

# Tempo de espera e duração da consulta médica na região metropolitana de Manaus, Brasil: estudo transversal de base populacional, 2015\*

doi: 10.5123/S1679-49742020000400014

Waiting time and medical consultation length in the Manaus metropolitan region, Brazil: a cross-sectional, population-based study, 2015

Tiempo de espera y duración de la consulta médica en la región metropolitana de Manaus, Brasil: estudio transversal de base poblacional, 2015

Taís Freire Galvão<sup>1</sup> - orcid.org/0000-0003-2072-4834

Gustavo Magno Baldin Tiguman<sup>1</sup> - orcid.org/0000-0001-9518-7194

Douglas Borges da Costa Filho<sup>2</sup> - orcid.org/0000-0002-3227-2508

Marcus Tolentino Silva<sup>3</sup> - orcid.org/0000-0002-7186-9075

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Campinas, SP, Brasil

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil

<sup>3</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil

## Resumo

**Objetivo.** Analisar o tempo de espera e a duração de consulta médica na região metropolitana de Manaus, Brasil. **Métodos.** Estudo transversal, realizado com adultos residentes na região em 2015. O tempo de espera para consulta e a duração da consulta, em minutos, foram referidos pelos participantes. A análise foi realizada por regressão de Tobit e ponderada pelo desenho amostral. **Resultados.** Foram entrevistados 4.001 indivíduos. O tempo médio de espera foi de 125,4 minutos (IC<sub>95%</sub> 120,2;130,5), enquanto a consulta durou, em média, 52,5 minutos (IC<sub>95%</sub> 48,0;57,0). Mulheres, pessoas pobres, pessoas com baixa escolaridade, indígenas, residentes em municípios do interior, sem seguro de saúde e atendidos por ginecologistas esperaram mais pela consulta ( $p < 0,05$ ). O tempo de consulta foi menor em pessoas não brancas, com estado de saúde ruim e com plano de saúde ( $p < 0,05$ ). **Conclusão.** A consulta médica durou, em média, metade do tempo de espera. Observaram-se iniquidades sociais nesses períodos de tempo.

**Palavras-chave:** Listas de Espera; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Estudos Transversais; Consultórios Médicos.

\*Estudo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), agência do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC): Processos n° 404990/2013-4 e n° 448093/2014-6.

## Endereço para correspondência:

**Gustavo Magno Baldin Tiguman** – Universidade Estadual de Campinas, Rua Cândido Portinari, n° 200, Cidade Universitária, Campinas, SP, Brasil. CEP: 13083-871  
E-mail: gustavo.tiguman@gmail.com

## Introdução

A consulta médica é um momento de interação entre profissionais de saúde e pacientes, pautada pelo relacionamento interpessoal.<sup>1</sup> A comunicação adequada é essencial para o diagnóstico e tratamento de alta qualidade, e afeta os desfechos de saúde.<sup>2</sup> A assistência médica, o conhecimento técnico, a empatia com o paciente, a facilidade de acesso à assistência médica e a duração adequada da consulta estão associados a maior qualidade da consulta médica.<sup>3</sup> Para a melhoria contínua dos serviços de saúde, faz-se necessária a avaliação periódica de todo o processo, como da satisfação do paciente com a consulta médica fornecida.<sup>4</sup>

*Estudos de base populacional avaliando o tempo de espera e o tempo de consulta médica no Brasil são escassos, em especial na região Norte do país.*

As filas de espera indicam desproporção entre a demanda e a capacidade de prestação de serviços de saúde.<sup>5</sup> As restrições organizacionais e estruturais são os principais fatores contribuintes desse desequilíbrio,<sup>5</sup> e um deles, o tempo de espera para atendimento, afeta a satisfação dos pacientes e a resolutividade do sistema de saúde.<sup>6,7</sup> Em ambientes de alta complexidade, atraso no agendamento da consulta e serviços operando acima da capacidade aumentam, desnecessariamente, o tempo de internação.<sup>8</sup> A dificuldade de agendar consultas é um dos principais fatores de insatisfação, uma vez que esperar por longos períodos de tempo, geralmente, resulta em consultas mais curtas.<sup>8</sup>

Enquanto o tempo de espera é atribuído aos processos organizacionais, o tempo de consulta é caracterizado por demandas de saúde e anseios, que contrastam entre os indivíduos e, por isso, exige interações empáticas.<sup>9</sup> Maior duração das consultas médicas não necessariamente melhora os resultados de desempenho da Atenção Primária à Saúde, incluindo prescrições emitidas, solicitações de exames laboratoriais e encaminhamentos, e satisfação do paciente com o atendimento.<sup>10</sup> O conteúdo da consulta parece desempenhar papel importante na satisfação tanto do paciente como do médico.<sup>11</sup>

Estudos de base populacional que avaliem o tempo de espera e o tempo de consulta médica no Brasil são escassos, especialmente na região Norte do país. O

objetivo deste trabalho foi analisar o tempo de espera e a duração da consulta médica e fatores associados, na região metropolitana de Manaus, no ano de 2015.

## Métodos

Foi conduzido um estudo transversal de base populacional com adultos residentes na região metropolitana de Manaus, no estado do Amazonas. A região metropolitana reúne mais sete municípios, além da capital, Manaus: Careiro da Várzea, Iranduba, Itacoatiara, Manacapuru, Novo Airão, Presidente Figueiredo e Rio Preto da Eva. Foram utilizados dados de pesquisa realizada no segundo semestre de 2015, sobre uso de insumos e situação de saúde da população da região.<sup>12</sup>

Indivíduos com 18 anos ou mais de idade foram elegíveis para a pesquisa. O processo de amostragem constou de três etapas: (i) sorteio do setor censitário; (ii) seleção sistemática do domicílio; e (iii) sorteio de um adulto presente no domicílio, a partir de cotas predefinidas de sexo e idade, com base nas estimativas nacionais oficiais, conforme processo previamente detalhado.<sup>12</sup>

O tamanho da amostra foi calculado em 4.000 pessoas, estimando-se um uso de serviços de saúde de 50%, com nível de confiança de 95%, precisão de 2% e efeito de delineamento de 1,5.<sup>12</sup>

Os desfechos primários foram o tempo de espera e a duração da consulta médica. As variáveis independentes foram:

- a) idade (em anos: 18-24; 25-34; 35-44; 45-59; 60 ou mais);
- b) sexo (masculino; feminino);
- c) classe socioeconômica (A/B, C ou D/E, em que A representa as pessoas mais ricas e D/E os mais pobres, de acordo com o relato de itens de conforto e escolaridade do chefe do domicílio, seguindo o Critério Brasil de Classificação Econômica de 2015);<sup>13</sup>
- d) escolaridade (ensino superior; ensino médio; ensino fundamental; menos do que o ensino fundamental);
- e) raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena);
- f) estado de saúde (muito bom/bom; regular; ruim/muito ruim);
- g) cidade de residência (capital; interior);
- h) seguro de saúde (sim; não); e
- i) especialidade médica da última consulta (médico de família/clínico geral; ginecologista; especialista).

Os desfechos primários foram: o tempo de espera para consulta médica, definido a partir do momento em que o paciente chegou à instituição de saúde até sua entrada no consultório; e o tempo de consulta médica, definido a partir do momento em que o paciente entrou no consultório até sua saída. Ambos os desfechos foram definidos em minutos.

Os desfechos primários foram mensurados pelas seguintes perguntas:

*Na última vez em que você foi ao médico, quanto tempo você ficou na fila para a consulta (desde o momento em que chegou ao serviço de saúde até o início da consulta)? Quanto tempo durou a consulta médica?*

A classificação econômica foi estimada de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil 2015, com base no relato de itens de conforto no domicílio, educação do chefe da família e acesso a água encanada e asfaltamento na imediação da residência.<sup>13</sup>

Entrevistadores experientes realizaram entrevistas presenciais e os questionários preenchidos foram armazenados em *tablets* (Tab3 SM-T110 Samsung® Galaxy), pelo *software* Survey To Go (Dooblo Ltd, Israel). Os dados foram transmitidos ao servidor de pesquisa via internet. Um pré-teste foi realizado para verificar a compreensão do questionário. O local da entrevista foi georreferenciado, e parte da entrevista foi gravada em áudio; 20% das entrevistas foram auditadas por telefone, para controle de qualidade.<sup>12</sup>

A análise bivariada, por regressão Tobit, permitiu identificar os fatores associados ao tempo de espera (removidos os valores iguais a 0 e maiores que 180 minutos) e duração da consulta (removidos os valores iguais a 0 e maiores que 120 minutos). O ponto de corte foi definido em valores mínimos e máximos plausíveis para os resultados. Os coeficientes ajustados ( $\beta$ ) também foram calculados pela regressão Tobit, com todas as variáveis cujo fator de inflação de variância (FIV) fosse menor que 10, para evitar multicolinearidade. Foi realizada análise de sensibilidade com *backward stepwise*, para investigar a robustez do modelo. Do modelo completo, a variável com o maior valor p foi removida. Esse processo foi repetido até que o valor mais alto de p fosse menor que 0,20 para todas as variáveis. Gráficos preditivos foram desenvolvidos com variáveis estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), para melhor ilustrar as diferenças entre as principais categorias das variáveis. Todas as análises foram realizadas com o uso do *software* Stata (v.14.2), com correção para o

desenho complexo da amostra (comando *szy*) e cálculo dos intervalos de confiança de 95% ( $IC_{95\%}$ ).

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM): Parecer nº 974.428/2015 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética [CAAE] nº 42203615.4.0000.5020, em 3 de março de 2015. Todos os participantes confirmaram sua concordância em participar do estudo, ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Foram convidadas a participar da pesquisa 5.410 pessoas; 1.314 recusaram e 95 não eram elegíveis, das quais 946 mulheres e 368 homens, resultando em proporção de recusas e perdas de 26%. Foram entrevistados 4.001 indivíduos. Houve maior concentração de entrevistados na idade entre 25 e 44 anos (49,9%), 84,2% pertenciam à classificação socioeconômica mais baixa (C/D/E) e 4,0% tinham ensino superior. A maioria dos entrevistados se autodeclarou parda (72,2%), reportou bom estado de saúde (66,1%), morava na capital (86,9%) e não dispunha de plano de saúde (87,0%). A maior parte das pessoas consultou um clínico geral ou médico de família em sua última consulta médica (77,1%) (Tabela 1).

O tempo médio de espera para consulta médica foi 125,4 minutos ( $IC_{95\%}$  120,2;130,5), e o tempo médio de consulta, 52,5 minutos ( $IC_{95\%}$  48,0;57,0). A mediana mais alta do tempo de espera em minutos foi observada entre pessoas pertencentes à classificação socioeconômica D/E (mediana = 120 – intervalo interquartil: 30;180), indígenas (mediana = 120 – intervalo interquartil: 60;180), residentes no interior do estado (mediana = 120 – intervalo interquartil: 30;180) e atendidas por ginecologista na última consulta (mediana = 120 – intervalo interquartil: 45;180). As medianas mais baixas do tempo de espera corresponderam, principalmente, às pessoas atendidas por plano de saúde (mediana = 40 – intervalo interquartil: 20;120) e àquelas classificadas na classificação econômica A/B (mediana = 60 – intervalo interquartil: 30;120). A mediana mais frequente da duração da consulta médica foi 15 minutos. A menor mediana de duração da consulta foi verificada entre indígenas (mediana = 10 – intervalo interquartil: 5;20) e residentes no interior (mediana = 10 – intervalo interquartil: 10;30) (Tabela 1).

**Tabela 1 – Características da população e medianas do tempo de espera e do tempo de consulta médica (n=4.001), região metropolitana de Manaus, 2015**

Variáveis	n (%) <sup>a</sup>	Mediana (intervalo interquartil)	
		Tempo de espera (minutos)	Duração da consulta (minutos)
<b>Faixa etária (anos)</b>			
18-24	838 (20,9)	80 (30;180)	15 (10;40)
25-34	1.152 (28,8)	90 (40;180)	15 (10;30)
35-44	843 (21,1)	90 (30;180)	15 (10;20)
45-59	772 (19,3)	90 (30;180)	15 (10;25)
≥60	396 (9,9)	60 (28;130)	15 (10;30)
<b>Sexo</b>			
Masculino	1.888 (47,2)	65 (30;130)	15 (10;25)
Feminino	2.113 (52,8)	90 (30;180)	15 (10;30)
<b>Classificação econômica</b>			
A/B	629 (15,7)	60 (30;120)	15 (10;20)
C	2.285 (57,1)	82 (30;180)	15 (10;30)
D/E	1.087 (27,1)	120 (30;180)	15 (10;30)
<b>Nível educacional</b>			
Ensino superior	158 (4,0)	90 (30;180)	15 (5;25)
Ensino médio	1.903 (47,5)	65 (30;120)	15 (10;30)
Ensino fundamental	649 (16,2)	90 (40;150)	15 (10;20)
Menos que o ensino fundamental	1.291 (32,3)	80 (30;180)	15 (10;30)
<b>Raça/cor da pele</b>			
Branca	636 (15,9)	90 (30;180)	15 (10;61)
Preta	300 (7,5)	65 (30;120)	15 (10;20)
Amarela	138 (3,5)	90 (40;150)	15 (10;20)
Parda	2.886 (72,2)	80 (30;180)	15 (10;30)
Indígena	41 (1,0)	120 (60;180)	10 (5;20)
<b>Estado de saúde</b>			
Muito bom/bom	2.646 (66,1)	80 (30;180)	15 (10;30)
Regular	1.108 (27,7)	90 (30;180)	15 (10;25)
Ruim/muito ruim	247 (6,2)	100 (30;180)	15 (10;20)
<b>Cidade de residência</b>			
Capital (Manaus)	3.479 (86,9)	80 (30;180)	15 (10;30)
Interior	522 (13,2)	120 (30;180)	10 (10;30)
<b>Plano de saúde</b>			
Não	3.478 (87,0)	90 (40;180)	15 (10;30)
Sim	523 (13,0)	40 (20;120)	15 (10;25)
<b>Especialidade médica da última consulta</b>			
Médico de família/clínico geral	2.995 (77,1)	80 (30;180)	15 (10;25)
Ginecologista	402 (10,3)	120 (45;180)	15 (10;30)
Especialista	489 (12,6)	60 (30;150)	15 (10;30)

a) Porcentagens corrigidas pelo desenho da amostra.

Pessoas na idade de 60 anos ou mais ( $\beta = -21,8 - IC_{95\%} -32,1; -11,6$ ), de raça/cor da pele preta ( $\beta = -19,8 - IC_{95\%} -29,9; -9,8$ ) e parda ( $\beta = -10,7 - IC_{95\%} -17,7; -3,7$ ) e beneficiários de plano de saúde ( $\beta = -32,5 - IC_{95\%} -39,1; -25,9$ ) aguardaram mais tempo por consulta médica (Tabela 2). Mulheres ( $\beta = 9,3 - IC_{95\%} 4,2; 14,4$ ), pessoas pertencentes às classificações econômicas C ( $\beta = 11,3 - IC_{95\%} 4,7; 17,9$ ) e D/E ( $\beta = 17,3 - IC_{95\%} 9,0; 25,6$ ), que não haviam completado o ensino fundamental ( $\beta = 13,0 - IC_{95\%} 0,1; 25,9$ ), residentes no interior ( $\beta = 10,6 - IC_{95\%} 2,8; 18,4$ ) e consultadas por

ginecologista ( $\beta = 12,0 - IC_{95\%} 3,2; 20,8$ ) aguardaram mais tempo pela consulta (Tabela 2).

Indivíduos com idade de 25-34 anos ( $\beta = -8,5 - IC_{95\%} -12,5; -4,5$ ), 35-44 ( $\beta = -9,2 - IC_{95\%} -13,4; -5,0$ ) e 45-59 anos ( $\beta = -7,6 - IC_{95\%} -11,9; -3,2$ ), pessoas autodeclaradas pretas ( $\beta = -20,7 - IC_{95\%} -26,0; -15,5$ ), amarelas ( $\beta = -23,2 - IC_{95\%} -28,2; -18,2$ ), pardas ( $\beta = -12,0 - IC_{95\%} -16,2; -7,7$ ) e indígenas ( $\beta = -21,3 - IC_{95\%} -33,5; -9,0$ ), indivíduos com estado de saúde regular ( $\beta = -6,3 - IC_{95\%} -9,1; -3,4$ ) ou ruim ( $\beta = -15,0 - IC_{95\%} -18,8; -11,1$ ) e pessoas com plano de saúde ( $\beta = -8,8$

**Tabela 2 – Coeficientes ( $\beta$ ) do tempo de espera para consulta médica e da duração da consulta em minutos (n=4.001), região metropolitana de Manaus, 2015**

Variáveis	Tempo de espera <sup>a</sup>		Duração da consulta <sup>a</sup>	
	$\beta$ (IC <sub>95%</sub> ) <sup>c</sup>	Valor p <sup>a</sup>	$\beta$ (IC <sub>95%</sub> ) <sup>c</sup>	Valor p <sup>a</sup>
<b>Faixa etária (anos)</b>		<0,001		<0,001
18-24	Referência		Referência	
25-34	-1,7 (-8,7;5,2)		-8,5 (-12,5;-4,5)	b
35-44	-0,3 (-7,9;7,2)		-9,2 (-13,4;-5,0)	b
45-59	-0,2 (-8,1;7,7)		-7,6 (-11,9;-3,2)	b
≥60	-21,8 (-32,1;-11,6)	b	-0,8 (-6,6;5,0)	
<b>Sexo</b>				0,093
Masculino	Referência		Referência	
Feminino	9,3 (4,2;14,4)	b	2,4 (-0,4;5,1)	
<b>Classificação econômica</b>		<0,001		<0,001
A/B	Referência		Referência	
C	11,3 (4,7;17,9)	b	6,5 (3,3;9,8)	b
D/E	17,3 (9,0;25,6)	b	12,5 (8,2;16,7)	b
<b>Nível educacional</b>		0,244		0,064
Ensino superior	Referência		Referência	
Ensino médio	10,1 (-1,9;22,1)		1,9 (-4,2;8,0)	
Ensino fundamental	9,0 (-4,4;22,3)		-3,2 (-10,0;3,6)	
Menos que o ensino fundamental	13,0 (0,1;25,9)	b	-0,5 (-7,0;6,0)	
<b>Raça/cor da pele</b>		0,001		<0,001
Branca	Referência		Referência	
Preta	-19,8 (-29,9;-9,8)	b	-20,7 (-26,0;-15,5)	b
Amarela	-12,9 (25,9;0,1)		-23,2 (-28,2;-18,2)	b
Parda	-10,7 (-17,7;-3,7)	b	-12,0 (-16,2;-7,7)	b
Indígena	7,7 (-15,5;30,9)		-21,3 (-33,5;-9,0)	b
<b>Estado de saúde</b>		0,255		<0,001
Muito bom/bom	Referência		Referência	
Regular	1,5 (-4,0;7,1)		-6,3 (-9,1;-3,4)	b
Ruim/muito ruim	9,1 (-1,8;20,0)		-15,0 (-18,8;-11,1)	b
<b>Cidade de residência</b>		0,008		0,379
Capital (Manaus)	Referência		Referência	
Interior	10,6 (2,8;18,4)	b	2,0 (-2,5;6,5)	
<b>Plano de saúde</b>		<0,001		<0,001
Não	Referência		Referência	
Sim	-32,5 (-39,1;-25,9)	b	-8,8 (-11,9;-5,7)	b
<b>Especialidade médica da última consulta</b>		0,027		0,297
Médico de família/clínico geral	Referência		Referência	
Ginecologista	12,0 (3,2;20,8)	b	3,6 (-1,0;8,2)	
Especialista	0,3 (-7,0;7,5)		1,0 (-2,7;4,7)	

a) Modelo Tobit com todas as variáveis.

b) Variável permaneceu significativa na análise de sensibilidade.

c) IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança de 95%.

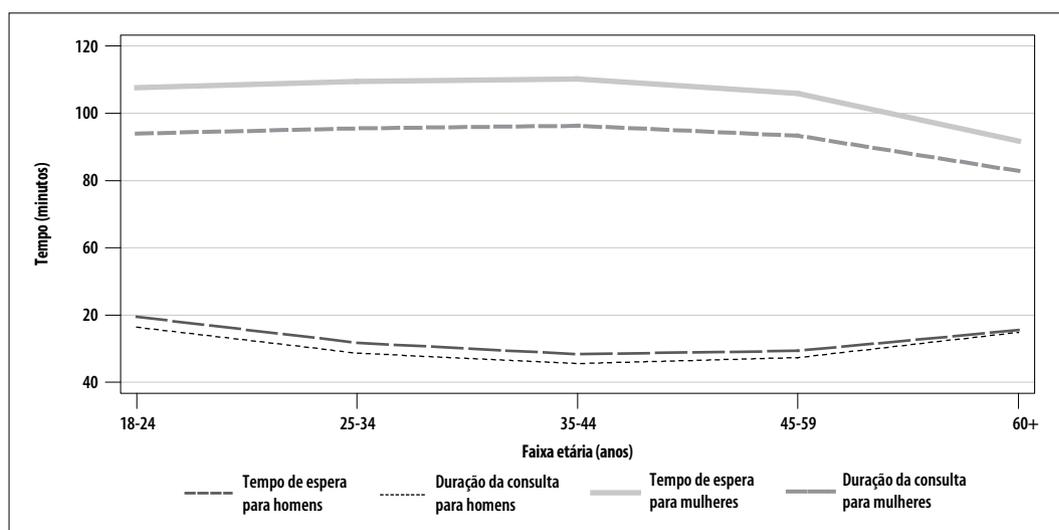
– IC<sub>95%</sub> -11,9;-5,7) tiveram um tempo de consulta mais curto. As consultas médicas foram mais longas em indivíduos das classificações econômicas C ( $\beta=6,5$  – IC<sub>95%</sub> 3,3;9,8) e D/E ( $\beta=12,5$  – IC<sub>95%</sub> 8,2;16,7) (Tabela 2).

As mulheres esperaram mais tempo que os homens para consulta, independentemente da faixa etária (Figura 1). O tempo previsto de espera e o tempo de duração da consulta, estratificados por plano de saúde, classificação econômica e raça/cor da pele, mostraram que

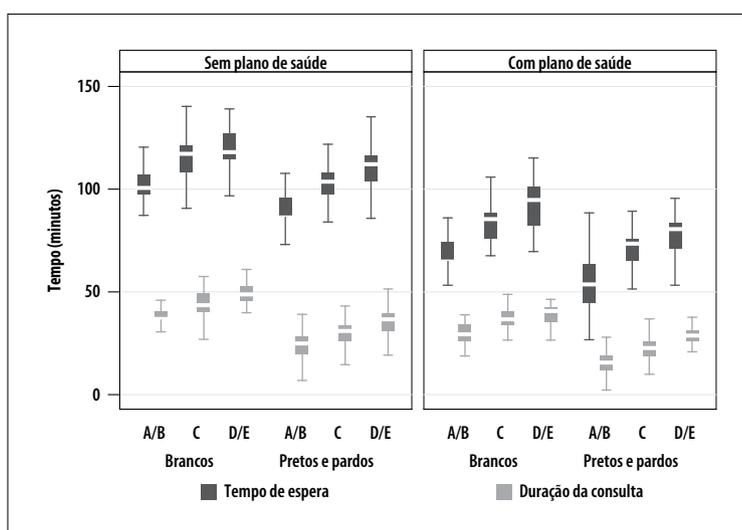
indivíduos com plano de saúde, classificação econômica mais baixa, negros e pardos tiveram menor tempo de espera e de consulta (Figura 2).

## Discussão

A população adulta da região metropolitana de Manaus espera, em média, mais de duas horas por uma consulta médica. Maior tempo de espera foi observado



**Figura 1 – Tempo de espera e de consulta para homens e mulheres em minutos, por faixa etária (N=4.001), região metropolitana de Manaus, 2015**



**Figura 2 – Tempo de espera e de consulta em minutos para indivíduos brancos, pretos e pardos, estratificados por classificação socioeconômica e plano de saúde (n=4.001), região metropolitana de Manaus, 2015**

para mulheres, pessoas com menor escolaridade e renda e para aqueles sem plano de saúde. A consulta médica durou, em média, menos de uma hora, e foi significativamente mais curta entre pessoas não brancas, com pior estado de saúde e com plano de saúde privado.

Os resultados apresentados estão sujeitos a viés de seleção, devido à inclusão de pessoas presentes no domicílio no momento da entrevista e que concordaram em participar da pesquisa, o que pode ter impactado

no perfil e nas respostas dos participantes do estudo. Os resultados foram autorrelatados e, por este motivo, podem estar sujeitos a viés de informação, incluído o viés recordatório; como o tempo decorrido entre a entrevista e a última consulta médica não foi coletado, inviabilizou-se a análise detalhada do efeito desse possível viés nos resultados. Análises prévias da acurácia entre autorrelato do tempo e dados administrativos não foram identificadas; mas observa-se elevada concordância entre

o relato do uso de serviço e o registro administrativo.<sup>14</sup> As análises não consideraram a gravidade e resolutividade do caso, tampouco o percurso administrativo e logístico enfrentado pelo paciente para acessar os serviços de saúde. A análise multivariável baseou-se puramente em critérios estatísticos para inclusão das variáveis, o que pode fragilizar os achados analíticos. Para obter representatividade populacional foi empregada amostragem probabilística, com cotas de sexo e idade prédefinidas, e o delineamento complexo foi considerado nas análises, procedimentos que aumentam a confiança nos resultados encontrados.

Os tempos de espera observados na região metropolitana de Manaus são mais longos do que os reportados em outros contextos nacionais. Em uma unidade de saúde de Porto Alegre, região Sul do Brasil, estudo realizado no ano 2000 encontrou que os usuários de uma unidade de saúde esperaram de 5 a 85 minutos para serem consultados pelo médico.<sup>15</sup> Entre os indivíduos que vivem em municípios brasileiros com índice de pobreza acima de 20% e assistidos pelo Programa Mais Médicos – um programa para inserir médicos em áreas remotas do país, carentes de atendimento à saúde –, 76% dos usuários esperaram menos de uma hora no dia de suas consultas, e 98% tiveram duração da consulta inferior a 30 minutos.<sup>16</sup>

Intervenções para reduzir as filas de espera incluem agendamento de acesso aberto, consulta de acompanhamento por telefone, triagem por enfermeiros e clínicos gerais e consultas por correio eletrônico.<sup>17</sup> Questões administrativas, como a carga horária de médicos gerais, por exemplo, podem influenciar no quanto o paciente espera.<sup>18</sup> Ferramentas de apoio à tomada de decisão compartilhada mostraram-se efetivas no sentido de melhorar o conteúdo da consulta médica e a satisfação dos médicos, sem aumentar a duração do atendimento.<sup>11</sup>

Neste estudo, os pacientes com plano de saúde passaram menos tempo aguardando pela consulta, achado semelhante ao de um estudo transversal que analisou 21 milhões de consultas ambulatoriais de pacientes do sistema Medicaid, dos Estados Unidos, em 2013, quando também se encontrou períodos de espera mais longos entre pacientes sem plano de saúde privado, comparados aos pacientes com cobertura de seguro de saúde.<sup>3</sup> Uma explicação possível para esse fato seria a maior disponibilidade de profissionais e/ou

menor densidade de demanda, levando a um menor tempo de espera pelos serviços de saúde.<sup>3</sup>

Baixa escolaridade foi associada a um maior tempo de espera e menor tempo de consulta. Em um estudo de base populacional conduzido na Argentina, 61% das pessoas que não concluíram o ensino fundamental aguardaram uma hora ou mais pela consulta, em comparação com 32% daquelas com nível superior.<sup>19</sup> Análise de registros administrativos realizada na Austrália em 2004 e 2005 também revelou a influência da classificação socioeconômica no tempo de espera e a estreita relação entre o nível socioeconômico, a escolaridade e o acesso aos serviços de saúde.<sup>20</sup> A baixa escolaridade pode implicar barreiras de comunicação no momento da consulta e menor acesso aos serviços de saúde, possíveis fatores relacionados à menor duração da consulta médica.<sup>21</sup> Nesse cenário, a empatia dos profissionais de saúde envolvidos e sua capacidade de superar limitações como essas também merecem ser avaliados.

A pesquisa nacional de saúde realizada em Portugal, entre 2005 e 2006, concluiu que as variáveis socioeconômicas e a região de residência influenciaram no tempo de espera pela consulta.<sup>22</sup> Isso parece ser uma característica primordial em países com sistemas de saúde universais, com influência direta no princípio da equidade. O mesmo foi observado na Itália, Canadá e Espanha.<sup>23-26</sup> No presente estudo, indivíduos com menor classificação econômica aguardaram mais por uma consulta médica.

As mulheres esperaram mais do que os homens pelas consultas, que, para elas, também duraram mais tempo. A ginecologia foi a especialidade com maior tempo de espera. Um estudo de corte sueco, conduzido entre 2009 e 2012, avaliou 159.352 consultas médicas e concluiu que as mulheres, mesmo tendo níveis idênticos de prioridade nos protocolos de classificação, esperaram mais que os homens por atendimento.<sup>27</sup> Pode-se considerar a hipótese de maior tendência ao autocuidado nas mulheres, com possível maior tempo relatando problemas de saúde e interagindo com o profissional durante a consulta.<sup>28</sup> Particularidades do exame físico e procedimentos assistenciais específicos do público feminino, igualmente, podem explicar essa diferença observada entre sexos.

Indivíduos pretos e pardos tiveram menor tempo de espera e de consulta do que brancos, inclusive após estratificar por plano de saúde. A utilização menos

frequente dos serviços de saúde pode explicar o menor tempo de espera observado em minorias étnicas.<sup>29</sup> Análises anteriores dessa população mostraram que os pardos têm menor cobertura por plano de saúde e menos doenças crônicas autorrelatadas – possivelmente, devido à falta de diagnóstico –, enquanto os indígenas apresentam maior prevalência de doenças crônicas.<sup>29</sup> Discriminação e racismo estruturais também podem explicar o menor tempo de consulta observado.

A demanda por melhorias nos serviços de saúde é contínua. É necessário avançar nos modelos de gestão e aumentar os recursos humanos e estruturais para que o Sistema Único de Saúde garanta acesso integral, universal e igualitário a toda a população.<sup>30</sup> Restrições a investimentos, como o adotado pelo teto de gastos sociais, potencialmente prejudicarão o cenário observado.

O tempo gasto pela população da região metropolitana de Manaus para consultas médicas é longo; e as consultas duram metade do tempo de espera, em média. O tempo de espera e a duração da consulta são impactados negativamente pelas desigualdades sociais. Pesquisas futuras devem considerar a qualidade dos serviços prestados.

### Contribuição dos autores

Galvão TF e Silva MT desenharam o trabalho, analisaram e interpretaram os dados e revisaram criticamente o trabalho. Tiguman GMB e Costa Filho DB interpretaram os dados e escreveram a primeira versão do trabalho. Todos os autores aprovaram a versão final e declaram-se responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

### Referências

1. Chichirez CM, Purcarea VL. Interpersonal communication in healthcare. *J Med Life* [Internet]. 2018 Apr-Jun [cited 2020 Jun 24];11(2):119-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6101690/>
2. Riedl D, Schussler G. The Influence of doctor-patient communication on health outcomes: a systematic review. *Z Psychosom Med Psychother* [Internet]. 2017 Jun [cited 2020 Jun 24];63(2):131-50. Available from: <https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.2.131>
3. Oostrom T, Einav L, Finkelstein A. Outpatient office wait times and quality of care for medicaid patients. *Health Affairs* [Internet]. 2017 May [cited 2020 Jun 24];36(5):826-32. Available from: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1478>
4. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PR, Almeida WS, Malta DC. Perception of the Brazilian population on medical health care. Brazil, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 Feb [cited 2020 Jun 24];21(2):339-49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>
5. Manolitzas P, Stylianou N. Modelling waiting times in an emergency department in greece during the economic crisis. *J Health Manag* [Internet]. 2018 Nov [cited 2020 Jun 24];20(4):475-85. Available from: <https://doi.org/10.1177%2F0972063418799212>
6. Saxon RL, Gray MA, Opreescu FI. Reducing geriatric outpatient waiting times: impact of an advanced health practitioner. *Australas J Ageing* [Internet]. 2018 Mar [cited 2020 Jun 24];37(1):48-53. Available from: <https://doi.org/10.1111/ajag.12459>
7. Senitan M, Alhaiti AH, Gillespie J. Patient satisfaction and experience of primary care in Saudi Arabia: a systematic review. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Jun 24];30(10):751-9. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy104>
8. Rahman AS, Shi S, Meza PK, Jia JL, Svec D, Shieh L. Waiting it out: consultation delays prolong in-patient length of stay. *Postgrad Med J* [Internet]. 2019 Jan [cited 2020 Jun 24];95(1119):1-5. Available from: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136269>
9. Rodriguez Torres A, Jarillo Soto EC, Casas Patino D. Medical consultation, time and duration. *Medwave* [Internet]. 2018 Sep [cited 2020 Jun 24];18(5):e7266. Available from: <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7264>
10. Wilson AD, Childs S, Goncalves-Bradley DC, Irving GJ. Interventions to increase or decrease the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Aug [cited 2020 Jun 24];(8):Cd003540. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003540.pub3>

11. Dobler CC, Sanchez M, Gionfriddo MR, Alvarez-Villalobos NA, Singh Ospina N, Spencer-Bonilla G, et al. Impact of decision aids used during clinical encounters on clinician outcomes and consultation length: a systematic review. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2019 Oct [cited 2020 Jun 24];28(6):499-510. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008022>
12. Silva MT, Galvão TF. Use of health services among adults living in Manaus Metropolitan Region, Brazil: population-based survey, 2015. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2017 Oct-Dec [cited 2020 Jun 24];26(4):725-34. Available from: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000400005>
13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério de classificação econômica Brasil 2015 [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2015 [cited 2020 Jun 24]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
14. Short ME, Goetzel RZ, Pei X, Tabrizi MJ, Ozminkowski RJ, Gibson TB, et al. How accurate are self-reports? Analysis of self-reported health care utilization and absence when compared with administrative data. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2009 Jul [cited 2020 Jun 24];51(7):786-96. Available from: <https://dx.doi.org/10.1097%2FJOM.0b013e3181a86671>
15. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2003 jan-fev [cited 2020 Jun 24];19(1):27-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100004>
16. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Evaluation of user satisfaction and service responsiveness in municipalities enrolled in the Mais Médicos (More Doctors) Program. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Jun 24];21(9):2749-59. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>
17. Ansell D, Crispo JA, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 Apr [cited 2020 Jun 24];17(1):295. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y>
18. Swami M, Gravelle H, Scott A, Williams J. Hours worked by general practitioners and waiting times for primary care. *Health Econ* [Internet]. 2018 Oct [cited 2020 Jun 24];27(10):1513-32. Available from: <https://doi.org/10.1002/hec.3782>
19. Ballesteros MS. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Rev Gerenc Polít Salud* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 24];15(30):234-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.dste>
20. Johar M, Jones G, Keane MP, Savage E, Stavrunova O. Discrimination in a universal health system: Explaining socioeconomic waiting time gaps. *J Health Econ* [Internet]. 2013 Jan [cited 2020 Jun 24];32(1):181-94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.09.004>
21. Carlsen F, Kaarboe OM. The relationship between educational attainment and waiting time among the elderly in Norway. *Health Policy* [Internet]. 2015 Nov [cited 2020 Jun 24];119(11):1450-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.013>
22. Henriques TGP. Tempo de espera no acesso a consultas médicas: influência do gradiente socioeconômico [dissertação]. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra; 2012. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21501/1/Tese%20Tania%20Henriques.pdf>
23. Landi S, Ivaldi E, Testi A. Socioeconomic status and waiting times for health services: An international literature review and evidence from the Italian National Health System. *Health Policy* [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Jun 24];122(4):334-51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.003>
24. Hajizadeh M. Does socioeconomic status affect lengthy wait time in Canada? Evidence from Canadian Community Health Surveys. *European J Health Econ* [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Jun 24];19(3):369-83. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0889-3>
25. Abásolo I, Negrín-Hernández MA, Pinilla J. Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2014 Apr [cited 2020 Jun 24];15(3):323-34. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0524-x>
26. Siciliani L. Waiting times: evidence of social inequalities in access for care. In: Sobolev B, Levy A, Goring S (editors). *Data and measures in health services research* [Internet]. Boston: Springer; 2016. p. 1-17. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7673-4\\_17-1](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7673-4_17-1)

27. Robertson J. Waiting time at the emergency department from a gender equality perspective [dissertação]. Gothenburg: Programme in Medicine, University of Gothenburg; 2014. Available from: [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/39196/1/gupea\\_2077\\_39196\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/39196/1/gupea_2077_39196_1.pdf)
28. Pinkhasov RM, Wong J, Kashanian J, Lee M, Samadi DB, Pinkhasov MM, et al. Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. *Int J Clin Pract* [Internet]. 2010 Mar [cited 2020 Jun 24];64(4):475-87. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02290.x>
29. Alencar RFR, Galvao TF, Antonio BVR, Silva MT. Prevalence of self-reported chronic diseases and health services utilization by ethnic minorities in Manaus metropolitan region. *Ethn Dis* [Internet]. 2018 Feb [cited 2020 Jun 24];28(1):49-54. Available from: <https://doi.org/10.18865/ed.28.1.49>
30. Nunes BP, Flores TR, Garcia LP, Chiavegatto Filho ADP, Thumé E, Facchini LA. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016 out-dez [citado 2020 jun 24];25(4):777-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000400011>

## Abstract

**Objective.** To analyze waiting times and length of medical consultations in the Manaus metropolitan region, Brazil. **Methods.** This was a cross-sectional study conducted with adults living in the region in 2015. Waiting time for consultation and length of consultation in minutes were reported by the participants. Analysis was performed using Tobit regression and weighted by the sample design. **Results.** 4,001 individuals were interviewed. Average waiting time was 125.4 minutes (95%CI 120.2;130.5), while consultations lasted an average of 52.5 minutes (95%CI 48.0;57.0). Women, poor people, people with less education, indigenous people, people resident in the state interior, people without health insurance, and individuals seen by gynecologists waited longer for their consultation ( $p < 0.05$ ). Consultation time was shorter for non-White people, those with poor health status and those who had health insurance ( $p < 0.05$ ). **Conclusion.** On average length of medical consultations was half the waiting time. Social inequalities were observed in these lengths of time. **Keywords:** Waiting Lists; Health Services Accessibility; Quality of Health Care; Cross-Sectional Studies; Physicians' Offices.

## Resumen

**Objetivo.** Analizar el tiempo de espera y la duración de la consulta médica en la región metropolitana de Manaus, Brasil. **Métodos.** Estudio transversal realizado con adultos que viven en la región en 2015. El tiempo de espera y la duración de la consulta en minutos fueron informados por los participantes. El análisis se realizó mediante regresión de Tobit y ponderado por el diseño amostral. **Resultados.** 4,001 personas fueron entrevistadas. El tiempo de espera promedio fue de 125,4 minutos (IC<sub>95%</sub> 120,2;130,5) y la consulta duró un promedio de 52,5 minutos (IC<sub>95%</sub> 48,0;57,0). Mujeres, personas pobres, con baja educación, indígenas, residentes del interior, sin seguro médico y atendidas por ginecólogos esperaron más tiempo para la consulta ( $p < 0.05$ ). El tiempo de consulta fue más corto con personas no blancas, con mala salud y con seguro de salud ( $p < 0.05$ ). **Conclusión.** La duración de la consulta médica fue, en promedio, la mitad del tiempo de espera. Se observaron desigualdades sociales en estos tiempos. **Palabras clave:** Listas de Espera; Acceso a los Servicios de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Estudios Transversales; Consultorios Médicos.

Recebido em 04/02/2020  
Aprovado em 22/05/2020

Editor associado: Bruno Pereira Nunes – [orcid.org/0000-0002-4496-4122](https://orcid.org/0000-0002-4496-4122)