

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

**Não comparência a consultas médicas, sua  
caracterização e implicações no acesso aos  
cuidados de saúde: uma revisão da literatura**

Filipa Alexandra Rodrigues dos Reis

**M**

2020



***Não comparência a consultas médicas, sua caracterização e implicações no acesso aos cuidados de saúde: uma revisão da literatura***

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

**Filipa Alexandra Rodrigues dos Reis**

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: filipareis95@gmail.com

**Dr. Luís Andrés Amorim Alves**

Grau académico: Doutoramento

Professor Auxiliar Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Endereço eletrónico: laalves@icbas.up.pt

***Não comparência a consultas médicas, sua caracterização e implicações no acesso aos cuidados de saúde: uma revisão da literatura***

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Porto, junho de 2020



Autor: Filipa Alexandra Rodrigues dos Reis



Orientador: Luís Andrés Amorim Alves

## *Agradecimentos*

Ao Doutor Luís Andrés Amorim Alves, por ter aceite orientar esta dissertação e pelo acompanhamento e disponibilidade demonstrados ao longo da sua elaboração.

Aos meus pais, por me terem capacitado com as ferramentas necessárias para concluir esta etapa do meu percurso académico.

À Raquel, Mariana e Pedro pela motivação, apoio e amizade.

Ao Luís, por explorar comigo este *Admirável Mundo Novo*.

## *Resumo*

**Introdução:** A *não comparência* é um fenómeno decorrente da falta de um paciente a uma consulta previamente agendada, sem que haja aviso atempado da sua impossibilidade de marcar presença. Esta é influenciada tanto por características relacionadas com os pacientes como com a logística e organização das entidades que prestam cuidados. Tem consequências nefastas para os serviços de saúde comprometendo o acesso e a continuidade. A esfera económica também é um fator a ter em consideração visto que grande parte dos orçamentos de estado são atualmente alocados à Saúde.

**Objetivos:** com esta revisão sistemática pretende-se caracterizar a população que falta, os fatores logísticos e estruturais que estão implicados bem como descrever as implicações da não comparência na saúde das populações.

**Metodologia:** foi efetuada uma revisão de publicações originais indexadas na base de dados *Pubmed* no período entre 2010 e 2020. Foram utilizados termos *MeSH* e termos livres seus sinónimos.

**Desenvolvimento:** a não comparência a consultas na Europa varia de acordo com a esfera de cuidados – primários ou secundários, e com a própria especialidade. A patologia de base dos utentes parece também ter um papel importante na não comparência às consultas. Género, grupo etário, nível socioeconómico, sazonalidade, dia da semana, horário da consulta e intervalo marcação-consulta estão associados à não comparência. Esta compromete o acesso e aumenta as iniquidades em saúde. As principais consequências das faltas são o aumento de listas de espera, maior recurso ao serviço de urgência, taxas de ocupação hospitalar superiores, bem como pior prognóstico e resultados em saúde para os pacientes.

## *Abstract*

**Background:** The no-show is a phenomenon resulting from the absence of a patient for a previously scheduled appointment, without timely notice of his inability to be present. This is influenced both by characteristics related to patients and the logistics and organization of the entities that provide care. It has harmful consequences for health services, compromising access and continuity. The economic sphere is also a factor to be taken into account since a large part of the state budgets are currently allocated to Health.

**Objectives:** this systematic review aims to characterize the absent population, the logistical and structural factors that are involved, as well as to describe the implications of non-attendance on the health of the populations.

**Methods:** a review of original publications indexed in the Pubmed database between 2010 and 2020 was carried out. MeSH terms and free synonyms were used.

**Results and discussion:** the non-attendance to consultations in Europe varies according to the sphere of care - primary or secondary, and with the specialty itself. The basic pathology of the patients also seems to have an important role in the non-attendance to the consultations. Gender, age group, socioeconomic status, seasonality, day of the week, appointment time and appointment-consultation interval are associated with no-show. This compromises access and increases health inequities. The main consequences of absences are the increase in waiting lists, greater use of the emergency service, higher hospital occupancy rates, as well as worse prognosis and health outcomes for patients.

## *Palavras-chave*

*No-Show Patients; Health Services Accessibility; Continuity of Patient Care; Health Care Economics and Organizations; Primary Care; Ambulatory Care*

## *Lista de abreviaturas*

HbA1c: hemoglobina A1c  
HIV: vírus da imunodeficiência humana  
SMS: Serviço de mensagens curtas  
SU: Serviço de Urgência  
TARV: terapêutica antirretroviral

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>i</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>ii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iii</b>
<b>Palavras-chave</b> .....	<b>iv</b>
<b>Lista de abreviaturas</b> .....	<b>iv</b>
<b>Lista de tabelas</b> .....	<b>vi</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Caracterização dos pacientes</b> .....	<b>1</b>
<b>Caracterização logística</b> .....	<b>1</b>
<b>Implicações na saúde das populações</b> .....	<b>2</b>
Acessibilidade.....	2
Continuidade de cuidados.....	2
<b>Objetivos</b> .....	<b>4</b>
<b>Metodologia</b> .....	<b>5</b>
<b>Desenvolvimento</b> .....	<b>6</b>
<b>Caracterização epidemiológica</b> .....	<b>6</b>
Perfil dos pacientes.....	6
Caracterização logística.....	9
<b>Impacto na saúde das populações</b> .....	<b>10</b>
Populações específicas.....	11
<b>Impacto económico</b> .....	<b>12</b>
<b>Discussão</b> .....	<b>14</b>
<b>Conclusão</b> .....	<b>17</b>
<b>Apêndice</b> .....	<b>18</b>
<b>Tabela I – Lista de variáveis usadas na caracterização da não comparência</b> .....	<b>18</b>
<b>Tabela II – Direção da associação entre as variáveis em análise e a não comparência</b> .....	<b>19</b>
<b>Tabela III – Consequências da não comparência</b> .....	<b>20</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>21</b>

## *Lista de tabelas*

Tabela I – Lista de variáveis usadas na caracterização da não comparência.....	18
Tabela II – Direção da associação entre as variáveis em análise e a não comparência.....	19
Tabela III – Consequências da não comparência.....	20

## *Introdução*

Uma falta a consulta resulta da não comparência de um paciente sem aviso prévio<sup>(1)</sup> impedindo, desta forma, a atribuição dessa vaga a outro paciente<sup>(2)(3)(4)</sup>. Alguns autores<sup>(5)</sup> utilizam a designação “não comparência” quando a consulta é cancelada, tanto pelo paciente como pela entidade prestadora de cuidados. Apesar de as percentagens de não comparência variarem entre países, sistemas de organização dos serviços de saúde e contexto clínico, a disrupção dos agendamentos constitui um problema universal<sup>(6)</sup>. Este conceito surge como um preditor independente de qualidade de prestação de cuidados e de utilização de recursos<sup>(7)</sup>. É, pois, importante ter em conta que a não comparência não é arbitrária<sup>(8)</sup> – para esta contribuem fatores relacionados com o paciente e fatores relacionados com as características das entidades prestadoras de cuidados de saúde<sup>(9)(10)</sup>.

## *Caracterização dos pacientes*

Características demográficas como idade, género, etnia e nível socioeconómico são fatores descritos como tendo impacto na não comparência dos pacientes<sup>(8)(9)(11)(4)</sup>. Em relação aos utentes em idade pediátrica é importante ressaltar que alguns autores<sup>(12)</sup> referem que a terminologia utilizada deveria ser “*was not brought*” ao invés de “não compareceu”, uma vez que a assiduidade reflete a atitude do cuidador e não o envolvimento direto por parte da criança que falta. Também é pertinente distinguir as taxas de pacientes que faltam ocasionalmente e as taxas de pacientes que faltam a múltiplas consultas uma vez que a confluência de dados pode comprometer a evidência a respeito de formas de combater a problemática<sup>(9)</sup>.

## *Caracterização logística*

As especialidades com maior taxa de não comparência são Endocrinologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Neurologia, Psiquiatria/ Saúde Mental, Odontologia, Medicina Geral e Familiar e Pediatria<sup>(1)(8)</sup>. De todas estas, os dados referentes aos Cuidados de Saúde Primários têm natureza e especificidades distintas. De facto, neste contexto o primeiro contacto é iniciado maioritariamente pelo próprio paciente enquanto que no que concerne aos cuidados de saúde secundários, em ambulatório, o paciente é referenciado pelo médico assistente ou por outro profissional de saúde. Isto condiciona a motivação da consulta e, por consequência, a comparência<sup>(13)</sup>.

## *Implicações na saúde das populações*

A não comparência reduz a produtividade e eficiência, uma vez que cursa com a inutilização de recursos médicos<sup>(14)</sup> e acarreta custos acrescidos para os serviços de saúde<sup>(8)(11)</sup>. Afeta a acessibilidade e a continuidade de prestação de cuidados comprometendo a adequada gestão dos pacientes com doenças crónicas<sup>(6)(2)(7)(15)</sup>. Este aspeto é premente nos Cuidados de Saúde Primários uma vez que a não continuidade de cuidados neste contexto está relacionada com uma maior procura dos serviços de urgência<sup>(7)(2)</sup>. Porém, os pacientes com doenças crónicas que faltam a consultas de ambulatório no contexto de gestão especializada periódica da sua patologia têm também implicações negativas na sua saúde<sup>(16)(17)</sup>, que podem resultar em morte prematura<sup>(10)(18)</sup>. Os pacientes saudáveis que faltam a consultas de rotina constituem também um problema de saúde pública<sup>(9)(17)</sup>.

## *Acessibilidade*

O acesso aos cuidados de saúde é um direito humano fundamental<sup>(19)</sup>. Pode definir-se como capacidade de garantir resposta perante determinada procura e o seu compromisso afeta a equidade da prestação de cuidados<sup>(20)(21)</sup>. A iniquidade em saúde define-se como diferenças mensuráveis na saúde entre indivíduos ou grupos. Neste termo não estão contemplados aspetos morais relacionados com a justiça ou injustiça das diferenças observadas<sup>(22)</sup>. Compreender o padrão de não comparência a consultas é um pré-requisito para reduzir as iniquidades em saúde principalmente porque estes padrões podem fornecer um marcador de risco para vulnerabilidade e mau prognóstico em saúde<sup>(9)</sup>.

## *Continuidade de cuidados*

É pertinente abordar a temática da continuidade de prestação de cuidados<sup>(23)</sup>. Segundo Kringos *et al.*<sup>(24)</sup> esta pode ser hierarquizada em 3 dimensões – longitudinal, em que se estabelece uma relação a longo termo entre o médico de família e o doente, relação essa que não se limita a situações de doença aguda, informacional, em que o médico responsável cria uma base de dados da saúde do paciente, permanentemente disponível para acesso de qualquer profissional de saúde de que tenha contacto com o paciente, e relacional, em que as preferências e necessidades do paciente são tidas em conta numa relação médico doente baseada em comunicação e respeito mútuo. Sempre que um paciente falta a uma consulta dois pacientes ficam privados do acesso aos cuidados de saúde – o paciente que falta e o paciente que não pode utilizar essa vaga<sup>(2)</sup>. A não continuidade de cuidados associa-se, pois, a pior prognóstico na saúde e maiores taxas de hospitalização devido a agravamento de patologias crónicas<sup>(2)</sup>. Os pacientes que não faltam

também são prejudicados devido aos elevados tempos de espera e percepção global de declínio da qualidade dos serviços prestados<sup>(8)</sup>.

## *Objetivos*

Com esta revisão da literatura pretende-se:

- Caracterizar os padrões de não comparência a consultas dos cuidados de saúde primários e de outras especialidades médicas, em contexto de ambulatório, no continente Europeu;
- Caracterizar a não comparência em relação a fatores relacionados com o próprio utente, como género (feminino, masculino), grupo etário (0-18 anos: crianças e adolescentes; 19-64 anos: adultos; >65 anos: idosos), população/ etnia, padrão individual de faltas, nível socioeconómico e história médica (portador de doença crónica, doença mental, doença infecciosa);
- Caracterizar a não comparência em relação a fatores logísticos como a sazonalidade (mês em que a consulta é marcada), dia da semana, horário da consulta, intervalo entre marcação e consulta (marcação prévia ou solicitação de consulta no próprio dia) e especialidade da consulta a que se falta.
- Explorar a associação entre a não comparência às consultas e utilização de recursos humanos e económicos dos serviços de saúde.
- Compreender o impacto das faltas na saúde das populações, com particular incidência em indivíduos em idade pediátrica, com doenças crónicas, nomeadamente doença cardiovascular, Diabetes Mellitus, doenças infecciosas como infeção por HIV, ou com patologia mental.

## *Metodologia*

Utilizando a base de dados *PubMed* procedeu-se a uma extensa pesquisa dos artigos indexados entre 2010 e abril de 2020. Os termos de pesquisa incluíram as seguintes palavras registadas no *MeSH* da *National Library of Medicine*: *No-Show Patients, Health Services Accessibility, Continuity of Patient Care, Health Care Economics and Organizations, Primary Care, Ambulatory Care*, combinadas de diferentes formas. Consideraram-se publicações em inglês, português ou espanhol. Após análise do título e resumo escolheram-se artigos sobre não comparência a consultas médicas no contexto de cuidados de saúde primários ou de outras especialidades médicas com atuação em ambulatório. Optou-se por excluir os que se focavam em marcações para realização de exames complementares de diagnóstico, procedimentos cirúrgicos ou rastreios populacionais. Foram pesquisadas as listas de referências bibliográficas dos artigos selecionados. Para a caracterização epidemiológica usaram-se dados provenientes de países do continente Europeu. Apesar de se terem tido em consideração artigos publicados nos últimos 10 anos, utilizaram-se fontes provenientes da análise das referências dos artigos originais que não se enquadravam neste intervalo de tempo, sempre que foi considerado pertinente para efeitos de contextualização.

## *Desenvolvimento*

### *Caracterização epidemiológica*

Vários estudos incidem sobre as prevalências de não comparência a consultas médicas. Estes revelam várias discrepâncias tanto a nível internacional como nacional, bem como entre especialidades médicas e contexto em que a consulta se realiza<sup>(25)</sup>. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Dantas *et al.*<sup>(8)</sup> em 2017 estabeleceu-se uma taxa de não comparência a consultas de todas as especialidades médicas a nível global de 23,0%. Este valor surge em concordância com o apurado por Hasvold *et al.*<sup>(26)</sup> numa revisão sistemática de 2011 (taxa de não comparência 23,0%).

### *Cuidados de saúde primários*

No que concerne às faltas às consultas de Cuidados de Saúde Primários em específico, num estudo realizado por Perron *et al.*<sup>(27)</sup>, na Suíça, encontrou-se uma taxa de não comparência de 11,4%. Na Escócia<sup>(9)</sup> a taxa de não comparência foi de 12,1%.

### *Cuidados de saúde secundários*

No continente Europeu, ainda segundo Dantas *et al.*<sup>(8)</sup>, a taxa de não comparência média é de 19,3% entre todas as especialidades médicas em contexto de cuidados de saúde secundários. Na Dinamarca estima-se que ronde os 14,0%<sup>(28)</sup> embora alguns estudos a situem entre 5-10%<sup>(5)(25)</sup>. Na Irlanda é em média 12,8%<sup>(29)</sup>. No Reino Unido um estudo<sup>(1)</sup> refere uma taxa de não comparência de 9,8% e outro<sup>(30)</sup> situa-a nos 12%. Em Espanha um estudo<sup>(31)</sup> quantifica-a em 13,8% e outro<sup>(32)</sup> em 12,5%. Em relação a consultas de especialidades específicas não existem muitos estudos europeus. Num hospital em Portugal<sup>(33)</sup> a taxa de não comparência a consultas de dermatologia foi de 20% e na Dinamarca<sup>(34)</sup> 10,5% dos doentes com consulta de gastroenterologia marcada faltaram.

### *Perfil dos pacientes*

É importante conhecer os padrões individuais dos pacientes que não comparecem a consultas<sup>(9)</sup>. Num estudo de coorte realizado na Dinamarca, Wolff *et al.*<sup>(28)</sup> verificou que a taxa de não comparência de indivíduos com doenças crónicas a consultas de especialidade médicas no âmbito dos cuidados de saúde secundários é de 5%. Estes doentes faltam mais se forem adultos jovens, homens, solteiros ou com baixos níveis de escolaridade. Por outro lado, têm menor probabilidade de faltar se forem reformados ou se a sua patologia crónica for artrite reumatoide ou osteoporose. O mesmo se verifica com os doentes com patologia cardíaca, que têm também uma taxa de não comparência mais baixa do que pacientes com outras patologias crónicas<sup>(35)</sup>. Os

doentes com epilepsia têm uma taxa de não comparência na ordem dos 18,9%<sup>(36)</sup>, o que constitui um desafio na gestão desta doença.

Num estudo de Greenan *et al.*<sup>(37)</sup> a percentagem de doentes com Diabetes Mellitus que não comparecem a consultas de diabetes é de 19%, o que se adequa ao já verificado numa revisão sistemática da literatura<sup>(38)</sup> na qual foi postulado que a média de não comparência destes doentes se situava entre 10 e 30%. Os indivíduos que mais faltam são jovens adultos, indivíduos do sexo masculino, mais desfavorecidos socioeconomicamente<sup>(37)(38)</sup> ou fumadores<sup>(38)</sup>. A não comparência nestes doentes parece também estar relacionada com a perceção que os doentes têm em relação à própria doença, com o impacto emocional e com a importância que atribuem à consulta para a sua saúde<sup>(39)</sup>.

Na Suíça, no único estudo europeu encontrado com foco exclusivo nos cuidados de saúde primários<sup>(27)</sup>, os indivíduos que mais faltam às consultas tendem a ser homens, adultos jovens e com histórico de abuso de substâncias. No âmbito deste estudo<sup>(27)</sup> concluiu-se que a consulta de rotina de Medicina Geral e Familiar tem a menor não comparência (9,8%), enquanto que a consulta de Cessação Tabágica tem a maior taxa de não comparência (22,4%).

Vários países europeus dedicaram-se ao estudo das faltas a consultas de saúde infantil e juvenil. Na Dinamarca a taxa de não comparência a consultas foi colocada, num estudo<sup>(34)</sup>, em 11% e noutro<sup>(40)</sup> em 4,3%. Wholthers *et al.*<sup>(41)</sup> verificaram que os rapazes têm maior taxa de não comparência do que as raparigas, o que é concordante com o apresentado noutros estudos<sup>(42)</sup>. Verificaram<sup>(41)</sup> também que o grupo etário entre os 10 e 19 anos falta mais do que as crianças entre os 0 e 10 anos. Perceberam também que a partir dos 10 anos a percentagem de crianças que comparece às consultas sem acompanhamento de qualquer cuidador aumenta.

- **Género**

Na maioria dos estudos<sup>(1)(3)(41)(10)(37)(38)(43)(27)</sup> averiguou-se que os homens têm maior probabilidade de não comparecer às consultas do que as mulheres. Não obstante um estudo<sup>(1)</sup> expôs que as mulheres têm maior número absoluto de faltas visto recorrerem mais aos serviços de saúde do que os homens.

- **Grupo etário**

Na maioria dos estudos verificou-se uma relação inversamente proporcional entre não comparência e idade – os adultos jovens têm maior probabilidade de não comparecer às suas

consultas<sup>(27)(1)</sup>. Em relação à idade pediátrica quanto mais velha fosse a criança maior a probabilidade de não comparecer<sup>(42)</sup>.

- **População**

A definição de diferentes populações ou grupos étnicos é muito variável entre estudos<sup>(32)(8)</sup>, o que limita a possibilidade de identificar tendências entre eles<sup>(9)</sup>.

- **Padrão individual de faltas**

Ao contrário do que se verifica na maioria das publicações consultadas, Ellis *et al.*<sup>(9)</sup> focaram-se na análise do padrão individual de faltas durante 3 anos de modo a averiguar não só a sua prevalência geral como também a probabilidade de se faltar a várias consultas. A taxa de não comparência foi de 12,1% - destes, 90,9% foram faltas dadas por pacientes que faltaram a mais do que uma consulta no intervalo de tempo considerado. Através da análise dos padrões individuais constataram que os pacientes que faltam a maior número de consultas têm entre 16 e 30 anos ou mais do que 90 anos, têm rendimento mensal mais baixo e na maioria dos casos são do sexo masculino.

- **Nível socioeconómico**

O nível socioeconómico tem impacto na saúde das populações<sup>(44)(45)</sup> uma vez que traduz o acesso a recursos considerados fundamentais<sup>(46)</sup> como alimentação, habitação, cuidados de saúde e literacia médica<sup>(47)</sup>. Segundo Zheng *et al.*<sup>(44)</sup> existem vários fatores que desempenham diferentes pesos na estratificação socioeconómica da sociedade – os mesmos autores<sup>(44)</sup> acrescentam que as desigualdade económicas como contexto social têm uma interação dinâmica com fatores de risco individuais, como rendimento auferido, educação, ocupação profissional, género ou estado civil, o que se repercute na multimorbilidade. Numa revisão sistemática publicada em 2018<sup>(48)</sup> verificou-se que o rendimento, viver em áreas desfavorecidas e a educação são os fatores socioeconómicos que mais se associam a *outcomes* desfavoráveis na saúde individual. Alguns autores<sup>(2)</sup> questionam se estes fatores têm impacto no fenómeno da não comparência, uma vez que esta associação ainda não foi muito explorada enquanto que outros<sup>(8)</sup> relacionam baixo nível socioeconómico com maior probabilidade de não comparecer a consultas.

Ellis *et al.*<sup>(9)</sup> verificaram que as instituições localizadas em áreas onde a população é predominantemente abastada têm taxas de não comparência mais elevadas por parte dos pacientes com um nível socioeconómico mais baixo. Estes dados são suportados por um relatório<sup>(1)</sup> sobre não comparência publicado pelo serviço nacional de saúde escocês em 2015. Neste mesmo

relatório<sup>(1)</sup> constatou-se que o sexo masculino tem maior probabilidade de faltar independentemente do seu *background* socioeconómico.

## *Caracterização logística*

### *Métricas temporais*

- *Mês/ sazonalidade*

Num estudo<sup>(49)</sup> encontrou-se uma maior prevalência de não comparência nos meses estivais julho e agosto, tanto no que diz respeito a primeiras consultas como consultas subsequentes.

- *Dia da semana*

Ellis *et al.*<sup>(30)</sup> analisaram as taxas de não comparência e a sua variabilidade ao longo da semana em dois contextos diferentes – consultas de clínica geral e consultas de ambulatório hospitalares. Verificaram que em ambos os casos a taxa de não comparência é mais elevada à segunda-feira (6,2% e 11%, respetivamente) e mais baixa à sexta feira (4,2% e 9,7%, respetivamente). Nas duas situações a taxa diminui monotonamente ao longo da semana. À semelhança do que se verificou noutros estudos a não comparência geral foi superior no sexo masculino e em adultos jovens, mas o declínio ao longo da semana foi observado em ambos os géneros. Porém, no que diz respeito à idade do paciente que falta, a variação da não comparência ao longo da semana associa-se mais a pacientes jovens do que a pacientes idosos. Estes dados vão de encontro às expectativas dos autores que atribuíram a não comparência mais elevada nos dias da semana que despoletam emoções mais negativas. Eles sugerem que um modo custo-eficiente de reduzir a não comparência seria concentrar as consultas nos dias da semana em que os pacientes se mostram mais recetivos a comparecer, uma vez que também verificaram que atualmente as consultas quer no contexto de cuidados de saúde primários que consultas de ambulatório hospitalares são mais marcadas no início da semana. Porém, num estudo semelhante<sup>(32)</sup> esta tendência não se verificou. De facto, neste estudo espanhol o número de faltas aumentou de segunda-feira a quarta-feira, quando atingiu um pico máximo, e daí em diante decresceu, atingindo-se o número mínimo de faltas às sextas feiras.

- *Horário de agendamento*

No único estudo encontrado realizado em território europeu que avalia o impacto do horário do agendamento verificou-se uma taxa de não comparência mais elevada nas consultas marcadas entre as 9h e as 11h15 (60,3%) ao invés das consultas marcadas entre as 11h30 e as 13h45 (39,7%)<sup>(32)</sup>.

- *Intervalo marcação-consulta*

Quando os pacientes solicitam uma consulta para o próprio dia, a marcação da mesma com 2 ou 3 dias úteis de intervalo condiciona uma provável não comparência<sup>(9)(10)</sup>. Um intervalo superior a 30 dias entre a marcação da consulta e a consulta associa-se a maiores percentagens de absentismo<sup>(50)</sup>. Numa revisão sistemática<sup>(8)</sup> onde esta temática é abordada verificou-se que este é um dos preditores mais importantes de não comparência – quanto maior for o intervalo de tempo entre uma marcação e a consulta maior é a probabilidade de o paciente não comparecer.

### *Impacto na saúde das populações*

A não comparência compromete o acesso aos cuidados de saúde causando diretamente iniquidade<sup>(22)</sup>. Ela é responsável pelo aumento das listas de espera para consultas<sup>(3)</sup>, com o conseqüente aumento do tempo de espera por uma solução terapêutica<sup>(25)</sup>, pelo número mais elevado de internamentos e das taxas de ocupação hospitalar bem como o recurso excessivo aos serviços de urgência<sup>(2)</sup>, o que acarreta mau prognóstico e resultados para os pacientes<sup>(51)(52)</sup>. Esta relação é independente de variáveis como o género, idade, etnia, nível socioeconómico, presença de doenças crónicas ou situação profissional<sup>(53)</sup>.

A continuidade de cuidados baseia-se no encontro repetido entre o mesmo médico e o paciente e é uma representação clara da relação médico-doente. Isto responsabiliza o médico e aumenta a confiança do paciente. Nos cuidados de saúde primários as vantagens deste sistema estão bem estabelecidas<sup>(54)(55)(56)</sup> – há uma maior satisfação por parte dos pacientes<sup>(23)(57)(18)</sup>, melhor adesão à terapêutica<sup>(58)</sup>, maior consideração pelas medidas preventivas<sup>(54)</sup> e menor recurso aos serviços hospitalares<sup>(59)(60)(18)</sup>. A interrupção da prestação de cuidados associa-se a atrasos no diagnóstico de patologia oncológica e cuidados deficitários em indivíduos com doenças mentais. Para além de a não comparência comprometer a continuidade de cuidados<sup>(2)</sup>, sabe-se que quando a organização dos próprios sistemas de saúde não garante a continuidade de prestação de cuidados, a não comparência aumenta<sup>(56)</sup>. Jeffers H. *et al.* propuseram que indivíduos com multimorbidade, idosos, doentes do foro psiquiátrico ou em estado terminal beneficiam particularmente da prestação continuada de cuidados<sup>(61)</sup>. Contudo, McQueenie *et al.*<sup>(10)</sup> salientaram que estes mesmos doentes, particularmente se com multimorbidade, têm risco aumentado de faltar às consultas, pelo que é fundamental identifica-los e de modo a tomar atitudes preventivas que aumentem a adesão.

## *Populações específicas*

No contexto das consultas de saúde infantil e juvenil sabe-se que as crianças que não comparecem às consultas constituem uma população com maior probabilidade de estar em risco para situações de negligência considerando que dependem dos seus cuidadores para comparecer às consultas<sup>(12)</sup>. As razões para a não comparência nesta faixa etária parecem relacionar-se com dinâmicas familiares caóticas, competição de prioridades por parte dos cuidadores e barreiras no acesso aos cuidados de saúde<sup>(62)</sup>. As consequências mais evidentes da não comparência são o maior recurso aos serviços de urgência e o maior número de hospitalizações<sup>(62)</sup>. Pensa-se que as atitudes e percepções dos adolescentes em relação à importância das consultas tenha um impacto significativo na sua adesão em cuidados de saúde enquanto adultos jovens, pelo que é fundamental iniciar intervenções no âmbito da educação para a saúde nesta altura<sup>(63)</sup>.

*Diabetes mellitus*<sup>(64)</sup> descreve um conjunto de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crónica. As duas formas mais comuns são a *Diabetes mellitus* tipo 1 e tipo 2. A primeira resulta de uma resposta autoimune dirigida às células beta do pâncreas culminando num défice absoluto de insulina. O tipo 2, muito mais prevalente, tem um fundo etiológico genético, mas associa-se também a obesidade e estilos de vida sedentários. Caracteriza-se por resistência à insulina e disfunção das células beta pancreáticas, o que resulta num défice relativo de insulina. Considerando a sua natureza crónica e progressiva é fundamental instituir uma abordagem terapêutica abrangente<sup>(38)</sup>. Se deixada sem tratamento, a longo prazo, surgem complicações macrovasculares e microvasculares<sup>(64)</sup>.

Os doentes com diabetes que não comparecem às consultas têm pior controlo glicémico<sup>(39)</sup>, com valores de hemoglobina A1c (HbA1c) mais elevados<sup>(38)</sup>, maior recorrência aos serviços de urgência, mais hospitalizações e maior mortalidade<sup>(38)(39)(65)</sup>. Um estudo realizado na Irlanda estabeleceu uma relação entre o número de consultas às quais os pacientes faltam e o grau de severidade com que a retinopatia diabética, uma das complicações microvasculares, se apresenta<sup>(37)</sup>.

A infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) leva ao desenvolvimento de um padrão de doença complexo que, em última instância, resulta em imunodeficiência crónica. É uma doença com três estádios principais: infeção aguda, latência clínica e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA)<sup>(64)</sup>. Com o advento da terapêutica antirretroviral houve uma redução da morbilidade associada ao HIV, uma diminuição do risco de transmissão e menor mortalidade<sup>(66)</sup>. Como tal esta deve ser iniciada o mais precocemente possível após diagnóstico<sup>(64)</sup>. Assim, a não comparência dos indivíduos infetados por HIV às consultas constitui um problema de saúde pública

não só devido ao risco aumentado de progressão da doença mas também porque se associa a um risco acrescido de transmitir a infeção<sup>(66)</sup>.

A doença mental<sup>(67)</sup> envolve alterações nas emoções, comportamento ou pensamento. Associam-se a angústia e perda de funcionalidade que afeta a esfera social, laboral e familiar. Em 2015 12% da população Europeia estava afetada por uma doença mental<sup>(68)</sup>.

No Reino Unido estima-se que cerca de 20% dos indivíduos com patologia mental faltem às consultas de psiquiatria em contexto de ambulatório e que desses, 50% não concluem o tratamento ou não voltam a ter contacto com os serviços de saúde<sup>(51)</sup>. Nestes doentes a não comparência associa-se a um maior número de hospitalizações e menor capacidade de integração na sociedade<sup>(51)</sup>. Os doentes integrados em programas de reabilitação do consumo de substâncias como o álcool ficam em risco acrescido de recaída<sup>(69)</sup>.

Num estudo publicado na Dinamarca<sup>(70)</sup> em que se pretendia averiguar o papel dos cuidados primários no seguimento dos doentes com esquizofrenia verificou-se que apesar de haver um grande acompanhamento destes doentes, quanto mais comorbilidades apresentassem maior seria o risco de não irem às consultas, cursando numa ausência de tratamento das condições somáticas e potencial morte precoce. Em Taiwan<sup>(71)</sup> analisou-se uma população de doentes com esquizofrenia e a sua probabilidade de comparecer a uma consulta de psiquiatria após uma hospitalização na sequência de agudização da patologia de base. Verificou-se que os doentes com maior probabilidade de faltar foram homens, com histórico de dependência ou abuso de álcool, medicados com antipsicóticos típicos ou que tiveram alta hospitalar contra recomendação médica. Estabeleceu-se também uma relação entre a não comparência à primeira consulta após alta hospitalar e recurso ao serviço de urgência ou internamentos frequentes. Estes dados parecem ir ao encontro do que se verificou num estudo<sup>(10)</sup> que incidiu na relação entre morbimortalidade e não comparência a consultas do serviço de saúde britânico. Verificaram uma relação entre padrões de faltas repetidas a consultas e morte prematura por todas as causas particularmente em indivíduos com doenças do foro psiquiátrico tais como depressão, ansiedade e abuso de álcool ou outras substâncias.

### ***Impacto económico***

Os sistemas de saúde constituem uma prioridade no investimento que se reflete nos orçamentos de estado. Um dos maiores obstáculos para uma prestação de cuidados de saúde eficiente em termos de custos é a não comparência<sup>(11)(72)</sup>. Espanha investe 5,9% do seu Produto Interno Bruto em saúde<sup>(31)</sup>. Jabalera Mesa *et al.*, na tentativa de quantificar o impacto económico

da não comparência a consultas, analisaram os custos e as taxas de não comparência de vários centros de consultas de ambulatório numa região de Espanha tendo verificado que, para uma taxa de absentismo de 13,8%, o prejuízo associado excede os 3 milhões de euros, valor que representa 14% do custo global das consultas previstas para o centro em estudo<sup>(31)</sup>. Um estudo realizado no Brasil por Beltrame SM *et al.* corrobora a relação entre prejuízo económico e não comparência embora assumam dificuldade em estimar valores concretos devido à limitação dos dados administrativos existentes<sup>(3)</sup>. No Reino Unido o custo da não comparência a consultas dos cuidados primários, num ano, é de cerca de 150 milhões de libras<sup>(73)</sup>. Verificou-se que uma descida das taxas de não comparência às consultas do sistema nacional de saúde de 12% para 10,8% baixaria a despesa pública anual em 10%<sup>(30)</sup>.

## Discussão

A não comparência é considerada um fenómeno multifatorial que se reflete ao nível da gestão dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde e na morbimortalidade dos utentes<sup>(3)</sup>.

A taxa de não comparência a consultas de todas as especialidades médicas a nível global foi estimada em 23%<sup>(8)(26)</sup>. Em relação ao continente Europeu, as faltas às consultas no âmbito dos cuidados de saúde primários varia entre 11,4%<sup>(27)</sup> e 12,1%<sup>(9)</sup>. No contexto de consultas de ambulatório a não prevalência a todas as especialidades, na Europa, foi apontada em 19,3%<sup>(8)</sup>. Alguns países apresentam dados próprios – na Dinamarca a não comparência a consultas varia entre 5-14%<sup>(5)(25)(28)</sup>, no Reino Unido varia entre 9,8-12%<sup>(1)(30)</sup>, em Espanha entre 12,5-13,8%<sup>(31)(32)</sup> e na Irlanda é colocada em 12,8%<sup>(29)</sup>. Em Portugal a não comparência a consultas de Dermatologia é de 20%<sup>(33)</sup> e na Dinamarca a não comparência a consultas de Gastroenterologia é de 10,5%<sup>(34)</sup>.

Os fatores sociodemográficos desempenham um peso considerável na não comparência a consultas e, como tal, estes determinantes têm que ser estudados de forma a direcionar as intervenções que permitam otimizar a comparência<sup>(38)</sup>. Todos os estudos consultados são unânimes a afirmar que os homens têm maior probabilidade de não comparecer às consultas do que as mulheres<sup>(1)(3)(41)(10)(37)(38)(43)(27)</sup>. Verificou-se também que os adultos jovens são o grupo etário com maior probabilidade de não comparecer às consultas<sup>(27)(1)</sup>. As crianças e adolescentes são considerados à parte visto que tendem a depender dos seus cuidadores para se dirigirem até às suas consultas<sup>(12)</sup>. A taxa de não comparência para este grupo etário varia entre 4,3-11%<sup>(41)(42)</sup>. Porém, quanto mais velha for a criança maior a probabilidade de não comparecer<sup>(42)</sup>. À semelhança do que se verifica na população adulta os rapazes têm maior probabilidade de não comparecer do que as raparigas<sup>(41)(42)</sup>. Em relação às diferenças populacionais, em nenhum estudo<sup>(32)(8)(9)</sup> foi possível estabelecer uma relação entre determinado grupo étnico e a probabilidade de faltar às consultas. Alguns autores<sup>(2)</sup> não conseguem estabelecer uma relação entre baixo nível socioeconómico enquanto que noutros estudos<sup>(1)(8)(9)</sup> foi encontrada uma relação entre baixo nível socioeconómico e maior probabilidade de não comparecer a consultas. Isto pode ser explicado pela variabilidade na definição de nível socioeconómico, que inclui vários parâmetros como educação, rendimento e meio habitacional, e pelo facto de diferentes autores darem diferente ênfase a cada parâmetro<sup>(44)(45)</sup>. Num estudo populacional com a duração de três anos<sup>(9)</sup> verificou-se uma não comparência de 12,1% e destes, 90,9% foram faltas dadas por pacientes que faltaram a mais do que uma consulta. Os pacientes com patologia crónica têm características particulares no que concerne à não comparência a consultas<sup>(9)</sup>. A sua não comparência a consultas dos cuidados de saúde secundários é de 5%<sup>(28)</sup> e a tendência da não comparência geral é seguida – homens, jovens,

solteiros, ou com baixo nível de escolaridade têm maior probabilidade de faltar. A natureza da própria patologia crónica parece influenciar a não comparência. De facto, indivíduos que padecem de artrite reumatoide<sup>(28)</sup>, osteoporose<sup>(28)</sup> ou patologia cardíaca<sup>(35)</sup> têm menos probabilidade de faltar a consultas do que utentes que o diagnóstico de epilepsia<sup>(36)</sup> ou Diabetes mellitus<sup>(37)</sup>. Em relação aos doentes diabéticos a auto percepção da doença, o impacto e a importância atribuída à consulta para a saúde parecem ser fatores que se relacionam com a decisão de comparecer, ou não, às consultas<sup>(37)</sup>.

Os fatores logísticos estão menos caracterizados do que os sociodemográficos. Não obstante, verifica-se uma maior prevalência de não comparência nos meses de julho e agosto<sup>(49)</sup>. A comparência varia de acordo com os dias da semana, mas a tendência da variação não é unânime – num estudo verificou-se uma não comparência superior á segunda-feira e progressivamente menor até sexta-feira<sup>(30)</sup>. Já noutro estudo o pico de não comparência situou-se na quarta-feira<sup>(32)</sup>. A não comparência é superior nas primeiras horas da manhã em comparação com o final da manhã<sup>(32)</sup>. Quanto maior for o intervalo de tempo entre a data de agendamento da consulta e a data efetiva da consulta maior é a probabilidade de o utente faltar<sup>(8)(9)(10)(50)</sup>.

A não comparência compromete o acesso aos serviços de saúde sendo um veículo de iniquidade<sup>(22)</sup>. Esta condiciona o aumento das listas de espera<sup>(3)(25)</sup>, um maior recurso aos serviços de urgência<sup>(2)(10)(38)(39)(51)(62)(65)(71)</sup>, mais internamentos<sup>(2)(10)(38)(39)(51)(62)(65)(71)</sup> e pior prognóstico para os doentes<sup>(51)(52)</sup>. No âmbito da saúde infantil e juvenil associa-se a risco acrescido de negligência por parte dos cuidadores<sup>(12)</sup>. Na população de diabéticos associa-se a mau controlo glicémico<sup>(38)(39)</sup>, níveis mais elevados de HbA1c<sup>(38)</sup>, maior severidade na manifestação de complicações microvasculares<sup>(37)</sup> e aumento da mortalidade<sup>(38)(39)(65)</sup>. A não comparência afeta os indivíduos com infeção por HIV porque se associa a um atraso na instituição da TARV, com risco aumentado de progressão de doença e de transmissão<sup>(66)</sup>. Os pacientes que padecem de patologia do foro mental são muito afetados. A não comparência relaciona-se com interrupção dos tratamentos farmacológicos<sup>(51)</sup>, com interrupção da continuidade de cuidados de saúde<sup>(51)</sup>, menor capacidade para integração na sociedade<sup>(51)</sup>, maior abuso de substâncias ilícitas<sup>(69)</sup> e aumento da mortalidade<sup>(51)</sup>, tanto pela patologia mental subjacente como por causas somáticas.

Sobre o que pode ser feito para diminuir os episódios de não comparência não existe evidência unânime na literatura<sup>(9)</sup>. Usando os dados que relacionam não comparência, características e comportamento dos pacientes que faltam poderão ser desenvolvidos modelos estatísticos capazes de simular um sistema de agendamento dinâmico que considere a probabilidade individual de determinado paciente faltar<sup>(74)(35)(14)(11)</sup>. Para além do impacto que estes modelos constituem em

termos de organização podem, simultaneamente, auxiliar os sistemas de saúde a identificar pacientes de alto risco para eventos adversos, desenvolvendo intervenções dirigidas<sup>(7)</sup>. Deverá de igual modo ser tido em consideração que determinados grupos beneficiam particularmente de uma prestação de cuidados continuados com o mesmo clínico enquanto que, em situações de doença aguda menos grave, os doentes poderão receber cuidados por parte de um médico com o qual não têm contacto recorrente ou até com um médico que lhes é desconhecido<sup>(61)</sup>. Numa revisão bibliográfica, Stubbs *et al.*<sup>(75)</sup> concluíram que o método mais eficaz para diminuir a não comparência é através de chamadas telefónicas prévias à marcação. O envio de SMS demonstrou ser o método mais efetivo em termos de custo. A possibilidade de providenciar sistemas de agendamento abertos mostrou benefícios particularmente quando há a possibilidade de aceder a consultas no imediato ou no próprio dia. Hasvold *et al.*<sup>(26)</sup> concluíram que os métodos de lembrete personalizados são mais eficazes do que os automáticos mas, considerando os custos associados, poderá não ser uma vantagem suficiente para escolher os primeiros em detrimento dos segundos. Os sistemas de agendamento flexíveis, perante os quais os pacientes, quando confrontados com as disponibilidades do prestador de cuidados, escolhem a opção que mais se adequa a si demonstram ser particularmente eficazes na redução da não comparência principalmente quando são realizados através de um sistema de agendamento *online* e dinâmico<sup>(76)</sup>.

As variabilidades encontradas nos dados provenientes de diferentes estudos podem estar relacionados com as características populacionais, culturais e sociais, bem como as diferenças entre os diversos sistemas de saúde ou especialidade médica<sup>(61)</sup>. As diferenças podem também ser explicadas pela forma como se define a variável não comparência uma vez que em alguns estudos consideram este termo como umbrela para consultas canceladas ou reagendadas<sup>(28)</sup>.

Nesta revisão não foram aprofundadas as motivações e razões pelas quais os pacientes faltam às consultas. Este estudo poderia auxiliar no aumento da acessibilidade, através da promoção de um serviço de saúde mais centrado no paciente, com vista a encetar medidas de ação dirigidas às necessidades particulares, minimizando a não comparência<sup>(77)</sup>.

## *Conclusão*

Após análise cuidada da literatura referente a países Europeus é evidente que o interesse pela temática da não comparência a consultas médicas tem sido extensamente valorizada e analisada nos últimos anos. Todavia a informação publicada não é muito abundante, principalmente quando comparada com a realidade do continente Americano. Ao longo deste texto foi explicitada a importância de identificar padrões populacionais específicos uma vez que este processo estará na génese de planos de ação eficazes, centrados nas atitudes e características dos pacientes. No futuro seria interessante realizar uma caracterização epidemiológica dos padrões de não comparência a consultas médicas em Portugal, que até à data não foi realizada, de forma a perceber se o panorama nacional se coaduna com a do restante continente.

## Apêndice

*Tabela I – Lista de variáveis usadas na caracterização da não comparência*

Categoria	Variável
Características sociodemográficas	Gênero
	Grupo etário
	População/ etnia
	Padrão individual de faltas
	Nível socioeconómico
Métricas temporais	História médica
	Horário da consulta
	Intervalo entre marcação e consulta
	Dia da semana
Entidade prestadora de cuidados	Mês/ sazonalidade
	Cuidados de Saúde Primários
	Cuidados de Saúde Secundários (especialidades médicas)

*Tabela II – Direção da associação entre as variáveis em análise e a não comparência*

	Associação	
<b>Características sociodemográficas</b>		
Gênero <sup>(1)(3)(41)(10)(37)(38)(43)(27)</sup>		(+)
Grupo etário <sup>(27)(1)(42)</sup>		(+)
População/ etnia <sup>(9)</sup>		(-)
Padrão individual de faltas <sup>(9)</sup>		(+)
Nível socioeconômico <sup>(1)(2)</sup>	(+)	(-)
<b>Métricas temporais</b>		
Horário da consulta <sup>(32)</sup>		(+)
Intervalo entre marcação e consulta <sup>(10)(50)</sup>		(+)
Dia da semana <sup>(30)(32)</sup>		(+)
Mês/ sazonalidade <sup>(49)</sup>		(+)

Legenda: (+) associação positiva entre variável e não comparência; (-) associação negativa entre variável e não comparência.

*Tabela III – Consequências da não comparação*

	Consequências
Geral	Aumento listas de espera <sup>(3)(25)</sup> Maior recurso ao SU <sup>(2)(10)(38)(39)(51)(62)(65)(71)</sup> Mais internamentos <sup>(2)(10)(38)(39)(51)(62)(65)(71)</sup> Piores <i>outcomes</i> em saúde <sup>(51)(52)</sup>
Saúde Infantil e Juvenil	Risco acrescido de negligência pelos cuidadores <sup>(12)</sup>
Diabetes mellitus	Mau controlo glicémico <sup>(38)(39)</sup> HbA1c mais elevado <sup>(38)</sup> Aumento da mortalidade <sup>(38)(39)(65)</sup> Maior severidade na manifestação de complicações microvasculares <sup>(37)</sup>
Infeção por HIV	Atraso na instituição da TARV <sup>(66)</sup> Risco aumentado de progressão da doença <sup>(66)</sup> Maior risco de transmissão <sup>(66)</sup>
Doença mental	Interrupção do tratamento farmacológico <sup>(51)</sup> Disrupção da continuidade dos cuidados de saúde <sup>(51)</sup> Aumento da mortalidade precoce <sup>(51)</sup> Menor capacidade de integração na sociedade <sup>(51)</sup> Risco acrescido de abuso de substâncias <sup>(69)</sup>

## *Bibliografia*

1. Who is least likely to attend? An analysis of outpatient appointment 'Did Not Attend' (DNA) data in Scotland. :48.
2. Lenzi H, Ben ÂJ, Stein AT. Development and validation of a patient no-show predictive model at a primary care setting in Southern Brazil. Palazón-Bru A, editor. PLoS ONE. 4 de Abril de 2019;14(4):e0214869.
3. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB dos, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. Saúde debate. Outubro de 2019;43(123):1015–30.
4. Parente CA, Salvatore D, Gallo GM, Cipollini F. Using overbooking to manage no-shows in an Italian healthcare center. BMC Health Serv Res. Dezembro de 2018;18(1):185.
5. BI EE. Effectiveness and cost-effectiveness of fining non-attendance at public hospitals: a randomised controlled trial from Danish outpatient clinics. Open Access. :9.
6. Davies M, Goffman R, May J, Monte R, Rodriguez K, Tjader Y, et al. Large-Scale No-Show Patterns and Distributions for Clinic Operational Research. Healthcare. 16 de Fevereiro de 2016;4(1):15.
7. Hwang AS, Atlas SJ, Cronin P, Ashburner JM, Shah SJ, He W, et al. Appointment “no-shows” are an independent predictor of subsequent quality of care and resource utilization outcomes. J GEN INTERN MED. Outubro de 2015;30(10):1426–33.
8. Dantas LF, Fleck JL, Cyrino Oliveira FL, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review. Health Policy. Abril de 2018;122(4):412–21.
9. Ellis DA, McQueenie R, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Demographic and practice factors predicting repeated non-attendance in primary care: a national retrospective cohort analysis. The Lancet Public Health. Dezembro de 2017;2(12):e551–9.
10. McQueenie R, Ellis DA, McConnachie A, Wilson P, Williamson AE. Morbidity, mortality and missed appointments in healthcare: a national retrospective data linkage study. BMC Med. Dezembro de 2019;17(1):2.
11. Kheirkhah P, Feng Q, Travis LM, Tavakoli-Tabasi S, Sharafkhaneh A. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. BMC Health Serv Res. Dezembro de 2015;16(1):13.
12. Friend AJ. Non-attendance at hospital appointments is poorly communicated to general practice, despite links with deprivation and safeguarding concerns. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 22 de Outubro de 2017;edpract-2017-314127.
13. George A, Rubin G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. Family Practice. 1 de Abril de 2003;20(2):178–84.
14. Huang Y, Hanauer DA. Patient No-Show Predictive Model Development using Multiple Data Sources for an Effective Overbooking Approach. Appl Clin Inform. 2014;05(03):836–60.
15. Nuti LA, Lawley M, Turkcan A, Tian Z, Zhang L, Chang K, et al. No-shows to primary care appointments: subsequent acute care utilization among diabetic patients. BMC Health Serv Res.

Dezembro de 2012;12(1):304.

16. Barry V, Steffens C, Mattis S, Sidonio RF, Tran DQ, Kempton CL. A cross-sectional study of non-attendance among patients at a US hemophilia treatment center 2010-2014. *Haemophilia*. Novembro de 2018;24(6):902–10.

17. Shapiro MF. No-Show Patients and the Triple Aim. *J GEN INTERN MED*. Outubro de 2015;30(10):1392–3.

18. Wright M, Mainous III AG. Can continuity of care in primary care be sustained in the modern health system? *Aust J Gen Pract*. 1 de Outubro de 2018;47(10):667–9.

19. WHO. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION [Internet]. [citado 3 de Maio de 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

20. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18.

21. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators [Internet]. OECD; 2019 [citado 4 de Maio de 2020]. (Health at a Glance). Disponível em: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en)

22. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*. Dezembro de 2015;8(1):27106.

23. Mendes FRP, Gemito MLGP, Caldeira E do C, Serra I da C, Casas-Novas MV. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. *Ciênc saúde coletiva*. Março de 2017;22(3):841–53.

24. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. Dezembro de 2010;10(1):65.

25. Lou S, Frumer M, Olesen S, Nielsen AH. Danish patients are positive towards fees for non-attendance in public hospitals. A qualitative study. 2016;4.

26. Hasvold PE, Wootton R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. *J Telemed Telecare*. Outubro de 2011;17(7):358–64.

27. Junod Perron N, Dominicé Dao M, Kossovsky MP, Miserez V, Chuard C, Calmy A, et al. Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study. *BMC Fam Pract*. Dezembro de 2010;11(1):79.

28. Wolff DL, Waldorff FB, von Plessen C, Mogensen CB, Sørensen TL, Houliind KC, et al. Rate and predictors for non-attendance of patients undergoing hospital outpatient treatment for chronic diseases: a register-based cohort study. *BMC Health Serv Res*. Dezembro de 2019;19(1):386.

29. Community Healthcare Data Report [Internet]. HSE, Ireland; 2015. Disponível em: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/performance-reports/data-report-april15.pdf>

30. Ellis DA, Jenkins R. Weekday Affects Attendance Rate for Medical Appointments: Large-Scale Data Analysis and Implications. Preis T, editor. *PLoS ONE*. 13 de Dezembro de

2012;7(12):e51365.

31. Jabalera Mesa ML, Morales Asencio JM, Rivas Ruiz F, Porras González MH. Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas. *Revista de Calidad Asistencial*. Julho de 2017;32(4):194–9.

32. Hernández-García I, Chaure-Pardos A, Moliner-Lahoz J, Prieto-Andrés P, Mareca-Doñate R, Giménez-Júlvez T, et al. Absentismo, y factores asociados, en las citas programadas de una consulta externa de Medicina Preventiva. *Journal of Healthcare Quality Research*. Março de 2018;33(2):82–7.

33. Guedes R, Leite I, Baptista A. Dermatology missed appointments: an analysis of outpatient non-attendance in a general hospital's population. *Int J Dermatol*. Janeiro de 2014;53(1):39–42.

34. Drabkin MJ, Lobel S, Kanth N, Martynov A, Hunt HW, Guerrero D, et al. Telephone reminders reduce no-shows: A quality initiative at a breast imaging center. *Clinical Imaging*. Março de 2019;54:108–11.

35. Daggy J, Lawley M, Willis D, Thayer D, Suelzer C, DeLaurentis P-C, et al. Using no-show modeling to improve clinic performance. *Health Informatics J*. Dezembro de 2010;16(4):246–59.

36. Haque A, Doherty C, Williams J. Non-attendance of vulnerable populations within epilepsy outpatient services in Ireland. *Ir J Med Sci*. Maio de 2018;187(2):525–8.

37. Greenan E, Salim M, Coakley DN, James M. The effect of geodemographic factors on the attendance rates at a regional diabetic retinopathy treatment centre. *Ir J Med Sci*. Novembro de 2019;188(4):1207–12.

38. Brewster S, Bartholomew J, Holt RIG, Price H. Non-attendance at diabetes outpatient appointments: a systematic review. *Diabet Med*. 3 de Fevereiro de 2020;dme.14241.

39. Eades C, Alexander H. A mixed-methods exploration of non-attendance at diabetes appointments using peer researchers. *Health Expect*. 5 de Setembro de 2019;hex.12959.

40. Wolthers OD. Differential effects of text message reminders on non-attendance and late cancellations in a paediatric outpatient clinic. 2019;3.

41. Wolthers OD. Non-attendance in a secondary paediatric referral centre. 2018;3.

42. Nancarrow S. Factors associated with non-attendance in a general practice super clinic population in regional Australia: A retrospective cohort study. *amj*. 31 de Agosto de 2014;323–33.

43. Bongaerts TH, Büchner FL, Middelkoop BJ, Guicherit OR, Numans ME. Determinants of (non-)attendance at the Dutch cancer screening programmes: A systematic review. *J Med Screen*. 4 de Dezembro de 2019;096914131988799.

44. Zheng H, George LK. Rising U.S. income inequality and the changing gradient of socioeconomic status on physical functioning and activity limitations, 1984–2007. *Social Science & Medicine*. Dezembro de 2012;75(12):2170–82.

45. Pepper GV, Nettle D. The behavioural constellation of deprivation: Causes and consequences. *Behav Brain Sci*. 2017;40:e314.

46. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav.* 1995;Spec No:80–94.
47. George LK. Socioeconomic Status and Health Across the Life Course: Progress and Prospects. *The Journals of Gerontology: Series B.* 1 de Outubro de 2005;60(Special\_Issue\_2):S135–9.
48. Pathirana TI, Jackson CA. Socioeconomic status and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Public Health.* Abril de 2018;42(2):186–94.
49. Rodríguez Pacheco R, Negro Álvarez JM, Campuzano López FJ, Pellicer Orenes F, Murcia Alemán T, Serrano Santos E, et al. Non-compliance with appointments amongst patients attending an Allergology Clinic, after implementation of an improvement plan. *Allergologia et Immunopathologia.* Julho de 2007;35(4):136–44.
50. Drewek R, Mirea L, Adelson PD. Lead Time to Appointment and No-Show Rates for New and Follow-up Patients in an Ambulatory Clinic: *The Health Care Manager.* 2017;36(1):4–9.
51. Shah A, Chitewe A, Binley E, Alom F, Innes J. Improving access to services through a collaborative learning system at East London NHS Foundation Trust. *BMJ Open Qual.* Julho de 2018;7(3):e000337.
52. McLean S, Booth A, Gee M, Salway S, Cobb M, Bhanbhro S, et al. Appointment reminder systems are effective but not optimal: results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. *PPA.* Abril de 2016;479.
53. Zhou Y, Abel G, Warren F, Roland M, Campbell J, Lyratzopoulos G. Do difficulties in accessing in-hours primary care predict higher use of out-of-hours GP services? Evidence from an English National Patient Survey. *Emerg Med J.* Maio de 2015;32(5):373–8.
54. Sidaway-Lee K, Gray DP, Evans P. A method for measuring continuity of care in day-to-day general practice: a quantitative analysis of appointment data. *Br J Gen Pract.* Maio de 2019;69(682):e356–62.
55. Tammes P, Salisbury C. Continuity of primary care matters and should be protected. *BMJ.* 1 de Fevereiro de 2017;jj373.
56. Alazri M, Heywood P, Neal RD, Leese B. Continuity of Care - Literature review and implications. :10.
57. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family Practice.* 1 de Abril de 2010;27(2):171–8.
58. Chen C-C, Tseng C-H, Cheng S-H. Continuity of Care, Medication Adherence, and Health Care Outcomes Among Patients With Newly Diagnosed Type 2 Diabetes: A Longitudinal Analysis. *Medical Care.* Março de 2013;51(3):231–7.
59. Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract.* Julho de 2013;63(612):e482–9.
60. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely

collected, person level data. *BMJ*. 1 de Fevereiro de 2017;j84.

61. Jeffers H, Baker M. Continuity of care: still important in modern-day general practice. *Br J Gen Pract*. Agosto de 2016;66(649):396–7.

62. Jarvis S, Livingston J, Childs A, Fraser L. Outpatient appointment non-attendance and unplanned health care for children and young people with neurological conditions: a retrospective cohort study. *Dev Med Child Neurol*. Julho de 2019;61(7):840–6.

63. Samyn M, Fihosy S, Day JM, Hames A. Showing we care: reducing non-attendance rates in an adolescent clinic. *Arch Dis Child*. Fevereiro de 2019;104(2):198–198.

64. Jameson JL, editor. *Harrison's principles of internal medicine*. Twentieth edition. New York: McGraw-Hill Education; 2018. 2 p.

65. Bonora E, Monami M, Bruno G, Zoppini G, Mannucci E. Attending Diabetes Clinics is associated with a lower all-cause mortality. A meta-analysis of observational studies performed in Italy. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. Maio de 2018;28(5):431–5.

66. on behalf of the BHIVA Audit and Standards Sub-Committee, Curtis H, Yin Z, Clay K, Brown AE, Delpech VC, et al. People with diagnosed HIV infection not attending for specialist clinical care: UK national review. *BMC Infect Dis*. Dezembro de 2015;15(1):315.

67. Roberts LW, American Psychiatric Association Publishing, editores. *The American Psychiatric Association Publishing textbook of psychiatry*. Seventh edition. Washington, D.C: American Psychiatric Association Publishing; 2019. 1 p.

68. House F. younger than the general population. :5.

69. Dilgul M, McNamee P, Orfanos S, Carr CE, Priebe S. Why do psychiatric patients attend or not attend treatment groups in the community: A qualitative study. Martin D, editor. *PLoS ONE*. 13 de Dezembro de 2018;13(12):e0208448.

70. Nørgaard HCB, Schou Pedersen H, Fenger-Grøn M, Vestergaard M, Nordentoft M, Laursen TM, et al. Schizophrenia and attendance in primary healthcare: a population-based matched cohort study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 3 de Julho de 2019;37(3):358–65.

71. Cheng K-D, Huang C-J, Tsang H-Y, Lin C-H. Factors related to missed first appointments after discharge among patients with schizophrenia in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. Julho de 2014;113(7):436–41.

72. Berg BP, Murr M, Chermak D, Woodall J, Pignone M, Sandler RS, et al. Estimating the Cost of No-Shows and Evaluating the Effects of Mitigation Strategies. *Med Decis Making*. Novembro de 2013;33(8):976–85.

73. Williamson AE, Ellis DA, Wilson P, McQueenie R, McConnachie A. Understanding repeated non-attendance in health services: a pilot analysis of administrative data and full study protocol for a national retrospective cohort. *BMJ Open*. Fevereiro de 2017;7(2):e014120.

74. Dantas LF, Hamacher S, Cyrino Oliveira FL, Barbosa SDJ, Viegas F. Predicting Patient No-show Behavior: a Study in a Bariatric Clinic. *OBES SURG*. Janeiro de 2019;29(1):40–7.

75. Stubbs ND, Sanders S, Jones DB, Geraci SA, Stephenson PL. Methods to Reduce Outpatient

Non-attendance. *The American Journal of the Medical Sciences*. Setembro de 2012;344(3):211–9.

76. Dusheiko M, Gravelle H. Choosing and booking-and attending? Impact of an electronic booking system on outpatient referrals and non-attendances. *Health Economics*. Fevereiro de 2018;27(2):357–71.

77. Frost L, Jenkins LS, Emmink B. Improving access to health care in a rural regional hospital in South Africa: Why do patients miss their appointments? *Afr j prim health care fam med* [Internet]. 30 de Março de 2017 [citado 30 de Abril de 2020];9(1). Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1255>.