



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Não comparência às consultas externas no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central: Diagnóstico, causas, consequências, perfil do utente e propostas de melhoria

Beatriz Almeida

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

outubro, 2023



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Não comparência às consultas externas no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central: Diagnóstico, causas, consequências, perfil do utente e propostas de melhoria

Beatriz Almeida

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar
ISCTE-IUL

outubro, 2023

Agradecimentos

Ao fim de um ano de muito esforço e dedicação, quero agradecer a todos os que caminharam comigo até aqui.

Em primeiro lugar, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos à Professora Sofia Portela pela dedicação, disponibilidade, preocupação e, acima de tudo, pelo apoio e conhecimentos transmitidos. Apesar dos obstáculos, a motivação e orientação que sempre me transmitiu, foram fulcrais para a realização deste projeto.

Ao Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central pela cedência dos dados e, em particular à Dr^a Ana Margarida Lopes e Dr.^o Ivo Campos que permitiram a realização deste estudo. Obrigada pela forma carinhosa que sempre me acolheram e me ajudaram, foi muito além das obrigações profissionais.

Obrigada a todos os profissionais do CHULC que colaboraram neste estudo.

À Beatriz, à Francisca, à Filipa, à Marta, à Fabiana e à Tatiana, as minhas eternas companheiras, por serem um apoio incondicional durante este período. Não me deixaram desistir, acreditando sempre em mim desde o início deste projeto.

Às minhas colegas de turma Bruna e Vera, o meu eterno obrigado por me terem ajudado ao longo destes dois anos de mestrado, pelos momentos de partilha, motivação e por todos os sorrisos mesmo nos momentos mais difíceis.

E claro, o que seria do meu percurso sem o apoio incondicional da minha família? Obrigada aos meus pais, irmã, tios, primos e avós por caminharem sempre comigo. Sem vocês nada disto era possível.

Resumo

A elevada taxa de utentes que não comparecem às consultas externas (CE) traduz-se num enorme desafio, tanto a nível nacional como mundial, para o sistema de saúde.

Com este estudo pretende-se efetuar um diagnóstico, explorar as causas e consequências, bem como traçar o perfil dos utentes que não comparecem às CE no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC) e, posteriormente, apresentar medidas que minimizem este tipo de comportamento.

Analisaram-se todas as incidências (faltas e desmarcações) de não comparência às CE, entre o dia 1 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro 2022. Neste processo de análise e, tendo em conta a sua enorme relevância no sistema, foram também inquiridos os profissionais que estão diretamente relacionados com as CE.

Os resultados desta análise evidenciaram que o perfil dos utentes que faltam ou desmarcam CE agendadas são utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 55 e os 74 anos e são residentes em Lisboa. A não comparência ocorre normalmente no início da semana, no período da manhã. Os profissionais consideram que um dos principais motivos para este comportamento é o tempo, demasiado longo, que decorre entre o pedido da consulta, a data da marcação e do dia do agendamento.

As propostas de melhoria incidem na implementação de um sistema, eficaz, de lembretes, bem como consciencializar os utentes para as terríveis consequências que este tipo de comportamento acarreta para o sistema, e, não menos importante, a organização deve utilizar os indicadores de monitorização.

Palavras-chave: Consulta Externa, Cuidados de saúde, Não comparecimento, Otimização de processos

JEL Classification: I12, I18

Abstract

The high rate of patients who don't attend outpatient appointments (OAEs) is a huge challenge for the health system, both nationally and worldwide.

The aim of this study is to make a diagnosis, explore the causes and consequences, as well as to draw up a profile of users who do not attend EC appointments at the Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC) and, subsequently, to present measures to minimize this type of behavior.

All the incidences (absences and cancellations) of non-attendance at ECs between January 1, 2018 and December 31, 2022 were analyzed. In this analysis process, and given their enormous importance in the system, the professionals who are directly involved with CE were also surveyed.

The results of this analysis showed that the profile of users who miss or cancel scheduled ECs is female, aged between 55 and 74 and living in Lisbon. Non-attendance usually occurs at the beginning of the week, in the morning. The professionals believe that one of the main reasons for this behavior is the excessively long time that elapses between the request for an appointment, the date of the appointment and the day of the appointment.

Proposals for improvement include implementing an effective reminder system, making users aware of the terrible consequences this type of behaviour has on the system and, not least, the organization should use monitoring indicators.

Keywords: Outpatient appointment, Health care, No-show, Process optimization

JEL Classification: I12, I18

Índice

AGRADECIMENTOS	II
RESUMO.....	I
ABSTRACT	II
ÍNDICE DE QUADROS.....	V
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
GLOSSÁRIO.....	VII
1. INTRODUÇÃO	8
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1. CONCEITO DE CONSULTA EXTERNA	11
2.2. CONCEITO DE FALTAS ÀS CE	11
2.3. CAUSAS DAS FALTAS ÀS CONSULTA EXTERNA	12
2.4.1. CAUSAS RELACIONADAS COM O PERFIL DOS UTENTES.....	14
2.4.2. CAUSAS RELACIONADAS COM AS CONSULTAS, AGENDAMENTOS E ASPETOS LOGÍSTICOS.....	17
2.4. CONSEQUÊNCIAS DAS FALTAS ÀS CE	21
2.5. ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR AS FALTAS ÀS CONSULTA EXTERNA.....	24
3. METODOLOGIA.....	30
3.1. OBJETIVO DO ESTUDO E PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	30
3.2. BASE DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CHULC.....	31
3.3. QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS DO CHULC.....	32
3.3.1. INSTRUMENTO	32
3.3.2. DESENHO DO ESTUDO E POPULAÇÃO	33
3.3.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE PACIENTES	34
4. DESCRIÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL	34
5. DIAGNÓSTICO DAS FALTAS DOS UTENTES ÀS CONSULTA EXTERNA.....	35
5.1. DOCUMENTAÇÃO DE GESTÃO DAS CONSULTA EXTERNA	35
5.2. CONCEITO DE FALTAS ÀS CE NO CHULC	38
5.3. FREQUÊNCIA COM QUE OS UTENTES FALTAM E DESMARCAM AS CONSULTAS	39
5.3.1. FREQUÊNCIA DAS FALTAS E DESMARCAÇÕES NAS PRIMEIRAS CONSULTAS.....	39
5.3.2. FREQUÊNCIA DAS FALTAS E DESMARCAÇÕES NAS CONSULTAS SUBSEQUENTES.....	42
5.4. PERFIL DO UTENTE QUE FALTA OU DESMARCA AS CONSULTAS.....	45
5.5. ANÁLISE POR MÉTRICAS TEMPORAIS, AGENDA E ESPECIALIDADE.....	54
5.6. CAUSAS DA NÃO COMPARÊNCIA ÀS CONSULTAS EXTERNAS: A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS	63
5.7. CONSEQUÊNCIAS DA NÃO COMPARÊNCIA ÀS CONSULTAS EXTERNAS: A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS	63
6. PROPOSTAS DE MELHORIA	67

7.	CONCLUSÃO	72
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA	75

Índice de Quadros

Quadro 1- Quadro síntese da revisão da literatura sobre as causas da não comparência às CE.....	19
Quadro 2-Quadro síntese da revisão da literatura sobre as consequências da não comparência às CE	23
Quadro 3- Quadro síntese da revisão da literatura sobre as estratégias para minimizar as não comparência às CE	29
Quadro 4- Lead-time entre o dia da marcação e o dia da CE	40
Quadro 5- Número de CE desmarcadas que foram remarcadas e não remarcadas nas primeiras consultas	42
Quadro 6- Lead time entre a data da consulta e data da desmarcação das CE (primeiras consultas).....	42
Quadro 7- Número de CE desmarcadas que foram remarcadas e não remarcadas nas consultas subsequentes	44
Quadro 8- Lead time entre a data da consulta e data da desmarcação das CE (consultas subsequentes).....	44
Quadro 9- Perfil dos utentes que faltam e desmarcam as primeiras CE	47
Quadro 10-Perfil dos utentes que faltam e desmarcam as CE subsequentes	51
Quadro 11-Análise por métricas temporais, agenda e especialidade sobre a as primeiras CE	56
Quadro 12- Análise por métricas temporais, agenda e especialidade sobre a CE subsequentes	60
Quadro 13- Indicadores de monitorização.....	68
Quadro 14- Proposta de novos motivos de demarcação e os motivos atuais no CHULC	70

Índice de Figuras

Figura 1- Pedidos de Primeira Consulta	37
Figura 2- Frequência com que os utentes faltam e desmarcam as CE.....	39
Figura 3- Gráfico da variação da frequência das faltas às primeiras CE.....	40
Figura 4-Percentagem de utentes por número de faltas às primeiras CE	40
Figura 5-Gráfico da variação da frequência das desmarcações às primeiras CE	41
Figura 6-Percentagem de utentes por número de desmarcações às primeiras CE	41
Figura 7- Gráfico da variação da frequência das faltas às CE subsequentes	42
Figura 8-Percentagem de utentes por número de faltas às CE subsequentes	43
Figura 9-Gráfico da variação da frequência das desmarcações às CE subsequentes.....	43
Figura 10-Percentagem de utentes por número de desmarcações às CE subsequentes....	44
Figura 11-Causas da não comparência às CE: A perspetiva dos profissionais	63
Figura 12-Perpectiva dos profissionais sobre a situação atual dos utentes que não comparecerem às CE em 2023	64
Figura 13-Perpectiva dos profissionais sobre a situação atual dos utentes que não comparecerem às CE em 2023 face a 2022.....	64
Figura 14-Opinião de os profissionais sobre o grau de impacto dos utentes não comparecerem às CE programadas para os utentes	65
Figura 15-Opinião de os profissionais sobre o grau de impacto dos utentes não comparecerem às CE programadas para os profissionais	65
Figura 16- Opinião de os profissionais sobre o grau de impacto dos utentes não comparecerem às CE programadas para o hospital	66
Figura 17-Opinião de os profissionais sobre o grau de impacto dos utentes não comparecerem às CE programadas para o sistema de saúde	66
Figura 18- Perceção dos utentes do possível impacto deste comportamento para o hospital, profissionais de saúde e outros utentes, segundo a visão dos respondentes	66

Glossário

AGD- Área de Gestão de Doente

CE- Consulta Externa

CHULC- Centro Hospitalar Universitário, E.P.E

CS- Centro de Saúde

CTH- Consulta a Tempo e Horas

HCC- Hospital *Curry* Cabral

HDE- Hospital de Dona Estefânia

HSAC- Hospital Santo António dos Capuchos

HSJ- Hospital de São José

HSM- Hospital de Santa Marta

LAC- Livre Acesso e Circulação

MAC- Maternidade Dr. Alfredo da Costa

NHS- *National Health Service*

SAM- Pedidos de consultas internas

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SON- Sonho

TMRG- Tempos máximos de resposta garantidos

USF- Unidade de Saúde Familiar

VAI- Pedidos de consulta integrados no SClinico Hospitalar

1. Introdução

O direito à saúde é garantido a todos os portugueses através da Constituição da República Portuguesa. Desde 1990, o sistema português de saúde foi regulado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (atual Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) e o Estatuto do SNS (atual Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto) (Nunes, 2017). A igualdade no acesso aos cuidados de saúde é fundamental para promover a justiça e o bem-estar da população. Este objetivo está relacionado com o conceito de equidade em saúde (base 20 da atual Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro). A equidade em saúde envolve garantir que todas as pessoas tenham oportunidades iguais de acesso aos serviços de saúde de que necessitam, sem discriminação com base em fatores como rendimento, raça, género, idade, local de residência ou outras características pessoais. Isso significa, que os sistemas de saúde devem ser estruturados por forma a transpor barreiras económicas, geográficas e sociais que possam impedir o acesso a cuidados médicos adequados. Além disso, a equidade na distribuição de recursos significa que os recursos de saúde devem ser alocados de forma justa e eficiente para atender às necessidades da população.

O sector da saúde ocupa um espaço cada vez maior na economia dos países desenvolvidos, quer em termos de consumo de recursos globais, quer em termos de despesa pública (Braun & Centeno, 2018).

Uma das atividades com maior peso nas organizações de saúde diz respeito à oferta de CE. No entanto, um problema transversal e largamente referido na literatura tem que ver com o significativo número de utentes que não comparecem às CE agendadas. A não comparência dos utentes, sem aviso prévio, a uma consulta previamente agendada, tem fortes consequências no serviço de saúde. Este tipo de comportamento é influenciado por características relacionados com barreiras pessoais, barreiras estruturais/organizacionais e/ou barreiras financeiras (Davies et al., 2016).

A não comparência dos utentes às CE agendadas tem implicações nefastas para os vários *stakeholders*, nomeadamente para o utente (por exemplo, aumento dos tempos médios de espera dos utentes para conseguirem uma consulta, o estado de saúde poderá deteriorar-se, perceção de uma menor qualidade do serviço prestado pela organização), para os profissionais de saúde (por exemplo, diminuição da produtividade e satisfação), para o hospital (por exemplo, através do aumento dos custos - com horas extras, etc.) e para o sistema de saúde (dado que poderá haver um aumento do número de internados ou danos reputacionais devido à perceção nacional que o serviço de consultas dos hospitais não dão resposta às necessidades dos utentes) (Baganha et al., 2002; Lenzi et al., 2019; Parente et al., 2018; Turkan et al., 2013).

Apesar das taxas de não comparecimento às CE variarem entre os países e diferentes sistemas de saúde, esta problemática é uma preocupação antiga, mas que persiste nos sistemas de saúde. Existem inúmeros autores que têm focado os seus esforços em perceber as causas, as consequências e estratégias para minimizar este problema. Tendo como base uma extensa revisão da literatura, não é só as faltas às consultas que comprometem o sistema de saúde, mas também o facto de o utente desmarcar e não remarcar a consulta ou desmarcar a consulta tardiamente, nomeadamente no próprio dia, impossibilitando a instituição de conseguir atempadamente preencher a vaga (Kaplan-Lewis & Percac-Lima, 2013; Lehmann et al., 2007; Norris et al., 2014). Por este motivo foi realizado um diagnóstico das consultas desmarcadas, a fim de fornecer estratégias adicionais para abordar os desafios enfrentados pelas CE nesta organização.

O principal objetivo deste estudo é realizar um diagnóstico das faltas e desmarcações de consultas externas no CHULC e apresentar medidas para reduzir o número de não comparências e desmarcações sem aviso atempado. Tal é fundamental para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Para atingir o objetivo principal, são definidos sete objetivos específicos para este estudo:

1. Diagnosticar a frequência das faltas e desmarcações às CE;
2. Analisar o perfil dos utentes que faltam e desmarcam as CE, com base em fatores sociodemográficos e localização geográfica;
3. Analisar por métricas temporais, agenda e especialidade das CE previamente agendadas que os utentes faltam e desmarcam;
4. Identificar e compreender os principais motivos das faltas e desmarcações às CE no CHULC;
5. Identificar o impacto das faltas e das desmarcações às CE no CHULC para os utentes e para a organização;
6. Analisar a perceção dos profissionais sobre a situação atual da não comparência às CE, os motivos para os utentes adotarem este comportamento e as consequências que daí advém para quatro *stakeholder*: utentes, profissionais de saúde, organização e o sistema de saúde;
7. Propor medidas de intervenção para reduzir a situação das faltas e desmarcações não atempadas às CE no CHULC.

Neste enquadramento, entende-se por falta às CE quando o utente não comparece à consulta sem apresentação de justificação com motivo plausível, no prazo de 7 dias seguidos após a data prevista para a sua realização (CHULC, 2020) e, entende-se por

desmarcação quando um utente, por diversos motivos, não pode comparecer na instituição no horário agendado, podendo ou não remarcar a mesma.

Com a finalidade de cumprir os objetivos supramencionados, foram recolhidos os dados do sistema de informação do CHULC entre 2018 e 2022. Adicionalmente para obter uma visão mais abrangente sobre esta situação, foi aplicado um questionário aos profissionais envolvidos nos processos das CE.

O estudo foi devidamente aprovado pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética do CHLUC.

O presente estudo encontra-se dividido em 7 capítulos. No primeiro capítulo é realizado uma introdução ao estudo. O capítulo 2 contem o enquadramento teórico sobre o tema, que se encontra dividido em quatro subcapítulos. O primeiro subcapítulo concentra-se no conceito de faltas às CE, o segundo subcapítulo aborda as possíveis causas para este comportamento, o terceiro subcapítulo é apresentada as consequências, no quarto subcapítulo são abordadas as estratégias aplicadas por diversas organizações para aliviar o problema em estudo. O Capítulo 3 apresenta a metodologia utilizada, incluindo o objetivo do estudo e os instrumentos utilizados. No capítulo 4 é descrito o CHULC e da sua área de influência. O Capítulo 5 apresenta um diagnóstico da situação de faltas e desmarcações às CE no CHULC, analisando a frequência de faltas entre 2018 e 2022, traçando um perfil dos utentes e as causas e consequências para este comportamento. No Capítulo 6 são apresentadas estratégias para reduzir o problema em estudo. Por fim, o capítulo 7 apresenta as conclusões do estudo, as suas limitações e perspetivas de investigações futuras.

2. Revisão de Literatura

2.1. Conceito de Consulta Externa

Os cuidados ambulatoriais tiveram origem em meados do século XVII, em Paris, segundo George Clark, e evoluíram de forma lenta e gradual. Quase todas as instituições com departamentos ambulatoriais prestavam apenas estes cuidados aos mais desfavorecidos (Loudon, 1978). Nos dias de hoje, os serviços ambulatoriais representam o atendimento básico de saúde, em que todos os utentes podem ter acesso, sem necessidade de ser internados, onde se inclui o serviço de CE (Editora Conceitos, 2014).

As CE são uma unidade orgânico-funcional de uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde os utentes, com marcação prévia, são atendidos nas diversas especialidades para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares, sem necessidade de ficarem internados (ambiente ambatório). As CE são um conjunto de serviços clínicos de curta duração (15 a 60 minutos), únicos ou periódicos (Direção-Geral de Saúde, 2002). O acesso a este serviço, que apresenta uma alta frequência no SNS português (Mesa et al., 2017), faz-se através do médico de família ou do próprio hospital, por exemplo, no atendimento num serviço de urgência hospitalar.

2.2. Conceito de faltas às CE

Uma falta a uma CE (em inglês, *no-show ou non-attendance*) é a atitude dos utentes em não comparecer ao agendamento, sem aviso prévio ou sem pedir o cancelamento antecipado do mesmo (o cancelamento antecipado permite à organização ter o tempo suficiente para alocar a vaga a outro utente) (Alawadhi et al., 2021; K. Campbell et al., 2015; Huang & Hanauer, 2014; Norris et al., 2014; Salazar et al., 2022). Alguns autores utilizam a designação de “não comparência” quando os utentes ou a organização cancelam a consulta (Blæhr et al., 2018).

Este comportamento representa um dos principais flagelos da gestão dos serviços de saúde e afeta três atores distintos: o utente que não comparece, o utente que não consegue marcar a consulta e a organização de saúde (Chandio et al., 2017; Lenzi et al., 2019; Nasir et al., 2020). Segundo um estudo de Dunstan et al. (2023) as organizações de saúde devem investir os seus recursos em três áreas principais:

identificação das causas, previsão do comportamento dos utentes e adoção de medidas preventivas.

A falta às consultas externas constitui um problema universal e persistente (Saif et al., 2018) que compromete a acessibilidade e a continuidade dos cuidados. Em virtude das inúmeras consequências para a sociedade e o para o setor da saúde, existe um interesse crescente da comunidade, quer a nível académico ou debates públicos, de tentar identificar os fatores determinantes e estratégias para minimizar a taxa de não comparecimentos às CE (Bech, 2005; Lenzi et al., 2019), apesar de ser um desafio complexo, devido à variabilidade do contexto (Davies et al., 2016; Salazar et al., 2022).

Tendo por base uma revisão sistemática de literatura, um estudo de Dantas et al. (2018) concluiu que, em média, a taxa de não comparência às CE é de cerca de 23%. Os autores concluíram ainda que a maior incidência se verifica no continente africano e a menor incidência na Oceânia. De acordo com o NHS (2023), das 122 milhões de consultas marcadas no ano de 2021/2022 em Inglaterra, cerca de 6,4% correspondem a consultas desperdiçadas por faltas dos utentes, o que equivale a cerca de 7,8 milhões de consultas por ano.

2.3. Causas das faltas às Consulta Externa

Caracterizar os padrões comportamentais é um excelente indicador para diminuir a taxa de faltas às CE, não obstante é importante ter em conta que este tipo de comportamento não acontece de forma arbitrária (Bezerra & Sorpreso, 2016; Silva et al., 2019). Para muitos autores é impossível elaborar uma lista de determinantes universais, visto que variam de acordo com a população e com os serviços de saúde em estudo (Lenzi et al., 2019).

Várias ferramentas e métodos de análise foram usados para determinar os fatores mais significativos que impulsionam os utentes a faltarem às CE agendadas (Saif et al., 2018). De acordo com Detman et al. (1999), as faltas às consultas são influenciadas por três tipos de barreiras: pessoais, estruturais/organizacionais e/ou financeiras.

Relativamente às barreiras estruturais/ organizacionais, vários são os fatores que podem contribuir para a não comparecimento dos utentes às CE, como a desconfiança no sistema de saúde, falta de compreensão do sistema de agendamento (demasiado complicado), dificuldade em cancelar ou apresentar uma justificação plausível a tempo, nível de acessibilidade (por exemplo, falta de transportes), falta de lembretes e falhas de comunicação (Daggy et al., 2010; Parente et al., 2018).

No que se refere às barreiras financeiras, verifica-se que estas são um verdadeiro obstáculo no acesso das pessoas aos cuidados de saúde. Os dados mais recentes do Eurostat, referentes a 2021, referem que 4,8% dos cidadãos da União Europeia reportaram ter tido necessidades não satisfeitas no que diz respeito a consultas, exames ou tratamentos médicos em 2021, dos quais 1% refere dificuldades financeiras como o motivo para as necessidades não satisfeitas, seguindo-se as listas de espera (0,9%) e a distância aos cuidados de saúde (0,1%) (Costa & Barros, 2022).

Verificou-se ainda, através de alguns estudos que se focaram em questionar os utentes, ou seja, através de autorrelatos, foi possível verificar que a maior parte dos utentes mencionam que se “esquecem da consulta” em virtude de serem mal informados ou confundem a data ou hora da consulta, desconhecem o processo de cancelamento de consultas ou não recebem lembretes (Alawadhi et al., 2021; Kaplan-Lewis & Percac-Lima, 2013).

No entanto, fatores ambientais também podem contribuir para a falta dos utentes às CE, nomeadamente o nível de acessibilidade (Alawadhi et al., 2021; Hamilton et al., 2002; Lotfi & Torres, 2014), conflitos entre horários (Alawadhi et al., 2021; Hamilton et al., 2002), problemas familiares ou no trabalho (Alawadhi et al., 2021) e a mudança do estado de saúde físico e/ou mental (melhorou ou piorou) (Alawadhi et al., 2021; Dunstan et al., 2023; Parente et al., 2018; Turkan et al., 2013).

Os motivos qualitativos mais frequentes citados na literatura incluem esquecimento devido à falta de conhecimento ou confusão com o horário por parte do utente (Lotfi & Torres, 2014).

Outro fator apontado por muitos autores é a falta da perceção que o utente tem sobre a importância da consulta, e qual o impacto que a sua não comparência acarreta para o hospital (Alawadhi et al., 2021; Daggy et al., 2010; Dunstan et al., 2023; Nasir et al., 2020).

Através de um estudo de Lacy et al. (2004), em que o foco era a perceção dos utentes sobre a não comparecência às consultas externas, através de entrevistas semiestruturadas, foi possível identificar três problemas adicionais: barreiras emocionais, desrespeito pelo utente, nomeadamente o desprezo dos seus sentimentos, opiniões, tempo de espera na organização que aumenta a insatisfação dos utentes podendo levar à perceção de desrespeito, e dificuldade de compreensão no sistema de agendamento ou do impacto deste comportamento na organização/profissionais.

2.4.1. Causas relacionadas com o perfil dos utentes

As barreiras pessoais incluem as atitudes que os utentes têm em relação aos cuidados de saúde, bem como as suas características demográficas. Exemplos de características barreiras pessoais são a faixa etária do utente, o sexo, a etnia, estado civil, percepção de desrespeito às suas crenças, seguro de saúde, o nível de escolaridade, existência de algumas barreiras emocionais (relação com os profissionais de saúde e com organizações de saúde), idioma, nível socioeconómico, nível de saúde mental (exemplo: depressão) e problemas psicossociais (Campbell et al., 2015; Daggy et al., 2010; Perron et al., 2010; Parente et al., 2018). Existem vários estudos publicados na literatura cujo objetivo é traçar um possível perfil dos utentes que faltam às CE.

Faixa Etária

De acordo com a maioria dos estudos, os utentes mais novos são mais propensos a faltar a consultas (Hamilton et al., 2002; Perron et al., 2010; Lehmann et al., 2007; Menendez & Ring, 2015).

O estudo de Nasir et al. (2020) e Alawadhi et al. (2021), acrescentou que os idosos também são uma faixa etária propensa a não comparecerem às consultas, neste caso, uma possível explicação para o supramencionado, é o facto de existir uma relação de dependência do cuidador, por exemplo família, para se deslocarem à organização de saúde (Alawadhi et al., 2021).

Em relação à idade pediátrica (até aos 18 anos), existe uma relação proporcional, quanto mais velha é a criança, mais propensa é de ter este comportamento (Nancarrow et al., 2014). Este facto pode ser explicado por haver mais conflitos com a escola/trabalho (Alawadhi et al., 2021).

Género

Na maioria dos estudos verificou-se que os homens têm maior probabilidade de não comparecer às consultas (Hamilton et al., 2002; Perron et al., 2010; Menendez & Ring, 2015; Peng et al., 2016). Não obstante um estudo demonstra que as mulheres representam a maior percentagem absoluta de faltas (Campbell et al., 2015).

Uma investigação de Davies et al. (2016) constatou que utentes do sexo masculino têm maior probabilidade em não comparecer às consultas, em relação ao sexo feminino entre os adultos até aos 65 anos. No entanto, entre os adultos com mais de 65 anos, estes autores concluíram que os homens e as mulheres tiveram taxas semelhantes de não comparecência às consultas.

Nível socioeconómico

O nível socioeconómico está intrinsecamente relacionado com a saúde dos cidadãos, dado que traduz o acesso a recursos importantes, como alimentação, cuidados de saúde e literacia em saúde.

Para autores como Coodin et al. (2004) e Lenzi et al. (2019) é questionável se o nível socioeconómico terá impacto na taxa de não comparência. Todavia para autores como Kempny et al. (2016) e Siminoff et al. (2008) o baixo nível socioeconómico é sinónimo de uma taxa menor de comparência dos utentes.

Nível de escolaridade

O nível de escolaridade dos utentes é considerado, por exemplo, por Collins & Clayton (2003), Coodin et al. (2004) e Kane & Dixon (2006) com um fator sem grande impacto na relação com a taxa de não comparecimento dos utentes.

Em 2012, um estudo de Sharp et al. (2012) demonstrou que o défice de educação é um indicativo para os utentes faltarem mais às consultas.

O único estudo encontrado sobre a relação entre as consultas na idade pediátrica e o fator do nível de escolaridade, demonstra que o baixo nível educacional dos pais/cuidadores foi associado a um aumento de não comparências (Kavanagh et al., 1991).

Etnia

Grupos minoritários dentro das populações em estudo, como por exemplo a população indígena na Austrália ou grupos hispânicos e afro-americanos nos Estados Unidos da América, são mais propensos a não comparecer aos agendamentos (Kruse et al., 2002; Menendez & Ring, 2015; Nancarrow et al., 2014).

Estado Civil

De acordo com a maioria dos estudos lidos, o estado civil não é um preditor significativo da falta às consultas (Cheng et al., 2014; Spikmans et al., 2003). Não obstante, muitos autores consideram que utentes casados são menos propensos a faltar à consulta (Peng et al., 2016; Siminoff et al., 2008).

Seguro de Saúde

Nos locais onde os cuidados de saúde não são grátis, os utentes sem seguro de saúde são mais propensos a não comparecer às consultas (Norris et al., 2014; Peng et al., 2016).

Situação Profissional

Segundo os estudos de Alhamad (2013) e Sharp et al. (2012), os desempregados têm maior probabilidade de faltarem às consultas (Weinerman et al., 2003). De acordo com a literatura, os desempregados são um grupo de alto risco para problemas de saúde, visto que procuram com menor frequência os cuidados de saúde (Herbig et al., 2013).

No entanto, um estudo realizado numa clínica psiquiátrica concluiu que os utentes desempregados estão associados a uma melhor comparência às consultas, porque, possivelmente, recebem apoio financeiro de familiares para os tratamentos. Por isso, é mais provável que os familiares insistam e/ou esperam que os utentes compareçam às consultas (Adeponle et al., 2007).

Histórico do utente

Um histórico de faltas anteriores a consultas também foi considerado um forte fator para este comportamento de faltar a consultas, ou seja, utentes que faltaram a consultas anteriores, têm maior probabilidade de faltar à próxima consulta agendada (Dantas et al., 2018; Norris et al., 2014).

Diagnósticos Clínicos

Diferentes estudos analisaram o efeito que o diagnóstico clínico pode ter no comportamento dos utentes faltaram às CE (Dantas et al., 2018).

Utentes diabéticos, com problemas cardíacos, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crónica ou outras comorbidades tiveram menor probabilidade de não comparecer à consulta (Daggy et al., 2010; Zailinawati et al., 2006).

Utentes com distúrbios psiquiátricos (por exemplo, depressão, ansiedade, ataques e transtorno de pânico), medicação psiquiátrica e/ou antidepressiva, e dependências (por exemplo, drogas, tabaco, álcool) são mais propensos a faltar às CE (Cashman et al., 2004; Cheng et al., 2014; Daggy et al., 2010; Weinerman et al., 2003).

2.4.2. Causas relacionadas com as consultas, agendamentos e aspetos logísticos

Lead-time

Em relação às características da consulta, o *lead-time* (intervalo de tempo entre a data de marcação e a data efetiva da consulta) é um dos preditores mais significativos da falta às consultas (Norris et al., 2014 citado em Batool et al., 2021). Quando os serviços de saúde são gratuitos, os utentes podem encontrar outra consulta noutro hospital ou procurar cuidados em hospitais privados para evitar a espera (Alawadhi et al., 2021; Norris et al., 2014; Peng et al., 2016; Torres et al., 2015).

Tipo de Consulta

Quando comparado com as primeiras consultas, as consultas subsequentes (principalmente quando marcadas com uma distância de um ano) são mais propensas de registar um número elevado de faltas (Perron et al., 2010). Num estudo realizado na Suíça, Lehmann et al. (2007) mostrou que as consultas subsequentes apresentam maior probabilidade de não comparência, que poderá ser consequência de um intervalo de tempo longo entre a primeira consulta e as subsequentes, aumentando a probabilidade do utente se esquecer.

Horário do agendamento

Existem autores que defendem que a data e horário da consulta não são significativos e autores que demonstram que os meses de verão e o fim de ano são as alturas mais críticas (Lehmann et al., 2007b; Tseng, 2010). Segundo um estudo de Briatore et al. (2013) os utentes tendem a faltar durante as épocas festivas. De acordo com Ahmed (Alawadhi et al., 2021) e Pacheco et al., (2007), a maior taxa de não comparência a consultas é em maio, junho, julho e agosto em relação a março, uma vez que nos meses de verão a temperatura é tendencialmente mais elevada.

Em relação ao dia da consulta, o início da semana regista um maior número de faltas (Alawadhi et al., 2021; Perron et al., 2010; Norris et al., 2014). Este facto pode ser explicado com base nas emoções, pois normalmente a segunda e a terça estão associados a emoções negativas, visto que é o início de mais uma semana, enquanto a sexta está associada a emoções positivas (Menendez & Ring, 2015). Em relação ao período do dia, de manhã é mais propício a que os utentes não compareçam (Norris et al., 2014; Peng et al., 2016).

Distância à organização de saúde

Nos estudos que analisaram a influência do fator “distância à organização de saúde”, existem autores que afirmam que existe um efeito diretamente proporcional na probabilidade não comparecimento (Alawadhi et al., 2021; Braun & Centeno, 2018; Menendez & Ring, 2015).

Especialidade

Todos os estudos encontrados que analisaram diferentes especialidades, analisaram qual a especialidade que registava um número mais elevado de faltas. Ahmed (2021) mencionou que as especialidades de Urologia, seguida de Gastroenterologia são as que registam mais faltas às consultas. Já segundo um estudo de Dunstan et al. (2023), a especialidade mais afetada pela falta às consultas é Oftalmologia. Por outro lado, uma revisão da literatura elaborada por Dantas et al. (2018), demonstra que as três especialidades que registam uma maior taxa de não comparência às consultas são Endocrinologia, Cardiologia e Otorrinolaringologista.

Fonte de encaminhamento

Para alguns autores, a fonte de encaminhamento também foi considerada um preditor consistente de não comparecimento às consultas (Batool et al., 2021; Dickey Morrow, 1991). Todavia, para outros autores, a fonte de encaminhamento não é relevante enquanto preditor de não comparência a consultas agendadas (Kalb et al., 2012; Pillai et al., 2012).

O quadro I sistematiza a revisão da literatura sobre as principais causas das faltas às CE. Foram incluídas no quadro todas as causas da não comparência que constam na literatura e os respectivos autores.

Quadro 1- Quadro síntese da revisão da literatura sobre as causas da não comparência às CE

	AUTORES
Fatores relacionados com os indivíduos	
Faixa etária	Alawadhi et al. (2021); Daggy et al. (2010); Dunstan et al. (2023); Hamilton et al. (2002); Perron et al. (2010); Kaplan-Lewis & Percac-Lima, (2013); Lehmann et al. (2007); Menendez & Ring, (2015); Milne et al. (2013); Nancarrow et al. (2014); Nasir et al. (2020); Norris et al. (2014); Torres et al. (2015)
Género	K. Campbell et al. (2015); Davies et al. (2016); Hamilton et al. (2002); Perron et al. (2010); Menendez & Ring, (2015); Nasir et al. (2020); Peng et al. (2016); Torres et al. (2015)
Nível socioeconómico	Coodin et al. (2004); Dunstan et al. (2023); Hamilton et al. (2002); Kempny et al. (2016); Lenzi et al. (2019); Lotfi & Torres, (2014); Siminoff et al. (2008); Zheng & George, (2012)
Nível de escolaridade	Collins & Clayton, (2003); Coodin et al. (2004); Kane & Dixon, (2006); Kavanagh et al. (1991); Lotfi & Torres, (2014); Sharp et al. (2012)
Etnia	Alafaireet et al. (2010); Kruse et al. (2002); Menendez & Ring, (2015); Milne et al. (2013); Nancarrow et al. (2014); Torres et al. (2015)
Estado civil	Alafaireet et al. (2010); Cheng et al. (2014); Daggy et al. (2010); Menendez & Ring, (2015); Peng et al. (2016); Siminoff et al. (2008); Spikmans et al. (2003)
Seguro de Saúde	Alafaireet et al. (2010); Alawadhi et al. (2021); Dunstan et al. (2023); Kaplan-Lewis & Percac-Lima, (2013); Norris et al. (2014); Peng et al. (2016); Torres et al. (2015); Turkan et al. (2013)
Situação profissional	Adeponle et al. (2007); Alhamad, (2013); Herbig et al. (2013); Lotfi & Torres, (2014); Sharp et al. (2012); Weinerman et al. (2003)
Histórico do utente	(Chariatte et al. (2008); Dantas et al. (2018); Dunstan et al. (2023); Perron et al. (2010); Norris et al. (2014); Wilkinson, (1994)
Diagnóstico Clínico	Cashman et al. (2004); Charupanit, (2009); Ciechanowski et al. (2006); Daggy et al. (2010); González-Arévalo et al. (2009); Perron et al. (2010); Weinerman et al. (2003)
Fatores relacionados com a organização	
Lead-time	Alafaireet et al. (2010); Alawadhi et al. (2021); George & Rubin, (2003); Hamilton et al. (2002); McMullen & Netland, (2015); Milne et al. (2013); Naderi et al. (2012); Nasir et al. (2020); Norris et al. (2014); Peng et al. (2016); Torres et al. (2015); Triemstra & Lowery, (2018)
Tipo de consulta (primeira ou subsequente)	Dunstan et al. (2023); Perron et al. (2010); Lehmann et al. (2007)

Horário da consulta	Alawadhi et al. (2021); Bennett & Baxley, (2009); Briatore et al. (2013); Daggy et al. (2010); Dunstan et al. (2023); Menendez & Ring, (2015); Norris et al. (2014); Peng et al. (2016); Pacheco et al. (2007); Torres et al. (2015)
Distância à organização	Alawadhi et al. (2021); Braun & Centeno, (2018); González-Arévalo et al. (2009); Kruse et al. (2002); Menendez & Ring, (2015); Naderi et al. (2012); Norris et al. (2014)
Especialidade	Alawadhi et al. (2021); Dunstan et al. (2023)
Outros fatores	
Mudança do estado de saúde	(Alawadhi et al. (2021); Bowser et al. (2010); Collins & Clayton, (2003); Defife et al. (2010); González-Arévalo et al. (2009)
Falha de comunicação	(Daggy et al. (2010); Kaplan-Lewis & Percac-Lima, 2013); Neal et al. (2005)
Esquecimento	(Alawadhi et al. (2021); Collins & Clayton, (2003); Kaplan-Lewis & Percac-Lima, (2013c; Neal et al., (2005); Lotfi & Torres, (2014); Pillai et al. (2012)
Não compreendem a necessidade da consulta ou das consequências que a falta pode acarretar	Alawadhi et al. (2021); Daggy et al. (2010); Dunstan et al. (2023); Lacy et al. (2004); Nasir et al. (2020)
Percepção de desrespeito às crenças	Lacy et al. (2004)
Falta de compreensão com o sistema de agendamento (por exemplo, dificuldade em cancelar a consulta)	Collins & Clayton, (2003); Corfield et al. (2008); Daggy et al. (2010); Gany et al. (2011a); Lacy et al. (2004)
Nível de acessibilidade	Alawadhi et al. (2021); Daggy et al. (2010); Hamilton et al. (2002); Lotfi & Torres, (2014)
Conflito de horários	Alawadhi et al. (2021); Hamilton et al. (2002)
Problemas familiares ou no trabalho	Alawadhi et al. (2021)

2.4. Consequências das faltas às CE

A taxa de não comparência às consultas compromete o acesso aos cuidados de saúde (Davies et al., 2016), causando ineficiência e iniquidade no setor da saúde (Abu Lekham et al., 2021; Arcaya et al., 2015) com repercussões económicas e clínicas (Samyn et al., 2019).

Uma das possíveis consequências é a utilização ineficaz (seja desperdício ou subutilização) de recursos humanos (médicos e administrativos) (Beltrame et al., 2019; Daggy et al., 2010; Lenzi et al., 2019) e logísticos, num cenário em que a procura de cuidados de saúde é superior à oferta (Lenzi et al., 2019) e, consequentemente uma quebra da eficiência e eficácia (Beltrame et al., 2019; Blæhr et al., 2018; Dantas et al., 2018; Parente et al., 2018) e aumento dos custos (por exemplo, em horas extras) (Beltrame et al., 2019; Blæhr et al., 2018; Dantas et al., 2018; Shah et al., 2018).

Do ponto de vista de quem presta cuidados de saúde, a falta dos utentes às consultas promove uma maior dificuldade dos profissionais em organizar o dia de trabalho, podendo causar sintomas de stress e fadiga extrema (Blæhr et al., 2018; McLean et al., 2016), tempo ocioso das equipas (Batoool et al., 2021; Lenzi et al., 2019), tempo gasto em estratégias de mitigação (Lenzi et al., 2019), aumento das listas de espera com o atendimento nos serviços de urgência, nas especialidades e procedimentos hospitalares, os indicadores de produtividade são afetados (Silva, 2017; Parente et al., 2018), comprometimento das organizações de saúde perante a sociedade, limitação da capacidade de atendimento e diminuição de uma melhor oferta dos serviços ou aproveitamento do tempo disponível (Silva, 2017).

O impacto económico difere de acordo com o sistema de saúde, mas, de forma geral, o custo financeiro deste comportamento é substancial (Dantas et al., 2018; Davies et al., 2016).

Segundo Mesa et al. (2017), através de um estudo realizado em Espanha, com o objetivo de analisarem os custos decorrentes das faltas às CE, demonstraram que o custo de reagendamento é, aproximadamente, de 13 euros e para uma taxa de não comparecimento de 12,8%, o custo económico foi superior a três milhões de euros.

Em relação aos utentes de idade pediátrica, existem inúmeros motivos potenciais do não comparecimento, que incluem dinâmicas familiares caóticas, conflito de prioridades ou barreiras de acesso aos cuidados de saúde (Jarvis et al., 2019).

Quando um utente falta a uma consulta agendada, dois utentes não conseguem ter acesso aos cuidados de saúde: o utente que não compareceu e o utente que não conseguiu marcar a consulta (Silva, 2017; Lenzi et al., 2019). Por outras palavras, do

ponto de vista de quem recebe cuidados de saúde existe uma insatisfação com o tempo de espera e, possivelmente, percepção da diminuição da qualidade no atendimento dos utentes que comparecem (Dantas et al., 2018; Parente et al., 2018), e dificuldade de acesso aos cuidados de saúde (Lenzi et al., 2019). Em relação aos utentes que não comparecem, existe uma descontinuidade dos cuidados (Lenzi et al., 2019; McLean et al., 2016), piores *outcomes* de saúde (como por exemplo, mais internamentos) (McLean et al., 2016; Shah et al., 2018).

A nível social, o sentido de justiça pode ser posto em causa, se for visto como uma questão de desrespeito, tendo em conta que os cuidados de saúde são financiados por impostos (Blæhr et al., 2018).

O quadro 2 sistematiza a revisão da literatura sobre as principais consequências das faltas às CE. Foram incluídas no quadro todas as consequências da não comparência que constam na literatura e os respetivos autores.

Quadro 2-Quadro síntese da revisão da literatura sobre as consequências da não comparência às CE

	Autores
Quem presta cuidados de saúde	
Diminuição da eficiência e eficácia	Abu Lekham et al, (2021); Arcaya et al, (2015); Bech, (2005); Beltrame et al, (2019); Blæhr et al, (2018); Dantas et al, (2018)
Aumento dos custos	Batool et al, (2021); Bech, (2005); Beltrame et al, (2019); Blæhr et al., (2018); Dantas et al., (2018); Jabalera Mesa et al, (2017); McLean et al, (2016); Parente et al, (2018); Samyn et al, (2019); Shah et al, (2018)
Desperdício ou subutilização de recursos humanos e logísticos	Bech, (2005); Beltrame et al, (2019); Daggy et al, (2010); Lenzi et al, (2019); McLean et al, (2016)
Dificuldade dos profissionais em planejar o dia	Blæhr et al, (2018); McLean et al, (2016)
Tempo gasto em estratégias de mitigação	Lenzi et al, (2019)
Aumento das filas de espera	Silva, (2017); Parente et al, (2018)
Tempo ocioso	Batool et al, (2021); Lenzi et al, (2019)
Limitação da capacidade de atendimento	Silva, (2017)
Interrupção do atendimento	Shah et al, (2018)
Quem recebe os cuidados de saúde	
Piores <i>outcomes</i> de saúde (ex. internamentos)	Bech, (2005); McLean et al, (2016); Shah et al, (2018)
Descontinuidade de cuidados	Lenzi et al, (2019); McLean et al, (2016)
Insatisfação com os tempos de espera mais longos	Bech, (2005); Beltrame et al, (2019); Blæhr et al, (2018); Dantas et al, (2018); McLean et al, (2016); Parente et al, (2018)
Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde	Batool et al, (2021); Bech, (2005); Dantas et al, (2018); Davies et al, (2016); Lenzi et al, (2019); McLean et al, (2016); Parente et al., (2018)
Percepção da qualidade do atendimento	Dantas et al, (2018)
Justiça social	Blæhr et al, 2018)

2.5. Estratégias para minimizar as faltas às Consulta Externa

O objetivo das organizações é tentar minimizar a não comparência dos utentes às CE, através de diversas estratégias. Segundo Mehra et al., (2018), é possível reduzir a taxa de não comparência às consultas através de sete estratégias: (1) introdução de um sistema de verificação de chamada de lembretes (ou seja, verificar se cada utente recebeu o lembrete no dia antes da consulta); (2) utentes informados através de telefonemas da importância da consulta, método de cancelar ou reagendar com antecedência; (3) reforço da informação na organização aos utentes; (4) verificar se todos os telefonemas dos utentes para a organização tiveram resposta; (5) promoção da consciencialização institucional através de um e-mail semanal; (6) integração entre as especialidades; e (7) comunicação centralizada no utente, com uma coordenação e integração dos cuidados com base no respeito, valores, preferências e necessidades dos utentes.

De acordo com a literatura, muitos utentes não têm conhecimento das políticas de cancelamento das consultas ou deparam-se com bastantes entraves em tentar cancelar ou remarcar as consultas. Estes entraves incluem dificuldades no acesso às linhas centrais de agendamento (por exemplo: telefone ocupado, tempos de espera elevados ou a chamada ser cancelada sem hipótese de esperar ou deixar uma mensagem), e se estas forem partilhadas com os utentes, haverá uma minimização deste problema (Levesque et al., 2013; McLean et al., 2016). Os serviços de saúde devem adaptar os sistemas de lembrete e adotar processos administrativos de apoio para melhorar o comparecimento, cancelamento e reagendamento e utilizar a estratégia de lembretes personalizados em grupos de utentes com alto risco de não comparecimento são algumas estratégias para otimizar o sistema de lembretes. Recorrer a métodos como cancelamento automático, SMS ou e-mail, são estruturas mais simples e flexíveis, pois não requerem o contacto direto com um profissional da organização, possibilitando o cancelamento a qualquer momento (McLean et al., 2016).

Segundo Percac-Lima et al. (2015) focou-se em desenvolver modelos de classificação para prever os não comparecimentos.

Ao avaliar a relação por meio de métodos estatísticos univariados e ou multivariados, vários estudos propõem medidas de intervenção para mitigar os efeitos negativos da falta às CE como: overbooking, apoio à decisão, melhores práticas de gestão, educação dos utentes, lembretes e multas (Dantas et al., 2018).

Todos estes métodos estão relacionados com o agendamento dos utentes (Daggy et al., 2010):

Overbooking

A metodologia do overbooking, aplicada amplamente na hotelaria e no sector aéreo, consiste no agendamento diário de um número adicional de utentes, com base na probabilidade dos utentes marcados inicialmente não comparecerem (Dantas et al., 2018). As possíveis desvantagens desta estratégia são a possibilidade de levar à insatisfação dos utentes e/ou da organização, aumento do tempo de espera ou horas extras dos profissionais, não obstante poderá atenuar as consequências dos no-shows, tal como a diminuição da eficácia ou o aumento do tempo de inatividade da organização (Batoool et al., 2021a; Gupta & Wang, 2012).

Cao & Tang (2014), desenvolveram um modelo de processo de decisão de *Markov* e demonstraram que a política de overbooking ideal é quando existe um limite que não se deve ultrapassar de consultas.

Apoio à decisão

Daggy et al. (2010) usaram o método estocástico de Muthuraman e Lawley para descrever e modelar um sistema de agendamento que poderia incorporar as características do utente e as probabilidades de perda de consultas no sistema de agendamento.

Melhores práticas de gestão

Melhorar as práticas de gestão também é um ponto crucial (Dantas et al. 2018), como adoção do método de *Lean*. A base desta metodologia é identificar quais são os pontos onde existe ineficiência, seja através do sistema agendamento ou falta de acessibilidade, de modo que seja aprimorado (Arcaya et al., 2015). O estudo de Andersen et al. (2007) é um exemplo da eficácia da oferta de transporte na redução de no-shows.

O sistema de agendamento permite o acesso ao serviço de saúde e o principal intuito é permitir que os recursos sejam utilizados de forma eficiente, com o objetivo de prestar os melhores cuidados de saúde à população, estando preparados para possíveis imprevistos (Liu et al., 2010; Turkan et al., 2013).

Tradicionalmente, as consultas são marcadas via telefone ou pessoalmente, o que implica a intervenção de um responsável do agendamento da organização. Este procedimento é limitado pela disponibilidade de horários e, também, pelos profissionais (Milne et al., 2013). O objetivo da melhoria dos sistemas de agendamento é permitir uma

maior flexibilidade, e assim uma melhor alocação dos recursos (Blæhr et al., 2018; Perron et al., 2010). Atualmente, a internet já é uma ferramenta para facilitar este procedimento, através de sistemas de agendamento autônomos, assíncronos e em tempo real (Milne et al., 2013). Assim o sistema de agendamento online pode facilitar o processo de remarcação e cancelamento da consulta (George & Rubin, 2003). Similarmente a utilização da inteligência artificial também poderá ser um ponto a favor, visto que poderá ser a base de ferramentas eficientes que compreenda o comportamento dos utentes e permita obter uma melhor alocação das consultas com base em modelos preditivos (Salazar et al., 2022).

Batool propõe um sistema de agendamento que prevê os não comparecimentos (em inglês, ASIM- *system to predict a patient no-show*). Este sistema permite aos utentes agendarem consultas de forma intuitiva e à organização prever com segurança os utentes mais propensos em faltar, com base no histórico dos utentes, visto que é um sistema é capaz de detetar faltas (Dunstan et al., 2023).

Rohleder (2000), Wang e Gupta (2011), Feldman et al. (2014) e Liu et al. (2019) desenvolveram políticas de agendamento que levam em consideração a preferência dos utentes nos dias de consulta (citado em Agrawal et al., 2023).

O tempo de espera para uma consulta é um dos preditores mais significativos da falta às consultas, como visto anteriormente, e a estratégia “*open access*” (também conhecido como “consulta no próprio dia” ou “acesso avançado”) é uma possível opção. Este sistema permite ao utente, de forma completamente autónoma, agendar uma consulta no horário à sua escolha. Desta forma os utentes conseguem ter perceção do número de vagas que existem (Bennett & Baxley, 2009; Bundy et al., 2005; Cameron et al., 2010; Hardy et al., 2001). Esta estratégia pode exaurir os utentes, criar ineficiências quando a procura exceder a oferta diária, prejudicando a reputação da instituição (Silva, 2017).

Bundy et al., (2005) e Cameron et al., (2010) demonstraram que a implementação é da estratégia “*open access*” é eficaz na redução da taxa de não comparecimento, em contrapartida Bennett & Baxley, (2009) e Rose et al. (2011) afirmam que a implementação da mesma nem sempre é eficaz.

Existem ainda algumas estratégias que se concentram na mudança do comportamento do utente, nomeadamente a educação dos utentes, lembretes e multas.

Educação dos utentes/Passagem de informação

Segundo Guse et al. (2003), citado em Turkan et al., (2013), a literacia do utente melhora o comparecimento nas consultas subsequentes.

A partilha de informações sobre por exemplo, onde estacionar, quais os transportes que o utente pode utilizar, o que é preciso levar para a consulta, é um fator que demonstra reduzir a taxa de não comparecimento às consultas. Para além destas informações logísticas, a passagem de informação sobre aquilo que o utente pode esperar da consulta e perceber quais as inquietações/dúvidas dos mesmos é um ponto chave (Turkcan et al., 2013).

Lembretes

O método mais estudado é os lembretes das consultas. Até aos dias de hoje, é considerado um dos mais eficazes. Segundo um estudo realizado por (Chong et al., 2020), denotou-se uma redução de cerca de 3.4% de faltas às consultas, ao enviar lembretes para os utentes que foram indicados pelo modelo preditivo com maior risco de não comparecerem à consulta.

Existem diversos meios para enviar lembretes, tal como correio (mais dispendioso), por telefone ou mensagens de texto curtas. Há bastantes evidências que o uso da tecnologia é uma mais-valia (Perron et al., 2010; Palacios-Barahona et al., 2018). Há autores que se focam em perceber qual a forma mais eficaz de enviar lembretes, porém estes resultados dependem da amostra estudo, segundo (Hardy et al., (2001), via telefónica é mais eficaz.

Adicionalmente, existem algumas evidências que intervenções de “lembretes plus”, principalmente nas primeiras consultas, podem ser mais eficazes, pois podem ajudar os utentes a sentirem-se mais confiantes, do que simples lembretes. A principal diferença entre um “lembrete plus” e um “lembrete tradicional” é a informação adicional, como orientações, informações de saúde, etc (McLean et al., 2016).

Walji e Zhang usaram os princípios da interação humano-computador de forma a testar o tipo de mensagens que têm maior probabilidade de incentivar os utentes a comparecer (Walji & Zhang, 2008).

Umas das desvantagens dos lembretes personalizados constantes, como ligações telefónicas, é utentes irritados e demasiado tempo gasto em mão de obra (Batool et al., 2021).

Multas

De acordo com a teoria económica neoclássica, a ameaça de multa poderia incentivar os utentes a lembrarem-se dos seus compromissos (Bech, 2005). Na Dinamarca já foi aplicada esta estratégia em organizações privadas, mas não existe um consenso sobre o seu resultado, uma vez que esta pode ter um efeito negativo na igualdade do acesso aos cuidados de saúde (Daggy et al., 2010). Apesar destas barreiras, pesquisas qualitativas realizadas a nível nacional, demonstraram que os dinamarqueses aceitaram o uso de multas e revelam uma atitude positiva em que se torne uma política nacional. (Blæhr et al., 2018) .

O quadro 3 sistematiza a revisão da literatura sobre as principais estratégias para minimizar as faltas às CE. Foram incluídas no quadro todas as estratégias que constam na literatura e os respetivos autores.

Quadro 3- Quadro síntese da revisão da literatura sobre as estratégias para minimizar as não comparência às CE

	Autores
Estratégias relacionadas com o agendamento	
Overbooking	Abu Lekham et al, (2021); Batool et al, (2021); Blæhr et al, (2018); Cao & Tang, (2014); Dantas et al, (2018); Dunstan et al, (2023); Feldman et al, (2014); Gupta & Wang, (2012); Jarvis et al, (2019); Nasir et al, (2020); Zacharias & Pinedo, (2014)
Sistemas de Apoio à decisão	Torres et al, (2015)
Melhores práticas de gestão (por exemplo: open acess, oferta de transporte)	Agrawal et al, (2023); Andersen et al, (2007); Arcaya et al, (2015); Blæhr et al, (2018); Bundy et al, (2005); Dantas et al, (2018); Dunstan et al, (2023); George & Rubin, (2003); Hamilton et al, (2002); Perron et al, (2010); Kalb et al, (2012); Liu et al, (2010); Milne et al, (2013); Salazar et al, (2022); Samyn et al, (2019); Turkan et al, (2013)
Estratégias focadas no utente	
Educação dos utentes	Hamilton et al, (2002); Kalb et al, (2012); Parente et al, (2018); Turkan et al, (2013)
Lembretes	Costa & Barros, (2022); Chong et al. (2020); Perron et al, (2010) ; Hardy et al. (2001); Kalb et al, (2012); Parikh et al, (2010)
Fornecer informações	Turkan et al, (2013)
Multas	Bech, 2005; Blæhr et al, (2018); Daggy et al, (2010)

3. Metodologia

3.1. Objetivo do estudo e pergunta de investigação

Muitos sistemas de saúde em todo o mundo enfrentam desafios significativos, mesmo quando há esforços para reforçar o financiamento e os recursos. Isso pode ser atribuído a vários fatores, incluindo o envelhecimento da população, avanços tecnológicos que aumentam os custos dos cuidados de saúde, desigualdades de acesso aos serviços e a complexidade do próprio setor de saúde. É importante reconhecer que os desafios estruturais em sistemas de saúde podem levar tempo para serem resolvidos, e soluções eficazes geralmente envolvem uma abordagem multifacetada. O objetivo é garantir que os cuidados de saúde sejam acessíveis, eficazes e de alta qualidade para todos os cidadãos, independentemente das dificuldades enfrentadas.

A redução das faltas e desmarcações não atempadas às CE é, de facto, uma meta importante na gestão da saúde, pois é uma estratégia importante para melhorar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde, com constrangimentos nos vários *stakeholders*.

O principal objetivo deste estudo é realizar um diagnóstico das faltas e desmarcações de CE no CHULC e apresentar medidas para reduzir o número de não comparências e desmarcações sem aviso atempado. Tal é fundamental para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Para atingir o objetivo principal, são definidos sete objetivos específicos para este estudo:

1. Diagnosticar a frequência das faltas e desmarcações às CE;
2. Analisar o perfil dos utentes que faltam e desmarcam as CE, com base em fatores sociodemográficos e localização geográfica;
3. Analisar por métricas temporais, agenda e especialidade das CE previamente agendadas que os utentes faltam e desmarcam;
4. Identificar e compreender os principais motivos das faltas e desmarcações às CE no CHULC;
5. Identificar o impacto das faltas e das desmarcações às CE no CHULC para os utentes e para a organização;
6. Analisar a perceção dos profissionais sobre a situação atual da não comparência às CE, os motivos para os utentes adotarem este comportamento e as consequências que daí advém para quatro *stakeholder*: utentes, profissionais de saúde, organização e o sistema de saúde;

7. Propor medidas de intervenção para reduzir a situação das faltas e desmarcações não atempadas às CE no CHULC.

3.2. Base do sistema de informação do CHULC

Para a realização deste estudo, foi utilizada uma base de dados com todos os registos de consultas demarcadas e as faltas às consultas entre 1 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2022, proveniente do sistema de informação do CHULC.

Esta base de dados contém informação sobre:

- Categoria do tipo de comportamento em relação à consulta (desmarcada ou falta);
- Utente (Id anonimizado);
- Dados de residência (distrito, concelho e freguesia);
- Unidade de Saúde;
- Dados demográficos (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação profissional);
- Métricas temporais (data da consulta, horário da consulta, data da desmarcação da consulta e data do pedido da consulta);
- Justificação da desmarcação;
- Especialidade da consulta;
- Tipo de consulta (primeira ou subsequente);
- Tipo de consulta (médica, não médica e enfermagem);
- Tipo de agenda (por especialidade ou por médico);
- Nome do médico que referenciou;
- Proveniência do utente (CTH, SAM, SON e VAI).

Após uma análise rigorosa e cuidadosa dos dados fornecidos pela organização, foi decidido, em conjunto com a mesma, que alguns dados seriam desconsiderados devido a serem parâmetros com um número muito baixo de informação. Um dos motivos para esta situação é os campos não serem de preenchimento obrigatório. Esta seleção dos dados relevantes permite que o estudo tenha resultados significativos e relevantes do problema em questão. Tal como o parâmetro habilitações literárias do utente (entre 2018 e 2022, consultas desmarcadas registaram uma taxa de resposta de apenas 9% e as faltas às consultas registam uma taxa de resposta de 11%), o parâmetro da situação profissional dos utentes (entre 2018 e 2022, consultas desmarcadas registaram uma taxa de resposta de apenas 35% e as faltas às consultas registam uma taxa de resposta

de 31%), o parâmetro do médico que referenciou (entre 2018 e 2022, consultas desmarcadas registaram uma taxa de resposta de apenas 16% e as faltas às consultas registam uma taxa de resposta de 21%), o parâmetro do estado civil (entre 2018 e 2022, consultas desmarcadas registaram uma taxa de resposta de apenas 15% e as faltas às consultas registam uma taxa de resposta de 24%) e por fim o parâmetro da proveniência da consulta (entre 2018 e 2022, consultas desmarcadas registaram uma taxa de resposta de apenas 8% e as faltas às consultas registam uma taxa de resposta de 12%).

O CHULC tem seis polos (HCC, HDE, HSM, HSAC, HSJ e MAC), contudo o estudo concentrou-se apenas no HSJ visto que abrange a maior parte da atividade das CE. Neste polo encontram-se as seguintes especialidades: anatomia patológica, anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica e reconstrutiva e estética, estomatologia, imunoalergologia, imunohemoterapia, medicina do trabalho, medicina física e de reabilitação, medicina intensiva, medicina interna, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neurorradiologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, psiquiatria, radiologia e urologia.

3.3. Questionário aos profissionais do CHULC

3.3.1. Instrumento

O principal objetivo desta etapa é recolher e analisar a perspetiva de todas as partes integrantes do serviço de CE nos seis polos do CHULC em relação à não comparência dos utentes às CE. Não foi encontrado na literatura, nenhum questionário válido que estivesse enquadrado no objetivo deste estudo. Tendo em conta este fator, o questionário foi desenhado de forma a ser o mais abrangente e teve como base a revisão da literatura realizada sobre o tema.

A versão inicial do questionário foi discutida com AGD no CHULC, tendo sido realizada todas as alterações discutidas em reunião. De forma a garantir a clareza do questionário, o mesmo foi pré-testado junto de 4 profissionais (um de categoria profissional) e as sugestões foram incluídas.

O questionário encontra-se dividido em quatro partes. A primeira parte tem que ver com os dados pessoais e profissionais dos trabalhadores. Na segunda parte pretendeu-se caracterizar a perspetiva que os profissionais têm sobre a situação dos utentes não comparecerem às CE no CHULC em 2023 através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (1= Não é um problema; 2= É um problema com impacto reduzido; 3- É um problema com impacto moderado; 4= É um problema com forte impacto; 5= É um problema muito sério e preocupante). Adicionalmente também foi questionado a perceção da frequência das faltas às CE face ao ano anterior. A terceira parte do questionário foca-se na

percepção dos inquiridos sobre os possíveis motivos para os utentes não comparecerem às CE programadas. A lista de motivos foi elaborada com base na literatura e adaptada segundo o contexto português, com a colaboração da área de gestão do doente do CHULC. As percepções sobre os motivos foram medidas numa escala de *Likert* de 4 pontos (1= Nada Importante; 2= Pouco Importante; 3= Importante; 4= Muito Importante). A última parte foca-se nas consequências deste comportamento. A lista de consequências foi desenhada com base na literatura e com a colaboração do CHULC, tendo sido organizadas em 4 grupos de consequências (efeitos nos utentes, efeitos nos profissionais de saúde, efeitos no hospital, efeitos no sistema de saúde). O método selecionado para medir a percepção dos profissionais foi uma escala de *Likert* com 4 pontos (1= A não comparência do utente não tem impacto neste aspeto; 2= A não comparência do utente tem um impacto reduzido neste aspeto; 3= A não comparência do utente tem um forte impacto neste aspeto; 4= A não comparência do utente tem um impacto muito forte neste aspeto). Todas as questões são de resposta obrigatória.

3.3.2. Desenho do estudo e população

A população alvo deste questionário são todos os profissionais das CE, incluindo as categorias de assistentes operacionais, assistentes técnicos, enfermeiros e médicos, dos seis polos do CHULC.

A população do estudo é composta por 269 profissionais, dos quais 16 são assistentes operacionais, 17 assistentes técnicos, 188 médicos (atividade no pavilhão de consultas pelo menos 2 horas e 1 vez por semana), 17 técnicos de saúde e 31 enfermeiros.

O questionário foi desenhado na plataforma *Qualtrics*, tendo sido enviado o respetivo link por email no dia 24 de julho de 2023 a todos os profissionais da população em estudo, acompanhado de uma explicação sobre os objetivos do estudo e do pedido e da importância de colaboração no mesmo. Com o intuito de promover a participação do mesmo, foram realizadas várias insistências de pedido de colaboração. As respostas são confidenciais e anónimas. O preenchimento do questionário foi considerado, como um consentimento informado, implícito por parte dos profissionais para participar no estudo.

3.3.3. Caracterização da amostra de pacientes

Foram obtidas 25 respostas válidas. Dos profissionais que responderam ao questionário, a sua maioria são do sexo feminino (cerca de 64%). Em média, os respondentes têm 46 anos (DP=10,8), sendo que 16% tem idade compreendida entre 35 e 34 anos, 36% tem entre 35 e 44 anos, 16% tem entre 45 e 54 anos, e 32% tem mais de 55 anos. Em relação à categoria profissional, 76% são assistentes técnicos (sendo que 16% trabalha no HCC, 5% no HSAC, 37% HDE e 42% no HSJ), 12% são médicos (sendo que metade dos respondentes estão alocados no HDE, 25% no HSAC e 25% no HSJ), 4% são assistentes operacionais (sendo que o total dos respondentes trabalha no HCC), 4% são enfermeiros (sendo que o total dos respondentes trabalha no HSJ) e 4% são técnicos de saúde (sendo que metade dos respondentes trabalha no HSJ e a outra metade na MAC). Em média, a experiência dos profissionais que responderam ao questionário é de 24,2 anos (DP=10,4), da qual cerca de 17 anos dessa experiência profissional é no CHULC (DP=10,5).

4. Descrição do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

O CHLC, EPE foi criado em 28 de fevereiro de 2007 através do Decreto-lei n.º 50-A/2007 e juntou o CHL – Zona Central – HSJ e HSAC – e os HSM e de D. Estefânia. Através do Decreto-Lei n.º 44/ 2012 de 23 de fevereiro de 2012 procede à extinção e integração por fusão no CHLC, E. P. E., do HCC, E. P. E., e da MAC. E por fim, o Decreto-Lei n.º 61/ 2018, de 3 de agosto, reconhece oficialmente o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE como centro universitário, passando a ser designado como CHULC. O CHULC tem seis polos: HCC, HDE, HSM, HSAC, HSJ e MAC.

A sua área de influência direta é composta por 13 das 24 freguesias do concelho de Lisboa, e por uma das dez freguesias do concelho de Loures. A população residente nesta área de influência direta é superior a 293 mil habitantes. É uma população com índices de envelhecimento e de dependência total muito acima da média nacional. Em termos de referenciação secundária, o CHULC dá resposta a 1,8 milhões de habitantes.

A sua principal missão é prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no SNS. A atividade assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação clínica, e promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas

de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente.

O CHULC tem oito objetivos principais nomeadamente, prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado e em ambiente humanizado, intervir na prevenção da doença, otimizar a utilização dos recursos disponíveis, constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados, promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico.

O CHULC é um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência.

As atividades do CHULC são pautadas pela competência técnica, ética profissional, segurança e conforto para o utente, responsabilidade e transparência, cultura de serviço centrada no utente, melhoria contínua da qualidade, cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática, atividade orientada para os resultados, trabalho em equipa/multidisciplinar e pluriprofissional e boas condições de trabalho.

5. Diagnóstico das faltas dos utentes às Consulta Externa

5.1. Documentação de Gestão das Consulta Externa

As CE do CHULC são locais de prestação de cuidados, dotados de meios materiais técnicos e humanos, que têm por objetivo a prestação de cuidados de saúde diferenciados e não urgentes a utentes em ambulatório, permitindo o seu estudo, tratamento e acompanhamento. Estas consultas, podendo ser presenciais ou não, são realizadas por um profissional de saúde, ou vários, e implicam sempre um registo clínico e administrativo.

As CE no CHULC podem ser centralizadas ou descentralizadas, têm instalações próprias, definidas e funcionam, genericamente, de segunda a sábado. As CE podem ainda ser realizadas, no âmbito de protocolos específicos, nas instalações de entidades externas, nomeadamente em cuidados de saúde primários, ou outras unidades de saúde com adequadas condições para o efeito.

Neste contexto, a primeira consulta é a consulta que o utente é examinado pela primeira vez numa determinada especialidade em medicina, no âmbito de um episódio clínico (Circular Normativa n.º 15/2019/DPS/ACSS). Uma consulta subsequente é realizada num hospital para verificação da evolução do estado de saúde do utente,

prescrição terapêutica ou preventiva como referência a primeira consulta do episódio clínico (Circular Normativa n.º 15/2019/DPS/ACSS).

A referenciação e a gestão do acesso à primeira consulta da especialidade hospitalar regem-se pelo princípio do LAC dos utentes do SNS, tendo em consideração os níveis de cuidados previstos nas redes de referenciação das especialidades. O acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada é assegurado pelo Sistema Integrado de Gestão do Acesso – SIGA- SNS -1ª consulta Hospitalar, através da ULGA. O CHULC recebe pedidos de primeira consulta hospitalar efetuados no âmbito do LAC, não podendo, em qualquer circunstância, recusar ou proceder à devolução do pedido por motivos relacionados com as áreas de influência. O acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar é condicionado à correta identificação do utente e à apresentação de justificação clínica e eventual anexação de resultados de exames complementares de diagnóstico e terapêutica efetuados, em formato digital.

O acesso às primeiras consultas, está obrigatoriamente associado uma referenciação (externa ou interna), e está sempre sujeito a um processo de triagem clínica, através do qual é determinado o nível de prioridade do agendamento. Fazem parte da referenciação externa:

- Os pedidos com origem nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) através de sistema digital de referenciação, e assentes no princípio do LAC dos utentes do SNS;
- Os pedidos com origem em farmácias e laboratórios no âmbito de referenciação de pessoas infetadas por VIH, ou com teste reativo para o VIH;
- Os pedidos com origem na Direção-Geral da Saúde referentes a utentes oriundos dos PALOP;
- Os pedidos com origem em outros Hospitais SNS ou em entidades privadas, de acordo com o modelo estabelecido.

Por sua vez, fazem parte da referenciação interna todos os pedidos, de consulta de especialidade hospitalar, formulados para efeitos de diagnóstico e tratamento do utente na especialidade requisitante:

- Pedidos com origem nos serviços de urgência, enviados através de sistema digital CRM ou outro sistema digital;
- Pedidos com origem noutro serviço clínico do CHULC através do SClinico.

De acordo com a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, do Ministro da Saúde, os tempos máximos de resposta garantido nas primeiras consultas para cada especialidade, são os seguintes:

- Muito prioritário- resposta em 30 dias;
- Prioritário- resposta em 60 dias;

- Normal- resposta em 120 dias.

Relativamente ao utente referenciado com doença oncológica, o médico triador deve ter presente os quatro níveis de prioridade na área de oncologia:

- Urgência diferida- resposta imediata (encaminhamento para urgência ou unidade de atendimento permanente);
- Muito prioritária- resposta em 7 dias;
- Prioritário- resposta em 15 dias;
- Prioridade normal- resposta em 30 dias.

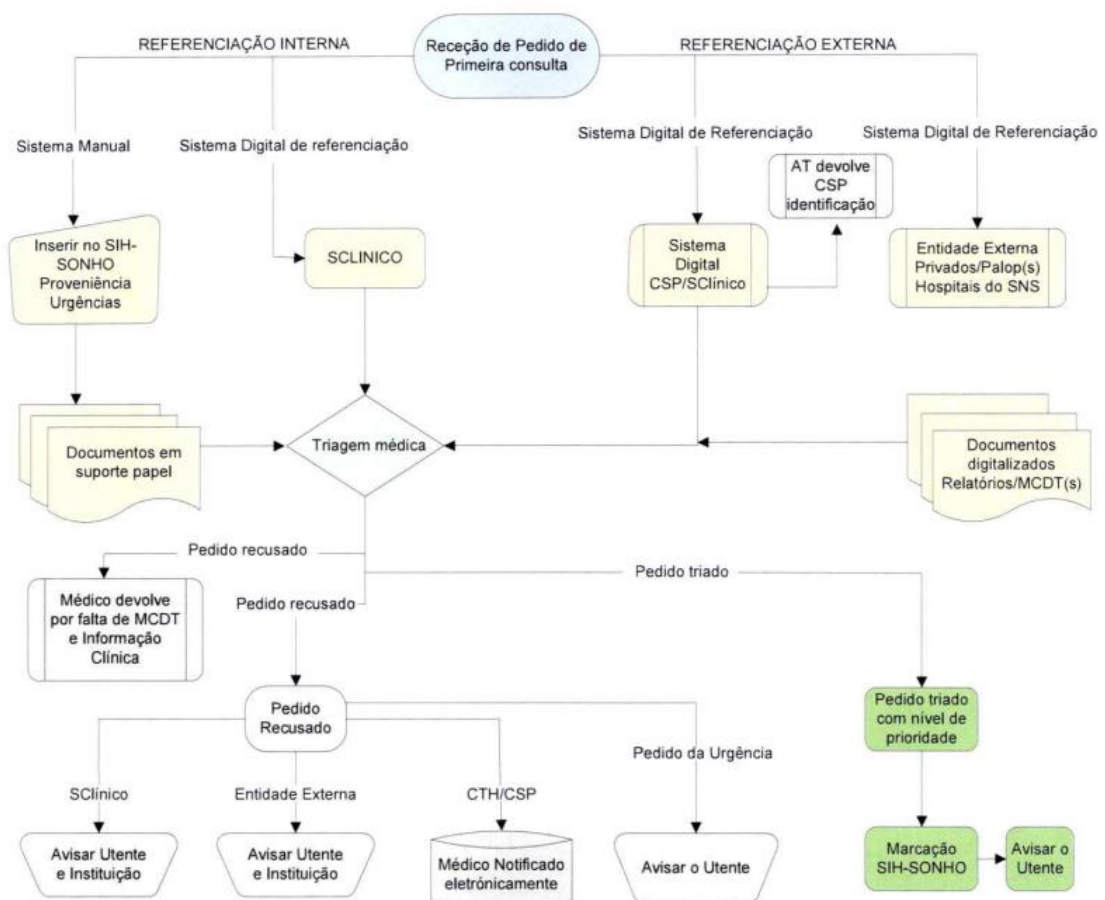


Figura 1- Pedidos de Primeira Consulta
Fonte: CHULC,2020

5.2. Conceito de faltas às CE no CHULC

De acordo com o Processo de Gestão e Organização das CE do CHULC (PLA.101), no ponto 4.2.3, a não comparência à consulta sem apresentação de justificação com motivo plausível (no prazo de 7 dias seguidos após a data prevista para a sua realização da consulta, através de correio eletrónico) é considerada a falta injustificada do utente. Nestas situações não é permitida a remarcação da consulta, devendo solicitar nova referenciação ao médico que realizou o primeiro pedido (CHULC, 2020).

São considerados motivos plausíveis para falta, designadamente, os considerados para faltas justificadas pelo n.º 2 do artigo 249.º do Código de Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 fevereiro, a saber:

- Maternidade, paternidade e adoção;
- Assistência a membro do agregado familiar;
- Licença de casamento;
- Falecimento do cônjuge, parente ou afim;
- Prestação de prova em estabelecimento de ensino;
- Baixa ou prescrição médica;
- Deslocação a estabelecimento de ensino- educação de menor;
- Trabalhador eleito para estrutura de representação coletiva de trabalho para participação na respetiva representação;
- Exercício de atividades enquanto candidato a cargo público, nos termos da lei eleitoral.

Nas situações de não comparência à primeira consulta, da especialidade hospitalar, é permitida uma única remarcação de consulta, caso seja apresentada no prazo de 7 dias seguidos a justificação com motivo plausível. Caso não seja apresentada a justificação para a não comparência à primeira consulta: o registo eletrónico da falta é efetuado automaticamente; e no sistema digital de referenciação a referência fica recusada com o motivo “falta injustificada do utente”.

5.3. Frequência com que os utentes faltam e desmarcam as consultas

Entre 2018 e 2022 registaram-se no total 359.507 incidências, das quais 87.005 correspondem as faltas às CE (32.529 primeiras consultas e 54.476 nas subsequentes), e 272 502 correspondem a CE desmarcadas (91.400 desmarcações de primeiras consultas e 181.102 de consultas subsequentes) (Figura 2).

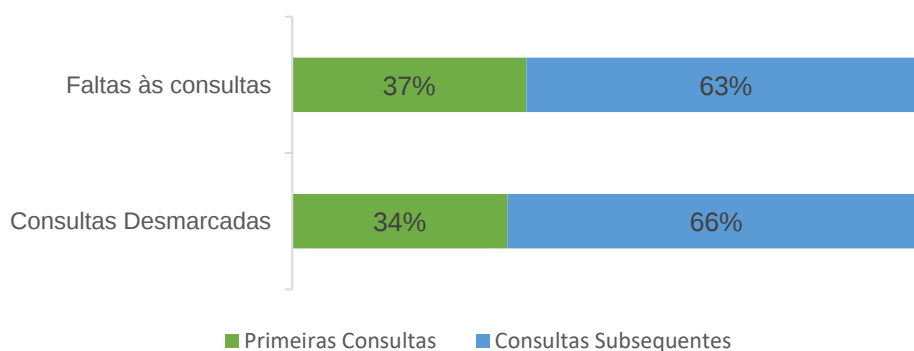


Figura 2- Frequência com que os utentes faltam e desmarcam as CE

De forma global, as consultas subsequentes apresentam uma taxa mais elevada de faltas e desmarcações, sendo que no caso das faltas regista-se uma diferença de cerca de 33% entre as primeiras consultas e as consultas subsequentes e, no caso das desmarcações uma diferença entre o tipo de consulta de cerca de 25%.

5.3.1 Frequência das faltas e desmarcações nas primeiras consultas

A atitude de faltar às CE, verificou-se, ao longo dos anos em análise, uma subida de aproximadamente 1% da taxa de não comparência, de ano para ano. Exceto entre 2020 e 2021 que se registou um aumento superior da taxa supramencionada, de cerca de 4% (Figura 3). A maioria dos utentes faltou às primeiras consultas apenas uma vez, contudo existem utentes que registam um número demasiado elevado de faltas, como é o caso de 2022, em que dois utentes faltaram 10 vezes a uma consulta (Figura 4).

Entre 2018 e 2022, cerca de 49% das consultas foram marcadas pela organização com um *lead-time*, intervalo de tempo entre o dia da marcação e o dia da consulta, de 30 dias e apenas 11% tiveram uma resposta com mais de 120 dias (Quadro 4).

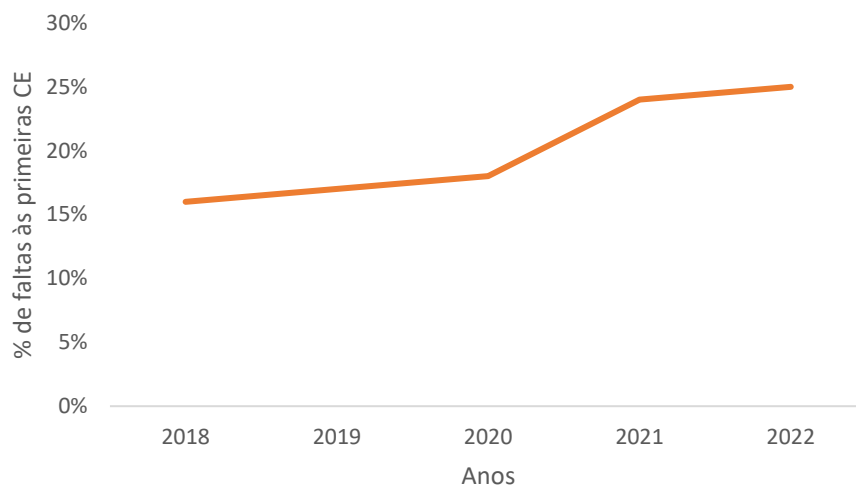


Figura 3- Gráfico da variação da frequência das faltas às primeiras CE

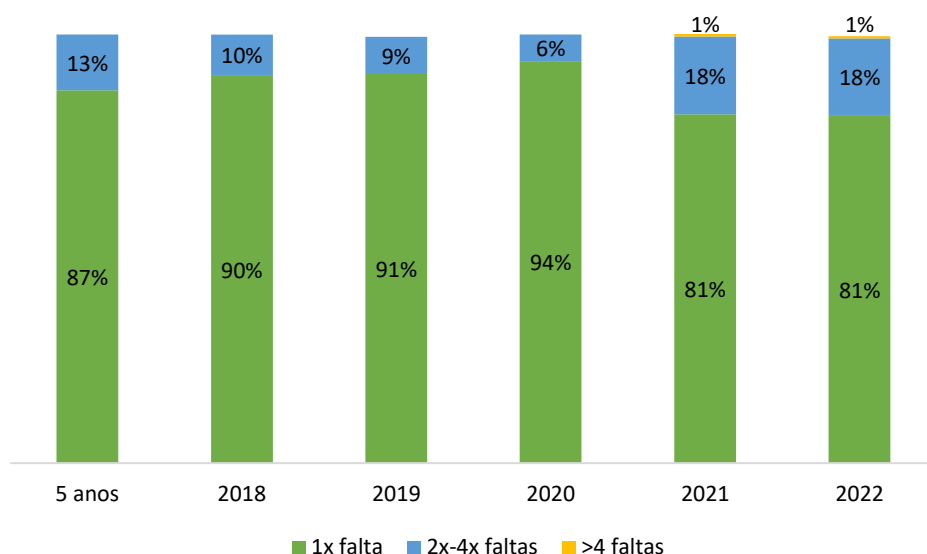


Figura 4-Percentagem de utentes por número de faltas às primeiras CE

Quadro 4- Lead-time entre o dia da marcação e o dia da CE

Lead-time	Nº faltas					
	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Ano 2022	2018-2022
Resposta em 30 dias	2 008 (39%)	1 929 (34%)	2 881 (49%)	5 166 (67%)	4 073 (50%)	16 057 (49%)
Resposta em 60 dias	1 097 (21%)	1 171 (21%)	1 094 (18%)	1 672 (22%)	1 603 (20%)	6 637 (20%)
Resposta em 120 dias	1 289 (25%)	1 684 (30%)	993 (17%)	651 (8%)	1 729 (21%)	6 346 (20%)
Mais de 120 dias	779 (15%)	890 (16%)	954 (16%)	194 (3%)	672 (8%)	3 489 (11%)

A evolução das demarcações às primeiras consultas, ao longo do período em análise, não apresenta um comportamento uniforme, sendo que entre 2018 e 2020 registou-se um aumento de cerca de 10%, entre 2020-2021, uma descida aproximadamente de 11%, e seguidamente uma subida de cerca de 4% (Figura 5). A maioria dos utentes desistiram entre uma a quatro vezes de uma consulta e, analogamente à análise descrita anteriormente nas faltas às consultas, existem utentes com um número elevado de desistências anualmente, como é o caso de 2022, que cerca

de 6% desistiram mais de 4 vezes de uma consulta (Figura 6). Cerca de 68% dos utentes não remarcarão as consultas que foram desmarcadas (Quadro 5). Numa análise mais detalhada da antecedência com que as consultas são demarcadas permite, concluir que o maior peso corresponde a um *lead-time* (período entre a data da consulta e a data da desmarcação) superior a 2 dias (Quadro 6). Não obstante é necessário mitigar as consultas desmarcadas dois dias antes, um dia antes, no próprio dia e após o dia, que no seu somatório corresponde a cerca de 30%, visto que é um problema para organização tentar alocar um utente num curto espaço de tempo. Os motivos que mais levaram os utentes a desistir durante os últimos cinco anos foram “desistência do utente”, “alteração do dia a pedido do utente” e “alteração do horário da consulta a pedido do utente”.

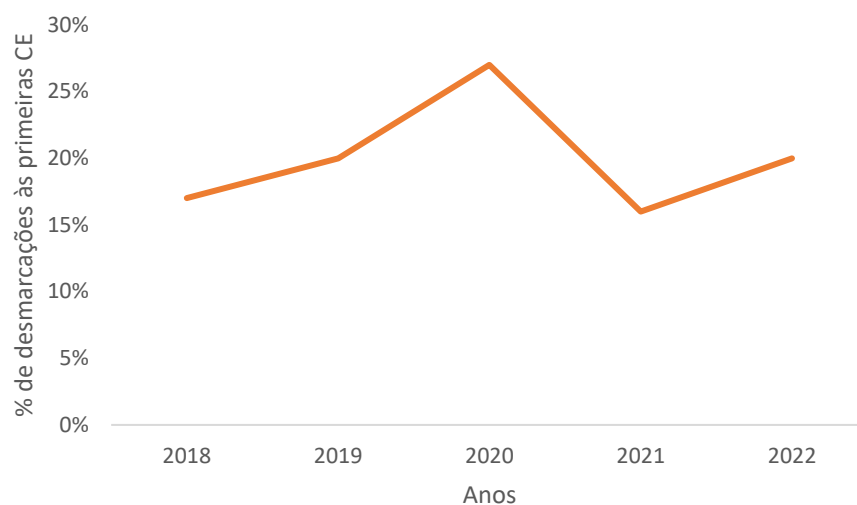


Figura 5-Gráfico da variação da frequência das desmarcações às primeiras CE

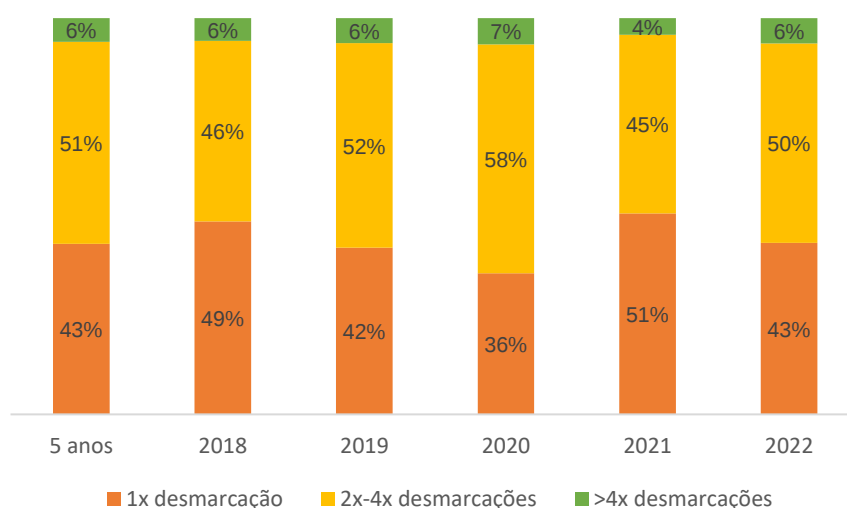


Figura 6-Percentagem de utentes por número de desmarcações às primeiras CE

Quadro 5- Número de CE desmarcadas que foram remarçadas e não remarçadas nas primeiras consultas

	Nº desmarcações					
	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Ano 2022	2018-2022
Consultas não remarçadas após desmarcação	8 979 (60%)	11 391 (62%)	19 401 (78%)	10 032 (67%)	12 420 (68%)	62 223 (68%)
Consultas remarçadas após desmarcação	6 073 (40%)	6 850 (38%)	5 490 (22%)	4 932 (33%)	5 832 (32%)	29 177 (32%)

Quadro 6- Lead time entre a data da consulta e data da desmarcação das CE (primeiras consultas)

	Nº desmarcações					
	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Ano 2022	2018-2022
Consultas desmarcadas com uma antecedência superior a 2 dias	11 378 (76%)	14 500 (79%)	17 521 (70%)	8 935 (60%)	12 052 (66%)	64 386 (70%)
Consultas desmarcadas 2 dia antes da data de marcação	555 (4%)	636 (3%)	619 (2%)	1 042 (7%)	986 (5%)	3 838 (4%)
Consultas desmarcadas 1 dia antes da data de marcação	898 (6%)	899 (5%)	1 500 (6%)	1 698 (11%)	1 906 (10%)	6 901 (8%)
Consultas desmarcadas no próprio dia	1458 (10%)	1363 (7%)	1 523 (6%)	2 061 (14%)	2 119 (12%)	8 524 (9%)
Consultas desmarcadas depois do dia da consulta	763 (5%)	843 (7%)	3 728 (15%)	1 228 (8%)	1 189 (7%)	7 751 (8%)

5.3.2 Frequência das faltas e desmarcações nas consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, o número de faltas diminuiu entre 2018 e 2020, e nos últimos dois anos no intervalo de análise verificou-se o oposto, ou seja, um aumento da percentagem (Figura 7). Cerca de 72% dos utentes faltou apenas uma vez às consultas subsequentes, contundo também se verifica casos de utentes faltam 6 vezes à mesma consulta (Figura 8).

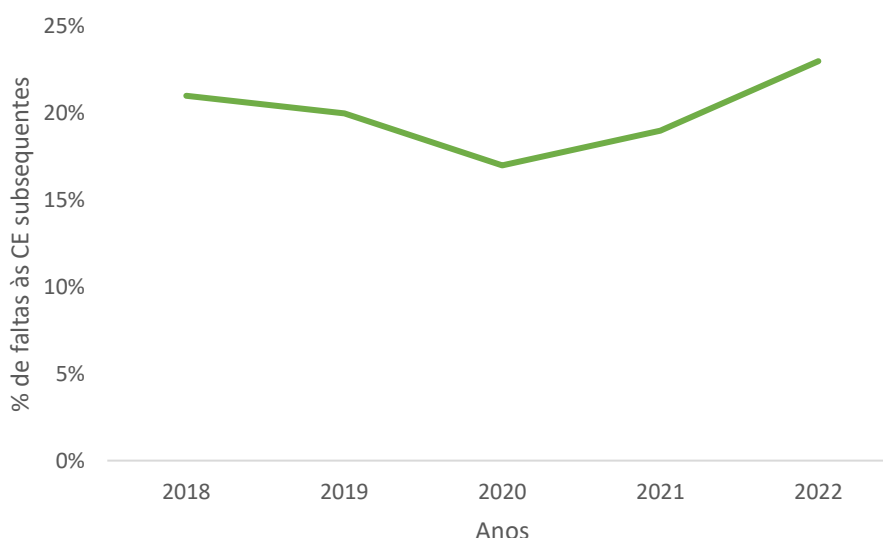


Figura 7- Gráfico da variação da frequência das faltas às CE subsequentes

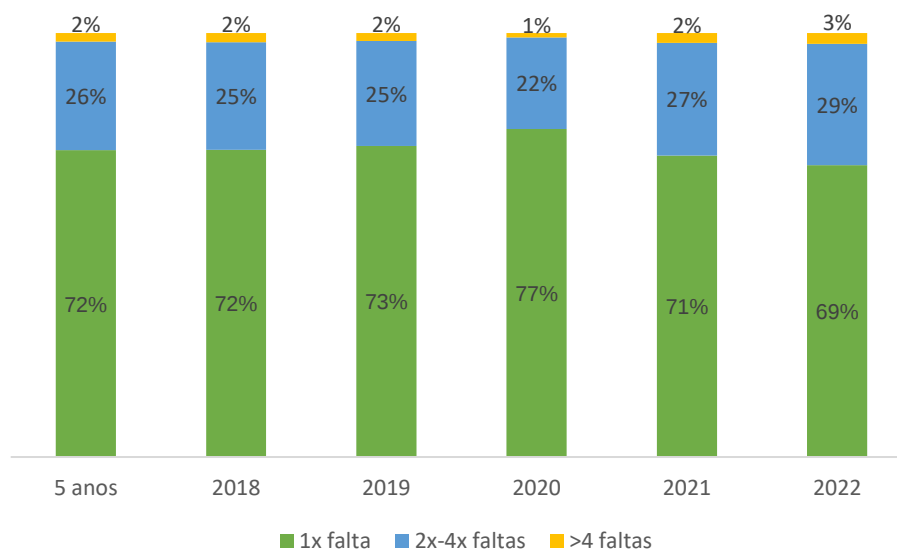


Figura 8-Percentagem de utentes por número de faltas às CE subsequentes

Nas consultas subsequentes, a evolução das demarcações, à semelhança das primeiras consultas, também não apresenta um comportamento uniforme, sendo que entre 2018 e 2019 manteve-se aproximadamente a percentagem, entre 2019 e 2021 um ligeiro aumento do número de desmarcações e, entre 2021 e 2022 uma descida de, aproximadamente 5% (Figura 9). Cerca de 32% dos utentes desmarcou apenas uma vez a consulta e, apesar de ser uma exceção existem utentes que desmarcaram mais de 9 vezes uma consulta (Figura 10). É notório que a maior parte das consultas desmarcadas ao longo destes cinco anos não foram remarcadas (Quadro 7). Relativamente ao lead-time entre a data da consulta e a data da desmarcação, as consultas subsequentes também apresentam um peso superior em consultas desmarcadas superiores a dois dias. Todavia cerca de 22% são desmarcadas num período muito curto, dificultando a logística da organização (Quadro 8). Os motivos predominantes são “desistência do utente”, “alteração a pedido do utente” e “engano do doente”.

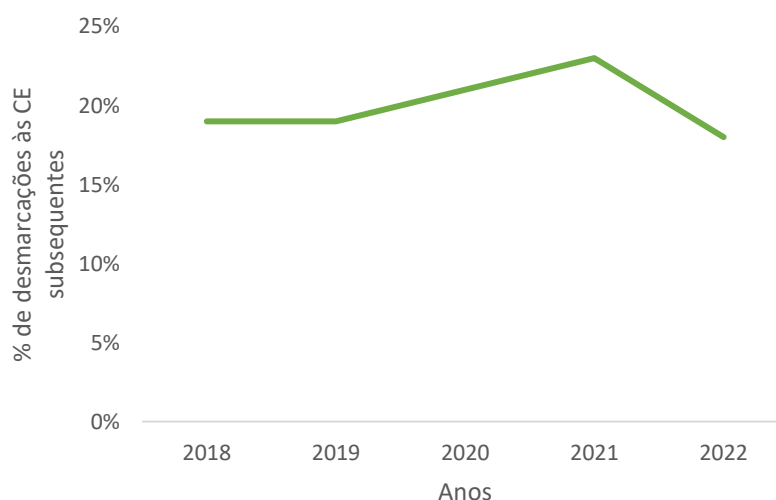


Figura 9-Gráfico da variação da frequência das desmarcações às CE subsequentes

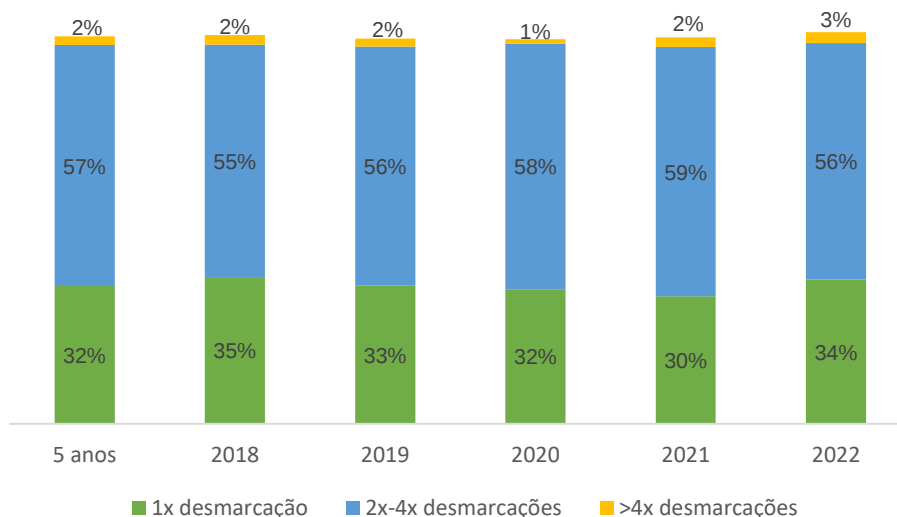


Figura 10-Percentagem de utentes por número de desmarcações às CE subsequentes

Quadro 7- Número de CE desmarcadas que foram remarcadas e não remarcadas nas consultas subsequentes

	Nº desmarcações					
	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Consultas não remarcadas após desmarcação	20 314 (68%)	20 564 (59%)	24 207 (64%)	26 573 (65%)	20 608 (62%)	112266 (62%)
Consultas remarcadas após desmarcação	13 748 (32%)	14 543 (41%)	13 414 (36%)	14 469 (35%)	12 662 (38%)	68836 (38%)

Quadro 8- Lead time entre a data da consulta e data da desmarcação das CE (consultas subsequentes)

	Ano 2018	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Ano 2022	2018-2022
Consultas desmarcadas com uma antecedência superior a 2 dias	25 771 (76%)	26 839 (76%)	30 302 (81%)	32 700 (80%)	25 870 (78%)	141 482 (78%)
Consultas desmarcadas 2 dia antes da data de marcação	1350 (4%)	1521 (4%)	1 391 (4%)	1 639 (4%)	1 471 (4%)	7 372 (4%)
Consultas desmarcadas 1 dia antes da data de marcação	2339 (7%)	2175 (6%)	2 508 (7%)	2 691 (7%)	2 156 (6%)	11 869 (7%)
Consultas desmarcadas no próprio dia	3333 (10%)	3132 (9%)	2 039 (5%)	2 758 (7%)	2 603 (8%)	13 865 (8%)
Consultas desmarcadas depois do dia da consulta	1269 (4%)	1440 (4%)	1 381 (4%)	1 254 (3%)	1 170 (4%)	6 514 (4%)

5.4. Perfil do utente que falta ou desmarca as consultas

De forma global, o perfil do utente que falta e que desmarca as consultas é semelhante. Maioritariamente são utentes do sexo feminino que residem no distrito e concelho de Lisboa. Verifica-se então, que os utentes que residem mais perto da organização são mais propensos a faltar. Uma possível explicação é o facto de os utentes que vivem longe, sentirem que as oportunidades são menores de se deslocarem à capital e, por conseguinte, não irão perder a oportunidade de ter uma CE agendada.

De seguida, é apresentado uma análise detalhada do perfil do utente do CHULC segundo as quatro situações distintas: faltar às primeiras consultas, faltar às consultas subsequentes, demarcar as primeiras consultas e desmarcar as consultas subsequentes.

Perfil utente que falta às primeiras consultas

A maioria dos utentes que faltam às primeiras consultas, são do sexo feminino (cerca de 53%). Em média a idade dos utentes é de 58 anos, sendo que um quarto dos utentes têm entre 1 e 42 anos (anos= 2018,2021,2022) e entre 1 e 44 anos (anos=2019 e 2020). Utentes com mais de 75 anos, representam cerca de 25% em 2018 e 2019, com mais de 72, em 2020 e 2022, aproximadamente um quarto, e por fim, em 2021, 25% dos utentes têm idade superiores a 71 anos. O grupo etário com maior taxa de não comparecimentos é entre os 55 anos e os 74 anos, aproximadamente 36%. Em relação à localização destes utentes em questão, cerca de 87% reside nos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal. Uma análise mais detalhada foi possível concluir que dos três distritos mencionados anteriormente, Lisboa apresenta uma maior percentagem quando comparada aos outros distritos. Dentro do distrito de Lisboa, o concelho de Lisboa é o que apresenta, de forma uniforme, em relação aos outros concelhos de Lisboa a maior percentagem de utentes que faltam às primeiras consultas (cerca de 58%). Adicionalmente, as freguesias do concelho de Lisboa onde residem mais utentes com este tipo de comportamento é a freguesia de Marvila (cerca de 15%), freguesia de Penha de França (cerca de 11%) e freguesias de Arroios e Olivais (aproximadamente 10%). Por fim, em relação à localização dos utentes, as unidades de saúde que pertencem do concelho de Lisboa, destacam-se a CS, Lapa e CS Alameda (na ordem dos 9%, 8%, respetivamente).

Perfil do utente que desmarca as primeiras consultas

Em relação ao segundo tipo de comportamento analisado, desmarcação de consultas, o sexo é similar à atitude de faltar a uma consulta, isto é, são utentes do sexo feminino (cerca de 56%). A idade média dos utentes é de 59 anos, sendo que metade dos utentes têm no máximo, aproximadamente, essa idade. Em relação ao grupo etário, destaca-se ligeiramente com um peso superior o grupo de utentes que têm idade compreendida entre os 55 e os 64 anos. Geograficamente é idêntico ao perfil dos utentes que faltam às primeiras consultas, isto significa que os utentes estão localizados no distrito de Lisboa (cerca de 74% quando comparado ao distrito de Santarém e Setúbal), no concelho de Lisboa (cerca de 53%) e as freguesias de Marvila, Penha de França, Olivais e Arroios, apresentados de forma decrescente do número de faltas dos utentes (na ordem dos 16%, 11%, 11% e 9%, respetivamente). Em relação à unidade de saúde CS Marvila, CS Alameda, USF Loios, CS Lapa e CS Olivais destacam-se ligeiramente quando comparadas às restantes.

O perfil dos utentes que faltam e demarcam as primeiras consultas no HSJ do CHULC é apresentado no quadro 9.

Quadro 9- Perfil dos utentes que faltam e desmarcam as primeiras CE

	Nº CE											
	2018		2019		2020		2021		2022		2018-2022	
	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)
Sexo												
Feminino	8 305 (55%)	2 638 (51%)	9 989 (55%)	2 858 (50%)	14 237 (57%)	3 381 (57%)	8 594 (57%)	4 362 (57%)	10 142 (56%)	4 036 (50%)	51 267 (56%)	17 275 (53%)
Masculino	6 747 (45%)	2 535 (49%)	8 252 (45%)	2 816 (50%)	10 654 (43%)	2 541 (43%)	6 370 (43%)	3 321 (43%)	8 110 (44%)	4 041 (50%)	40 133 (44%)	15 254 (47%)
Idade												
Média	61	58	60	59	59	58	57	57	59	57		
Q2	62	59	61	59	60	58	57	57	60	58		
Q3	75	75	74	75	73	72	71	71	73	72		
Grupo etário												
1-17 anos	20 (0%)	14 (0%)	27 (0%)	1 (0%)	23 (0%)	3 (0%)	24 (0%)	7 (0%)	71 (0%)	27 (0%)	165 (0%)	52 (0%)
18-24 anos	331 (2%)	137 (3%)	392 (2%)	192 (3%)	619 (2%)	185 (3%)	518 (3%)	286 (4%)	750 (4%)	404 (5%)	2 610 (3%)	1 204 (4%)
25-34 anos	989 (7%)	604 (12%)	1 082 (6%)	577 (10%)	1 735 (7%)	589 (10%)	1 421 (9%)	852 (11%)	1 362 (7%)	847 (10%)	6 589 (7%)	3 469 (11%)
35-44 anos	1 616 (11%)	690 (13%)	2 082 (11%)	697 (12%)	2 917 (12%)	781 (13%)	2 098 (14%)	1 026 (13%)	2 087 (11%)	1 047 (13%)	10 800 (12%)	4 241 (13%)
45-54 anos	2 468 (16%)	785 (15%)	3 141 (17%)	911 (16%)	4 289 (17%)	1 020 (17%)	2 596 (17%)	1 278 (17%)	2 891 (16%)	1 294 (16%)	15 385 (17%)	5 288 (16%)
55-64 anos	3 018 (20%)	859 (17%)	3 645 (20%)	926 (16%)	5 163 (21%)	1 158 (20%)	2 845 (19%)	1 455 (19%)	3 437 (19%)	1 388 (17%)	18 108 (20%)	5 786 (18%)
65-74 anos	2 819 (19%)	776 (15%)	3 535 (19%)	927 (16%)	4 796 (19%)	901 (15%)	2 604 (17%)	1 260 (16%)	3 707 (20%)	1 435 (18%)	17 461 (19%)	5 786 (18%)
75-84 anos	2 339 (16%)	739 (14%)	2 874 (16%)	801 (14%)	3 563 (14%)	746 (13%)	1 884 (13%)	952 (12%)	2 795 (15%)	1 086 (13%)	13 455 (15%)	4 324 (13%)
>=85 anos	1 452 (10%)	569 (11%)	1 463 (8%)	642 (11%)	1 786 (7%)	539 (9%)	974 (7%)	567 (7%)	1 152 (6%)	549 (7%)	6 827 (7%)	2 866 (9%)
Distrito												
Alentejo: Beja, Évora e Portalegre	1 344 (9%)	360 (7%)	1 822 (10%)	495 (9%)	2 734 (11%)	737 (12%)	1 013 (7%)	559 (7%)	1 058 (6%)	487 (6%)	7 971 (9%)	2 638 (8%)
Algarve: Faro	289 (2%)	67 (1%)	314 (2%)	78 (1%)	393 (2%)	60 (1%)	189 (1%)	86 (1%)	239 (1%)	99 (1%)	1 424 (2%)	390 (1%)
Centro (Aveiro, Guarda, Viseu, Coimbra, Castelo Branco e Leiria)	350 (2%)	74 (1%)	424 (2%)	97 (2%)	593 (2%)	124 (2%)	332 (2%)	159 (2%)	479 (3%)	184 (2%)	2178 (2%)	638 (2%)
Lisboa, Santarém e Setúbal	12 900 (86%)	4 564 (88%)	15 541 (85%)	4 900 (86%)	20 932 (84%)	4 877 (82%)	13 235 (88%)	6 719 (87%)	16 262 (89%)	7 097 (88%)	78 870 (86%)	28 157 (87%)

Norte (Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança e Porto)	79 (1%)	30 (1%)	67 (0%)	29 (1%)	100 (0%)	28 (0%)	87 (1%)	60 (1%)	71 (0%)	56 (1%)	404 (0%)	203 (1%)
Regiões Autónomas (Açores e Madeira)	57 (0%)	26 (1%)	42 (0%)	14 (0%)	64 (0%)	19 (0%)	57 (0%)	15 (0%)	76 (0%)	32 (0%)	296 (0%)	106 (0%)
Sem Informação	33(0%)	52 (1%)	31 (0%)	61 (1%)	75 (0%)	77 (1%)	51 (0%)	85 (1%)	67 (0%)	122 (2%)	257 (0%)	397 (1%)
Distrito com maior % de incidências												
Lisboa	9 599 (74%)	3 667 (80%)	11 222 (72%)	3 942 (80%)	15 033 (72%)	3 624 (74%)	9 959 (75%)	5 123 (76%)	12 408 (76%)	5 478 (77%)	58 221 (74%)	21 834 (78%)
Santarém	1 902 (15%)	457 (10%)	2 460 (16%)	476 (10%)	3 433 (16%)	715 (15%)	1 644 (12%)	736 (11%)	1 913 (12%)	844 (12%)	11 352 (14%)	3 228 (11%)
Setúbal	1 399 (11%)	440 (10%)	1 859 (12%)	482 (10%)	2 466 (12%)	538 (11%)	1 632 (12%)	860 (13%)	1 941 (12%)	775 (11%)	9 297 (12%)	3 095 (11%)
Concelho Distrito de Lisboa												
Lisboa	4 987 (52%)	2 166 (59%)	5 847 (52%)	2 353 (60%)	7 747 (52%)	2 028 (56%)	5 330 (54%)	2 863 (56%)	6 776 (55%)	3 165 (58%)	30 687 (53%)	12 575 (58%)
Loures	1 658 (17%)	541 (15%)	1 845 (16%)	566 (14%)	2 421 (16%)	521 (14%)	1 576 (16%)	746 (15%)	2 100 (17%)	816 (15%)	9 600 (16%)	3 190 (15%)
Sintra	612 (6%)	222 (6%)	857 (8%)	246 (6%)	1 078 (7%)	236 (7%)	684 (7%)	383 (7%)	756 (6%)	343 (6%)	3 987 (7%)	1 430 (7%)
Vila Franca de Xira	824 (9%)	253 (7%)	840 (7%)	249 (6%)	1 232 (8%)	261 (7%)	712 (7%)	318 (6%)	871 (7%)	324 (6%)	4 479 (8%)	1 405 (6%)
Outros/ s/inf	1 518 (16%)	485 (13%)	1 833 (16%)	528 (13%)	2 555 (17%)	578 (16%)	1 657 (17%)	813 (16%)	1 905 (15%)	830 (15%)	9 468 (16%)	3 234 (15%)
Freguesia Concelho de Lisboa												
Arroios	439 (9%)	208 (10%)	483 (8%)	220 (9%)	696 (9%)	201 (10%)	5535 (10%)	314 (11%)	720 (11%)	335 (11%)	2 873 (9%)	1 278 (10%)
Marvila	821 (16%)	367 (17%)	1 001 (17%)	389 (17%)	1 305 (17%)	326 (16%)	777 (15%)	420 (15%)	1 009 (15%)	420 (13%)	4 913 (16%)	1 922 (15%)
Olivais	575 (12%)	229 (11%)	654 (11%)	220 (9%)	841 (11%)	186 (9%)	574 (11%)	329 (11%)	767 (11%)	322 (10%)	3 411 (11%)	1 286 (10%)
Penha de França	540 (11%)	228 (11%)	699 (12%)	268 (11%)	843 (11%)	235 (12%)	611 (11%)	313 (11%)	782 (12%)	372 (12%)	3 475 (11%)	1 416 (11%)
Outros/ s/inf	2 612 (52%)	1 134 (52%)	3 010 (51%)	1 256 (53%)	4 062 (52%)	1 080 (53%)	2 833 (53%)	1 487 (52%)	3 498 (52%)	1 716 (54%)	16 015 (52%)	6 673 (53%)
UNIDADE SAUDE Concelho de Lisboa												
CS Alameda	489 (10%)	197 (9%)	566 (10%)	208 (9%)	638 (8%)	170 (8%)	410 (8%)	209 (7%)	496 (7%)	213 (7%)	2 599 (8%)	997 (8%)
CS Lapa	272 (5%)	175 (8%)	360 (6%)	210 (9%)	589 (8%)	189 (9%)	403 (8%)	264 (9%)	631 (9%)	347 (11%)	2 255 (7%)	1 185 (9%)
CS Marvila	289 (6%)	111 (5%)	355 (6%)	137 (6%)	424 (5%)	104 (5%)	259 (5%)	136 (5%)	338 (5%)	145 (5%)	1 665 (5%)	633 (5%)
CS Olivais	302 (6%)	133 (6%)	373 (6%)	150 (6%)	370 (5%)	120 (6%)	295 (6%)	167 (6%)	386 (6%)	168 (5%)	1 726 (6%)	738 (6%)
CS Sete Rios	287 (6%)	111 (5%)	363 (6%)	141 (6%)	535 (7%)	127 (6%)	291 (5%)	166 (6%)	385 (6%)	168 (5%)	1 861 (6%)	713 (6%)

Usf Almirante	244 (5%)	104 (5%)	333 (6%)	96 (4%)	443 (6%)	100 (5%)	253 (5%)	129 (5%)	352 (5%)	142 (4%)	1 625 (5%)	571 (5%)
Usf da Baixa	256 (5%)	105 (5%)	247 (4%)	80 (3%)	317 (4%)	73 (4%)	203 (4%)	96 (3%)	319 (5%)	111 (4%)	1 342 (4%)	465 (4%)
Usf Fonte Luminosa	196 (4%)	70 (3%)	229 (4%)	96 (4%)	362 (5%)	100 (5%)	289 (5%)	139 (5%)	276 (4%)	154 (5%)	1 352 (4%)	559 (4%)
Usf Loios	223 (4%)	99 (5%)	268 (5%)	128 (5%)	321 (4%)	93 (5%)	229 (4%)	125 (4%)	254 (4%)	129 (4%)	1 295 (4%)	574 (5%)
Usf Monicas	287 (6%)	141 (7%)	337 (6%)	121 (5%)	447 (6%)	102 (5%)	299 (6%)	169 (6%)	331 (5%)	169 (5%)	1 701 (6%)	702 (6%)
Usf Monte Pedral	208 (4%)	71 (3%)	209 (4%)	76 (3%)	289 (4%)	66 (3%)	222 (4%)	102 (4%)	301 (4%)	116 (4%)	1 229 (4%)	431 (3%)
Usf Oriente	196 (4%)	63 (3%)	215 (4%)	75 (3%)	277 (4%)	73 (4%)	195 (4%)	89 (3%)	240 (4%)	97 (3%)	1 123 (4%)	397 (3%)
Usf Setima Colina	184 (4%)	64 (3%)	200 (3%)	81 (3%)	263 (3%)	52 (3%)	181 (3%)	99 (3%)	302 (4%)	101 (3%)	1 130 (4%)	397 (3%)
Usf Vasco Gama	181 (4%)	61 (3%)	248 (4%)	80 (3%)	276 (4%)	70 (3%)	201 (4%)	100 (3%)	261 (4%)	122 (4%)	1 167 (4%)	433 (3%)
Outros	1 373 (28%)	661 (31%)	1 544 (26%)	674 (29%)	2 196 (28%)	589 (29%)	1 600 (30%)	873 (30%)	1 904 (28%)	983 (31%)	8 617 (28%)	3 780 (30%)

Perfil do utente que falta às consultas subsequentes

Em relação às consultas subsequentes, cerca de 55% dos utentes que faltam às consultas são do sexo feminino. O grupo etário com maior incidência de não comparências é entre os 65 e 74 anos, cerca de 17%. Os jovens, são o grupo etário com maior número de comparências nos últimos cinco anos. Apesar de haver uma diferença mínima entre os vários anos, 25% dos utentes tem menos de 47 (2018), 45 (2019,2020), 41 (2021) e 43 anos (2022). Cerca de 83% dos utentes que faltaram às CE no CHULC residem no distrito de Lisboa, através de uma análise similar à mencionada anteriormente, os resultados seguem o mesmo padrão, isto é, as freguesias do concelho de Lisboa com maior percentagem de faltam às consultas subsequentes são Marvila, Penha de França, Olivais e Arroios (aproximadamente, 17%, 11%,10% e 9%, respetivamente) e as unidades de saúde com um ligeiro destaque é CS Marvila, aproximadamente 10%.

Perfil do utente que desmarca as consultas subsequentes

Os utentes que desmarcaram consultas são maioritariamente do sexo feminino (cerca de 53%). O grupo etário que apresenta uma menor taxa de consultas demarcadas é entre os 1-17, o grupo etário com uma maior taxa deste comportamento encontra-se entre os 65 e os 74 anos. Aproximadamente 91% dos utentes residem nos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal, sendo que a grande maioria pertence à capital do nosso país. Dos 16 concelhos da capital, o concelho de Lisboa é o que apresenta maior taxa de consultas desmarcadas, e dentro deste concelho, a freguesia de Marvila é a que mais se destaca. Em relação à unidade de saúde, quando comparadas, apenas se destaca com um peso ligeiramente superior a CS Marvila.

O perfil dos utentes que faltam e demarcam as consultas subsequentes no HSJ do CHULC é apresentado no quadro 10.

Quadro 10-Perfil dos utentes que faltam e desmarcam as CE subsequentes

	Nº CE											
	2018		2019		2020		2021		2022		2018-2022	
	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)
Sexo												
Feminino	18 502 (54%)	6 190 (54%)	18 550 (53%)	5 714 (53%)	20 591 (55%)	5 347 (58%)	20 415 (50%)	6 034 (57%)	17 589 (53%)	6 448 (52%)	95 647 (53%)	29 733 (55%)
Masculino	15 560 (46%)	5 199 (46%)	16 557 (47%)	5 121 (47%)	17 030 (45%)	3 836 (42%)	20 627 (50%)	4 532 (43%)	15 681 (47%)	6 055 (48%)	85 455 (47%)	24 743 (45%)
Idade												
Média	64	61	63	59	63	58	61	55	60	57		
Q2	66	62	65	60	64	59	64	55	62	58		
Q3	77	76	76	74	75	73	75	69	74	71		
Grupo etário												
1-17 anos	30 (0%)	25 (0%)	33 (0%)	11 (0%)	15 (0%)	10 (0%)	31 (0%)	10 (0%)	51 (0%)	25 (0%)	160 (0%)	81 (0%)
18-24 anos	385 (1%)	159 (1%)	593 (2%)	272 (3%)	685 (2%)	277 (3%)	971 (2%)	414 (4%)	1079 (3%)	501 (4%)	3 713 (2%)	1 623 (3%)
25-34 anos	1 721 (5%)	873 (8%)	1 842 (5%)	986 (9%)	2 040 (5%)	840 (9%)	2 801 (7%)	1 262 (12%)	2 145 (6%)	1 258 (10%)	10 549 (6%)	5 219 (10%)
35-44 anos	2 811 (8%)	1 280 (11%)	3 201 (9%)	1324 (12%)	3 152 (8%)	1 152 (13%)	4 094 (10%)	1 615 (15%)	3 368 (10%)	1 651 (13%)	16 626 (9%)	7 022 (13%)
45-54 anos	4 895 (14%)	1 869 (16%)	5 161 (15%)	1762 (16%)	5 765 (15%)	1 553 (17%)	5 914 (14%)	1 830 (17%)	5 394 (16%)	2 122 (17%)	27 129 (15%)	9 136 (17%)
55-64 anos	6 262 (18%)	2 050 (18%)	6 446 (18%)	1917 (18%)	7 208 (19%)	1 772 (19%)	7 253 (18%)	1 931 (18%)	6 390 (19%)	2 355 (19%)	33 559 (19%)	10 025 (18%)
65-74 anos	7 366 (22%)	2 040 (18%)	7 688 (22%)	1870 (17%)	8 494 (23%)	1 569 (17%)	9 135 (22%)	1 692 (16%)	7 217 (22%)	2 129 (17%)	39 900 (22%)	9 300 (17%)
75-84 anos	6 774 (20%)	1 791 (16%)	6 850 (20%)	1621 (15%)	7 126 (19%)	1 335 (15%)	7 535 (18%)	1 178 (11%)	5 468 (16%)	1 660 (13%)	33 753 (19%)	7 585 (14%)
>=85 anos	3 818 (11%)	1 302 (11%)	3 293 (9%)	1072 (10%)	3 136 (8%)	675 (7%)	3 308 (8%)	634 (6%)	2 158 (6%)	802 (6%)	15 713 (9%)	4 485 (8%)
Distritos												
Alentejo: Beja, Évora e Portalegre	1 966 (6%)	458 (4%)	1 875 (5%)	450 (4%)	1 948 (5%)	454 (5%)	1 584 (4%)	460 (4%)	1 763 (5%)	501 (4%)	9 136 (5%)	2 323 (4%)
Algarve: Faro	423 (1%)	83 (1%)	426 (1%)	80 (1%)	375 (1%)	77 (1%)	387 (1%)	88 (1%)	358 (1%)	110 (1%)	1 969 (1%)	438 (1%)
Centro (Aveiro, Guarda, Viseu, Coimbra, Castelo Branco e Leiria)	810 (2%)	208 (2%)	813 (2%)	176 (2%)	989 (3%)	173 (2%)	1 046 (3%)	245 (2%)	781 (2%)	256 (2%)	4 439 (2%)	1 058 (2%)
Lisboa, Santarém e Setúbal	30 628 (90%)	10 526 (52%)	31 755 (90%)	10 031 (93%)	34 026 (90%)	8 399 (91%)	37 687 (92%)	9 656 (91%)	30 158 (91%)	11 523 (92%)	16 4254 (91%)	50 135 (92%)
Norte (Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança e Porto)	122 (0%)	55 (0%)	120 (0%)	47 (0%)	173 (0%)	43 (0%)	218 (1%)	77 (1%)	93 (0%)	46 (0%)	726 (0%)	268 (0%)
Regiões Autónomas (Açores e Madeira)	98 (0%)	30 (0%)	98 (0%)	29 (0%)	87 (0%)	25 (0%)	97 (0%)	29 (0%)	88 (0%)	28 (0%)	468 (0%)	141 (0%)

Sem Informação	15 (0%)	29 (0%)	20 (0%)	22 (0%)	23 (0%)	12 (0%)	23 (0%)	11 (0%)	29 (0%)	39 (0%)	110 (0%)	113 (0%)
Distrito com maior % de incidências												
Lisboa	2 4640 (80%)	8 852 (84%)	25 428 (80%)	8 359 (83%)	27 070 (80%)	6 781 (81%)	30 836 (82%)	7 925 (82%)	23 928 (79%)	9 450 (82%)	13 1902 (80%)	41 367 (83%)
Santarém	2 710 (9%)	665 (6%)	2 843 (9%)	622 (6%)	3 018 (9%)	669 (8%)	2 408 (6%)	591 (6%)	2 649 (9%)	699 (6%)	13 628 (8%)	3 246 (6%)
Setúbal	3 278 (11%)	1 009 (10%)	3 484 (11%)	1 050 (10%)	3 938 (12%)	949 (11%)	4 443 (12%)	1 140 (12%)	3 581 (12%)	1 374 (12%)	1 8724 (11%)	5 522 (11%)
Concelho Distrito de Lisboa												
Lisboa	12 702 (52%)	4 955 (56%)	13 114 (52%)	4 673 (56%)	13 647 (50%)	3 619 (53%)	16 203 (53%)	4 248 (54%)	12 518 (52%)	5 244 (55%)	68 184 (52%)	22 739 (55%)
Loures	4 260 (17%)	1 354 (15%)	4 388 (17%)	1 223 (15%)	4 483 (17%)	1 012 (15%)	4 927 (16%)	1 085 (14%)	3 984 (17%)	1 397 (15%)	22 042 (17%)	6 071 (15%)
Sintra	1 906 (8%)	670 (8%)	1 825 (7%)	615 (7%)	2 064 (8%)	552 (8%)	1 843 (6%)	654 (8%)	1 693 (7%)	713 (8%)	9 331 (7%)	3 204 (8%)
Vila Franca de Xira	1 744 (7%)	504 (6%)	1 828 (7%)	540 (6%)	1 816 (7%)	466 (7%)	2 304 (7%)	427 (5%)	1 580 (7%)	486 (5%)	9 272 (7%)	2 423 (6%)
Outros/ s/inf	4 028 (16%)	1369 (15%)	4 273 (17%)	1 308 (16%)	5 060 (19%)	1 132 (17%)	5 559 (18%)	1 511 (19%)	4 153 (17%)	1 610 (17%)	23 073 (17%)	6 930 (17%)
Freguesia Concelho de Lisboa												
Arroios	905 (7%)	436 (9%)	1 108 (8%)	427 (9%)	1 105 (8%)	318 (9%)	1 449 (9%)	377 (9%)	1 089 (9%)	515 (10%)	5 656 (8%)	2 073 (9%)
Marvila	2 160 (17%)	871 (18%)	2 318 (18%)	810 (17%)	2 375 (17%)	634 (18%)	2 617 (16%)	672 (16%)	2 148 (17%)	923 (18%)	11 618 (17%)	3 910 (17%)
Olivais	1 458 (11%)	578 (12%)	1 411 (11%)	478 (10%)	1 477 (11%)	363 (10%)	1 631 (10%)	377 (9%)	1 409 (11%)	506 (10%)	7 386 (11%)	2 302 (10%)
Penha de França	1 517 (12%)	467 (9%)	1 403 (11%)	518 (11%)	1 527 (11%)	421 (12%)	1 894 (12%)	470 (11%)	1 385 (11%)	569 (11%)	7 726 (11%)	2 445 (11%)
Outros	6 662 (52%)	2 603 (53%)	6 874 (52%)	2 440 (52%)	7 163 (52%)	1 883 (52%)	8 612 (53%)	2 352 (55%)	6 487 (52%)	2 731 (52%)	35 798 (53%)	12009 (53%)
UNIDADE SAUDE Concelho de Lisboa												
CS Alameda	679 (5%)	351 (7%)	751 (6%)	321 (7%)	766 (6%)	296 (8%)	1 030 (6%)	327 (8%)	816 (7%)	453 (9%)	4 042 (6%)	1748 (8%)
CS Lapa	698 (5%)	282 (6%)	744 (6%)	260 (6%)	767 (6%)	186 (5%)	909 (6%)	221 (5%)	677 (5%)	273 (5%)	3 795 (6%)	1222 (5%)
CS Marvila	1 316 (10%)	494 (10%)	1 413 (11%)	490 (10%)	1 475 (11%)	354 (10%)	1 532 (9%)	377 (9%)	1 171 (9%)	472 (9%)	6 907 (10%)	2 187 (10%)
CS Olivais	605 (5%)	227 (5%)	666 (5%)	280 (6%)	694 (5%)	183 (5%)	711 (4%)	204 (5%)	672 (5%)	249 (5%)	3 348 (5%)	1 143 (5%)
CS Sete Rios	650 (5%)	237 (5%)	561 (4%)	208 (4%)	609 (4%)	160 (4%)	902 (6%)	228 (5%)	599 (5%)	238 (5%)	3 321 (5%)	1 071 (5%)
Usf Almirante	522 (4%)	216 (4%)	527 (4%)	190 (4%)	598 (4%)	159 (4%)	743 (5%)	202 (5%)	583 (5%)	231 (4%)	2 973 (4%)	998 (4%)
Usf da Baixa	545 (4%)	234 (5%)	558 (4%)	236 (5%)	651 (5%)	172 (5%)	702 (4%)	209 (5%)	557 (4%)	254 (5%)	3 013 (4%)	1 105 (5%)
Usf Fonte Luminosa	487 (4%)	178 (4%)	552 (4%)	154 (3%)	528 (4%)	118 (3%)	672 (4%)	125 (3%)	588 (5%)	199 (4%)	2 827 (4%)	774 (3%)

Usf Loios	656	282	694	253	728	216	871	209	743	322	3 692	1 282
	(5%)	(6%)	(5%)	(5%)	(5%)	(6%)	(5%)	(5%)	(6%)	(6%)	(5%)	(6%)
Usf Monicas	470	168	532	185	634	156	646	154	461	184	2 743	847
	(4%)	(3%)	(4%)	(4%)	(5%)	(4%)	(4%)	(4%)	(4%)	(4%)	(4%)	(4%)
Usf Monte Pedral	798	284	868	231	793	197	896	213	692	235	4 047	1 160
	(6%)	(6%)	(7%)	(5%)	(6%)	(5%)	(6%)	(5%)	(6%)	(4%)	(6%)	(5%)
Usf Oriente	717	270	682	208	741	199	849	216	620	239	3 609	1 132
	(6%)	(5%)	(5%)	(4%)	(5%)	(5%)	(5%)	(5%)	(5%)	(5%)	(5%)	(5%)
Usf Setima Colina	607	238	585	227	637	175	712	190	571	234	3 112	1 064
	(5%)	(5%)	(5%)	(5%)	(5%)	(5%)	(4%)	(4%)	(5%)	(4%)	(5%)	(5%)
Usf Vasco Gama	473	135	526	172	493	107	540	121	496	178	2 528	713
	(4%)	(3%)	(4%)	(4%)	(4%)	(3%)	(3%)	(3%)	(4%)	(3%)	(4%)	(3%)
Outras	3 479	1 359	3 455	1 258	3 533	941	4 488	1 252	3 272	1 483	18 227	6293
	(27%)	(27%)	(26%)	(27%)	(26%)	(26%)	(28%)	(29%)	(26%)	(28%)	(27%)	(28%)

5.5. Análise por métricas temporais, agenda e especialidade

Procede-se a uma análise do perfil de faltas e desmarcações de consultas com base em métricas temporais (mês, dia da semana, estação do ano, horário do agendamento e o intervalo da marcação e consulta), tipo de consulta (enfermagem, médica ou não médica), tipo de agenda (especialidade ou médico) e valência e especialidade da consulta.

Características das primeiras consultas com faltas

Cerca de 53% dos utentes que faltam às primeiras consultas fizeram-no no segundo semestre do ano, mais especificamente no último trimestre. Os meses de novembro e abril foram, respetivamente, os meses com maior e menor número de faltas, cerca de 10% e 6%. O peso maior das faltas às consultas foi durante o outono. O início e o fim da semana representam, respetivamente, os dias com maior e menor taxa de não comparência (entre 22% e 13%, respetivamente). No que se refere ao horário de agendamento, o período da manhã, precisamente entre as 9h00 e as 9h59, representam o momento do dia com maior prevalência de faltas às consultas. O tipo de consulta e agenda médica registou o maior número de faltas dos utentes entre 2018 e 2022. As especialidades com maior peso neste tipo de comportamento são a neurocirurgia (cerca de 21%), otorrinolaringologista (cerca de 14%) e estomatologia (cerca de 11%). O resto das especialidades apresentam uma variabilidade entre 0% e 5%.

Características das consultas subsequentes desmarcadas

O mês de outubro registou a maior taxa de consultas demarcadas, cerca de 10%, contudo não existe uma diferença notória em relação aos restantes meses do ano. Numa análise mais detalhada do ano inteiro, é possível concluir que o primeiro semestre, o segundo e quarto trimestre representam os períodos de maior incidência de consultas desmarcadas. Relativamente às estações do ano, a primavera e o outono apresentam superioridade em relação às taxas de consultas desmarcadas (na ordem dos 26% e 27%, respetivamente). Encontrou-se uma maior prevalência de consultas desmarcadas à segunda-feira e quarta-feira (cerca de 22% e 23%, respetivamente), e uma menor prevalência deste incidente no final da semana (cerca de 16%). O impacto no horário de agendamento verificou-se no período da manhã, mais especificamente entre as 8h00 e as 9h59 e entre as 11h00 e as 11h59. O tipo de consulta “médica” e o

tipo de agenda “médico” representam um maior peso nas consultas que foram desmarcadas entre 2018 e 2022. Em relação às especialidades, a neurocirurgia, anestesiologia e otorrinolaringologista são as mais afetadas pela não comparência dos utentes (na ordem dos 27% e 13%, respetivamente).

A análise por métricas temporais, agenda e especialidade dos utentes que faltam e demarcam as primeiras consultas no HSJ do CHULC é apresentado no quadro 11.

Quadro 11-Análise por métricas temporais, agenda e especialidade sobre a as primeiras CE

	Nº CE											
	2018		2019		2020		2021		2022		2018-2022	
	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)
Mês												
Janeiro	1 220 (8%)	468 (9%)	1 255 (7%)	511 (9%)	1 946 (8%)	614 (10%)	1 592 (11%)	914 (12%)	1 296 (7%)	649 (8%)	7 309 (8%)	3156 (10%)
Fevereiro	1 125 (7%)	411 (8%)	1 293 (7%)	447 (8%)	1 699 (7%)	547 (9%)	1 483 (10%)	623 (8%)	1 155 (6%)	583 (7%)	6 755 (7%)	2611 (8%)
Março	1 336 (9%)	431 (8%)	1 267 (7%)	448 (8%)	3 247 (13%)	329 (6%)	1 289 (9%)	678 (9%)	1 483 (8%)	683 (8%)	8 622 (9%)	2569 (8%)
Abril	1 394 (9%)	385 (7%)	1 361 (7%)	436 (8%)	2 809 (11%)	23 (0%)	1 161 (8%)	577 (8%)	1 352 (7%)	560 (7%)	8 077 (9%)	1981 (6%)
Maio	1 519 (10%)	519 (10%)	1 407 (8%)	478 (8%)	2 250 (9%)	97 (2%)	920 (6%)	560 (7%)	1 720 (9%)	896 (11%)	7 816 (9%)	2550 (8%)
Junho	1 361 (9%)	443 (9%)	1 431 (8%)	360 (6%)	2 126 (9%)	436 (7%)	1 263 (8%)	606 (8%)	1 686 (9%)	730 (9%)	7 867 (9%)	2575 (8%)
Julho	1 243 (8%)	414 (8%)	1 698 (9%)	485 (9%)	1 630 (7%)	600 (10%)	1 121 (8%)	594 (7%)	1 330 (8%)	648 (8%)	7 022 (8%)	2741 (8%)
Agosto	1 024 (7%)	385 (7%)	1 057 (6%)	349 (6%)	1 236 (5%)	477 (8%)	1 123 (8%)	490 (6%)	1 570 (9%)	609 (8%)	6 010 (7%)	2310 (7%)
Setembro	1 140 (8%)	397 (8%)	1 814 (10%)	454 (8%)	2 061 (8%)	821 (14%)	1 394 (9%)	649 (8%)	1 559 (9%)	777 (10%)	7 968 (9%)	3098 (10%)
Outubro	1 470 (10%)	467 (9%)	2 186 (12%)	591 (10%)	2 338 (9%)	597 (10%)	1 168 (8%)	735 (10%)	1 674 (9%)	709 (9%)	8 836 (10%)	3099 (10%)
Novembro	1 168 (8%)	468 (9%)	1 812 (10%)	598 (11%)	2 000 (8%)	804 (14%)	1 506 (10%)	715 (9%)	1 937 (11%)	653 (8%)	8 423 (9%)	3238 (10%)
Dezembro	1 052 (7%)	385 (7%)	1 660 (9%)	517 (9%)	1 549 (6%)	577 (10%)	944 (6%)	542 (7%)	1 490 (8%)	580 (7%)	6 695 (7%)	2601 (8%)
Estações do ano												
Primavera	4 293 (29%)	1 315 (25%)	4093 (22%)	1 325 (23%)	7 598 (31%)	376 (6%)	3 288 (22%)	1 755 (23%)	4 625 (25%)	2 143 (27%)	23 897 (26%)	6 914 (21%)
Verão	3 463 (23%)	1 240 (24%)	4 377 (24%)	1 278 (23%)	4 870 (20%)	1 867 (32%)	3 605 (24%)	1 699 (22%)	4 621 (25%)	2 060 (26%)	20 936 (23%)	8 144 (25%)
Outono	3 927 (26%)	1 388 (27%)	6 129 (34%)	1 772 (31%)	6 184 (25%)	1 958 (33%)	3 773 (25%)	2 073 (27%)	5 098 (28%)	2 112 (26%)	25 111 (27%)	9 303 (29%)
Inverno	3 369 (22%)	1 230 (24%)	3 642 (20%)	1 299 (23%)	6 239 (25%)	1 721 (29%)	4 298 (29%)	2 156 (28%)	3 908 (21%)	1 762 (22%)	21 456 (23%)	8 168 (25%)
Dia da semana												
Segunda-feira	3 402 (23%)	1 166 (23%)	4 591 (25%)	1 352 (24%)	5 965 (24%)	1186 (20%)	2 883 (19%)	1593 (21%)	3 665 (21%)	1 723 (21%)	20 506 (22%)	7 020 (22%)
Terça-feira	2 644 (18%)	1 113 (22%)	3 250 (18%)	1 207 (21%)	5 411 (22%)	1135 (19%)	2 626 (18%)	1594 (21%)	3 035 (17%)	1 550 (19%)	16 966 (19%)	6 599 (20%)
Quarta-feira	3 864 (26%)	1 060 (20%)	4 549 (25%)	1 192 (21%)	4 881 (20%)	1116 (19%)	3 476 (23%)	1598 (21%)	4 069 (22%)	1 639 (20%)	20 839 (23%)	6 605 (20%)
Quinta-feira	2 563 (17%)	1 077 (21%)	3 388 (19%)	1 134 (20%)	4 345 (17%)	1074 (18%)	3 061 (20%)	1533 (20%)	4 007 (22%)	1 824 (23%)	17 364 (19%)	6 642 (20%)
Sexta-feira	2 579 (17%)	757 (15%)	2 463 (14%)	789 (14%)	3 445 (14%)	755 (13%)	2 504 (17%)	979 (13%)	3 328 (18%)	1 063 (13%)	14 319 (16%)	4 343 (13%)

Fim de semana	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	844 (3%)	656 (11%)	414 (3%)	386 (5%)	148 (1%)	278 (3%)	1 406 (2%)	1320 (4%)
Horário do agendamento da CE												
Por período												
Período da manhã (antes das 12h59)	9 993 (66%)	3 983 (77%)	12 716 (70%)	4 219 (74%)	18 006 (72%)	4 075 (69%)	9 562 (64%)	5 194 (68%)	11 925 (65%)	5 744 (71%)	62 202 (68%)	23 215 (71%)
Período da tarde (após as 13h)	5 059 (34%)	1 190 (23%)	5 525 (30%)	1 455 (26%)	6 885 (28%)	1 847 (31%)	5 402 (36%)	2 489 (32%)	6 327 (35%)	2 333 (29%)	29 198 (32%)	9 314 (29%)
Hora da consulta												
Antes das 8h00	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
8h00-8h59	2 577 (17%)	1 104 (21%)	2 898 (16%)	1 020 (18%)	3 567 (14%)	881 (15%)	2 064 (14%)	985 (13%)	2 751 (15%)	1 341 (17%)	13 857 (15%)	5 331 (16%)
9h00-9h59	2 541 (17%)	1 019 (20%)	3 073 (17%)	1 061 (19%)	4 665 (19%)	1 140 (19%)	2 915 (19%)	1 431 (19%)	3 580 (20%)	1 625 (20%)	16 774 (18%)	6 276 (19%)
10h00-10h59	1 524 (10%)	630 (12%)	2 136 (12%)	596 (11%)	3 381 (14%)	643 (11%)	1 598 (11%)	869 (11%)	1 804 (10%)	847 (10%)	10 443 (10%)	3 585 (11%)
11h00-11h59	2 335 (16%)	808 (16%)	2 902 (16%)	959 (17%)	4 076 (16%)	872 (15%)	2 082 (14%)	1 157 (15%)	2 617 (14%)	1239 (15%)	14 012 (15%)	5 035 (15%)
12h00-12h59	1 016 (7%)	422 (8%)	1 707 (9%)	583 (10%)	2 317 (9%)	539 (9%)	903 (6%)	752 (10%)	1 172 (6%)	692 (9%)	7 115 (8%)	2 988 (9%)
13h00-13h59	1 637 (11%)	400 (8%)	1 660 (9%)	423 (7%)	1 785 (7%)	511 (9%)	1415 (7%)	690 (9%)	1 910 (10%)	713 (9%)	8 407 (9%)	2 737 (8%)
14h00-14h59	1 204 (8%)	272 (5%)	1 309 (7%)	422 (7%)	1 588 (6%)	427 (7%)	1 072 (7%)	607 (8%)	1 415 (8%)	567 (7%)	6 588 (7%)	2 295 (9%)
15h00-15h59	698 (5%)	162 (3%)	571 (3%)	128 (2%)	500 (2%)	165 (3%)	471 (3%)	248 (3%)	667 (4%)	222 (3%)	2 907 (3%)	925 (3%)
16h00-16h59	886 (6%)	203 (4%)	1 193 (7%)	242 (4%)	1 673 (7%)	360 (6%)	1 181 (8%)	403 (5%)	1 189 (7%)	373 (5%)	6 122 (7%)	1 581 (5%)
17h00-17h59	338 (2%)	83 (2%)	458 (3%)	154 (3%)	657 (3%)	140 (2%)	313 (2%)	185 (2%)	353 (2%)	142 (2%)	2 119 (2%)	704 (2%)
18h00-18h59	292 (2%)	68 (1%)	326 (2%)	84 (1%)	635 (3%)	212 (4%)	656 (4%)	250 (3%)	602 (3%)	242 (3%)	2 511 (3%)	856 (3%)
Depois das 19h00	4 (0%)	2 (0%)	8 (0%)	2 (0%)	47 (0%)	32 (1%)	294 (2%)	106 (1%)	191 (1%)	74 (1%)	544 (1%)	216 (1%)
Tipo de consulta												
Enfermagem	0 (0%)	0 (0%)	3 (0%)	0 (0%)	211 (1%)	18 (0%)	306 (2%)	469 (6%)	1 484 (8%)	653 (8%)	2 004 (2%)	1 140 (4%)
Médica	14 934 (99%)	5 107 (99%)	18 085 (99%)	5 587 (98%)	24 544 (99%)	5 833 (99%)	14 491 (97%)	7 123 (93%)	16 518 (91%)	7 283 (90%)	88 572 (97%)	30 933 (95%)
Não Médica	118 (1%)	66 (1%)	153 (1%)	87 (2%)	136 (1%)	71 (1%)	167 (1%)	91 (1%)	250 (1%)	141 (2%)	824 (1%)	456 (1%)
Tipo de agenda												
Enfermagem	2 314 (15%)	4 231 (82%)	3 725 (20%)	1 031 (18%)	5 122 (21%)	1 128 (19%)	3 652 (24%)	2 650 (34%)	4 373 (24%)	2 076 (26%)	19 186 (79%)	11 116 (34%)
Médica	12 738 (85%)	942 (18%)	14 516 (80%)	4 643 (82%)	19 769 (79%)	4 794 (81%)	11 312 (76%)	5 033 (66%)	13 879 (76%)	6 001 (74%)	72 213 (79%)	21 413 (66%)
Especialidade												
Anatomia Patológica	13 (0%)	9 (0%)	15 (0%)	6 (0%)	15 (0%)	5 (0%)	10 (10%)	6 (0%)	21 (0%)	13 (0%)	74 (0%)	39 (1%)

Anestesiologia	1 769 (12%)	526 (10%)	2 886 (16%)	451 (8%)	3 584 (14%)	287 (5%)	720 (5%)	704 (9%)	3 046 (17%)	792 (10%)	12 005 (13%)	2 760 (8%)
Cirurgia Geral	564 (4%)	245 (5%)	373 (2%)	189 (3%)	513 (2%)	209 (4%)	568 (4%)	274 (4%)	553 (3%)	243 (3%)	2 571 (3%)	1 160 (4%)
Cirurgia Maxilo-facial	1 272 (8%)	372 (7%)	1 145 (6%)	330 (6%)	1 774 (7%)	319 (5%)	1 027 (7%)	363 (5%)	1 044 (6%)	405 (5%)	6 262 (7%)	1 789 (5%)
Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	1 200 (8%)	248 (5%)	1 190 (7%)	305 (5%)	2 059 (8%)	368 (6%)	1 094 (7%)	355 (5%)	1 418 (8%)	379 (5%)	6 961 (8%)	1 655 (5%)
Estomatologia	708 (5%)	670 (13%)	808 (4%)	682 (12%)	1 004 (4%)	692 (12%)	716 (5%)	660 (9%)	1 060 (6%)	970 (12%)	4 296 (5%)	3 674 (11%)
Imunoalergologia	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	33 (0%)	33 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	33 (0%)	33 (0%)
Imunohemoterapia	60 (0%)	20 (0%)	83 (0%)	32 (1%)	100 (0%)	44 (1%)	137 (1%)	21 (0%)	142 (1%)	88 (1%)	522 (1%)	205 (1%)
Medicina do Trabalho	1 (0%)	3 (0%)	8 (0%)	10 (0%)	221 (1%)	148 (2%)	1 596 (11%)	958 (12%)	0 (0%)	0 (0%)	1 826 (2%)	1 119 (3%)
Medicina Física e de Reabilitação	176 (1%)	90 (2%)	187 (1%)	108 (2%)	565 (2%)	128 (2%)	364 (2%)	228 (3%)	448 (2%)	275 (3%)	1 553 (2%)	829 (3%)
Medicina Intensiva	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0%)	2 (0%)	4 (0%)	20 (0%)	6 (0%)	22 (0%)
Medicina Interna	242 (2%)	145 (3%)	332 (2%)	165 (3%)	398 (2%)	163 (3%)	496 (3%)	161 (2%)	426 (2%)	254 (3%)	1 894 (2%)	888 (3%)
Nefrologia	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (0%)	0 (0%)
Neurocirurgia	4 179 (28%)	898 (17%)	5 767 (32%)	1 132 (20%)	8 304 (33%)	1 883 (32%)	3 231 (22%)	1 550 (20%)	2 856 (16%)	1 517 (19%)	24 337 (27%)	6 980 (21%)
Neurologia	346 (2%)	142 (3%)	352 (2%)	195 (3%)	686 (3%)	174 (3%)	603 (4%)	203 (3%)	735 (4%)	257 (3%)	2 722 (3%)	971 (3%)
Neurorradiologia	106 (1%)	41 (1%)	267 (1%)	82 (1%)	306 (1%)	77 (1%)	61 (0%)	131 (2%)	129 (1%)	157 (2%)	869 (1%)	488 (2%)
Oftalmologia	147 (1%)	63 (1%)	81 (0%)	27 (0%)	55 (0%)	42 (1%)	1 (0%)	25 (0%)	129 (1%)	41 (1%)	413 (0%)	198 (1%)
Ortopedia	375 (2%)	133 (3%)	307 (2%)	137 (2%)	542 (2%)	151 (13%)	703 (5%)	447 (6%)	574 (3%)	311 (4%)	2 501 (3%)	1 179 (4%)
Otorrinolaringologia	1 890 (13%)	864 (17%)	1 936 (11%)	985 (17%)	2 518 (10%)	862 (15%)	1 381 (9%)	900 (12%)	2 470 (14%)	884 (11%)	10 195 (11%)	4 495 (14%)
Pediatria	19 (0%)	5 (0%)	26 (0%)	2 (0%)	14 (0%)	2 (0%)	7 (0%)	2 (0%)	12 (0%)	8 (0%)	78 (0%)	19 (0%)
Psiquiatria	30 (0%)	29 (1%)	29 (0%)	45 (1%)	67 (0%)	48 (1%)	96 (1%)	43 (1%)	57 (0%)	24 (0%)	279 (0%)	189 (1%)
Radiologia	6 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (0%)	1 (0%)
Sem Informação	118 (1%)	67 (1%)	156 (1%)	87 (2%)	347 (1%)	89 (2%)	243 (2%)	134 (2%)	322 (2%)	246 (3%)	1 186 (1%)	622 (2%)
Urologia	1 831 (12%)	603 (12%)	2 293 (13%)	704 (12%)	1 819 (7%)	231 (4%)	1 870 (12%)	483 (6%)	2 806 (15%)	1 193 (15%)	10 619 (12%)	3 214 (10%)

Características das consultas subsequentes com faltas

No contexto de consultas subsequentes, a não comparência dos utentes têm maior impacto no segundo semestre do ano, mais especificamente no quarto trimestre. Por conseguinte, os últimos meses são altura em que os utentes comparecem menos às consultas e, os meses de verão os menos severos em relação à taxa de não comparência. Quando analisamos os dias da semana, a segunda-feira e terça-feira são os dias que registam a menor taxa de comparência a consultas e, a sexta-feira o dia da semana com maior taxa de comparência. Os utentes têm maior tendência de faltar a consultas médicas durante a manhã, especialmente no período compreendido entre as 9h00 as 10h59. As especialidades mais marcadas pelas consequências de faltar a uma consulta nos últimos cinco anos foram estomatologia, otorrinolaringologista e urologia (19%, 12% e 13%, respetivamente).

Características das consultas subsequentes desmarcadas

Cerca de 51% das consultas desmarcadas são do segundo semestre dos cinco anos, nomeadamente no quarto trimestre do ano. Analisando os doze meses do ano é possível verificar que o mês de setembro, outubro e novembro se destacam com um peso ligeiramente superior em relação aos restantes. Por conseguinte, a estação do ano com uma maior taxa de consultas subsequentes desmarcadas é o outono, cerca 30%. O dia da semana com maior taxa de desmarcações neste tipo de consultas é à segunda-feira, aproximadamente 23%, e, o dia com menor taxa deste comportamento inframencionado é a sexta-feira, aproximadamente 18%. O período da manhã é altura do dia em que há um maior registo de consultas desmarcadas, sobretudo entre as nove e as onze horas da manhã. O tipo de consulta e de agendamento que registam o maior impacto de consultas desmarcadas, é o tipo de consulta e agenda médica. Destacam-se a especialidade de urologia e neurocirurgia (aproximadamente 24% e 13% das consultas desmarcadas, respetivamente) e especialidade de otorrinolaringologista.

A análise por métricas temporais, agenda e especialidade dos utentes que faltam e demarcam as consultas subsequentes no HSJ do CHULC é apresentado no quadro 12.

Quadro 12- Análise por métricas temporais, agenda e especialidade sobre a CE subsequentes

	Nº CE											
	2018		2019		2020		2021		2022		2018-2022	
	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcadas n(%)	Faltas n(%)
Mês												
Janeiro	2 672 (8%)	1 033 (9%)	2 433 (7%)	1 015 (9%)	3 078 (8%)	905 (10%)	2 693 (7%)	782 (7%)	2 688 (8%)	973 (8%)	13 564 (7%)	4 708 (9%)
Fevereiro	2 725 (8%)	796 (7%)	2 823 (8%)	902 (8%)	2 815 (7%)	831 (9%)	2 779 (7%)	594 (6%)	2 285 (7%)	918 (7%)	13 427 (7%)	4 041 (7%)
Março	2 987 (9%)	921 (8%)	2 907 (8%)	784 (7%)	3 862 (10%)	1 101 (12%)	2 681 (7%)	725 (7%)	2 893 (9%)	1 129 (9%)	15 330 (8%)	4 660 (9%)
Abril	2 941 (9%)	899 (8%)	3 008 (9%)	825 (8%)	3 738 (10%)	687 (7%)	3 405 (8%)	681 (6%)	2 697 (8%)	895 (7%)	15 789 (9%)	3 987 (7%)
Maio	3 542 (10%)	1 167 (10%)	2 959 (8%)	920 (8%)	2 555 (7%)	698 (8%)	3 164 (8%)	860 (8%)	3 146 (9%)	1 255 (10%)	15 366 (8%)	4 900 (9%)
Junho	3 043 (9%)	1 095 (10%)	3 037 (9%)	752 (7%)	2 818 (7%)	574 (6%)	3 421 (8%)	689 (7%)	2 921 (9%)	1 042 (8%)	15 240 (8%)	4 152 (8%)
Julho	2 844 (8%)	925 (8%)	3 428 (10%)	981 (9%)	2 963 (8%)	671 (7%)	3 237 (8%)	748 (7%)	2 413 (7%)	986 (8%)	14 885 (8%)	4 311 (8%)
Agosto	1 843 (5%)	684 (6%)	1 982 (6%)	658 (6%)	1 715 (5%)	504 (5%)	2 262 (6%)	581 (5%)	2 392 (7%)	821 (7%)	10 194 (6%)	3 248 (6%)
Setembro	2 758 (8%)	730 (6%)	3 491 (10%)	898 (8%)	3 905 (10%)	733 (8%)	4 223 (10%)	856 (8%)	3 173 (10%)	1 163 (9%)	17 550 (10%)	4 380 (8%)
Outubro	3 429 (10%)	1 210 (11%)	3 701 (11%)	1 093 (10%)	3 571 (9%)	929 (10%)	3 901 (10%)	1 015 (10%)	2 868 (9%)	1 373 (11%)	17 470 (10%)	5 620 (10%)
Novembro	2 868 (8%)	1 034 (8%)	2 865 (8%)	1 105 (10%)	3 804 (10%)	813 (9%)	5 251 (13%)	1 502 (14%)	2 909 (9%)	1 065 (10%)	17 697 (10%)	5 519 (10%)
Dezembro	2 410 (7%)	895 (8%)	2 473 (7%)	902 (8%)	2 797 (7%)	737 (8%)	4 025 (10%)	1 533 (15%)	2 885 (9%)	883 (7%)	14 590 (8%)	4 950 (9%)
Dia da semana												
Segunda-feira	7 598 (22%)	2 615 (23%)	7 765 (22%)	2 504 (23%)	9 429 (25%)	2 144 (23%)	9 414 (23%)	2 464 (23%)	7 443 (22%)	2 999 (24%)	41 649 (23%)	12 726 (23%)
Terça-feira	7 033 (21%)	2 507 (22%)	7 112 (20%)	2 507 (23%)	7 734 (21%)	1 960 (21%)	6 762 (16%)	2 367 (22%)	5 783 (17%)	2 595 (21%)	34 424 (19%)	11 936 (22%)
Quarta-feira	7 668 (23%)	2 251 (20%)	7 423 (21%)	2 158 (20%)	6 359 (17%)	1 799 (20%)	7 703 (19%)	1 948 (18%)	6 381 (19%)	2 417 (19%)	35 534 (20%)	10 573 (19%)
Quinta-feira	6 291 (18%)	2 199 (19%)	6 991 (20%)	2 012 (19%)	7 406 (20%)	1 776 (23%)	9 396 (23%)	2 227 (21%)	7 601 (23%)	2 594 (21%)	37 685 (21%)	10 808 (20%)
Sexta-feira	5 472 (16%)	1 817 (16%)	5 815 (17%)	1 654 (15%)	6 693 (18%)	1 504 (16%)	7 717 (19%)	1 556 (15%)	6 061 (18%)	1 898 (15%)	31 758 (18%)	8 429 (15%)
Fim de semana	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	50 (0%)	4 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	52 (0%)	4 (0%)
Estações do ano												
Primavera	9 537 (28%)	3 093 (27%)	8 869 (25%)	2 537 (23%)	9 302 (25%)	2048 (22%)	9 654 (24%)	2 199 (21%)	8 638 (26%)	3 223 (26%)	46 000 (25%)	13 100 (24%)
Verão	7 521 (22%)	2 459 (22%)	8 796 (25%)	2 485 (23%)	7 939 (21%)	1858 (20%)	9 374 (23%)	2 141 (20%)	8 002 (24%)	2 882 (23%)	41 632 (23%)	11 825 (22%)

Outono	9 304 (27%)	3263 (29%)	9963 (28%)	3 281 (30%)	11 440 (30%)	2 558 (28%)	14 089 (34%)	4 074 (39%)	8 694 (26%)	3 571 (29%)	53 490 (30%)	16 747 (31%)
Inverno	7 700 (23%)	2574 (23%)	7479 (21%)	2532 (23%)	8940 (24%)	2 719 (30%)	7 925 (19%)	2 152 (20%)	7 936 (24%)	2 827 (23%)	39 980 (22%)	12 804 (24%)
Horário do agendamento da CE Por período												
Período da manhã (antes das 12h59)	23 601 (69%)	7 723 (68%)	24 334 (69%)	7 027 (65%)	24 775 (66%)	5 493 (60%)	24 034 (59%)	6 098 (58%)	19 776 (59%)	7 321 (59%)	116 520 (64%)	33 662 (62%)
Período da tarde (após as 13h)	10 461 (31%)	3 666 (32%)	10 773 (31%)	3 808 (35%)	12 846 (44%)	3 690 (40%)	17 008 (41%)	4 468 (42%)	13 494 (41%)	5 182 (41%)	64 582 (36%)	20 814 (38%)
Horas												
8h00-8h59	1 614 (5%)	660 (6%)	1 654 (5%)	513 (5%)	1 569 (4%)	312 (3%)	699 (2%)	203 (2%)	792 (2%)	232 (2%)	6 328 (3%)	1 920 (4%)
9h00-9h59	6 357 (19%)	2 156 (19%)	6 482 (18%)	2 076 (19%)	6 286 (17%)	1 561 (17%)	5 411 (13%)	1 413 (13%)	4 424 (13%)	1 644 (13%)	28 960 (16%)	8 850 (16%)
10h00-10h59	5 358 (16%)	1 677 (15%)	5 740 (16%)	1 611 (15%)	6 350 (17%)	1 437 (16%)	6 729 (16%)	1 612 (15%)	5 209 (16%)	1 981 (16%)	29 386 (16%)	8 318 (15%)
11h00-11h59	5 007 (15%)	1 651 (14%)	5 305 (15%)	1 464 (14%)	5 721 (15%)	1 153 (13%)	5 643 (14%)	1 581 (15%)	4 979 (15%)	1 923 (15%)	26 655 (15%)	7 772 (14%)
12h00-12h59	5 265 (15%)	1 579 (14%)	5 153 (15%)	1 363 (13%)	4 849 (13%)	1 030 (11%)	5 552 (14%)	1 289 (12%)	4 372 (13%)	1 541 (12%)	25 191 (14%)	6 802 (12%)
13h00-13h59	1 121 (3%)	490 (4%)	1 290 (4%)	406 (4%)	1 155 (3%)	402 (4%)	2 025 (5%)	542 (5%)	1 598 (5%)	623 (5%)	7 189 (4%)	2 463 (5%)
14h00-14h59	3 024 (9%)	1 019 (9%)	3 261 (9%)	1 051 (10%)	3 457 (9%)	930 (10%)	3 869 (9%)	982 (9%)	3 518 (11%)	1 293 (10%)	17 129 (9%)	5 275 (10%)
15h00-15h59	2 381 (7%)	941 (8%)	2 828 (8%)	972 (9%)	3 452 (9%)	780 (8%)	3 957 (10%)	1 014 (10%)	2 956 (9%)	1 147 (9%)	15 574 (9%)	4 854 (9%)
16h00-16h59	2 015 (6%)	577 (5%)	1 657 (5%)	691 (6%)	1 870 (5%)	663 (7%)	2 760 (7%)	795 (8%)	2 289 (7%)	913 (7%)	10 591 (6%)	3 639 (7%)
17h00-17h59	1 542 (5%)	418 (4%)	1 412 (4%)	465 (4%)	2 095 (6%)	606 (7%)	2 439 (6%)	659 (6%)	1 981 (6%)	708 (6%)	9 469 (5%)	2 856 (5%)
18h00-18h59	313 (1%)	172 (2%)	268 (1%)	168 (2%)	502 (1%)	182 (2%)	989 (2%)	245 (2%)	602 (2%)	271 (2%)	2 674 (1%)	1 038 (2%)
Depois das 19h00	65 (0%)	49 (0%)	57 (0%)	55 (1%)	315 (1%)	127 (1%)	969 (2%)	231 (2%)	550 (2%)	227 (2%)	1 956 (1%)	689 (1%)
Tipo de consulta												
Enfermagem	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (0%)	129 (1%)	78 (0%)	335 (3%)	102 (0%)	478 (4%)	199 (0%)	942 (2%)
Médica	33 545 (98%)	10 999 (97%)	34 597 (98%)	10 514 (97%)	37 012 (99%)	8 836 (96%)	40 449 (98%)	10 018 (96%)	32 589 (98%)	11 743 (96%)	178 192 (94%)	52 110 (96%)
Não Médica	517 (2%)	390 (3%)	510 (1%)	321 (3%)	590 (2%)	218 (2%)	515 (1%)	213 (2%)	579 (2%)	282 (2%)	2 711 (1%)	1 424 (3%)
Tipo de agenda												
Enfermagem	1 281 (4%)	891 (8%)	1 254 (4%)	990 (9%)	1 915 (5%)	988 (11%)	5 018 (12%)	2 672 (25%)	2 727 (8%)	2 472 (20%)	12 195 (7%)	8 013 (15%)
Médica	32 781 (96%)	10 498 (92%)	33 853 (96%)	9 845 (91%)	35 706 (95%)	8 195 (89%)	36 018 (88%)	7 894 (75%)	30 543 (92%)	10 031 (80%)	16 8901 (93%)	46 463 (85%)
Valência												
Anatomia Patológica	2 (0%)	2 (0%)	1 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0%)	4 (0%)

Anestesiologia	114 (0%)	10 (0%)	139 (0%)	12 (0%)	84 (0%)	7 (0%)	2 (0%)	1 (0%)	26 (0%)	1 (0%)	365 (0%)	31 (0%)
Cirurgia Geral	3 332 (10%)	929 (8%)	2 433 (7%)	785 (7%)	4 584 (12%)	1 009 (11%)	3 539 (9%)	753 (7%)	2 234 (7%)	765 (6%)	16 122 (9%)	4 241 (8%)
Cirurgia Maxilo-facial	1 996 (6%)	553 (5%)	2 002 (6%)	531 (5%)	2 374 (6%)	733 (8%)	2 100 (5%)	504 (5%)	2 211 (7%)	664 (5%)	10 683 (6%)	2 985 (5%)
Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética	2 054 (6%)	632 (6%) (7%)	2 383 (7%)	829 (8%)	2 042 (5%)	936 (10%)	2 171 (5%)	859 (8%)	3 137 (9%)	759 (6%)	11 787 (7%)	4 015 (7%)
Estomatologia	3 733 (11%)	2 299 (20%)	4 254 (12%)	2 122 (20%)	4 456 (12%)	1 929 (21%)	2 892 (7%)	1 668 (16%)	2 809 (8%)	2 220 (18%)	18 144 (10%)	10 238 (19%)
Imunoalergologia	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	30 (0%)	15 (0%)	29 (0%)	3 (0%)	59 (0%)	18 (0%)
Imunohemoterapia	26 (0%)	50 (0%)	12 (0%)	48 (0%)	158 (0%)	95 (1%)	343 (1%)	56 (1%)	753 (2%)	165 (1%)	1 292 (1%)	414 (1%)
Medicina do Trabalho	90 (0%)	225 (2%)	136 (0%)	211 (2%)	45 (0%)	261 (3%)	2 831 (7%)	1 479 (14%)	154 (0%)	466 (4%)	3 256 (2%)	2 642 (5%)
Medicina Física e de Reabilitação	1 030 (3%)	704 (6%)	736 (2%)	448 (4%)	953 (3%)	195 (2%)	557 (1%)	344 (3%)	708 (2%)	329 (3%)	3 984 (2%)	2 020 (4%)
Medicina Interna	2 357 (7%)	1 212 (11%)	1 977 (6%)	1 154 (11%)	2 689 (7%)	730 (8%)	2 085 (5%)	843 (8%)	1 946 (6%)	1 125 (9%)	11 054 (6%)	5 064 (9%)
Nefrologia	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
Neurocirurgia	5 258 (15%)	806 (7%)	5 325 (15%)	785 (7%)	5 399 (14%)	703 (8%)	3 289 (8%)	716 (7%)	4 061 (12%)	944 (8%)	23 332 (13%)	3 954 (7%)
Neurologia	978 (3%)	184 (2%)	1 050 (3%)	160 (1%)	1 444 (4%)	179 (2%)	1 218 (3%)	470 (4%)	1 202 (4%)	280 (2%)	5 892 (3%)	1273 (2%)
Neurorradiologia	98 (0%)	37 (0%)	133 (0%)	42 (0%)	182 (0%)	47 (1%)	69 (0%)	56 (1%)	171 (1%)	86 (1%)	653 (0%)	268 (0%)
Oftalmologia	295 (1%)	133 (1%)	250 (1%)	100 (1%)	107 (0%)	28 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (0%)	7 (0%)	664 (0%)	268 (2%)
Ortopedia	684 (2%)	160 (1%)	407 (1%)	123 (1%)	551 (1%)	214 (2%)	1 035 (3%)	350 (3%)	764 (2%)	321 (3%)	3 441 (2%)	1 168 (2%)
Otorrinolaringologia	4 096 (12%)	1 391 (12%)	5 341 (15%)	1 538 (14%)	3 970 (11%)	1 335 (15%)	4 824 (12%)	961 (9%)	4 278 (13%)	1 146 (9%)	22 509 (12%)	6371 (12%)
Pediatria	0 (0%)	1 (0%)	4 (0%)	1 (0%) (0%)	1 (0%)	0 (0%)	2 (0%)	2 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	9 (0%)	4 (0%)
Psiquiatria	36 (0%)	59 (1%)	45 (0%)	64 (1%) (0%)	222 (1%)	65 (1%)	166 (0%)	59 (1%)	193 (1%)	65 (1%)	662 (0%)	312 (1%)
Radiologia	1 (0%)	2 (0%)	0 (0%)	0 (0%) (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	2 (1%)
Sem Informação	517 (2%)	390 (3%)	510 (1%)	321 (3%)	605 (2%)	300 (3%)	591 (1%)	515 (5%)	660 (2%)	586 (5%)	2 883 (2%)	2 112 (4%)
Urologia	7 365 (22%)	1 610 (14%)	7 969 (23%)	1 559 (14%)	7 755 (21%)	417 (5%)	13 297 (32%) (9%)	914 (9%)	7 920 (24%)	2 571 (21%)	44 306 (24%)	7 071 (13%)

5.6. Causas da não comparência às Consultas Externas: A perspectiva dos profissionais

Na figura 11 apresenta a percentagem de profissionais que considera cada um dos motivos como muito importante, importantes, pouco importantes ou nada importantes para os utentes não comparecerem às consultas. Através da análise podemos concluir que, na perspetiva dos profissionais as consultas externas do CHULC, os motivos mais importantes são o tempo demasiado longo entre o pedido da consulta, a sua marcação e a data da consulta propriamente dita (cerca de 40%), dificuldade em contactar o hospital para desmarcar a consulta (aproximadamente 40%), e o utente não receber a convocatória através dos correios (cerca de 36%). As causas consideradas menos importantes são o falecimento de um familiar e o facto de o utente entender que já não é necessário ir à consulta por se sentir melhor (na ordem dos 24%, respetivamente).

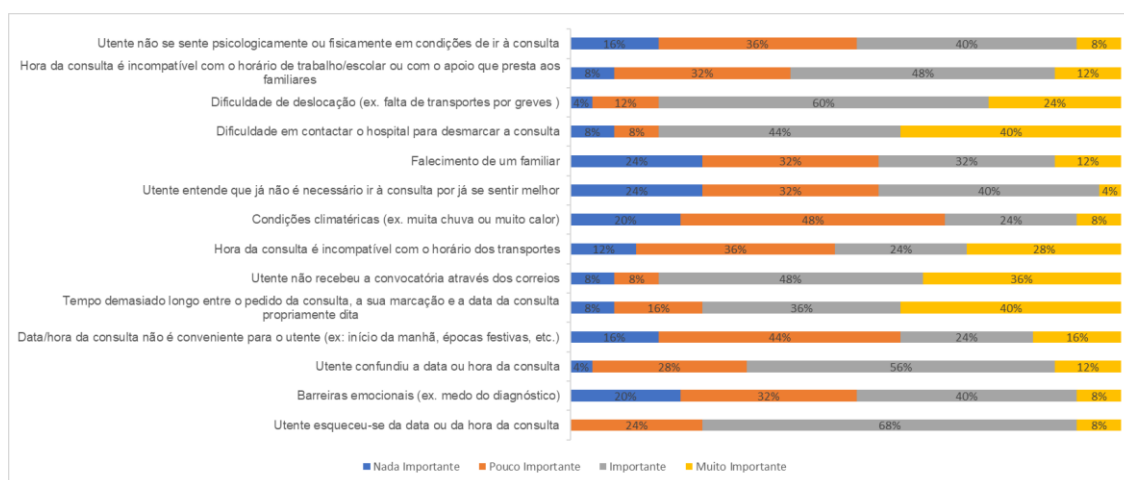


Figura 11-Causas da não comparência às CE: A perspetiva dos profissionais

5.7. Consequências da não comparência às Consultas Externas: A perspectiva dos profissionais

Cerca de 48% dos profissionais que responderam ao inquérito descrevem a situação dos utentes não comparecerem às consultas como um problema com forte impacto, 28% consideram um problema muito severo e preocupante e os restantes consideram que tem impacto moderado, reduzido ou não têm qualquer tipo de impacto (figura 12).

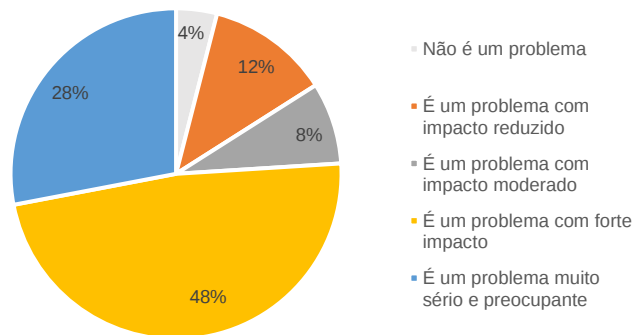


Figura 12-Perpectiva dos profissionais sobre a situação atual dos utentes que não compareceram às CE em 2023

A maioria dos respondentes considera que a situação atual é semelhante ao do ano anterior, cerca 12% considera que os utentes estão a comparecer mais às CE do CHULC em 2023 face a 2022 e, apenas, 8% dos inquiridos considera que os utentes estão a comparecer menos às CE do CHULC em 2023 face a 2022 (figura 13).

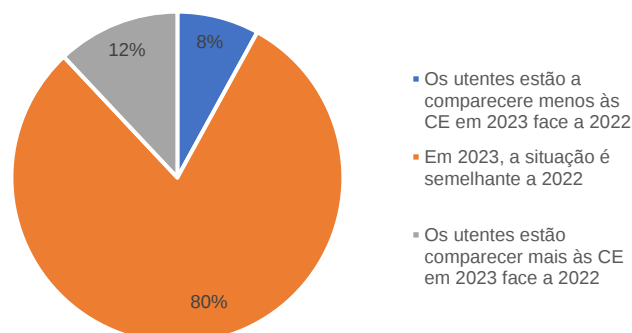


Figura 13-Perpectiva dos profissionais sobre a situação atual dos utentes que não compareceram às CE em 2023 face a 2022

No que se refere às consequências para os utentes, foram selecionados três motivos distintos: falta de continuidade de cuidados podendo haver uma deterioração do estado de saúde do utente, aumento dos TMRG, e o utente percecionar uma menor qualidade do serviço prestado pelo hospital. A maior parte dos respondentes considerou que uma não comparência tem um impacto muito forte no primeiro e segundo motivo mencionado anteriormente (48% e 68%, respetivamente), o último motivo, o utente percecionar uma menor qualidade do serviço prestado pelo hospital, consideraram que o impacto é forte (aproximadamente 36%) (figura 14).

Em relação às consequências que a não comparência às CE pode apresentar para os profissionais de saúde no seu dia-a-dia, cerca de 32% dos respondentes considera que tem um forte impacto na existência de tempos ociosos durante o período alocado a consultas e, aproximadamente, 40% considera que este comportamento impacta bastante na produtividade dos profissionais, causando a diminuição da mesma (figura 15). Em relação aos outros dois motivos apresentados, as opiniões dividiram-se. Cerca de 28% considera que o impacto da insatisfação dos profissionais é reduzido, 48% dividem-se igualmente em respondentes que afirmam que têm um impacto muito forte ou apenas um impacto e os restantes 24% dividem-se em profissionais que acham que não sabem se é uma possível consequência ou acreditam que não tem impacto na satisfação. De forma geral, todas as consequências apresentadas no questionário que podiam ter impacto no hospital, foram consideradas como tendo um impacto forte. À exceção do possível aumento de custos que foi considerada igualmente com um impacto forte e muito forte pelos inquiridos (na ordem dos 28%).

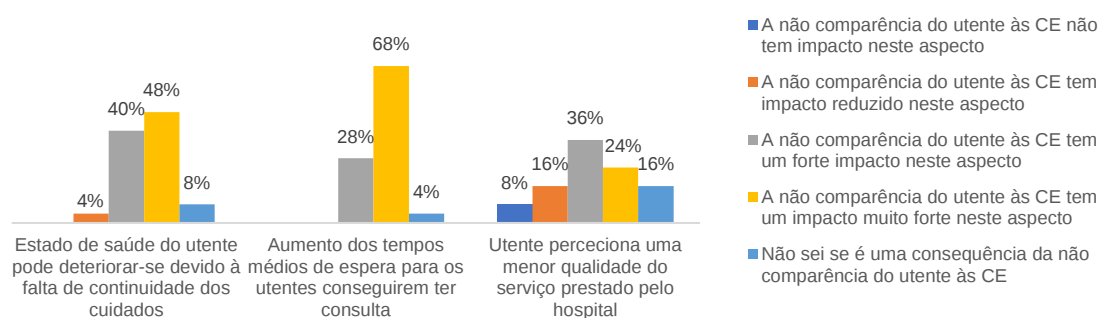


Figura 14-Opinião de os profissionais sobre o grau de impacto dos utentes não comparecerem às CE programadas para os utentes



Figura 15-Opinião de os profissionais sobre o grau de impacto dos utentes não comparecerem às CE programadas para os profissionais

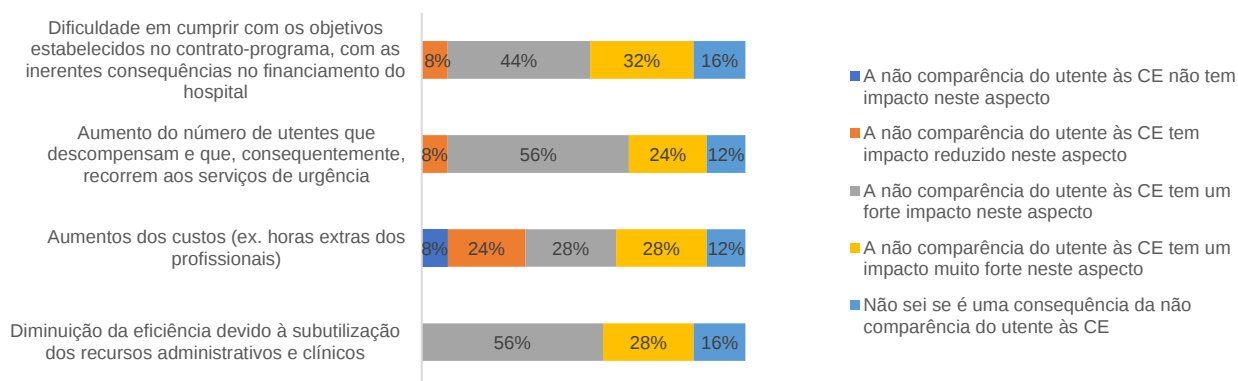


Figura 16- Opinião de os profissionais sobre o grau de impacto dos utentes não comparecerem às CE programadas para o hospital

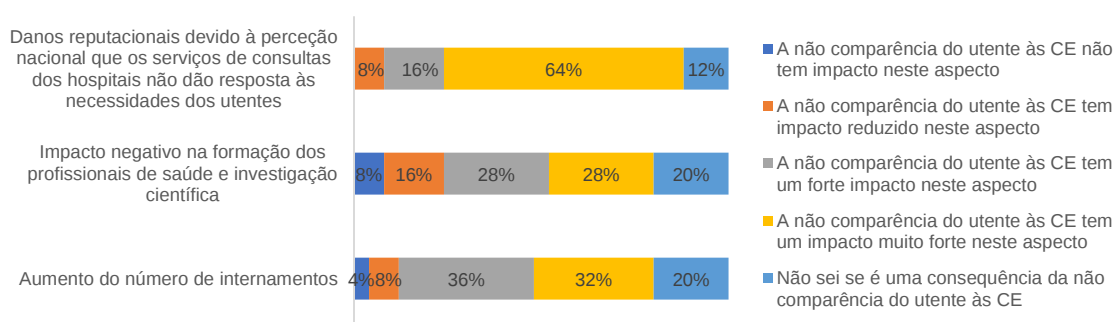


Figura 17- Opinião de os profissionais sobre o grau de impacto dos utentes não comparecerem às CE programadas para o sistema de saúde

A Figura 18 destaca a última parte do inquérito questionava os profissionais sobre a perceção dos utentes do possível impacto de não comparência às CE. Cerca de 80% dos respondentes considera que não existe essa perceção em relação ao impacto nos outros utentes, e cerca de 84% afirma que também não existe perceção por parte dos mesmos em relação ao possível impacto para os profissionais e para o hospital.

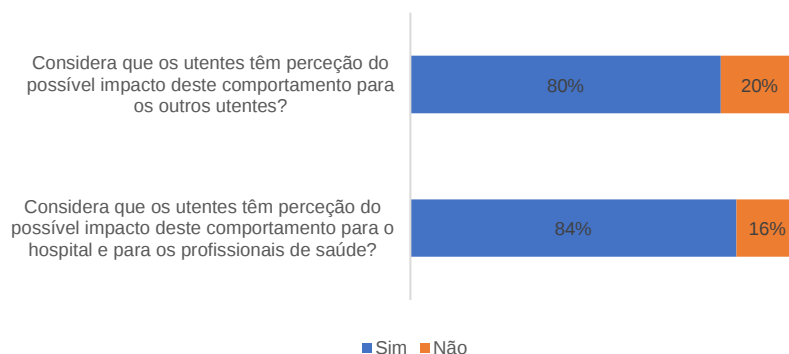


Figura 18- Perceção dos utentes do possível impacto deste comportamento para o hospital, profissionais de saúde e outros utentes, segundo a visão dos respondentes

6. Propostas de melhoria

Com base na análise de dados do sistema de informação do CHULC, a revisão da literatura, bem como os resultados dos questionários da perspectiva dos profissionais envolvidos nas CE e uma reunião com a direção da AGD, pretende definir-se um conjunto de medidas que visem minimizar a questão das faltas e das desmarcações na referida Instituição. De referir que o foco destas medidas é, primordialmente, evitar que os utentes repliquem estes comportamentos e facultar à organização ferramentas de monitorização da comparência às CE.

Implementar um sistema de lembretes eficazes

A primeira medida que se propõe consiste, em implementar um sistema eficaz de lembretes, isto é, pretende-se criar uma aplicação, com a disponibilização de uma área pessoal, em que o utente teria ao seu dispor uma área específica para si, com informações personalizadas sobre a atividade da organização, garantindo, sempre, total segurança e confidencialidade dos dados. O principal propósito desta aplicação seria o utente ter a possibilidade de marcar/ desmarcar consultas, cerca de 48h antes de cada consulta receberia um lembrete da mesma, possibilidade de visualizar a sua agenda de forma semanal, mensal ou anual, e solicitar, online, a aprovação da marcação das consultas subsequentes.

Consciencialização dos utentes

É importante prevenir o comportamento, mas, é de suma importância haver um foco em consciencializar os utentes de que este tipo de comportamento está errado, prejudica as pessoas e acarreta imensos problemas para a instituição, para os profissionais de saúde e para o sistema de saúde. Uma das causas deste comportamento é a iliteracia dos utentes sobre este o tema e sobre o funcionamento do sistema. É crucial incrementar níveis de literacia em saúde na população portuguesa, desenvolver campanhas de divulgação de como funciona esta área, seja através dos centros de saúde, hospitais, como meios de comunicação social de massas (televisão, rádio, plataformas digitais, entre outras). Com o foco na divulgação, certamente, que se conseguiriam ganhos para o sistema e sobretudo para as pessoas, para a sua qualidade de vida, indo assim, de encontro ao que a OMS define como literacia em saúde o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”.

Também poderia haver partilha de muita mais informação na aplicação da organização, como por exemplo, como chegar ao hospital, quais os transportes públicos disponíveis, se há carregamento para os carros elétricos, indicação de parques de estacionamento para as carros, bicicletas ou motas, indicação de restaurantes, cafés, quiosques, outros serviços públicos que existam perto da unidade de saúde, para que assim o utente quando fosse à consulta, pudesse articular outras tarefas pessoais, maximizando desta forma o seu tempo e evitando faltar ao trabalho e poupando dinheiro.

Quando o utente falta a uma consulta deve receber, nesse mesmo dia, uma mensagem a contabilizar os custos que essa falta representa para a instituição e para o SNS, quais os recursos desperdiçados, e que o seu desleixo fez com que outra pessoa deixasse de ser atendida. O SMS funcionaria como um alerta à consciência de cada um.

Indicadores de Monotorização

Para a organização é, também, fundamental ter indicadores de monotorização mensais que lhe forneçam, em tempo real, informações críticas sobre o desempenho e o nível de oferta da organização face à procura na área de influência do CHULC. Após uma revisão, em conjunto com a instituição, foram selecionados e retificados os indicadores fundamentais para este problema, que é um verdadeiro flagelo, apresentados no quadro 10.

Quadro 13- Indicadores de monotorização

Indicador	Fórmula
Tempo Médio de Resposta para a 1. ^a consulta (dia)	$\frac{\text{Dias decorridos entre o pedido e a realização da consulta}}{\text{Consultas realizadas}}$
% de utentes em espera fora dos TMRG (%)	$\left[\frac{\text{N.º de utentes em espera fora dos TMRG}}{\text{N.º de doentes em espera}} \right] \times 100$
Taxa de utilização das vagas disponíveis	$\left[\frac{\text{N.º de consultas com agendamento realizadas no período}}{\text{N.º vagas para o período}} \right] \times 100$
Taxa de pedidos de primeira consulta por referência interna via SCLINICO (exclui a urgência)	$\left[\frac{\text{N.º de pedidos de 1.ª consulta por referência interna via SCLINICO entrados no período}}{\text{N.º de pedidos de 1.ª consulta por referência interna via SCLINICO entrados no período}} \right] \times 100$
Média do tempo entre a receção do pedido e a triagem	Média das diferenças entre a data de receção do pedido e a data da triagem
Média do tempo entre a receção do pedido e a sua marcação	Média das diferenças entre a data de receção do pedido e a data da marcação
% Primeiras Consultas marcadas para data superior à estabelecida pelo TMRG	$\left[\frac{\text{Nº de marcações, realizadas no período, em que a diferença entre a data de marcação e a data de receção é superior ao TMRG respetivo}}{\text{Nº de marcações realizadas no período}} \right] \times 100$
N.º de faltas às consultas por 100 consultas realizadas	$\left[\frac{\text{Nº de consultas não realizadas no período por falta do doente}}{\text{Nº consultas realizadas no período}} \right] \times 100$

N.º de consultas não realizadas e desmarcadas por motivos imputáveis ao CHULC por 100 consultas realizadas	$\left[\frac{\text{N.º de consultas não realizadas no período por motivos imputáveis ao CHULC}}{\text{N.º consultas realizadas no período}} \right] \times 100$
Média do tempo entre a realização da consulta e a hora para a qual estava programada	Média do valor absoluto da diferença entre a hora de início da consulta e hora para a qual estava marcada
% Consultas realizadas com registo no diário clínico no dia da consulta	$\left[\frac{\text{N.º de consultas realizadas no período com registo no diário clínico (SCLINICO) no próprio dia}}{\text{N.º de consultas realizadas no período}} \right] \times 100$
% Altas nas faltas não justificadas a consultas subsequentes	$\left[\frac{\text{N.º de consultas não realizadas no período por falta do doente, sem justificação, com registo de alta}}{\text{N.º de consultas não realizadas no período por falta do doente, sem justificação}} \right] \times 100$
% Utentes referenciados dos cuidados de saúde primários para CE atendidos em tempo adequado (%)	$\left[\frac{\text{N.º de 1. as CE dentro do TMRG}}{\text{N.º de 1. as CE}} \right] \times 100$

Outra ideia discutida com AGD foi a necessidade de semanalmente haver um relatório dos utentes que desmarcaram ou faltaram às consultas, o que permitiria todas as sextas-feiras a organização contactar os utentes por forma a compreender se existe necessidade/vontade de querer manter a consulta.

Agendamento das CE segundo o perfil mais comum dos utentes que faltam e desmarcam as mesmas

No quadro 8 e 9 é possível extrair a informação do perfil dos utentes, com base em fatores sociodemográficos e a localização geográfica, em que a taxa de não comparência é eleva. No quadro 10 e 11 conseguimos extrair informação sobre as métricas temporais, agenda e especialidade das CE, que registam uma percentagem de menores comparecimentos por parte dos utentes. A estratégia seria cruzar as quatro fontes de informação e, conseqüentemente, os profissionais responsáveis pela marcação de CE no CHULC teriam a informação do horário em que existe maior probabilidade dos utentes faltarem ou desmarcarem uma consulta, e não alocavam nesse intervalo de tempo ao perfil, mais comum dos utentes encontrado nos últimos cinco anos.

Criação de novos grupos de motivos às desmarcações das CE

Por último foi apresentada à organização a criação de três grupos que englobassem os motivos das desmarcações das consultas. Esta estratégia surgiu durante a reunião com AGD, em que os elementos da organização concluíram que devido à elevada quantidade de motivos para as desmarcações de consultas, havia uma grande dispersão de critérios na escolha do mais adequado em cada situação, o que dificultava análise da percentagem de consultas desmarcadas. Para a organização o principal foco

é diminuir aquelas que são imputáveis à mesma. Inicialmente os motivos atuais foram agregados segundo as suas semelhanças pelo significado, como por exemplo “Alteração do dia da consulta” e “Reorganização do dia da consulta”, entre outros, e depois englobados em três grupos principais: (1) Imputável ao utente; (2) Imputável à organização e (3) Engano administrativo. No quadro 11 estão ilustrados os motivos atuais e a proposta de melhoria (Quadro 14).

Quadro 14- Proposta de novos motivos de desmarcação e os motivos atuais no CHULC

	Proposta de novos motivos de desmarcação de CE no CHULC	Motivos atuais de desmarcação de CE no CHULC
Imputável ao utente	Alteração da data/hora da consulta	Alteração a pedido utente
		Engano do doente
	Impossibilidade do utente devido ao estado de saúde	Alta-cuidados domiciliários
		Altera estado doente (acamado)
		Doente enviado cons paliativa
		Doente internado
		Doente realizou circuito ambulatório.
	Utente falecido	Doente falecido
	Desistência do utente	Desistência do doente
	Utente recusa médico	Doente recusa médico
	Atraso do utente	Atraso do doente
	Falta do utente	Falta do doente
Imputável à organização	Alteração da data/hora da consulta	Alteração do dia de consulta
		Reorganização da consulta
		Alteração horário consulta
	Desmarcação por parte clínica	Desmarcação Ordem profissional de saúde
		Desmarcação por Ordem Medica
	Conflito entre horários de trabalho	Medico escalado para bloco operatório
		Realização de sessão
		Reunião de trabalho
		Banco/saída banco
		Comis serv/congresso
		Contingência
	Profissional de saúde já não se encontra na organização	Medico já não pertence ao CHULC
		Medico reformado
	Falta de elementos para consulta (exames, material médico)	Doente não preparado
		Falta material médico
		Falta de exames
	Profissional de saúde não está disponível	Falta do médico
		Férias do médico
		Férias profissional saúde
		Atraso do médico
		Impedimento do médico
		Impedimento profissional saúde

	Indisponibilidade do hospital devido a razões externas	Tolerância de ponto
		Greve
	Profissional de saúde recusa o utente	Medico recusa doente
		Problema organização hospital
Engano administrativo	Alteração do tipo de consulta (P/S ou S/P)	Altera tipo consulta P/s ou S/p
	Alteração da especialidade	Alteração especialidade
	Processos duplicados	Processos duplicados
	Doente consultado anteriormente	Doente consultado anteriormente
	Engano administrativo	Engano administrativo
	Alteração de médico	Alteração de medico
	Engano do médico	Engano do médico

7. Conclusão

A não comparência dos utentes às CE é uma temática amplamente abordada nas organizações, devido ao impacto que este tipo de comportamento tem na vida de todos, sejam os profissionais, o hospital, os utentes e, por último o sistema de saúde.

Este estudo pretendeu realizar um diagnóstico à taxa de não comparências, faltas e desmarcações das consultas no CHULC, bem como elaborar medidas preventivas evitar este tipo de comportamentos, e consequentemente, para reduzir aquilo que é considerado um verdadeiro flagelo na organização.

Na prossecução deste objetivo foram definidos sete focos essenciais: Diagnosticar a frequência das faltas e desmarcações às CE; Analisar o perfil dos utentes que faltam e desmarcam as CE com base em fatores sociodemográficos e localização geográfica; Analisar por métricas temporais, agenda e especialidade das CE previamente agendadas que os utentes faltam e desmarcam; Identificar e compreender os principais motivos das faltas e desmarcações às CE no CHULC; Identificar o impacto das faltas e das desmarcações às CE no CHULC para os utentes e para a organização; Analisar a perceção dos profissionais sobre a situação atual da não comparência às CE, os motivos para os utentes adotarem este comportamento e as consequências que daí advém para quatro *stakeholder*: utentes, profissionais de saúde, organização e o sistema de saúde; Propor medidas de intervenção para reduzir a situação das faltas e desmarcações não atempadas às CE no CHULC.

A primeira etapa deste projeto caracteriza-se por uma extensa revisão da literatura existente sobre o conceito de faltas às CE, as suas causas e consequências e, por fim, conhecer e perceber quais as estratégias implementadas por outras organizações para este tipo de situação.

Este estudo alavancou-se na base de dados referente aos episódios de faltas e desmarcações no CHULC, entre 2018 e 2022. Após uma análise rigorosa dos dados foram desconsiderados alguns parâmetros que dispunham de um número insuficiente de informação.

Neste enquadramento, entende-se por falta à CE quando o utente não comparece à consulta nem apresenta justificação, com motivo plausível, no prazo de 7 dias subsequentes. Relativamente à desmarcação ela ocorre quando o utente efetua um contacto com a organização e solicita que a CE seja remarcada ou não.

Neste estudo é de realçar o papel fundamental dos profissionais de saúde em todo este processo, pelo que, e tendo por base a revisão da literatura, foi possível estruturar um questionário a estes profissionais, por forma a perceber quais os motivos da não comparências às CE, quais os padrões comportamentais mais comuns dos utentes,

bem como as consequências para a Instituição, tanto no seu funcionamento, como no seu prestígio.

Em geral, os profissionais referem que este comportamento é um verdadeiro “flagelo”, com um forte impacto tanto para o serviço como para a instituição, e que a situação relativa ao ano de 2023 é em tudo semelhante à vivida em 2022. Referem também que os utentes não têm perceção das possíveis consequências deste comportamento, nem para eles, nem para profissionais e hospital.

O principal motivo que leva os utentes a não comparecer, segundo os profissionais, é o tempo demasiado longo que existe entre o pedido da consulta, a sua marcação e a data efetiva da mesma, a dificuldade que os utentes têm em contactar o hospital para desmarcar a consulta bem como o facto de a instituição não dispor de um sistema de convocações por correio, telefone, mensagem ou email.

A falta de perceção, por parte do utente, das consequências da não comparência à CE, é para ele devastador pois o seu estado de saúde pode agravar-se, o que acarreta enormes problemas para o mesmo, o sofrimento, e para a instituição.

Para os profissionais de saúde o aspeto que tem um maior impacto é a diminuição da produtividade e, como consequência, o decréscimo da sua motivação. No que à organização diz respeito, é principalmente o aumento de custos com as horas extras dos profissionais. Por fim, para a organização, a maioria dos inquiridos considera que esta situação acarreta grandes danos reputacionais, isto é, a imagem da organização fica, irremediavelmente afetada, e com a perceção de que serviços de consultas dos hospitais não dão resposta às necessidades dos utentes.

Pelo exposto, considera-se pertinente delinear um conjunto de ações, que rápida e eficazmente sejam implementadas por forma a minimizar a situação que se vive nas CE, este assunto foi já objeto de discussão em reunião com a direção da AGD do CHULC.

Das ações apresentadas destaca-se a implementação de um sistema de lembretes que permite, em tempo útil, lembrar o utente da data da sua consultam, evitando assim o seu esquecimento e à organização permite criar um outro indicador de monitorização nas desmarcações das consultas.

Durante a realização deste estudo verificou-se que os profissionais de saúde não participaram tão ativamente quanto o desejado, tendo sido essa a maior limitação sentida.

Futuramente seria importante analisar a perspetiva dos utentes sobre este problema, por exemplo através do contacto direto com os utentes no espaço de espera das CE, seria assim mais uma fonte de informação útil e daí poderiam advir outras medidas de intervenção eficazes, e ir-se-ia ao encontro da missão do CHULC, “O nosso

compromisso é cuidar de si com a maior qualidade técnica e científica, com respeito pela dignidade, pela diversidade cultural e pelos seus direitos.”.

8. Referências Bibliográfica

- Abu Lekham, L., Wang, Y., Hey, E., Lam, S. S., & Khasawneh, M. T. (2021). A Multi-Stage predictive model for missed appointments at outpatient primary care settings serving rural areas. *IISE Transactions on Healthcare Systems Engineering*, 11(2), 79–94. <https://doi.org/10.1080/24725579.2020.1858210>
- Adeponle, A. B., Obembe, A. O., Suleiman, G. T., & Adeyemi, O. S. (2007). Missed first appointments: Prevalence and associated factors in first-time attendees at an outpatient psychiatric clinic in Nigeria. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(6), 609–620. <https://doi.org/10.1080/13674670601054024>
- Agrawal, D., Pang, G., & Kumara, S. (2023). *Preference Based Scheduling in a Healthcare Provider Network*.
- Alafaireet, P., Houghton, H., Petroski, G., Gong, Y., & Savage, G. T. (2010). Toward Determining the Structure of Psychiatric Visit Nonadherence. In *J Ambulatory Care Manage* (Vol. 33, Issue 2).
- Alawadhi, A., Palin, V., & Van Staa, T. (2021). Prevalence and factors associated with missed hospital appointments: A retrospective review of multiple clinics at Royal Hospital, Sultanate of Oman. In *BMJ Open* (Vol. 11, Issue 8). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046596>
- Alhamad, Z. (2013). Reasons for missing appointments in general clinics of primary health care center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(2), 258. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2013.2.256-265>
- Andersen, M., Hockman, E., Smereck, G., Tinsley, J., Milfort, D., Wilcox, R., Smith, T., Connelly, C., Adams, L., & Thomas, R. (2007). Retaining Women in HIV Medical Care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(3), 33–41. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2007.03.007>
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Baganha, M., Sousa, J., & Pires, S. (2002). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*.
- Batool, T., Abuelnoor, M., El Boutari, O., Aloul, F., & Sagahyroon, A. (2021). Predicting Hospital No-Shows Using Machine Learning. *IoTaIS 2020 - Proceedings: 2020 IEEE International Conference on Internet of Things and Intelligence Systems*, 142–148. <https://doi.org/10.1109/IoTais50849.2021.9359692>

- Bech, M. (2005). The economics of non-attendance and the expected effect of charging a fine on non-attendees. *Health Policy*, 74(2), 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.01.001>
- Beltrame, S. M., Oliveira, A. E., Santos, M. A. B. dos, & Santos Neto, E. T. (2019). Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Em Debate*, 43(123), 1015–1030. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303>
- Bennett, K. J., & Baxley, E. G. (2009). *The Effect of a Carve-out Advanced Access Scheduling System on No-show Rates* (Vol. 41, Issue 1).
- Bezerra, I. M. P., & Sorpreso, I. C. E. (2016). Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 11–20. <https://doi.org/10.7322/jhgd.113709>
- Blæhr, E. E., Væggemose, U., & Søgaaard, R. (2018). Effectiveness and cost-effectiveness of fining non-attendance at public hospitals: A randomised controlled trial from Danish outpatient clinics. *BMJ Open*, 8(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019969>
- Bowser, D. M., Utz, S., Glick, D., & Harmon, R. (2010). A Systematic Review of the Relationship of Diabetes Mellitus, Depression, and Missed Appointments in a Low-Income Uninsured Population. In *Archives of Psychiatric Nursing* (Vol. 24, Issue 5, pp. 317–329). <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.12.004>
- Braun, G., & Centeno, L. (2018). *Sistemas de Saúde*.
- Briatore, A., Giunta, D., Baum, A., Luna, D., Waisman, G., & Gonzalez Bernaldo de Quiros, F. (2013). Factors associated with nonattendance at clinical medicine scheduled outpatient appointments in a university general hospital. *Patient Preference and Adherence*, 1163. <https://doi.org/10.2147/ppa.s51841>
- Bundy, D. G., Randolph, G. D., Murray, M., Anderson, J., & Margolis, P. A. (2005). Open access in primary care: Results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics*, 116(1), 82–87. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2573>
- Cameron, S., Sadler, L., & Lawson, B. (2010). *Adoption of open-access scheduling in an academic family practice*. www.cfp.ca
- Campbell, K., Millard, A., McCartney, G., & McCullough, S. (2015). *Who is least likely to attend? An analysis of outpatient appointment DNA data in NHS Greater Glasgow & Clyde*.
- Cao, P., & Tang, J. (2014). *Hybrid Appointment for a Single-Physician Clinic with No-Shows and Overbooking*.
- Cashman, S. B., Savageau, J. A., Lemay, C. A., & Ferguson, W. (2004). Patient health status and appointment keeping in an urban community health center. *Journal of*

- Health Care for the Poor and Underserved*, 15(3), 474–488.
<https://doi.org/10.1353/hpu.2004.0037>
- Chandio, A., Shaikh, Z., Chandio, K., Naqvi, S., & Naqvi, S. (2017). Impact of missed hospital appointments. *Surgery and Rehabilitation*, 2(1).
<https://doi.org/10.15761/srj.1000128>
- Chariatte, V., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A., & Suris, J. C. (2008). Missed Appointments in an Outpatient Clinic for Adolescents, an Approach to Predict the Risk of Missing. *Journal of Adolescent Health*, 43(1), 38–45.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.12.017>
- Charupanit, W. (2009). Factors Related to Missed Appointment at Psychiatric Clinic in Songklanagarind Hospital. In *J Med Assoc Thai* (Vol. 92, Issue 10).
- Cheng, K. Da, Huang, C. J., Tsang, H. Y., & Lin, C. H. (2014). Factors related to missed first appointments after discharge among patients with schizophrenia in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 113(7), 436–441.
<https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.09.016>
- Chong, L. R., Tsai, K. T., Lee, L. L., Foo, S. G., & Chang, P. C. (2020). Artificial Intelligence Predictive Analytics in the Management of Outpatient MRI Appointment No-Shows. *American Journal of Roentgenology*, 215(5), 1155–1162.
<https://doi.org/10.2214/AJR.19.22594>
- CHULC. (2020). *PLA.101 Processo de gestão e organização das consultas externas do CHULC*.
- Ciechanowski, P., Russo, J., Katon, W., Simon, G., Ludman, E., Von Korff, M., Young, B., & Lin, E. (2006). Where is the patient? The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 28(1), 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.07.004>
- Collins, J., & Clayton, L. (2003). Why outpatients fail to attend their scheduled appointments: a prospective comparison of differences between attenders and non-attenders. In *Australian Health Review* (Vol. 26, Issue 1).
- Coodin, S., Staley, D., Cortens, B., Desrochers, R., & McLandress, S. (2004). *Patient Factors Associated With Missed Appointments in Persons With Schizophrenia*.
- Corfield, L., Schizas, A., Williams, A., & Noorani, A. (2008). Non-attendance at the colorectal clinic: A prospective audit. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 90(5), 377–380. <https://doi.org/10.1308/003588408X301172>
- Costa, E., & Barros, P. (2022). *Acesso a Cuidados de Saúde, 2022 As escolhas dos cidadãos no pós-pandemia*.
- Daggy, J., Lawley, M., Willis, D., Thayer, D., Suelzer, C., Delaurentis, P. C., Turkcan, A., Chakraborty, S., & Sands, L. (2010). Using no-show modeling to improve clinic

- performance. *Health Informatics Journal*, 16(4), 246–259.
<https://doi.org/10.1177/1460458210380521>
- Dantas, L. F., Fleck, J. L., Cyrino Oliveira, F. L., & Hamacher, S. (2018). No-shows in appointment scheduling – a systematic literature review. In *Health Policy* (Vol. 122, Issue 4, pp. 412–421). Elsevier Ireland Ltd.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002>
- Davies, M. L., Goffman, R. M., May, J. H., Monte, R. J., Rodriguez, K. L., Tjader, Y. C., & Vargas, D. L. (2016). Large-scale no-show patterns and distributions for clinic operational research. *Healthcare (Switzerland)*, 4(1).
<https://doi.org/10.3390/healthcare4010015>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto - Diário da República n.º 150, 1.ª série, de 04.08.2022
- Defife, J. A., Conklin, C. Z., Smith, J. M., & Poole, J. (2010). Psychotherapy appointment no-shows: Rates and reasons. *Psychotherapy*, 47(3), 413–417.
<https://doi.org/10.1037/a0021168>
- Detman, L. A., Associate, R., Gorzka, P. A., & Associate Professor, A. (1999). *A STUDY OF MISSED APPOINTMENTS IN A FLORIDA PUBLIC HEALTH DEPARTMENT*.
- Dickey James Morrow MRCP, W. I. (1991). Can outpatient non-attendance be predicted from the referral letter? An audit of default at neurology clinics. In *Journal of the Royal Society of Medicine* (Vol. 84).
- Direção-Geral de Saúde. (2002). CONSULTA EXTERNA. In *Instituto Nacional de Estatística*.
- Dunstan, J., Villena, F., Hoyos, J. P., Riquelme, V., Royer, M., Ramírez, H., & Peypouquet, J. (2023). Predicting no-show appointments in a pediatric hospital in Chile using machine learning. *Health Care Management Science*, 26(2), 313–329.
<https://doi.org/10.1007/s10729-022-09626-z>
- E Silva, M. J. de S., Schraiber, L. B., & Mota, A. (2019). The concept of health in collective health: Contributions from social and historical critique of scientific production. *Physis*, 29(1). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>
- Editora Conceitos. (2014, November). *Conceito Ambulatório*.
- Feldman, J., Liu, N., Topaloglu, H., & Ziya, S. (2014). Appointment scheduling under patient preference and no-show behavior. *Operations Research*, 62(4), 794–811.
<https://doi.org/10.1287/opre.2014.1286>
- Gany, F., Ramirez, J., Chen, S., & Leng, J. C. F. (2011). Targeting social and economic correlates of cancer treatment appointment keeping among immigrant Chinese patients. *Journal of Urban Health*, 88(1), 98–103. <https://doi.org/10.1007/s11524-010-9512-y>

- George, A., & Rubin, G. (2003). Non-attendance in general practice: A systematic review and its implications for access to primary health care. *Family Practice*, 20(2), 178–184. <https://doi.org/10.1093/fampra/20.2.178>
- Godoy Da Silva, R. (2017). *Uso do Overbooking no agendamento de consultas do serviço de saúde primária: estudo de caso em posto de saúde da rede pública*.
- González-Arévalo, A., Gómez-Arnau, J. I., DelaCruz, F. J., Marzal, J. M., Ramírez, S., Corral, E. M., & García-del-Valle, S. (2009). Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital. *Anaesthesia*, 64(5), 487–493. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2008.05852.x>
- Gupta, D., & Wang, W. Y. (2012). Patient appointments in ambulatory care. In *International Series in Operations Research and Management Science* (Vol. 168, pp. 65–104). Springer New York LLC. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-1734-7_4
- Hamilton, W., Round, A., & Sharp, D. (2002). Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with nonattendance: a cohort study. *British Journal of General Practice*.
- Hardy, K. J., O'brien, S. V, & Furlong, N. J. (2001). *Information given to patients before appointments and its effect on non-attendance rate*. www.nice.org.uk
- Herbig, B., Dragano, N., & Angerer, P. (2013). Health in the long-term unemployed. In *Deutsches Arzteblatt International* (Vol. 110, Issues 23–24, pp. 413–419). Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0413>
- Huang, Y., & Hanauer, D. A. (2014). Patient no-show predictive model development using multiple data sources for an effective overbooking approach. *Applied Clinical Informatics*, 5(3), 836–860. <https://doi.org/10.4338/ACI-2014-04-RA-0026>
- Jabalera Mesa, M. L., Morales Asencio, J. M., Rivas Ruiz, F., & Porras González, M. H. (2017). Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(4), 194–199. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.01.004>
- Jarvis, S., Livingston, J., Childs, A. M., & Fraser, L. (2019). Outpatient appointment non-attendance and unplanned health care for children and young people with neurological conditions: a retrospective cohort study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 61(7), 840–846. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14070>
- Junod Perron, N., Dominicé Dao, M., Kossovsky, M. P., Miserez, V., Chuard, C., Calmy, A., & Gaspoz, J. M. (2010). Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: A randomised controlled study. *BMC Family Practice*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-79>

- Kalb, L. G., Freedman, B., Foster, C., Menon, D., Landa, R., Kishfy, L., & Law, P. (2012). *Determinants of Appointment Absenteeism at an Outpatient Pediatric Autism Clinic*. www.jdbp.org/j685
- Kane, S., & Dixon, L. (2006). Adherence rates with infliximab therapy in Crohn's disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 24(7), 1099–1103. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2006.03092.x>
- Kaplan-Lewis, E., & Percac-Lima, S. (2013). No-show to primary care appointments: Why patients do not come. *Journal of Primary Care and Community Health*, 4(4), 251–255. <https://doi.org/10.1177/2150131913498513>
- Kavanagh, K. T., Smith, T. R., Golden, G. S., Tate, N. P., & Hinkle, W. G. (1991). Multivariate analysis of family risk factors in predicting appointment attendance in a pediatric otology and communication clinic. *Journal of Health and Social Policy*, 2(3), 85–102. https://doi.org/10.1300/J045v02n03_06
- Kempny, A., Diller, G. P., Dimopoulos, K., Alonso-Gonzalez, R., Uebing, A., Li, W., Babu-Narayan, S., Swan, L., Wort, S. J., & Gatzoulis, M. A. (2016). Determinants of outpatient clinic attendance amongst adults with congenital heart disease and outcome. *International Journal of Cardiology*, 203, 245–250. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.10.081>
- Kruse, G., Rohland, B., & Wu, X. (2002). *Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic*.
- Lacy, N. L., Paulman, A., Reuter, M. D., & Lovejoy, B. (2004). Why we don't come: Patient perceptions on no-shows. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 541–545. <https://doi.org/10.1370/afm.123>
- Lehmann, T. N. O., Aebi, A., Lehmann, D., Balandraux Olivet, M., & Stalder, H. (2007). Missed appointments at a Swiss university outpatient clinic. *Public Health*, 121(10), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2007.01.007>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Diário da República n.º 169, 1.ª série, de 04.09.2019. Lei de Bases da Saúde
- Lenzi, H., Ben, Â. J., & Stein, A. T. (2019). Development and validation of a patient no-show predictive model at a primary care setting in Southern Brazil. *PLoS ONE*, 14(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214869>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

- Liu, N., Ziya, S., & Kulkarni, V. G. (2010). Dynamic scheduling of outpatient appointments under patient no-shows and cancellations. *Manufacturing and Service Operations Management*, 12(2), 347–364. <https://doi.org/10.1287/msom.1090.0272>
- Lotfi, V., & Torres, E. (2014). Improving an outpatient clinic utilization using decision analysis-based patient scheduling. *Socio-Economic Planning Sciences*, 48(2), 115–126. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2014.01.002>
- Loudon, I. S. L. (1978). Historical importance of outpatients. *British Medical Journal*.
- McLean, S. M., Booth, A., Gee, M., Salway, S., Cobb, M., Bhanbhro, S., & Nancarrow, S. A. (2016). Appointment reminder systems are effective but not optimal: Results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. In *Patient Preference and Adherence* (Vol. 10, pp. 479–499). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/PPA.S93046>
- McMullen, M. J., & Netland, P. A. (2015). Lead time for appointment and the no-show rate in an ophthalmology clinic. *Clinical Ophthalmology*, 9, 513–516. <https://doi.org/10.2147/OPTH.S82151>
- Mehra, A., Hoogendoorn, C. J., Haggerty, G., Engelthaler, J., Gooden, S., Joseph, M., Carroll, S., & Guiney, P. A. (2018). Reducing patient no-shows: An initiative at an integrated care teaching health center. *Journal of the American Osteopathic Association*, 118(2), 77–84. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2018.022>
- Menendez, M. E., & Ring, D. (2015). Factors associated with non-attendance at a hand surgery appointment. *Hand*, 10(2), 221–226. <https://doi.org/10.1007/s11552-014-9685-z>
- Milne, V., Kearns, R., & Harrison, A. (2013). *Patient age, ethnicity and waiting times determine the likelihood of non-attendance at a first specialist rheumatology assessment*.
- Naderi, S., Barnett, B., Hoffman, R. S., Dalipi, R., Houdek, L., Alagappan, K., & Silverman, R. (2012). Factors associated with failure to follow-up at a medical clinic after an ED visit. *American Journal of Emergency Medicine*, 30(2), 347–351. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.11.034>
- Nancarrow, S., Bradbury, J., & Avila, C. (2014). Factors associated with non-attendance in a general practice super clinic population in regional Australia: A retrospective cohort study. *Australasian Medical Journal*, 7(8), 323–333. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2014.2098>
- Nasir, M., Summerfield, N., Dag, A., & Oztekin, A. (2020). A service analytic approach to studying patient no-shows. *Service Business*, 14(2), 287–313. <https://doi.org/10.1007/s11628-020-00415-8>

- Neal, R. D., Hussain-Gambles, M., Allgar, V. L., Lawlor, D. A., & Dempsey, O. (2005). Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: Questionnaire survey and prospective review of medical records. In *BMC Family Practice* (Vol. 6). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-47>
- Norris, J. B., Kumar, C., Chand, S., Moskowitz, H., Shade, S. A., & Willis, D. R. (2014). An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. *Decision Support Systems*, 57(1), 428–443. <https://doi.org/10.1016/j.dss.2012.10.048>
- Nunes, A. (2017). *Direito à Saúde em Portugal: Delimitação jurídica do Serviço Nacional de Saúde*.
- Parente, C. A., Salvatore, D., Gallo, G. M., & Cipollini, F. (2018). Using overbooking to manage no-shows in an Italian healthcare center. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2979-z>
- Parikh, A., Gupta, K., Wilson, A. C., Fields, K., Cosgrove, N. M., & Kostis, J. B. (2010). The Effectiveness of Outpatient Appointment Reminder Systems in Reducing No-Show Rates. *American Journal of Medicine*, 123(6), 542–548. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.11.022>
- Peng, Y., Erdem, E., Shi, J., Masek, C., & Woodbridge, P. (2016). Large-scale assessment of missed opportunity risks in a complex hospital setting. *Informatics for Health and Social Care*, 41(2), 112–127. <https://doi.org/10.3109/17538157.2014.965303>
- Percac-Lima, S., Cronin, P. R., Ryan, D. P., Chabner, B. A., Daly, E. A., & Kimball, A. B. (2015). Patient navigation based on predictive modeling decreases no-show rates in cancer care. *Cancer*, 121(10), 1662–1670. <https://doi.org/10.1002/cncr.29236>
- Pillai, R., Bhangu, N., Narayanan, M., & Yoong, W. (2012). A demographic study to profile non-attenders at a gynaecology outpatient clinic. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(2), 156–158. <https://doi.org/10.3109/01443615.2011.635228>
- Rodríguez Pacheco, R., Negro Álvarez, J. M., Campuzano López, F. J., Pellicer Orenes, F., Murcia Alemán, T., Serrano Santos, E., Villegas García, M., & Alcaraz Quiñonero, M. (2007). Non-compliance with appointments amongst patients attending an Allergology Clinic, after implementation of an improvement plan. *Allergologia et Immunopathologia*, 35(4), 136–144. <https://doi.org/10.1157/13108224>
- Saif, U., Sangeetha, R., Todd, L., Ellen, D., Regina, J., Swapna, A., Christina, G., & Angad, G. (2018). Why do Patients Miss their Appointments at Primary Care Clinics? *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*, 4(3). <https://doi.org/10.23937/2469-5793/1510090>

- Salazar, L. H. A., Parreira, W. D., Fernandes, A. M. da R., & Leithardt, V. R. Q. (2022). No-Show in Medical Appointments with Machine Learning Techniques: A Systematic Literature Review. *Information (Switzerland)*, 13(11). <https://doi.org/10.3390/info13110507>
- Samyn, M., Fihosy, S., Day, J. M., & Hames, A. (2019). Showing we care: Reducing non-attendance rates in an adolescent clinic. In *Archives of Disease in Childhood* (Vol. 104, Issue 2, p. 198). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315513>
- Shah, A., Chitewe, A., Binley, E., Alom, F., & Innes, J. (2018). Improving access to services through a collaborative learning system at East London NHS Foundation Trust. *BMJ Open Quality*, 7(3). <https://doi.org/10.1136/bmjoc-2018-000337>
- Sharp, L., Cotton, S., Thornton, A., Gray, N., Cruickshank, M., Whynes, D., Duncan, I., Hammond, R., Smart, L., & Little, J. (2012). Who defaults from colposcopy? A multi-centre, population-based, prospective cohort study of predictors of non-attendance for follow-up among women with low-grade abnormal cervical cytology. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 165(2), 318–325. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.08.001>
- Siminoff, L. A., Hausmann, L. R. M., & Ibrahim, S. (2008). Barriers to obtaining diagnostic testing for coronary artery disease among veterans. *American Journal of Public Health*, 98(12), 2207–2213. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.123224>
- Spikmans, F. J. M., Brug, J., Doven, M. M. B., Kruizenga, H. M., Hofsteenge, G. H., & Van Bokhorst-Van Der Schuerenà, M. A. E. (2003). *Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian?*
- Torres, O., Rothberg, M. B., Garb, J., Ogunneye, O., Onyema, J., & Higgins, T. (2015). Risk factor model to predict a missed clinic appointment in an urban, academic, and underserved setting. *Population Health Management*, 18(2), 131–136. <https://doi.org/10.1089/pop.2014.0047>
- Triemstra, J. D., & Lowery, L. (2018). Prevalence, Predictors, and the Financial Impact of Missed Appointments in an Academic Adolescent Clinic. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.3613>
- Tseng, F. Y. (2010). Non-attendance in endocrinology and metabolism patients. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109(12), 895–900. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60136-2](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60136-2)
- Turkan, A., Nuti, L., DeLaurentis, P.-C., Tian, Z., Daggy, J., Zhang, L., Lawley, M., & Sands, L. (2013). *No-Show Modeling for Adult Ambulatory Clinics* (B. T. Denton, Ed.; Vol. 184). Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5885-2>

- Walji, M. F., & Zhang, J. (2008). *Human-centered Design of Persuasive Appointment Reminders*.
- Weinerman, R., Glossop, V., Wong, R., Robinson, L., White, K., & Kamil, R. (2003). *Time of Day Influences Nonattendance at Urgent Short-Term Mental Health Unit in Victoria, British Columbia*.
- Wilkinson, M. (1994). Effecting change in frequent non-attenders. *British Journal of General Practice*,.
- Zacharias, C., & Pinedo, M. (2014). Appointment scheduling with no-shows and overbooking. *Production and Operations Management*, 23(5), 788–801. <https://doi.org/10.1111/poms.12065>
- Zailinawati, A., Ng, F. C., Nik-Sherina, M. H., & Abu Hassan Klinik Keluarga, Z. (2006). *Why Do Patients With Chronic Illnesses Fail To Keep Their Appointments? A Telephone Interview*.
- Zheng, H., & George, L. K. (2012). Rising U.S. income inequality and the changing gradient of socioeconomic status on physical functioning and activity limitations, 1984-2007. *Social Science and Medicine*, 75(12), 2170–2182. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.08.014>