vezes invocadas foram «Este doente trazia muitos problemas e/ou problemas difíceis» (nove casos) e o «Outro motivo» (nove casos) (Quadro VII).

As respostas abertas dos médicos não eram em número significativo nem tinham características que justificassem a sua análise pormenorizada.

As respostas dos doentes às questões 3 e 4 corresponderam com muita fre-

QUADRO IV

OPINIÃO SOBRE A DURAÇÃO DA CONSULTA, AVALIADA NOS MÉDICOS E NOS DOENTES

	Doentes			Médicos	
	Número	%		Número	%
Pouco	6	3,6%	Pouco	20	7,4%
Suficiente	160	96,4%	Adequado	218	80,7%
Demais	0	0,0%	Demais	32	11,9%
Total	166	100%	Total	270	100%

QUADRO V

CONCORDÂNCIA DAS OPINIÕES DO MÉDICO E DO DOENTE

Opinião do doente	Opinião do médico								
	Pouco			Adequado			Demais		
	Pouco	Suficiente	Demais	Pouco	Suficiente	Demais	Pouco	Suficiente	Demais
n	1	8	0	4	134	0	1	14	0
%	0,6%	4,9%	0,0%	2,7%	82,7%	0,0%	0,6%	8,6%	0,0%

QUADRO VI

MOTIVOS PARA CONSULTAS CURTAS

Doentes	Número
O médico tinha muitos doentes	4
Eu trazia coisas fáceis de resolver	1
Eu trazia muitas coisas para resolver	1
O médico teve dificuldade em se entender comigo	0
Outro motivo	0
Total	6
Médicos	Número
Tinha muitos doentes para ver	2
Os problemas...eram de resolução fácil/rápida	11
Trazia muitos problemas/difíceis	0
Foi-me difícil/desagradável....	1
Outro motivo	6
Total	20

quência a erros. Considerámos que um erro na resposta à pergunta 3 consiste em ter dito na pergunta 2 que o tempo foi suficiente e responder à pergunta seguinte, porque é que o tempo foi pouco. Um erro na resposta à pergunta 4 consiste em ter dito na pergunta 2 que o tempo foi suficiente ou pouco, e responder à pergunta 4, porque é que o tempo foi demais: (Quadro VIII).

Verifica-se que o primeiro erro, na resposta 3, é bastante mais frequente que o segundo, na resposta 4, isto é, é mais frequente a situação do doente que considera o tempo suficiente e responde à pergunta seguinte como se o tivesse achado pouco. A razão erro/acerto à pergunta 3 é de 0,95, enquan-

QUADRO VII

MOTIVOS PARA CONSULTAS LONGAS

Médicos	Número
Foi a primeira vez que...	2
Trazia muitos problemas/difíceis	9
Foi-me difícil entender os motivos	1
Fui interrompido	6
Foi-me agradável....	5
Outro motivo	9
Total	32

to à pergunta 4 é muito inferior, 0,37.

À variável 8, que avalia nos doentes as razões invocadas para consultas consideradas longas no doente anterior, responderam 133 doentes, correspondendo a uma percentagem de 79,6% do total de respondentes. A maioria das respostas recaiu nos pontos 3, 4 e 5 da escala: 99 em 133 respostas (74,4%). Houve 19 respostas abertas (14,3%) (Quadro IX).

Analisando as respostas abertas, 13 apresentaram motivos centrados no doente e seis motivos centrados no médico. Dos motivos centrados no doente, destacam-se:

- «Entendo que é **necessário**».
- «O doente tinha problemas **mais graves**».
- «Porque era uma **criança**».
- «Porque por vezes os doentes têm **necessidade de falar** com o médico e o **médico de família** serve para isso mesmo».
- «Há doentes que precisam de mais

QUADRO VIII

ERROS E ACERTOS NAS RESPOSTAS 3 E 4

	Número	%		Número	%
Erro na resposta 3	78	47,0%	Acerto na resposta 3	82	49,4%
Erro na resposta 4	45	27,1%	Acerto na resposta 4	121	72,9%

QUADRO IX

O MÉDICO ESTEVE TEMPO DEMAIS
COM O DOENTE ANTERIOR?

Resposta	Número	%
1	18	13,5%
2	16	12,0%
3	52	39,1%
4	28	21,1%
5	19	14,3%
Total	133	100%

atenção que outros».

- «Porque foi **examinado** totalmente».
- Dos motivos centrados no médico, destacam-se:
- «Para **observar** o doente convenientemente».
 - «Para o **ver** melhor».
 - «O médico é **carinhoso**».
 - «Todos os médicos **deviam** fazer o mesmo».
 - «O **meu** médico é bom **profissional**».

Embora o número de respostas seja reduzido, emergem alguns conceitos, como o de um padrão profissional médico, a referência ao **ver, observar, examinar**, como aptidões médicas particulares, e referências ao **carinho, à atenção** e ao **falar**.

DISCUSSÃO

O facto de a amostra não ser aleatória mas sim de conveniência, por um lado invalida qualquer inferência estatística relativamente à população, por outro não permite a utilização de testes estatísticos.

Outra dificuldade residiu em garantir a confidencialidade das respostas, uma vez que os questionários foram codificados para fazer corresponder o do médico com o do doente. No entanto, dado que se pretendia obter algum *feedback* do doente e em outros países estudos do mesmo tipo têm sido efectuados¹⁷, pareceu-nos legítimo realizá-lo tendo em conta este viés.

Uma terceira dificuldade consistiu no baixo grau de literacia verbal dos doentes, que afastou do estudo, de acordo com a previsão dos colegas que nele participaram, um número significativo de doentes, analfabetos reais ou virtuais.

Tendo em conta as restrições apresentadas, podemos salientar alguns aspectos:

1. As percentagens de doentes respondentes em relação aos observados apresentam uma variação muito grande entre os oito médicos (ver Quadro I), o que provavelmente está relacionado com o grau de fidelidade da relação médico-doente – médicos mais jovens, que conhecem os doentes há menos tempo, obtêm provavelmente menor percentagem de respostas.

2. É provavelmente também este factor, juntamente com o facto de o questionário ser respondido nas instalações do C.S., que explica que a duração da consulta seja percebida pelo doente como maior do que a medida pelo médico (ver Fig. 1).

3. Parece por outro lado que os doentes não sentem necessidade de estar mais tempo com o médico, o que é sugerido pela percentagem de consultas em que o tempo foi considerado su-

ficiente pelos doentes (96,4%). Apesar de tudo, os médicos são muito mais críticos do tempo gasto (só 80,7% de adequados, ver Quadro IV).

No entanto, se analisarmos os erros a que se faz referência no Quadro VIII, estes parecem sugerir mais uma vez que a opção pela resposta «suficiente» não tem que ver apenas com a opinião mas também com a fidelidade à relação. Ao responderem à pergunta seguinte, os doentes estão provavelmente a sugerir subtilmente que acharam a consulta breve.

4. Quando se emparelham as respostas, os médicos e os doentes concordam massivamente em relação à duração adequada (82,7%, ver Quadro V), o que pode significar mais uma vez uma fidelidade que vai ao ponto de ser difícil reconhecer uma discordância ou imaginar uma realidade alternativa

5. As razões invocadas para consultas consideradas breves ou longas, tanto nos médicos como nos doentes, raramente são fornecidas e quando o são recaem essencialmente nas respostas de natureza mais objectiva: o médico tinha muitos doentes (ver Quadro VI), os problemas do doente eram de resolução rápida, e só em 5 casos o médico considerou ter demorado mais tempo por lhe ter sido agradável estar com o doente (ver quadro VII), portanto uma razão subjectiva. Isto pode significar uma dificuldade mútua em invocar factores subjectivos na relação médico-doente, proveniente quer da própria relação quer das circunstâncias de preenchimento dos questionários.

6. Os doentes parecem interessar-se pelo tempo que demora o doente anterior, uma vez que 79,6% (133) dos respondentes preencheram a pergunta do questionário referente a esta variável (ver Quadro IX). Entretanto, são poucos os que concordam com a frase expressa. A análise das respostas abertas foi feita no capítulo dos resultados. Porém aqui queria mais uma vez salien-

tar que é provável a relação que fideliza o médico e o doente ser responsável pelo tipo e quantidade de respostas encontradas: em nenhum caso o doente se atreve a achar que o médico não fez bem em ter demorado muito tempo. Por outro lado, é possível que haja também uma explicação relativa à ética da relação doente-doente, baseada num sentimento de reciprocidade, que pode ser assim expresso: «hoje foi ele que demorou muito tempo, amanhã posso ser eu a precisar», o que aliás é sugerido por algumas das respostas abertas.

Parece-nos útil a realização de outros estudos deste tipo, contemplando outros aspectos da consulta para além da duração, por permitirem o confronto de perspectivas e valores que o contacto directo muitas vezes oculta em lugar de revelar. Além disso podem permitir, embora não tenha sido esse o objectivo deste estudo, comparar diferentes práticas.

Com menos limitações de tempo e outros recursos, é possível obter resultados mais representativos por meio da aleatorização dos médicos e das semanas em que decorre o estudo. Por outro lado, a dificuldade de uma boa parte dos doentes em responder aos questionários pode ser ultrapassada utilizando entrevistadores exteriores à instituição, o que não foi possível nesta ocasião.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernandes A, Arnaud F, Carvalho L, Monsanto L, Almeida M. Programação de actividades numa lista de que se conhece a pirâmide etária. *Rev Port Clin Geral* 1996; 13:303-9.
2. Butler JR. How many patients. Occasional paper of social administration 64. London, Bedford Square Press, 1980.
3. Butler J, Calnan M. Too many patients? A study of the economy of time and standards of care in general practice. Aldershot, Avebury, 1987.
4. Howie JG, Porter AM, Forbes JF. Quality

and use of time in general practice: widening the discussion. *Br Med J* 1989; 298:1008-10.

5. Buchanan IC, Richardson IM. Time study of consultations in general practice. *Scottish Health Service Statistics* nº 27, Edinburgh, Scottish Home and Health Department, 1973.

6. Gray J. The effect of the doctor's sex on the doctor patient relationship. *J R Coll Gen Pract* 1982; 32:167-9.

7. Raynes NV, Cairns V. Factors contributing to the length of general practice consultations. *J R Coll Gen Pract* 1980; 30:496-8.

8. Morrell DC. Expressions of morbidity in general practice. *Br Med J* 1971; 2:454-8.

9. Westcott R. The length of consultation in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1977; 27:552-5.

10. Hull FM, Hull FS. Time and the general practitioner; the patient's view. *J R Coll Gen Pract* 1984; 34:71-5.

11. Hughes D. Consultation length and outcome in two group general practices. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33:143-7.

12. Murray TS, Barber JH, Hannay DR. Consulting time and prescribing rates. *Update* 1978; 16:969-75.

13. 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 Med Pract* 1991; 41:48-54.

14. Roland MO, Bartholomew J, Courtenay MJF, Morris RW, Morrell DC. The "five minute" consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J* 1986; 292:874-6.

15. Morrell DC, Evans ME, Morris RW, Roland MO. The "five minute" consultation: effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *Br Med J* 1986; 292:870-73.

16. Wilson A. Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract* 1991; 41:119-22.

17. Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. Consultations in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction. *Br Med J* 1989; 299:1015-6.

Endereço para correspondência:

Jorge Domingues Nogueira
Rua Abel Manta, nº 4, 4º Esq,
2700-004 Amadora

Recebido para publicação em: 03/12/97
Aceite revisto para publicação em: 15/07/02

LENGTH OF CONSULTATION: PHYSICIANS' AND PATIENTS' PERCEPTIONS

ABSTRACT

Objectives: To characterise the length (time duration) of consultations conducted by eight general practitioners on five consecutive days, and the corresponding subjective perception by patients. To compare doctors' and patients' opinions regarding the length of consultation and the reasons given by either for both long and short consultations.

Type of Study: Descriptive, cross-sectional.

Setting: Five outposts of the Odivelas Health Centre (urban environment).

Population: 274 consultations corresponding to eight physicians and 274 patients.

Methods: A self-applied questionnaire was given to the doctors and patients. Questionnaires were filled out at the Health Centre premises at the end of each appointment.

Results: Average length of consultation was 14.4 minutes, and average length as perceived by patients was 17.7 minutes. Doctors found consultation length adequate in 80.7% of cases, and patients did so in 96.4% of cases. No patients found the consultation too long. Most patients (74.4%) did not find that the doctor's appointment with the previous patients was too long.

Conclusions: In this sample, physicians were more critical of consultation length than patients. Patients seldom made negative remarks concerning the doctor's performance.

Key-words: Length/Duration of Consultation; Patient-Physician Relationship.