INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Não comparência dos utentes às consultas externas na APDP: Diagnóstico, causas, consequências, perfil do utente e propostas de melhoria

Ana Catarina Ferreira Rosa

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

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

Setembro, 2024

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Não comparência dos utentes às consultas externas na APDP: Diagnóstico, causas, consequências, perfil do utente e propostas de melhoria

Ana Catarina Ferreira Rosa

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

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

Setembro, 2024

Agradecimentos

Aos professores e colegas com quem me cruzei ao longo dos anos, gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Sofia Portela, cuja orientação, paciência e incentivo foram fundamentais ao longo de todo o processo. A sua experiência e orientação perspicaz ajudaram-me a moldar e aprimorar este projeto, e sou imensamente grata pelo seu apoio incondicional e pela sua dedicação ao meu desenvolvimento académico.

Agradeço também a todos os profissionais da APDP que colaboraram e compartilharam os seus conhecimentos e experiências, que foram cruciais para a realização deste estudo. A vossa disponibilidade e abertura para discutir a temática da não comparência dos utentes às consultas foram verdadeiramente valiosas.

Por fim, mas não menos importante à minha família e amigos, o meu sincero agradecimento pelo vosso apoio constante e encorajador. Sem a vossa compreensão e incentivo, esta jornada teria sido muito mais difícil.

A todos, o meu muito obrigado.

Resumo

As faltas às consultas são um problema global largamente documentado, contudo são poucos os estudos que dão enfase aos doentes crónicos.

Este trabalho tem como principal objetivo estudar as causas e consequências da não comparência às consultas na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, bem como analisar o perfil dos utentes, as métricas temporais e especialidades, a perspetiva dos profissionais de saúde e dos utentes e elaborar propostas de melhoria.

Analisaram-se todas as incidências de faltas às consultas e o perfil dos utentes desde 2019 até 2023. Foram entrevistados 22 utentes e analisada a perceção de 34 colaboradores sobre este tópico e sobre intervenções a introduzir.

Os resultados evidenciam que os utentes que faltam mais às consultas são do sexo masculino, com a idade compreendida entre os 66 e os 75 anos e que residem no distrito de Lisboa. Os dois principais motivos que levam os utentes a não comparecer são a dificuldade em desmarcar consultas e esquecimento da data/hora da mesma. Os profissionais estão de acordo com os utentes, acrescentando ainda que o transporte é também um dos motivos que leva às faltas, bem como o horário de trabalho/escolar não ser compatível com a hora da consulta.

As propostas de melhoria incidem na melhoria do sistema de lembretes e perceber qual o canal de comunicação preferido de cada utente; na criação de uma linha de apoio e de um chat online; na educação e comunicação com o utente sobre a importância das consultas.

Palavras-chave: Consultas externas, Não comparência, Diabetes, APDP

JEL Classification: I12, M10

Abstract

Missed appointments are a globally documented issue, yet few studies focus on chronic patients. This study primarily aims to investigate the causes and consequences of missed appointments at the Portuguese Diabetes Association, as well as to analyze patient profiles, time metrics, specialties, and the perspectives of both healthcare professionals and patients, while also proposing improvement measures.

All missed appointment incidents and patient profiles from 2019 to 2023 were analyzed. A total of 22 patients were interviewed, and the perceptions of 34 staff members were gathered regarding the topic and potential interventions.

The results indicate that patients who miss appointments most frequently are male, aged between 66 and 75, and reside in the Lisbon district. The two main reasons for missing appointments were difficulties in canceling them and forgetting the appointment date/time. Healthcare professionals agreed with these points and noted that transportation issues and incompatible work/school schedules contribute to missed appointments.

The improvement proposals focus on enhancing the reminder system and identifying each patient's preferred communication channel; the creation of a support line and an online chat; and the education and communication with the patient about the importance of attending appointments.

Keywords: Outpatient appointment, No show, Diabetes, PDA

JEL Classification: I12, M10

Índice

AGRADECIMENTOS I
RESUMO II
ABSTRACT III
ÍNDICE V
ÍNDICE DE QUADROS VII
ÍNDICE DE FIGURAS VIII
GLOSSÁRIO IX
1. INTRODUÇÃO 1
2. REVISÃO DE LITERATURA 4
2.1. Conceito e tipos de diabetes 4
2.3. Importância da consulta de diabetes 7
2.4. Causas das faltas às consultas de diabetes 8
2.4.1. Causas relacionadas com o perfil do utente 9
2.4.2. Causas relacionadas com a logística da organização 12
2.4.3. Causas relacionadas com a deslocação 13
2.5. Consequências da falta à consulta de diabetes 16
2.6. Medidas para reduzir a falta de comparência dos utentes às consultas 18
3. METODOLOGIA 23
3.1. Objetivos do estudo 23
3.2. Base de dados do sistema informático da APDP 23
3.3. Questionário aos profissionais da APDP 24
3.4. Entrevistas aos pacientes da APDP 27
4. DESCRIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL 29
5. DIAGNÓSTICO DAS FALTAS DOS PACIENTES ÀS CONSULTAS DE DIABETES 30
5.1. Conceito de faltas às CE na APDP 30
5.2. Perfil do paciente da APDP 30
5.3. Frequência com que os pacientes comparecem e faltam a consultas na APDP 37
5.3.1. Faltas nas primeiras consultas 37
5.3.2. Faltas nas consultas subsequentes 38
5.3.3. Primeiras consultas e subsequentes realizadas 39
5.4. Análise por métricas temporais e especialidade 41
5.5. A perspetiva dos profissionais de saúde 53
5.5.1. Situação atual das faltas dos pacientes às CE 53
5.5.2. Causas da não comparência dos pacientes às CE 54
5.5.3. Consequências da não comparência dos pacientes às CE 55
5.5.3.1. Consequências para o paciente 55
5.5.3.2. Consequências para os profissionais de saúde 56
5.5.3.3. Consequências para a APDP 57
5.5.4. Perceção dos profissionais sobre a consciência dos pacientes 58
5.6. Medidas para reduzir a falta de comparência às CE: A perspetiva dos profissionais de saúde 58
5.7. Motivos das faltas às CE: Testemunho dos pacientes 60
6. PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO 62
6.1. Lembretes das consultas 63
6.2. Facilitar o acesso à informação sobre as consultas 63
6.3. Educação do paciente 64
6.4. Comunicação com o paciente 64
6.5. Facilitar a remarcação das consultas 64
6.6. Linha de apoio ao utente 65
7. IMPLEMENTAÇÃO DAS PROPOSTAS DE MELHORIA 66
7.1. Cronograma 66

7.2. Controlo e Avaliação 68
8. CONCLUSÃO 72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 74

Índice de Quadros

Quadro 2.1 - Quadro síntese da revisão de literatura sobre as causas que levam à não comparência às CE 14
Quadro 2.2 – Quadro síntese da revisão de literatura sobre medidas para reduzir a falta de comparência às CE..... 22
Quadro 5.1 – Perfil do paciente APDP vs. Perfil do utente que faltou pelo menos 1x às primeiras CE e subsequentes 34
Quadro 5.2 – Número e respetiva percentagem das faltas às primeiras consultas no período em estudo 37
Quadro 5.3 – Número e respetiva percentagem das faltas às consultas subsequentes no período em estudo 38
Quadro 5.4 – Percentagem das primeiras consultas e subsequentes realizadas no período em estudo 39
Quadro 5.5 – Análise por métricas temporais e especialidade das faltas às primeiras CE 43
Quadro 5.6 – Análise por métricas temporais e especialidade das faltas às CE subsequentes 49
Quadro 7.1 - Cronograma com as datas das implementações propostas 67
Quadro 7.2 – Indicadores de monitorização 69

Índice de Figuras

Figura 2.1 - Prevalência da diabetes (ajustada pela idade) na Europa (20-79 anos), em 2021 6
Figura 2.2 - Prevalência da diabetes, por idade e sexo, na Europa (20-79 anos), em 2021 6
Figura 5.1 - Distribuição de pacientes por percentagem de faltas às CE agendadas..... 31
Figura 5.2 - Percentagem de primeiras consultas faltadas, remarcadas e realizadas vs. percentagem de consultas subsequentes faltadas, remarcadas e realizadas 37
Figura 5.3 - Nº de faltas às primeiras CE por paciente (%) 38
Figura 5.4 – Nº de faltas às CE subsequentes por paciente (%) 39
Figura 5.5 – Percentagem de faltas dos pacientes às primeiras CE por mês 41
Figura 5.6 – Percentagem de faltas dos pacientes às primeiras CE por dia da semana 42
Figura 5.7 - Percentagem de faltas dos pacientes às CE subsequentes por mês 47
Figura 5.8 – Percentagem de faltas dos pacientes às CE subsequentes por dia da semana 48
Figura 5.9 – Perceção dos profissionais de saúde sobre o impacto das faltas dos pacientes às CE..... 53
Figura 5.10 – Evolução da perceção dos profissionais de saúde sobre o impacto das faltas dos pacientes às CE: comparação atual vs. anos anteriores 53
Figura 5.11 – Causas da não comparência dos pacientes às CE: perspetiva dos profissionais da APDP 55
Figura 5.12 – Consequências para os utentes das pacientes às CE: a perspetiva dos profissionais da APDP 56
Figura 5.13 – Gráfico das consequências para os profissionais de saúde das faltas dos pacientes às CE segundo a perspetiva dos profissionais da APDP 57
Figura 5.14 – Consequências das faltas dos pacientes às CE para a instituição: a perspetiva dos profissionais da APDP 57
Figura 5.15 - Opinião dos profissionais da APDP sobre a perceção dos pacientes sobre o possível impacto da não comparência às CE 58
Figura 5.16 - Percentagem da eficácia de algumas medidas para resolver o problema das faltas às CE: a perspetiva dos profissionais da APDP 59
Figura 5.17 – Medidas de intervenção existentes na instituição: a perceção dos profissionais da APDP 60
Figura 5.18 - Motivos que levaram os pacientes a faltar às CE agendadas 61
Figura 6.1 – Driver Diagram sobre a diminuição do número de faltas às CE na APDP para garantir a melhoria da comparência às mesmas..... 62

Glossário

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
CE – Consulta externa
CSP – Cuidados de Saúde Primários
HbA1c – Hemoglobina glicada (indicador de controlo da diabetes)
IGT – *Impaired glucose tolerance* (tolerância à glicose diminuída)
IMC – Índice de massa corporal
KPI – *Key performance indicator* (indicador-chave de desempenho)
LADA – *Latent autoimmune diabetes in adults* (diabetes autoimune latente em adultos)
MODY – *Maturity-onset diabetes of the young* (diabetes com início na maturidade dos jovens)
PSCI – Perfusão subcutânea contínua de insulina (bomba de insulina)

1. Introdução

A falta de comparecimento às consultas externas é um problema significativo em todo o mundo. Este problema está associado a piores resultados em saúde e representa uma forma menos eficiente do uso dos recursos de saúde.

As taxas de não comparecimento afetam negativamente os próprios utentes. Estas faltas podem resultar em tempos de espera mais longos, menor qualidade do atendimento, descontinuidade na prática, piores resultados de saúde e menor satisfação por parte do utente. Schectman et al. (2008) defendem que as consultas perdidas são especialmente problemáticas para os utentes com doenças crónicas, como é o caso da diabetes, pois estes utentes têm maior probabilidade de ter um pior controlo metabólico da doença. Também, Karter et al. (2004) defendem que as faltas às CE agendadas comprometem a eficácia do tratamento, especialmente em doenças crónicas como a diabetes, onde a continuidade dos cuidados é essencial para o controlo da doença.

Shin et al. (2022) defendem que a continuidade interpessoal do cuidado de doentes diabéticos leva a menos visitas às urgências e menores taxas de mortalidade, melhorando a satisfação dos pacientes e consequentemente reduzindo tanto o nível de hemoglobina glicada quanto o custo do cuidado. Estes são alguns dos principais objetivos clínicos no cuidado da diabetes.

Para além das faltas às CE serem um problema para os pacientes, especialmente para os que lidam com uma doença crónica, Ciechanowski et al. (2006) defendem que as faltas às CE podem impactar significativamente os sistemas de saúde e resultar no aumento da frustração para os profissionais de saúde, redução da empatia e da comunicação entre médico-paciente e, numa menor continuidade no acompanhamento. Defendem ainda que, as faltas podem diminuir a eficiência da equipa clínica, reduzir o rendimento financeiro, interromper planos de cuidados e prejudicar indiretamente outros pacientes, limitando as suas oportunidades de atendimento.

Sendo este um problema de larga extensão em todo o mundo, não só quando se fala de medicina geral como também no caso da diabetes, existem inúmeros autores que têm abordado este tema no sentido de perceber, as causas, as consequências e encontrar soluções para mitigar esta situação. Tendo por base uma vasta revisão da literatura, foi possível compreender que as faltas às CE sem aviso prévio têm um impacto muito grande não só no sistema de saúde como também, nos profissionais de saúde e no próprio paciente, ainda mais quando o mesmo sofre de uma condição crónica (Ciechanowski et al. (2006), Valero-Bover et al. (2022), Perron et al. (2010)).

O principal objetivo deste estudo é realizar um diagnóstico das faltas às consultas na APDP e apresentar medidas para reduzir o número de não comparências sem aviso prévio ou sem aviso prévio atempado. Isto torna-se fundamental para melhorar a qualidade do atendimento e a eficiência dos serviços prestados. Os objetivos específicos deste estudo são:

1. Diagnosticar a frequência das faltas às CE.
2. Analisar o perfil dos utentes que faltam às CE, com base no seu perfil sociodemográfico e localização geográfica.
3. Analisar por métricas temporais as CE previamente agendadas a que os utentes faltam.
4. Identificar e compreender os principais motivos das faltas às CE na APDP.
5. Identificar o impacto das faltas às CE na APDP para os utentes e instituição.
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 isso traz para os quatro *stakeholder*: utentes, profissionais de saúde, organização e sistema de saúde.
7. Analisar a perceção dos utentes sobre o impacto que as faltas trazem para a instituição e, consequentemente, analisar os motivos que os levam a faltar às CE.
8. Propor ações de intervenção para reduzir a situação das faltas sem aviso prévio ou sem aviso prévio atempado e respetivo plano de implementação.

Para efeitos do presente estudo, entende-se por falta à CE, quando um utente não comparece à consulta na data e hora agendada e não informa a instituição de uma justificação plausível nos 7 dias seguintes. Caso o utente informe a instituição de uma justificação plausível nos 7 dias seguintes, a consulta deverá ser reagendada (ACSS, 2024).

Com a finalidade de concretizar estes objetivos foram recolhidos os dados de todas as consultas agendadas do sistema de informação da APDP entre os anos 2019 e 2023. Foi também aplicado um questionário aos profissionais de saúde e ainda foram realizadas entrevistas telefónicas a utentes que faltaram recentemente a consultas.

O estudo foi devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal.

O presente estudo encontra-se dividido em 8 capítulos. No primeiro capítulo encontra-se uma introdução ao estudo. No capítulo 2 foi realizado um enquadramento teórico sobre o tema, que se encontra dividido em 6 subcapítulos. Em primeiro lugar é realizada uma explicação sobre o conceito e tipos de diabetes, em segundo analisa-se a prevalência desta doença a nível mundial, em terceiro é revelada a importância da consulta de diabetes, em quarto identificam-se as causas das faltas às consultas de diabetes, em quinto as consequências de não comparecer às consultas de diabetes e por fim, em sexto lugar, são

descritas as principais medidas para contornar o problema das faltas às consultas externas. O capítulo 3 apresenta a metodologia utilizada para a realização do estudo, incluindo o objetivo do mesmo e os instrumentos utilizados. No capítulo 4 é apresentada uma breve descrição sobre a instituição onde o estudo foi realizado. O capítulo 5 apresenta um diagnóstico sobre as consultas faltadas na APDP, analisando a frequência deste caso entre 2019 e 2023, traçando um perfil dos utentes e as causas e consequências para este comportamento; é analisada a perspetiva dos profissionais de saúde e analisados os motivos que levam os utentes a ter este tipo de comportamento. No capítulo 6 são apresentadas propostas de melhoria para combater o problema em questão. No capítulo 7 encontra-se a implementação das propostas de melhoria, bem como o plano de ação, e por fim, o capítulo 8 apresenta as conclusões do estudo.

2. Revisão de Literatura

2.1. Conceito e tipos de diabetes

A diabetes *mellitus* é um conjunto de doenças metabólicas crónicas que são caracterizadas pelo elevado nível de glicose no sangue, resultado da incapacidade do corpo de produzir insulina, ser resistente à ação da insulina, ou ambos. Esta doença pode ser dividida em quatro grupos: (1) diabetes tipo 1, (2) diabetes tipo 2, (3) diabetes gestacional e pode ainda (4) ser causada por defeitos genéticos específicos da função das células beta ou da ação da insulina, doenças do pâncreas e drogas ou produtos químicos (Complications, 2008).

Os principais fatores que têm contribuído para o aumento do número de casos de diabetes tipo 2 são a urbanização, envelhecimento da população, a diminuição do nível de atividade física, e o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade (International Federation Diabetes, 2021). De acordo com o mesmo estudo, a adoção de medidas preventivas pode reduzir o impacto da diabetes tipo 2, diagnósticos precoces e a adoção dos cuidados apropriados podem reduzir o impacto de todos os tipos de diabetes. A adoção destas medidas pode ajudar a que as pessoas com diabetes evitem ou atrasem as complicações derivadas da doença. Segundo Yip et al. (2017), a glicose de jejum alterada (IFG) e a tolerância à glicose alterada (IGT) são as recomendações atuais para o diagnóstico da pré-diabetes. Compreender a pré-diabetes pode ser crucial para reduzir a epidemia global de diabetes tipo 2.

A diabetes *mellitus* gestacional é definida como sendo a diabetes diagnosticada durante a gravidez, que ainda não é evidente. Esta condição está associada a resultados adversos da gravidez. É importante realçar que as mulheres que sofrem de diabetes gestacional estão mais propícias a desenvolver esta doença após a gravidez. De acordo com Coustan (2013), o número de casos de diabetes gestacional está a aumentar sinergicamente com o aumento da obesidade e da diabetes tipo 2.

A diabetes *mellitus* tipo 1 é atualmente diagnosticada em pessoas com deficiência de insulina atribuída à autoimunidade das ilhotas de *Langerhans*. É uma doença altamente heterogénea, como demonstrado pelas amplas diferenças na epidemiologia, etiopatogenia, curso clínico e resposta à intervenção. Esta heterogeneidade representa desafios para a previsão, prevenção, diagnóstico e tratamento da doença (Galloway et al., 2023).

A diabetes tipo 2 é a mais comum, seguida da diabetes tipo 1. No entanto, existem alguns tipos de diabetes menos comuns causados por defeitos genéticos das células beta e na ação da insulina (Mihai et al., 2012).

A diabetes autoimune latente em adultos (LADA) é um tipo de diabetes tipo 1 que apresenta progressão lenta para a dependência de insulina. Uma pessoa com LADA

apresenta-se clinicamente como um adulto que não é dependente de insulina no momento do diagnóstico. Portanto, o paciente geralmente será tratado como tendo diabetes tipo 2. Oficialmente, o LADA é classificado como diabetes tipo 1 pela Organização Mundial de Saúde (Brophy et al., 2011).

A síndrome MODY representa 1% de todos os casos de diabetes *mellitus* e resulta de uma mutação num único gene (diabetes monogénico), o que leva ao mau funcionamento das células pancreáticas produtoras de insulina (Mihai et al., 2012).

Existe ainda a diabetes *mellitus* secundária que parece ser mais comum do que o esperado. Devido à baixa conscientização sobre este tipo de diabetes, é comum que os pacientes sejam diagnosticados de forma errada, é frequente que a sua diabetes seja confundida com diabetes tipo 2. A causa mais comum que leva à diabetes secundária é a pancreatite crónica (Balducci et al., 2014).

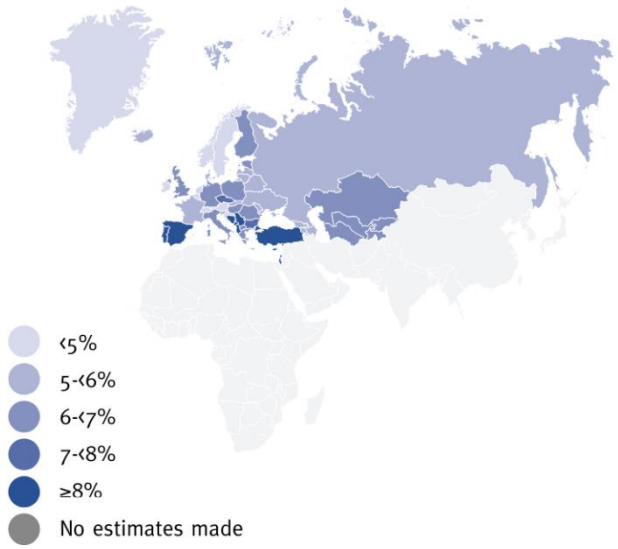
2.2. Diabetes no mundo

De acordo com a International Federation Diabetes (2021), em 2021 existiam 537 milhões de adultos (20-79 anos) com diabetes em todo o mundo, o que representa 10,5% da população adulta mundial, dos quais quase metade não tem conhecimento de que sofre desta doença. Esta entidade estima que o número de adultos com diabetes aumente cerca de 46% até 2045, atingindo cerca de 783 milhões. De acordo com o mesmo estudo, na Europa, 61 milhões de adultos tinham diabetes em 2021, verificando-se uma prevalência de 9,2%, estimando-se um aumento de cerca de 13% no número de adultos com diabetes até 2045 e que a prevalência atinja os 10,4%. Estima-se que, em 2021, cerca de 36% dos europeus viviam com diabetes não diagnosticados. De acordo com este estudo, morreram cerca de 6,7 milhões de pessoas entre os 20 e os 79 anos de idade devido a esta doença em 2021. A Europa é a região com o maior número de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 (International Federation Diabetes, 2021).

O estudo da International Federation Diabetes (2021) revela que existiam quase um milhão de adultos em Portugal com diabetes em 2021 (dos quais cerca 43,6% não diagnosticados), representando uma prevalência de 13%. Quase 23.000 portugueses morreram devido a diabetes em 2021.

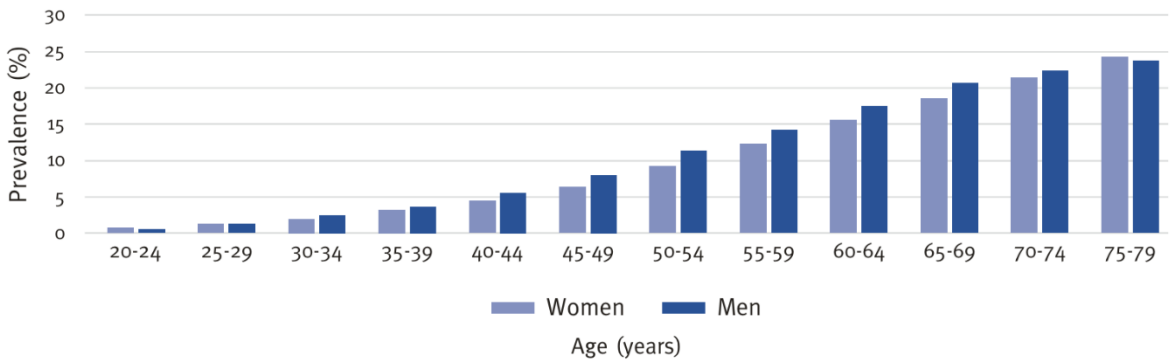
Conforme se pode observar na Figura 1, Portugal é dos países com maior prevalência de diabetes (ajustada pela idade) na Europa. A Figura 2 mostra que a prevalência da diabetes na Europa aumenta com a idade, sendo ligeiramente superior nos homens do que nas mulheres na generalidade das faixas etárias.

Figura 2.1 - Prevalência da diabetes (ajustada pela idade) na Europa (20-79 anos), em 2021



Fonte: International Federation Diabetes (2021)

Figura 2.2 - Prevalência da diabetes, por idade e sexo, na Europa (20-79 anos), em 2021



Fonte: International Federation Diabetes (2021)

De acordo com Forouhi e Wareham (2014), a prevalência da diabetes tem vindo a aumentar nas últimas décadas, impulsionada pelo aumento global da obesidade. A morbilidade prematura, a mortalidade, a redução da esperança de vida, os custos financeiros e outros custos para o utente, profissionais e serviços de saúde, tornam a diabetes numa importante condição de saúde pública.

A diabetes tipo 1 representa aproximadamente 10% dos casos de diabetes em todo o mundo, sendo que esta doença normalmente aparece em pessoas sem histórico familiar (apenas 10-15% têm familiares do primeiro ou segundo grau com esta doença) (Paschou et al., 2018). Esta doença é a mais prevalente na infância, mas pode aparecer em qualquer

idade, não podendo ser evitada (International Federation Diabetes, 2021). Na Europa, os registos sugerem que a taxa de incidência da diabetes tipo 1 é mais alta nos grupos de crianças entre os 0 e 4 anos. A taxa de incidência diminui depois da puberdade e parece estabilizar nos jovens adultos. A incidência desta doença é mais baixa nos adultos do que nas crianças, contudo aproximadamente um quarto das pessoas com diabetes tipo 1 são diagnosticadas na idade adulta (Maahs et al., 2010).

Segundo Cooppan (2016), 462 milhões de pessoas têm diabetes tipo 2, o que corresponde a 6,28% da população mundial. Globalmente, a elevada prevalência desta doença continua a crescer e não existem sinais de que vá estabilizar. Este problema de saúde é uma das principais causas da mortalidade no mundo. A International Federation Diabetes (2021) estima que cerca de 90% das pessoas com diabetes no mundo, sofrem de diabetes tipo 2.

De acordo com Coustan (2013), o número de casos de diabetes gestacional está a aumentar sinergicamente com o aumento da obesidade e da diabetes tipo 2.

2.3. Importância da consulta de diabetes

Segundo Brewster et al. (2020), a diabetes é uma condição de saúde a longo prazo que se encontra associada a outras complicações, cuja incidência aumenta se o problema não for solucionado de maneira correta. É recomendado que a maioria dos utentes com diabetes permaneçam em observação, com o objetivo de manter os seus níveis de glicémia semelhantes aos de uma pessoa saudável (Jenkins et al., 1993). Assim, a falta às consultas de diabetes pode ter consequências significativas na condição clínica destes pacientes.

Os jovens faltam mais às consultas marcadas do que as crianças (Snow e Fulop, 2012). A transição da pediatria para a consulta de adultos pode ser crucial visto que é aqui que muitos pacientes desaparecem do sistema (Jones e Hamilton, 2008). A literatura mostra que as pessoas com diabetes que faltam mais às consultas têm tendência a ter níveis de HbA1c mais elevados, o que prova que o acompanhamento desta doença é de grande importância. Pessoas que têm hábitos menos saudáveis, como fumadores, faltam mais às consultas bem como os pacientes que sentem que o tratamento não é eficiente (Snow e Fulop, 2012).

De acordo com Vesco et al. (2010), para os adolescentes com diabetes tipo 1 conseguirem obter sucesso no tratamento da doença, e, portanto, um bom controlo da diabetes, devem entender a importância do papel dos profissionais de saúde perante a gestão desta doença , compartilhar o seu dia-a-dia com a doença, monitorizar os níveis de glicose, gerir os locais de administração e quantidades de insulina.

Segundo Sun et al. (2021), as pessoas com diabetes tipo 2 precisam de realizar várias atividades de autocuidado, incluindo uma gestão de estilo de vida e comparecimento regular

a consultas médicas, para alcançar um controlo glicémico ótimo. De acordo com estes autores, estes doentes devem comparecer a consultas médicas a cada 3 a 6 meses para avaliar a HbA1c e anualmente para avaliar complicações cardiovasculares.

Dyer et al. (1998) defendem que as pessoas que têm pior controlo da doença são as que têm entre 0 e 4 comparências no último ano, sendo as que não compareceram as que têm o pior controlo. Utentes que comparecem mais às suas consultas têm um maior controlo da doença. São necessárias 3 a 4 consultas por ano para o paciente apresentar uma boa monitorização da doença.

A falta de comparência às consultas pode ser um indicador de que o utente está em risco de aumento de morbidade pela diabetes. As faltas às consultas, por vezes, estão associadas a uma má gestão da doença. Múltiplas faltas às consultas podem indicar a necessidade de realizar uma avaliação à adesão do utente e implementar intervenções específicas (Fortin et al., 2016).

2.4. Causas das faltas às consultas de diabetes

Marbouh et al. (2020), identificaram diversos fatores que influenciam as taxas de não comparecimento às consultas como o género, idade, qualidade do serviço, número de consultas anteriores, antecedência do agendamento das consultas (tempo que demora desde que o paciente pede a consulta até conseguir vaga) e tempos de espera (tempo que demora até ser visto pelo médico, no dia da consulta). Concluíram também que a maioria das faltas é mais comum em homens, pessoas mais jovens e pacientes de menor poder económico.

Um estudo realizado numa clínica gratuita rural localizada no sudeste dos Estados Unidos que sofre com taxas muito elevadas de não comparecimento às consultas, concluiu que os motivos frequentemente relatados para faltar às consultas incluem a falta de transporte, ir consultar diferentes médicos, mau tempo, longos tempos de espera até ser visto pelo médico no dia da consulta e medo de médicos/hospitais (Glowacka et al., 2009).

Contradizendo a maioria da literatura sobre o comportamento de não comparecimento às consultas, Brewster et al. (2020) concluíram que certas características sociodemográficas dos pacientes, não estão associadas ao não comparecimento às consultas de diabetes.

Graber et al. (1992), Nielsen et al. (2008), Masuda et al. (2006), Dyer et al. (1998) Archibald e Gill (1992), Kawahara et al. (1994), realizaram estudos quantitativos no Reino Unido e nos Estados Unidos mostrando que a obesidade, hipertensão, presença de neuropatia, controlo glicémico inadequado, idade avançada, escassez de recursos financeiros, tabagismo, residência rural e género estavam associados ao não comparecimento dos diabéticos às consultas de acompanhamento (citado em Tino et al., 2019). A manutenção da gestão da diabetes está associada à idade avançada, estar numa

faixa socioeconómica média ou alta, não ser fumador e estar num regime de terapia dupla (Tino et al., 2019).

Parsons et al. (2021) defendem que, na medicina geral, os motivos pelos quais os pacientes faltam às consultas podem ser categorizados em dois temas principais: (1) fatores relacionados com a saúde e (2) fatores demográficos. Em relação aos fatores relacionados com a saúde, os pacientes com diagnóstico de saúde mental, ou com múltiplas ou sérias condições de saúde física, tinham maior probabilidade de faltar às consultas. Os motivos relacionados com os fatores demográficos dos pacientes são: (1) nível socioeconómico mais baixo, viver em áreas carenciadas ou pertencer a grupos étnicos não brancos ou minoritários; (2) pacientes que recebem cobertura de saúde financiada pelo Estado ou que pagam pelo próprio seguro de saúde; (3) pacientes mais jovens (<21 anos) e pacientes mais velhos (>75 anos); (4) pacientes com histórico de faltas a consultas anteriores.

Este estudo torna-se uma mais-valia para a literatura visto que é focado em utentes com diabetes, ou seja, irá comprovar se os motivos pelos quais os utentes faltam às consultas de medicina geral são equivalentes aos motivos pelos quais os utentes faltam às consultas de diabetes.

2.4.1. Causas relacionadas com o perfil do utente

Género

Contrariamente a grande parte da literatura, Shrestha et al. (2013) concluíram que a média da glicémia em jejum das mulheres é maior em comparação com a dos homens, indicando níveis mais baixos de controlo glicémico. Tendo em conta que através da revisão da literatura foi possível perceber que os pacientes com níveis de HbA1c mais elevados têm tendência a faltar mais às consultas de diabetes (Karter et al., 2004), esta afirmação contradiz o que foi revisto anteriormente.

No entanto, Kautzky-Willer e Harreiter (2017) defendem que o maior comparecimento às consultas está associado ao género feminino, menor HbA1c e ser não fumador, pelo que homens, fumadores e pessoas com controlo glicémico insatisfatório precisam de mais incentivo para comparecer às consultas.

Brown et al. (2000) concluíram que existe uma diferença entre géneros quando falamos de diabetes tipo 2 tratada apenas através da dieta, os homens apresentam níveis de HbA1c mais elevados do que as mulheres. No entanto quando o tratamento é através de insulina, as mulheres apresentam níveis de HbA1c mais elevados do que os homens.

Após uma vasta revisão da literatura foi possível chegar à conclusão de que são as mulheres que têm um pior controlo glicémico (Patrick et al., 2021), que apesar de terem maior

literacia em diabetes do que os homens, estes têm alto conhecimento sobre a doença, maior autoconfiança e apoio social (Tseng et al., 2022). No entanto estas características podem ser diferentes dependendo do país em que se realiza o estudo, devido a crenças culturais e poder económico.

Segundo Eades e Alexander (2019), alguns estudos concluíram que os homens tinham uma maior probabilidade de faltar às consultas, enquanto na maioria dos estudos analisados, não foi encontrada uma associação entre o género do paciente e a presença nas consultas.

Faixa etária

Segundo Nancarrow et al. (2014), a faixa etária tem sido constantemente relatada como um fator de risco para a falta de comparecimento às consultas, sendo que os adultos mais jovens têm uma maior probabilidade de não comparecer às consultas do que os utentes mais velhos. Também Low et al. (2016) concluíram que os participantes mais jovens eram mais propensos a faltar às consultas, ou a ter um comportamento de agendamento de consultas menos satisfatório, em comparação com os grupos de idade mais velhos. De acordo com estes autores, os pacientes mais jovens podem ter faltado às consultas devido a compromissos como comparecer no emprego ou cuidados infantis.

De acordo com Alawadhi et al. (2021), as populações de pacientes mais jovens (17-40 anos) e mais velhas (>65 anos) têm maior probabilidade de faltar às consultas, o que pode ser explicado pelo facto de que os utentes mais jovens podem ter mais responsabilidades com a escola ou trabalho, enquanto os utentes mais velhos podem depender da família para levá-los às consultas e tendem a faltar caso a família não tenha disponibilidade.

Nível socioeconómico

De acordo com Arpey et al. (2017), pessoas com menor nível socioeconómico têm maior probabilidade de relatar piores condições de saúde, uma expectativa de vida mais curta e sofrer de mais condições crónicas, têm acesso limitado aos cuidados de saúde devido a custos de cobertura quando comparadas com aquelas de nível socioeconómico mais elevado.

Bolen et al. (2016) defendem que no caso da diabetes, adultos com ordenados mais baixos e baixa educação recebem menos serviços recomendados (testes de HbA1c, exames aos olhos e aos pés), com uma variação de 7 a 18% entre os grupos socioeconómicos de nível mais alto e mais baixo, resultando em piores resultados de saúde.

Dalsgaard et al. (2012) concluíram que pessoas com diabetes, socialmente privadas, apresentam controlo glicémico mais fraco e um maior risco de complicações e de mortalidade do que pessoas com uma posição socioeconómica mais alta.

Etnia

Segundo um estudo realizado num hospital em Singapura por Low et al. (2016), os pacientes que tendem a faltar mais às consultas são os dos grupos étnicos Malaio, Indiano e outros; consequentemente, estes são também os que têm menos consultas agendadas anualmente.

Com base numa amostra de pacientes culturalmente diversos num hospital americano que presta serviços a qualquer paciente independentemente de ter ou não seguro de saúde ("safety net health system"), Shimotsu et al. (2016) concluíram que a raça e etnia estavam fortemente associadas à probabilidade dos pacientes faltarem às consultas. De acordo com as conclusões do estudo de Lacy et al. (2004), existem três temas relacionados com a etnia dos pacientes que são barreiras ao comparecimento às consultas: (1) barreiras emocionais, (2) perceção de desrespeito às crenças e ao tempo por parte do sistema de saúde, (3) desconfiança e falta de compreensão do sistema de agendamento.

Seguro de saúde

Num estudo realizado numa clínica do Minesota, pacientes com determinados tipos de seguro têm maior probabilidade de faltar às consultas em comparação com outros tipos de seguro ou sem seguro, o que pode estar relacionado com uma variedade de fatores incluindo restrições de cobertura, dificuldades financeiras ou acesso limitado aos serviços de saúde (Nguyen et al., 2011).

De acordo com Marbouh et al. (2020), se o utente não tiver seguro e o custo do teste não for acessível para ele, então o utente pode decidir faltar à consulta. Também, se o seguro do utente não cobrir o serviço, então este pode considerar não realizar o teste.

Smith e Yawn (1994) defendem que os utentes que pagam por conta própria faltam mais às consultas do que aqueles com seguro público ou privado.

Num estudo realizado numa clínica em Massachussetts por Kaplan-Lewis e Percac-Lima (2013), apenas três utentes relataram o seguro como motivo para a falta de comparecimento. Utentes com o seguro *Medicaid* ou seguro desconhecido tinham maior probabilidade de não comparecer.

Peng et al. (2016) concluíram que os utentes que não têm seguro de saúde têm mais tendência a não comparecer às consultas.

Ser fumador

Nos Estados Unidos, a proporção de fumadores é alta. Estas pessoas tendem a ter uma saúde psicológica menos saudável do que a restante população, costumam ter baixa autoestima e baixo nível socioeconómico. Considerando estas características, ser fumador pode ser um indicador de falta de comparência às consultas (Cashman et al., 2004).

Segundo Graber et al. (1992), os fumadores desistem do acompanhamento da doença duas vezes mais dos que os não fumadores. Alguns dos utentes sentem que podem ser rejeitados pelos profissionais de saúde, uma vez que estes enfatizam fortemente a importância de deixar de fumar.

Segundo Tino et al. (2019), não ser fumador é um dos fatores que faz com que os utentes não desistam do acompanhamento da sua diabetes.

Regime de terapia dupla

Utentes diagnosticados com diabetes tipo 2, podem receber diferentes tratamentos para gerir a doença e controlar a sua glicemia (Ouchi et al., 2023). Existem diferentes opções de tratamento: (1) mudanças na dieta e aumento do exercício; (2) monoterapia, ou seja, uso de apenas de um medicamento; (3) terapia dupla, combinação de dois medicamentos; (4) terapia tripla, combinação de três medicamentos; (5) terapia de injeção combinada. Segundo Tino et al. (2019), estar em regime de terapia tripla e ter tido complicações com a diabetes, como neuropatias e nefropatias, são fatores que levam os utentes a desistir do acompanhamento médico. Por outro lado, os utentes que se encontram no regime de terapia dupla são os que mais costumam permanecer nas consultas de acompanhamento da diabetes.

Graber et al. (1992) defendem que os utentes que seguem um regime de terapia dupla têm níveis de HbA1c melhores, ou seja, têm menos tendência a deixar o acompanhamento médico. Esta afirmação vai de acordo com o revisto anteriormente, visto que os utentes com níveis de HbA1c melhores costumam ser os que não faltam às consultas de acompanhamento, com frequência (Kautzky-Willer & Harreiter, 2017).

2.4.2. Causas relacionadas com a logística da organização

Consultar diferentes especialidades

Sempre que o utente necessita de acompanhamento para uma doença crónica, como a diabetes, é normal que seja necessário consultar mais do que uma especialidade no mesmo dia, ou dias subsequentes. O maior número de faltas acontece nas consultas de saúde mental e nutrição, comparativamente às consultas com médicos e enfermeiros especialistas em diabetes (Markowitz et al., 2014).

De acordo com Alawadhi et al. (2021), as consultas com maior taxa de faltas são as de urologia, gastrenterologia, diabetes e endocrinologia.

Tempos de espera

Outro dos fatores associados à decisão do paciente em faltar a uma consulta de diabetes pode estar relacionado com a organização da clínica, nomeadamente os longos tempos de espera entre consultas e a insatisfação com o decorrer das mesmas (Lawson et al., 2005).

Segundo Anderson et al. (2007), longos tempos de espera na sala de espera e curtos tempos de consulta são uma combinação prejudicial para a satisfação do utente, levando a que a probabilidade destes faltarem à consulta seja maior. No entanto, de acordo com Murdock et al. (2002), a satisfação do utente tende a aumentar se este for informado de quanto tempo será necessário estar à espera da consulta enquanto este está na sala de espera.

2.4.3. Causas relacionadas com a deslocação

Falta de transporte

Segundo Marbouh et al. (2020) os utentes mais propensos a faltar às consultas são os que não têm meio de deslocação ou os que têm dificuldade em arranjar estacionamento quando chegam ao local da consulta. Os idosos que se encontram num estado de saúde mais debilitado, frequentemente não conseguem deslocar-se sozinhos até às consultas, ficando dependentes de familiares ou amigos. Caso não haja disponibilidade para acompanhamento, estes acabam por faltar às consultas (Krasniuk & Crizzle, 2023). Também segundo Yang et al. (2006), quando os utentes não têm meio de deslocação próprio, o facto de necessitarem de acompanhamento de familiares ou amigos, ou dependerem de transportes públicos, pode levar à sua falta às consultas.

O Quadro 2.1 apresenta uma síntese da revisão de literatura sobre as causas que levam à não comparência às CE.

Quadro 2.1 - Quadro síntese da revisão de literatura sobre as causas que levam à não comparência às CE

	Autores
Causas relacionadas com o perfil dos utentes	
Género	Shrestha et al. (2013); Brown et al. (2000); Kautzky-Willer & Harreiter, (2017); Markowitz et al. (2014); Patrick et al. (2021); Tseng et al. (2022); Eades & Alexander, (2019); Low et al. (2016); Buys et al. (2019)
Faixa etária	Low et al. (2016); Nancarrow et al. (2014); Alawadhi et al. (2021); Brewster et al. (2020); Low et al. (2016); Buys et al. (2019)
Nível socioeconómico	Arpey et al. (2017); Bolen et al. (2016); Dalsgaard et al. (2012); Griffin (1998); Karter et al. (2004); Brewster et al. (2020)
Nível de escolaridade	Pesata et al. (1999);
Etnia	Parker et al. (2012); Shimotsu et al. (2016); Lacy et al. (2004); Low et al. (2016); Brewster et al. (2020); Nancarrow et al. (2014); V. J. Lee et al. (2005); Rustam et al. (2023)
Seguro de saúde	L. A. Nuti et al. (2012); Nguyen et al. (2011); Marbouh et al. (2020); Kaplan-Lewis & Percac-Lima (2013); Smith & Yawn (1994); Peng et al. (2016); Rustam et al. (2023); Alawadhi et al. (2021)
Ser fumador	Patrick et al. (2021); Sheng Lee et al. (2019); Cashman et al. (2004); Graber et al. (1992); Tino et al. (2019); Dyer et al. (1998); Griffin (1998); Brewster et al. (2020)
Regime de terapia dupla	Graber et al. (1992); Ouchi et al. (2023); Tino et al. (2019)
Estado civil	Snow & Fulop (2012); Brewster et al. (2020); Rustam et al. (2023)
Causas relacionadas com a clínica/ hospital	
Consultar diferentes especialidades	Markowitz et al. (2014); Brewster et al. (2020); Shin et al. (2022); Alawadhi et al. (2021)

Tempos de espera	Lawson et al. (2005); Anderson et al. (2007); Griffin (1998); Ho (2014); Murdock et al. (2002); Brewster et al. (2020); Alawadhi et al. (2021)
Qualidade do atendimento	Tino et al. (2019); Marbouh et al. (2020)
Número de consultas anteriores	Sun et al. (2021); Schectman et al. (2008); Samorani & LaGanga (2013); L. A. Nuti et al. (2012)
Causas relacionadas com a deslocação	
Falta de transporte	Krasniuk & Crizzle (2023; Marbouh et al. (2020); Yang et al. (2006); Shin et al. (2022); Samorani & LaGanga (2013); Eades & Alexander (2019); Griffin (1998); Karter et al. (2004); Brewster et al. (2020); Rustam et al. (2023); Alawadhi et al. (2021); Campbell-Richards (2016)
Outras causas	
Esquecimento	Ngwenya et al. (2009); Brewster et al. (2020); Marbouh et al. (2020); Samorani & LaGanga (2013); Murdock et al. (2002); Eades & Alexander (2019)
Data/ hora da consulta	Brewster et al. (2020); Snow & Fulop (2012); Eades & Alexander (2019); Alawadhi et al. (2021)
Barreiras emocionais/ Medo	Lacy et al. (2004); Griffin (1998); Ciechanowski et al. (2006); Brewster et al. (2020); Snow & Fulop (2012); Eades & Alexander (2019)
Condições climatéricas	Glowacka et al. (2009); Marbouh et al. (2020); Ngwenya et al. (2009); Alawadhi et al. (2021)
Problemas familiares ou no trabalho	Samorani & LaGanga (2013); Dyer et al. (1998); Karter et al. (2004); Bech (2005); Ngwenya et al. (2009); Brewster et al. (2020); Rustam et al. (2023)
Falha de comunicação	Marbouh et al. (2020); Brewster et al. (2020);
Mudança do estado de saúde	Murdock et al. (2002); Brewster et al. (2020)

2.5. Consequências da falta à consulta de diabetes

Um estudo realizado por Dyer et al. (1998) evidencia que as pessoas que comparecem a menos de 75% das consultas apresentam níveis de HbA1c mais elevados.

De acordo com Brewster et al. (2020), a taxa de não comparecimento dos pacientes às consultas de medicina geral e de diabetes é de 8%. A falta de comparência dos pacientes à consulta de diabetes está associada a piores resultados em saúde para os utentes e ao uso ineficiente dos recursos de saúde.

Um estudo realizado por Karter et al. (2004) mostrou que os pacientes com diabetes que não comparecem às consultas com frequência têm pior controlo da sua glicémia em comparação com os que nunca faltam.

A falta de comparecimento às consultas por pacientes com diabetes está associada a um pior controlo glicémico (Jacobson et al., 1991; Karter et al., 2004), taxas mais baixas de realizar um autoteste à glicose, baixa adesão aos medicamentos orais para corrigir hipoglicemias (Karter et al., 2004), maior nível de obesidade, pressão arterial mais alta, mais complicações microvasculares (Hammersle et al., 1985) e taxas mais baixas de triagem de complicações (Hammersle et al., 1985; Horigan et al., 2017). Como os utentes com doenças crónicas, como é o caso da diabetes, precisam de confiar e dependem mais dos prestadores de saúde, o relacionamento com os profissionais de saúde torna-se uma relação emocionalmente carregada, onde os estilos interpessoais dos utentes podem influenciar o uso dos serviços de saúde (Ciechanowski et al., 2006).

Segundo Sun et al. (2021), pessoas com diabetes tipo 2 devem receber cuidados ao longo da vida para gerir a sua doença com sucesso, sendo que a falta de um adequado envolvimento no cuidado pode ter como consequência que este doente apresente níveis de glicose mais altos, o que pode resultar em complicações mais graves, por exemplo doenças cardíacas e doenças renais.

De acordo com Tino et al. (2019), a não comparência às consultas médicas está associada a um aumento da morbilidade do utente e representa um peso para os recursos de saúde, resultando num serviço menos eficaz.

Currie et al. (2013) concluíram que a baixa adesão ao tratamento e a não comparência às consultas estão associados ao aumento da mortalidade, por todas as causas, em doentes com diabetes tipo 2 que recebem insulina. Além disso, os utentes com histórico de faltas às consultas têm maior probabilidade de ter tanto um IMC quanto uma HbA1c mais elevados.

A falta de acompanhamento regular destes doentes pode levar a complicações que exigem tratamento mais intenso e internamento (Jenkins et al., 1993), aumentando os custos de saúde tanto para o doente como para o sistema de saúde (Niessen et al., 2003).

A falta de comparecimento dos doentes com diabetes às consultas médicas agendadas aumenta o custo do atendimento médico e pode afetar o sucesso do controlo da diabetes (Weinger et al., 2005). De acordo com Bech (2005), a não comparência à consulta pode resultar em recursos de saúde não utilizados ou mal utilizados. Os utentes podem ter de permanecer em listas de espera mais longas, ou seja, o tempo de espera entre o pedido da consulta e a consulta ser demasiado longo. Isto pode resultar num impacto económico negativo, tanto para os pacientes como para a economia em geral, já que o estado de saúde dos pacientes pode piorar enquanto esperam pela consulta, levando assim a que tenham mais dificuldade em desempenhar as suas funções profissionais. Listas de espera mais longas causadas pela não comparência às consultas podem, além disso, resultar em piores resultados de saúde quando o desfecho clínico do tratamento depende do tempo decorrido entre o encaminhamento e o tratamento.

Segundo Samuels et al. (2015), as consultas perdidas têm impactos negativos, incluindo aumentos dos custos de cuidados médicos, perda de receita, uso desperdiçado da mão de obra em saúde, diminuição da produtividade e interrupção do cuidado ao doente e do relacionamento médico-utente. Não comparecer às consultas agendadas resulta em acesso reduzido para todos os outros utentes, o que pode resultar em insatisfação dos mesmos, insatisfação da equipa médica e resultados de saúde menos eficazes. Além disso, faltar às primeiras consultas pode levar a um aumento de visitas às urgências (Samuels et al., 2015).

Marbouh et al. (2020) defendem que os impactos negativos de altas taxas de não comparecimento às consultas são diversos, não se limitando apenas aos prestadores de cuidados de saúde, mas também aos utentes devido a terem o processo de cuidado interrompido, maior tempo de espera para consultas e internamentos mais frequentes após recurso aos serviços de urgência. Uma admissão desnecessária num serviço de urgência pode aumentar os gastos médicos, já que os serviços de urgência são mais caros e oferecem pouco cuidado preventivo.

Bech (2005) defende que a não comparência às consultas gera dois tipos de custos: custos sociais e custos financeiros para os prestadores de serviços de saúde**.** Os custos sociais decorrem do desperdício ou uso inadequado de recursos humanos, equipamentos e instalações, além do tempo desperdiçado pelos utentes à espera das consultas. Estes fatores representam uma perda de valor para a sociedade devido à ineficiência e à falta de aproveitamento adequado desses recursos. A incapacidade de redistribuir recursos vagos causados pela não comparência representa custos sociais iguais aos custos de oportunidade dos recursos não utilizados ou mal utilizados. O custo de oportunidade é o valor perdido que poderia alternativamente ter sido produzido com esses recursos, por exemplo, outro utente poderia potencialmente ter beneficiado do tratamento. O custo financeiro é a perda de lucro para os prestadores de cuidados de saúde causado pela falta de comparência do doente à

consulta quando a mesma não pode ser substituída por outra atividade lucrativa. Em muitas situações, uma consulta perdida não é necessariamente uma perda financeira, porque os utentes que chegam sem agendamento à procura de atendimento no mesmo dia compensam a ausência.

A revisão detalhada da literatura permitiu chegar à conclusão de que as principais consequências adversas da falta de comparência à consulta de diabetes são: (1) controlo da glicémia inadequado; (2) aumento do risco de complicações (como doença cardiovascular, retinopatia, neuropatia e nefropatia); (3) baixa adesão ao tratamento; (4) aumento dos custos de saúde.

2.6. Medidas para reduzir a falta de comparência dos utentes às consultas

Vários estudos foram realizados para investigar diferentes tipos de intervenções que podem ser implementadas para reduzir o não comparecimento dos pacientes às consultas.

Segundo Pesata et al. (1999; citado em Mehra et al., 2018), a redução dos tempos de espera pela marcação de consulta, a explicação da importância da continuidade do cuidado aos utentes e a ampliação do horário das clínicas têm sido soluções relativamente eficazes.

De acordo com Mehra et al. (2018), existem sete intervenções que podem reduzir a taxa de não comparecimento dos pacientes às consultas: (1) verificar se cada utente tinha sido contactado para lembrá-lo da consulta um dia antes da mesma; (2) desenvolver protocolos claros de comunicação para informar os utentes sobre a importância e o método de cancelamento ou remarcação das suas consultas com antecedência; (3) afixar grandes avisos em vários idiomas nos quadros de avisos e em outras áreas do centro para relembrar a importância de cancelar ou remarcar as consultas; (4) permitir que as chamadas telefónicas recebidas tocassem em todos os telefones da receção, e que pudessem ser atendidas por qualquer membro da equipa para que fosse possível responder a todas as chamadas; (5) divulgar semanalmente as taxas de faltas para cada profissional de saúde através de um e-mail, (6) aumentar o contacto direto com os prestadores de cuidados de saúde das diferentes áreas e utentes após as faltas, (7) implementar uma comunicação com os utentes baseada em coordenação e integração do cuidado com base no respeito aos valores, preferências e necessidades do utente. Sistemas de lembrete de consultas via telefonemas, e-mails ou serviço de mensagens curtas também mostraram ser métodos de intervenção úteis (Mehra et al., 2018).

De acordo com Rustam et al. (2023), algumas das estratégias implementadas incluem relembrar os utentes e o overbooking de consultas; no entanto, de acordo com os autores, não está claro quais são as mais eficazes.

Segundo Valero-Bover et al. (2022), existem intervenções que podem ser implementadas para reduzir os efeitos prejudiciais da não comparência dos pacientes às consultas (como o overbooking e o acesso aberto), bem como intervenções para melhorar diretamente as taxas de comparecimento às consultas (por exemplo, fornecendo informações, lembretes e incentivos aos utentes).

Overbooking

O overbooking é uma estratégia viável na maioria dos prestadores de serviços de saúde que têm níveis moderados a altos de utentes que não comparecem às suas consultas. Esta prática passa por aceitar mais utentes do que a capacidade disponível (Kim & Giachetti, 2006).

De acordo com Samorani e LaGanga (2013), a falta de confiança que existe no processo de overbooking é causada pela incerteza em torno da probabilidade de comparecimento de um paciente a cada consulta. Existem dois tipos de overbooking, em que diferentes fatores devem ser tidos em consideração: (1) overbooking excessivo, em que é importante identificar corretamente as consultas que serão de facto realizadas, isto é, aquelas em que o paciente irá certamente comparecer; (2) overbooking leve, em que é mais importante identificar as consultas que serão faltadas, isto é, aquelas em que se tem a certeza de que o paciente não vai comparecer. Contudo, este resultado é inesperado visto que o acesso aberto é uma técnica de sucesso.

Segundo Marbouh et al. (2020), existe um impacto positivo quando o overbooking é introduzido no sistema, pois o acesso dos utentes melhora e a produtividade aumenta.

Acesso aberto

Segundo Kopach et al. (2017), uma das estratégias para lidar com a falta de comparência dos utentes às consultas, é o agendamento aberto que consiste em pedir aos utentes que telefonem para agendar as suas consultas na altura que lhes for mais favorável. Caso não exista vaga para a altura que o utente solicita, é pedido que este volte a contactar mais tarde.

O acesso aberto pode ajudar a melhorar o comparecimento dos utentes às consultas médicas e eliminar as faltas às CE resultantes dos longos tempos de espera pelo agendamento das consultas (Kopach et al., 2007)**.**

Segundo Murdock et al. (2002), foi evidenciada uma redução na falta de comparecimento dos pacientes às consultas quando foi solicitado aos utentes que marcassem as suas próprias consultas e confirmassem a sua intenção de comparecer nas mesmas.

De acordo com Samorani e LaGanga (2013), a estratégia de acesso aberto tem uma baixa eficácia quando as taxas de comparecimento são baixas, isto porque são agendadas muitas

consultas, que não foram comparecidas, após o horário de expediente, o que aumenta as horas extra sem aumentar a receita.

Lembretes de consulta

O envio de lembretes por telefone e mensagens de texto aos pacientes relativamente aos seus agendamentos de consultas mostraram aumentar significativamente a proporção de comparecimento em adultos e, simultaneamente, provaram ser economicamente viáveis. Narring et al. (2013) defendem que a elevada utilização de telemóveis por jovens sugere que lembretes por mensagem de texto podem ser particularmente eficazes nesta faixa etária. Contudo, dependendo da maneira como os jovens gerem as mensagens, os lembretes podem ou não ser eficazes, pois, muitas vezes, os jovens ignoram as mensagens porque estão a utilizar as redes sociais e outras vezes como a afluência de mensagens é muito grande estes podem ignorar os lembretes.

De acordo com L. Nuti et al. (2015)**,** intervenções desde lembretes simples por telefone e carta para agendamento ou lembretes da data e hora de uma consulta podem ter um impacto positivo nos resultados clínicos e comportamentais para utentes com diabetes.

Incentivos aos pacientes

A falta de comparecimento às consultas muitas vezes está relacionada com fatores situacionais, como problemas de transporte ou quando existem crianças no agregado familiar ao seu cuidado. Nestes casos, os incentivos podem incluir pagar pelo táxi até ao local da consulta ou ter um espaço que possa tomar conta das crianças durante a consulta (Pollastri et al., 2005)**.**

De acordo com Lee et al. (2020), no caso do tratamento da hepatite C, a implementação de incentivos financeiros (como cartões presente, com um valor máximo de 45€, para gastar em supermercados) melhora a taxa de comparecimento dos pacientes às consultas, especialmente entre utentes de meia-idade e do género feminino.

No caso da diabetes, Van Eijk et al. (2012) defendem que os incentivos passam por reforçar a consciencialização dos utentes sobre a importância das consultas, sublinhando os efeitos prejudiciais que advêm de faltar às mesmas.

Multas

Bech (2005) concluiu que cobrar uma multa pela não comparência à consulta otimiza os recursos de saúde, garante o seu uso adequado e reduz as taxas de não comparecimento.

Blæhr et al. (2018) realizaram um estudo na Dinamarca onde concluíram que cobrar uma multa aos pacientes que não comparecem às consultas não altera substancialmente a taxa de comparecimento.

Fystro e Feiring (2023) defendem que tanto na Dinamarca como na Noruega cobrar uma taxa aos utentes que não comparecem às consultas é uma maneira de compensar os prestadores de cuidados de saúde pela perda de receita.

O Quadro 2.2 apresenta uma síntese da revisão de literatura sobre medidas para reduzir a falta de comparência às CE.

Quadro 2.2 – Quadro síntese da revisão de literatura sobre medidas para reduzir a falta de comparência às CE.

	Autores
Medidas para melhorar o agendamento	
Overbooking	Kim & Giachetti (2006); Samorani & LaGanga (2013); Murdock et al. (2002); Lacy et al. (2004); Rustam et al. (2023)
Comunicação (entender motivo da falta; experiência do utente)	Murdock et al. (2002); Lacy et al. (2004); Griffin (1998); Ciechanowski et al. (2006)
Confirmação da consulta por parte do utente	Pollastri et al. (2005); McLean et al. (2016)
Acesso aberto	Samorani & LaGanga (2013); Kopach et al. (2007); Murdock et al. (2002); L. A. Nuti et al. (2012); Brewster et al. (2020)
Medidas focadas no utente	
Lembretes de consulta	Narring et al. (2013); L. Nuti et al. (2015); Marbouh et al. (2020); Hardy et al. (2001); Guy et al. (2012); McLean et al. (2016); Griffin (1998); Karter et al. (2004); L. A. Nuti et al. (2012); Ngwenya et al. (2009); Brewster et al. (2020); Sun et al. (2021); Rustam et al. (2023)
Incentivos ao utente	Pollastri et al. (2005); K. S. Lee et al. (2020); Van Eijk et al. (2012); Griffin (1998)
Parcerias com organizações para fornecimento de transporte	Sun et al. (2021)
Educação do utente	Griffin (1998); Vesco et al. (2010); Ngwenya et al. (2009); Brewster et al. (2020); Sun et al. (2021); Rustam et al. (2023)
Multas	Bech (2005); Rustam et al. (2023); Fystro & Feiring (2023); Blæhr et al. (2018)

3. Metodologia

3.1. Objetivos do estudo

A falta de comparência às consultas é um grande problema em todo o mundo. Tendo em conta as graves consequências que advém deste problema, não só para os pacientes como também para os profissionais e instituições de saúde, este tema tem sido alvo de estudo em diversos países.

Através da revisão de literatura, foi possível compreender que este assunto é muito explorado e estudado quando o tema é a falta de comparência às consultas de medicina geral; no entanto, existe um reduzido número de estudos em relação à diabetes e existem diversas discordâncias entre os autores relativamente às razões que levam os pacientes a faltar às suas consultas de controlo da doença.

Tendo em vista propor intervenções exequíveis para melhorar a situação de faltas da APDP, foi concretizada uma reunião com o diretor clínico, diretor financeiro e assessora financeira da instituição de modo a encontrar a melhor solução para combater este problema.

O objetivo principal deste estudo é fazer um diagnóstico da situação da falta de comparência dos pacientes às consultas de diabetes na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e propor potenciais intervenções para reduzir a taxa de faltas às consultas nesta instituição. Os objetivos específicos deste estudo são:

1. Diagnosticar a frequência das faltas às CE.
2. Analisar o perfil dos pacientes que faltam às CE, com base no seu perfil sociodemográfico e localização geográfica.
3. Analisar por métricas temporais as CE previamente agendadas a que os pacientes faltam.
4. Identificar e compreender os principais motivos das faltas às CE na APDP.
5. Identificar o impacto das faltas às CE na APDP para os pacientes e instituição.
6. Analisar a perceção dos profissionais sobre a situação atual da não comparência às CE, os motivos para os pacientes adotarem este comportamento e as consequências que isso traz para os quatro *stakeholder*: pacientes, profissionais de saúde, organização e sistema de saúde.
7. Analisar a perceção dos pacientes sobre o impacto que as faltas trazem para a instituição e, consequentemente, analisar os motivos que os levam a faltar às CE.
8. Propor ações de intervenção para reduzir a situação das faltas sem aviso prévio ou sem aviso prévio atempado e respetivo plano de implementação.

3.2. Base de dados do sistema informático da APDP

Para a realização deste estudo, foi utilizada uma base de dados com todos os registos de consultas remarcadas, faltadas e realizadas entre 1 de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2023, com o total de 31.645 pacientes, 3.194 agendamentos de primeiras consultas que resultaram em faltas e 5.568 agendamentos de consultas subsequentes que resultaram em faltas, proveniente do sistema de informação da APDP.

Esta base de dados contém informação sobre:

1. Categoria do tipo de comportamento em relação à consulta faltada;
2. Paciente (ID anonimizado);
3. Dados de residência (distrito, concelho e freguesia);
4. Tipo de diabetes (tipo 1, tipo 2, gestacional, MODY, LADA, IGT; indeterminado, não tem diabetes e secundária);
5. Dados demográficos (data de nascimento, sexo, habilitações literárias, situação profissional e entidade familiarmente responsável)
6. Métricas temporais (data da consulta, horário da consulta)
7. Especialidade da consulta (anestesiologia, angiologia, auxiliares de ação médica, cardiologia, cirurgia de obesidade, diabetes pé, diabetologia, diabetologia – bombas de insulina, endocrinologia, enfermagem, estomatologia, grupo serviço social, imagiologia, investigação, laboratório, nefrologia, nutrição, oftalmologia, psicologia, psiquiatria, saúde reprodutiva e urologia)
8. Tipo de consulta (primeira ou subsequente, urgência, consulta não programada, ensaios, pré e pós-operatório, projetos, receituário e TECO).
9. Se o paciente tem bomba de insulina (PSCI).

Após uma rigorosa análise dos dados fornecidos pela instituição, foi decidido, em conjunto com a mesma, desconsiderar alguns registos, por os mesmos não fazerem sentido para o presente estudo. Relativamente ao motivo da falta, foram desconsiderados marcação não aplicável e pedido do doente. Relativamente ao tipo de consulta, foram desconsideradas as tipologias urgência, consultas não programadas, ensaios, pré e pós-operatório, projetos, receituário e TECO. Por fim, foram também desconsiderados os tipos de diabetes gestacional, IGT, indeterminado, LADA, MODY, não tem diabetes, secundária.

Não foi realizada a análise das consultas remarcadas pois estas consultas foram remarcadas pela instituição e não pelo paciente, não trazendo assim qualquer benefício para o estudo.

3.3. Questionário aos profissionais da APDP

3.3.1. Objetivo

O objetivo principal da aplicação de um questionário aos profissionais da APDP é recolher informação sobre a perspetiva de todos os colaboradores da APDP em relação à não comparência dos pacientes às consultas programadas.

3.3.2. Instrumento

O questionário encontra-se dividido em cinco partes, as quais se apresentam de seguida.

A primeira parte está relacionada com os dados pessoais e profissionais dos colaboradores.

Na segunda parte pretende-se caracterizar a visão que os trabalhadores têm sobre a situação das faltas às consultas na APDP no presente ano 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 sério e preocupante). Também foi questionada a perceção dos profissionais sobre a situação atual das faltas às consultas comparativamente a anos anteriores.

A terceira parte do questionário tem como objetivo compreender qual a perceção dos colaboradores sobre os possíveis motivos que levam os pacientes a não comparecerem às consultas. A lista de motivos foi elaborada com base na literatura e adaptada segundo o contexto do problema, com a colaboração da APDP. A perceção sobre os motivos que levam os pacientes a não comparecer às consultas programadas foram medidas numa escala de *Likert* de 4 pontos (1= Nada importante; 2= Pouco importante; 3= Importante; 4= Muito importante).

Na quarta parte os colaboradores foram inquiridos sobre as consequências das faltas dos pacientes às consultas. A lista das consequências foi desenhada tendo por base a literatura e adaptada, mais uma vez, com a ajuda da APDP. As consequências foram agrupadas em três grupos: consequências para o paciente, consequências para os profissionais de saúde e consequências para a APDP. O método escolhido para medir a perceção dos profissionais foi uma escala de *Likert* de 5 pontos (1= A falta do paciente não tem impacto neste aspeto; 2= A falta do paciente tem um impacto reduzido neste aspeto; 3= A falta do paciente tem um forte impacto neste aspeto; 4= A falta do paciente tem um impacto muito forte neste aspeto; 5= Não sei se é uma consequência da falta do paciente).

Por fim, a quinta parte foca-se na perceção dos colaboradores sobre algumas medidas, provenientes da literatura e posteriormente adaptadas com a ajuda da APDP, para reduzir a falta de comparência dos pacientes às consultas programadas. Esta perceção foi medida através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (1= Não é de todo eficaz; 2= Pouco eficaz; 3=

Moderadamente eficaz; 4= Muito eficaz; 5= Extremamente eficaz). Os colaboradores foram ainda questionados sobre o seu conhecimento relativamente a intervenções realizadas pela APDP para reduzir este problema e, para as que tivessem conhecimento, qual a sua perceção relativamente à eficácia das intervenções implementadas. Tal foi medido através de uma escala de Likert de 4 pontos (1= As intervenções implementadas pela APDP não têm reduzido a falta dos pacientes às consultas; 2= As intervenções implementadas pela APDP têm reduzido ligeiramente a falta dos pacientes às consultas; 3= As intervenções implementadas pela APDP têm reduzido moderadamente a falta dos pacientes às consultas; 4= As intervenções implementadas pela APDP têm reduzido substancialmente a falta dos pacientes às consultas.

Todas as questões são de resposta obrigatória.

3.3.3. Desenho do estudo e população

A população em estudo são todos os colaboradores da APDP, incluindo as categorias de médico, técnico superior de saúde, técnico de diagnóstico e terapêutico, enfermeiro, serviço de apoio/ administrativo/ auxiliar, auxiliar de ação médica e auxiliar dos serviços gerais.

A população do estudo é composta por 146 colaboradores, dos quais 23 são médicos, 11 são técnicos superiores de saúde, 22 são técnicos de diagnóstico e terapêuticos, 27 são enfermeiros, 31 são serviços de apoio/ administrativos/ auxiliares, 18 são auxiliares de ação médica e 14 são auxiliares de serviços gerais.

O questionário foi desenhado na plataforma *Qualtrics,* tendo sido enviado o respetivo link por e-mail em julho de 2024 a todos os profissionais da população em estudo, acompanhado de uma explicação sobre os objetivos do estudo e da importância de colaboração no mesmo. No início de setembro de 2024 foi realizado novo envio do questionário para que fosse possível obter mais respostas válidas para análise.

As respostas são confidenciais e anónimas. O preenchimento do questionário foi considerado, como um consentimento informado, implícito por parte dos colaboradores para participar no estudo.

3.3.4. Caracterização da amostra

Foram obtidas 34 respostas válidas. Dos profissionais que responderam ao questionário, a sua maioria são do sexo feminino (88%). Em média, os inquiridos têm 44 anos (DP= 13,3), sendo que 12% tem a idade compreendida entre 18 e 25 anos, 18% tem entre 26 e 35 anos, 24% tem entre 36 e 45 anos, 24% tem entre 46 e 55 anos, 15% tem entre 56 e 65 anos e 9% tem entre 66 e 75 anos. Em relação à categoria profissional 9% dos respondentes são

administrativos, 15% são auxiliares de ação médica, 3% são coordenadores de departamento, 3% são diretores, 18% enfermeiros, 24% são médicos, 9% são nutricionistas, 18% são técnicos de saúde e 3% são assistentes sociais. Destes 34 profissionais de saúde, 29% não têm nenhum departamento em específico, 47% exercem funções no departamento de adultos, 12% no departamento de crianças e jovens e 12% trabalham em ambos os departamentos. Em relação à especialidade, 23% dos respondestes não têm nenhuma especialidade, 2% são cardiologistas, 20% trabalham na diabetologia, 9% exercem funções na diabetologia – bombas de insulina, 2% são endocrinologistas, 11% são oftalmologistas, 9% são pediatras e 5% são podologistas. Cerca de 18% dos respondentes classificaram a sua especialidade como outra sendo 33% especialistas em análises clínicas, 33% em medicina interna, 17% em nutrição e 17% em serviço social. Em média, a experiência profissional dos colaboradores que responderam ao questionário é de 20 anos (DP=13,6), da qual cerca de 11 anos da experiência á na APDP (DP=10,9).

3.4. Entrevistas aos pacientes da APDP

3.4.1. Objetivo

O objetivo primordial da realização de entrevistas aos pacientes é recolher e analisar o motivo que levou os pacientes a não comparecerem às CE agendadas, procurando perceber qual o ponto de vista dos mesmos.

3.4.2. Instrumento

Em primeiro lugar foi preparada uma apresentação de modo a explicar o motivo da entrevista, tentando aliciar os pacientes a quererem participar neste projeto no sentido em que seria uma mais-valia para eles, tendo em conta que o objetivo final é melhorar a qualidade do atendimento e a prestação de serviços da APDP.

Após esta breve apresentação, os pacientes foram questionados sobre o motivo que os tinha levado a faltar à CE agendada. Os motivos apresentados pelos pacientes foram assinalados na mesma lista de motivos colocados no questionário aos profissionais de saúde, que vinham da revisão da literatura (adaptados ao contexto da APDP).

3.4.3. População e amostra

A população em estudo são os pacientes que faltaram às CE. A amostra utilizada foram os pacientes que faltaram às CE na semana de 2 a 6 de setembro de 2024, a qual inclui 27

pacientes. As entrevistas telefónicas foram realizadas nas instalações da APDP, utilizando um dos seus telefones, no dia 11 de setembro de 2024.

3.4.4. Caracterização da amostra

Foram realizados contactos aos 27 pacientes da amostra, tendo sido possível entrevistar 22 pacientes.

Dos pacientes entrevistados, 50% são do sexo masculino e os outros 50% do sexo feminino. Em média os pacientes têm 57 anos (DP=19,1), sendo que 14% tem idade a compreendida entre 18 e 25 anos, 14% tem entre 36 e 45 anos, 14% tem entre 46 e 55 anos, 18% tem entre 56 e 65 anos, 18% tem a idade compreendida entre 66 e 75 anos e 23% tem entre 76 e 85 anos. Relativamente ao distrito onde residem os pacientes, cerca de 73% pertencem ao distrito de Lisboa, 9% ao distrito de Setúbal, 5% ao distrito de Castelo Branco, 5% ao distrito da Guarda, 5% ao distrito de Coimbra e 5% pertencem ao distrito de Santarém.

4. Descrição da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

A Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal - APDP, com sede na Rua do Salitre nº118-120 1250-203 Lisboa, com o NIPC 500851875 é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, constituída em 13 de maio de 1926 nos termos do nº1 do artº 94 do estatuto aprovado pelo Dec. Lei nº 119/83 de 25 de fevereiro. Encontra-se registada na Direção Geral da Segurança Social em 04/10/1982, sob o nº1/82, no livro nº1 das instituições com fins de saúde.

A APDP tem como atividade principal a prestação de cuidados de saúde à pessoa com diabetes. Tem por objetivo a proteção dos diabéticos em situação de manifesta e reconhecida carência económica, com a prestação de cuidados de saúde de cuidado preventivo, curativo e de reabilitação, estendendo a sua atividade a áreas de formação de profissionais de saúde no campo da diabetologia, em especial nos setores da educação, vigilância periódica e recuperação do diabético, assim como na prevenção e diagnóstico precoce da doença e das suas manifestações tardias.

Para além da atividade principal que deu origem à APDP esta desenvolve, também, outra atividade secundária a referir: a Farmácia Social.

Promove, também, com regularidade ações de formação profissional certificada e investigação científica no âmbito da diabetes e colabora com outros serviços nacionais e estrangeiros que desenvolvem os mesmos objetivos, nomeadamente, com a Federação Internacional de Diabetes – IDF – da qual é decana das instituições associadas.

A clínica diabetológica presta cuidados integrados e diferenciados em áreas que cobrem, além da diabetologia propriamente dita, a nutrição, a pediatria, a oftalmologia, a cardiologia, o pé diabético, a nefrologia (a hemodiálise), a urologia, a saúde reprodutiva, saúde mental, cirurgia oftalmológica e colocação de bombas de insulina. A clínica posiciona-se entre os Centros de Saúde e Unidades Hospitalares com internamento, numa ótica de apoio e complementaridade ao Serviço Nacional de Saúde e aos subsistemas, aos beneficiários de Seguros de Saúde ou às pessoas que a procuram a título particular.

As CE na APDP envolvem um acompanhamento detalhado e multidisciplinar das pessoas com diabetes, com foco em consultas especializadas em diversas áreas como a cardiologia, oftalmologia, nefrologia, psicologia, entre outras. As marcações podem ser feitas diretamente pelo telefone ou presencialmente, as consultas visam não só o tratamento, mas também a educação terapêutica, de modo a integrar os pacientes no seu processo de tratamento.

A APDP, sendo a associação de diabetes mais antiga do mundo, tem um histórico forte na prestação de cuidados preventivos e curativos, além de se focar em projetos de investigação e políticas públicas para melhorar a qualidade de vida dos seus pacientes.

5. Diagnóstico das faltas dos pacientes às consultas de diabetes

5.1. Conceito de faltas às CE na APDP

Quando um paciente não comparece à consulta na data e hora agendada e não informa a instituição de uma justificação plausível nos 7 dias seguintes, a consulta será registada como "falta". Caso o paciente informe a instituição de uma justificação plausível nos 7 dias seguintes, a consulta deverá ser reagendada. Nem todos os motivos são válidos para a devolução de um pedido aos Cuidados de Saúde Primários, situações como "desistência da consulta pelo paciente", "falta do paciente à consulta" e "paciente falecido" não são motivo de devolução aos CSP.

Existem duas situações distintas onde pode ser necessário contactar os CSP: devolução ou cancelamento de um pedido. Os motivos possíveis de alerta para a devolução de um pedido aos CSP são quando a informação clínica é insuficiente, quando é necessário completar informação administrativa e quando há necessidade da resolução que motivou o pedido. No caso do cancelamento de um pedido, os motivos possíveis são a desistência da consulta por parte do paciente, o paciente encontra-se internado, paciente falecido, o pedido é repetido e/ou a consulta já foi marcada, resolução da necessidade que motivou o pedido e engano/erro.

5.2. Perfil do paciente da APDP

A maioria dos pacientes da APDP são do sexo masculino (cerca de 55%), 52% vivem com diabetes tipo 2 e não dispõem de dispositivo de infusão contínua de insulina (cerca de 99%). Em média, os inquiridos têm 65 anos (DP= 16,1), sendo que 2,1% têm menos de 18 anos, 2,5% tem a idade compreendida entre 18 e 25 anos, 4,1% tem entre 26 e 35 anos, 5,8% tem entre 36 e 45 anos, 10,0% tem entre 46 e 55 anos, 17,4% tem entre 56 e 65 anos, 28,1% tem entre 66 e 75 anos, 23,2% tem entre 76 e 85 anos e 6,6% tem idade superior a 85 anos, ou seja, cerca de 2/3 dos pacientes tem entre 56 e 85 anos. Aproximadamente 86% residem no distrito de Lisboa e Vale do Tejo, dos quais 19% no concelho de Lisboa e 1,4% na freguesia de Odivelas e Santa Maria dos Olivais e 1,3% na freguesia de Benfica e Marvila.

A figura 5.1 mostra que apenas 0,2% dos pacientes não faltaram a nenhuma CE, 76,1% pacientes faltaram a 25% das CE agendadas, 6,3% pacientes faltaram a 50% das CE agendadas, apenas 5,3% dos pacientes faltaram a 75% das CE agendadas e 12% dos pacientes não compareceram a nenhuma CE agendada.

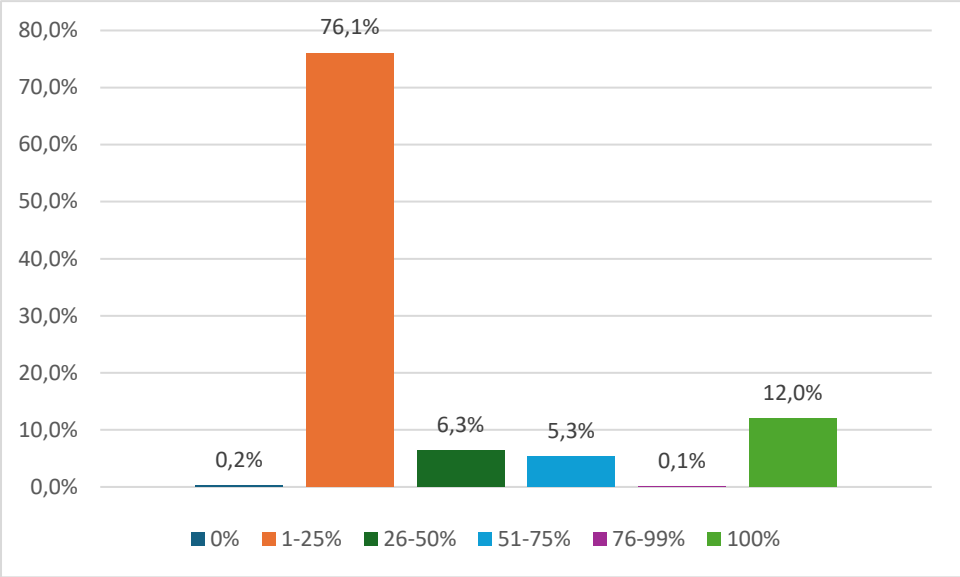


Figura 5.1 - Distribuição de pacientes por percentagem de faltas às CE agendadas

Em seguida, é apresentada uma análise detalhada do perfil do paciente da APDP, segundo as duas situações distintas: faltar às primeiras consultas e faltar às consultas subsequentes.

Perfil do paciente que falta às primeiras consultas

A maioria dos pacientes que têm pelo menos uma falta às primeiras consultas são do sexo masculino[1] (cerca de 53%). A média da idade dos pacientes é de 63 anos (DP=16,4). Entre 2019 e 2023, houve alguma mudança nas faixas etárias dos pacientes que faltaram às primeiras consultas. O primeiro quartil, indicando que 25% dos pacientes tinham essa idade ou menos, caiu de 51 anos em 2019 para 47 anos em 2023. Simultaneamente, o terceiro quartil, que mostra que 75% dos pacientes tinham essa idade ou menos, variou de 72 anos em 2019 a 74 anos em 2022, antes de cair para 71 anos em 2023. Esta análise sugere que, ao longo dos anos, a faixa etária dos pacientes que faltam às suas primeiras consultas está a tornar-se progressivamente mais jovem, o que pode ser causado por mudanças no estilo de vida ou outros fatores sociais[2]. O grupo etário com maior número de não comparecimentos é entre 66-75 anos[3] (cerca de 28%), cerca de 69% tem a idade compreendida entre 56 e 85 anos. Em relação à localização destes pacientes em questão, cerca de 94% reside nos

[1] O género dos utentes que faltam mais às consultas encontra-se alinhado com estudos realizados no Norte de África e no médio Oriente (Marbouh et al. 2020), na Áustria (Kautzky-Willer e Harreiter 2017), numa clínica no Uganda (Patrick et al. 2021) e no Reino Unido (Eades e Alexander 2019).

[2] Um estudo realizado numa clínica de diabetes, em Singapura, sugere que os pacientes mais jovens têm tendência a faltar mais devido a compromissos com o trabalho ou família (Low et al. 2016).

[3] Num estudo realizado na cidade de Muskat, os utentes com idade superior a 65 anos tinham mais tendência a faltar às consultas (Alawadhi et al. 2021), assim como num estudo realizado no Reino Unido (Parsons et al. 2021).

distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal. Dentro do distrito de Lisboa, o concelho de Lisboa é o que apresenta a maior percentagem de faltas às primeiras consultas (cerca de 19%), havendo muitos pacientes que não contém registo do concelho onde residem (cerca de 34%). Adicionalmente, as freguesias do concelho de Lisboa onde reside o maior número de pacientes com este tipo de comportamento são as freguesias de Marvila (cerca de 1,5%), Lumiar e Santa Maria dos Olivais (cerca de 1,1%), contudo existem muitos pacientes que não têm registo da freguesia de residência (cerca de 47%).

São os pacientes com diabetes tipo 2 (cerca de 45,7%) e que não têm bomba de insulina (aproximadamente 99,7%) que faltam mais às primeiras CE. Os pacientes que faltaram pelo menos uma vez às primeiras consultas têm um perfil muito semelhante ao paciente em geral na APDP.

Perfil do paciente que falta às consultas subsequentes

A maioria dos pacientes que faltam às consultas subsequentes são do sexo masculino (cerca de 53%). A média da idade dos pacientes é de 58 anos (DP=19,9). Os dados indicam uma tendência crescente nas idades dos pacientes que faltaram às consultas subsequentes ao longo dos anos. O primeiro quartil mostra um aumento significativo, passando de 29 anos[4] em 2019 para 45 anos em 2023. Isto sugere que, nos últimos anos, um número crescente de pacientes mais velhos tem faltado às consultas subsequentes. O terceiro quartil, por outro lado manteve-se estável, passando apenas de 72 anos em 2019 para 71 anos em 2023, indicando que as idades dos pacientes mais velhos que faltam às consultas subsequentes estão a estabilizar-se em torno dos 71 anos. O grupo etário com maior número de faltas às consultas subsequentes é entre 66-75 anos (cerca de 17%), cerca de 46% tem a idade compreendida entre 56 e 85 anos. Em relação à localização destes pacientes em questão, cerca de 91% reside em Lisboa e Vale do Tejo. Dentro do distrito de Lisboa, o concelho de Lisboa é o que apresenta a maior percentagem de não comparências às consultas subsequentes (cerca de 20%), havendo alguns pacientes que não contém registo do concelho onde residem (cerca de 7,1%). Adicionalmente, as freguesias do concelho de Lisboa onde reside o maior número de pacientes com este tipo de comportamento são a freguesia de Benfica (cerca de 1,5%) e a freguesia do Lumiar (cerca de 1,3%), as restantes freguesias onde habitam os pacientes com maior número de faltas pertencem ao concelho de Sintra,

[4] Um estudo realizado no Reino Unido indica que são os utentes mais jovens que têm por hábito não comparecer às consultas agendadas (Low et al. 2016), bem como um estudo realizado na Austrália (Nacarrow et al. 2014) e nos Estados Unidos da América (Buys et al. 2019).

Cascais, Oeiras e Loures. Contudo existem muitos pacientes que não têm registo da freguesia de residência (cerca de 17,5%).

São os pacientes com diabetes tipo 1 (cerca de 49,2%) e que não têm PSCI (aproximadamente 86,5%) que faltam mais às CE subsequentes. Os pacientes que faltaram pelo menos uma vez às CE subsequentes assemelham-se aos pacientes em geral na APDP.

O quadro 5.1 apresenta uma síntese do perfil geral do paciente da APDP, do paciente que faltou pelo menos uma vez às primeiras consultas e do paciente que faltou pelo menos uma vez às consultas subsequentes.

Quadro 5.1 – Perfil do paciente APDP vs. Perfil do utente que faltou pelo menos 1x às primeiras CE e subsequentes

Perfil do paciente																
2019-2023																
	APDP		Faltou pelo menos 1x às 1as CE		Faltou pelo menos 1x às CE subsequentes			APDP			Faltou pelo menos 1x às 1as CE		Faltou pelo menos 1x às CE subsequentes			
	faltas	%	faltas	%	faltas	%		faltas	%		faltas	%			faltas	%
	Género							Concelho								
Feminino	14305	45,2%	1511	47%	2612	47%	Lisboa	5996	18,9%	Lisboa	594	18,6%	Lisboa		1116	20,0%
Masculino	17340	54,8%	1683	53%	2956	53%	Sintra	2659	8,4%	Sintra	212	6,6%	Sintra		542	9,7%
	Idade						Amadora	1592	5,0%	Loures	156	4,9%	Cascais		363	6,5%
Média	65		63		58		Loures	1320	4,2%	Amadora	142	4,4%	Oeiras		330	5,9%
DP	16,1		16,4		19,9		Cascais	1210	3,8%	Oeiras	118	3,7%	Amadora		326	5,9%
Q1	53		53		44		Oeiras	1170	3,7%	Cascais	102	3,2%	Loures		252	4,5%
Q3	78		74		74		Odivelas	1009	3,2%	Seixal	82	2,6%	Odivelas		186	3,3%
	Faixa etária						Seixal	912	2,9%	Odivelas	65	2,0%	Seixal		169	3,0%
<18	667	2,1%	41	1,3%	508	9,1%	Sem informação	3898	12,3%	Sem informação	1092	34,2%	Sem informação		396	7,1%
18-25	804	2,5%	78	2,4%	773	13,9%		Freguesia								
26-35	1289	4,1%	148	4,6%	536	9,6%	Odivelas	437	1,4%	Marvila	49	1,5%	Odivelas		91	1,6%

36-45	1850	5,8 %	231	7,2%	535	9,6 %	Santa Maria dos Olivais	436	1,4%	Algueirão-Mem Martins	47	1,5%	Cascais	90	1,6 %
46-55	3175	10,0 %	505	15,8 %	643	11,5 %	Benfica	411	1,3%	Lumiar	34	1,1%	São Domingos de Rana	88	1,6 %
56-65	5508	17,4 %	779	24,4 %	831	14,9 %	Marvila	404	1,3%	Santa Maria dos Olivais	34	1,1%	Benfica	83	1,5 %
66-75	8908	28,1 %	896	28,1 %	944	17,0 %	Algueirão-Mem Martins	367	1,2%	Oeiras	34	1,1%	Alcabideche	78	1,4 %
76-85	7344	23,2 %	442	13,8 %	653	11,7 %	Lumiar	367	1,2%	Odivelas	33	1,0%	Algueirão-Mem Martins	75	1,3 %
>85	2100	6,6 %	74	2,3%	145	2,6 %	Agualva	362	1,1%	Algés	32	1,0%	Sãoo Domingos de Benfica	74	1,3 %
	Distrito						Sem informação	7836	24,8 %	Sem informação	1499	46,9 %	Sem informação	976	17,5 %
Lisboa e Vale do Tejo	27160	85,8 %	3006	94,1 %	5091	91,4 %		**Tipo de diabetes**							
Centro	2140	6,8 %	47	1,5%	194	3,5 %	Tipo 2	16566	52,3 %		1460	45,7 %		2374	42,6 %
Alentejo	658	2,1 %	30	0,9%	115	2,1 %	Tipo 1	5053	16,0 %		367	11,5 %		2742	49,2 %
Algarve	347	1,1 %	16	0,5%	94	1,7 %	LADA	752	2,4%		61	1,9%		154	2,8 %

Norte	97	0,3 %	7	0,2%	32	0,6 %	Indeterminado	408	1,3%		43	1,3%		70	1,3 %
Regiões Autónomas	56	0,2 %	4	0,1%	7	0,1 %	Não tem diabetes	294	0,9%		21	0,7%		19	0,3 %
Estrangeiro	36	0,1 %	1	0,0%		0,0 %	Secundária	268	0,8%		13	0,4%		40	0,7 %
Sem informação	1151	3,6 %	83	2,6%	35	0,6 %	Gestacional	82	0,3%		11	0,3%		12	0,2 %
	PSCI						IGT	66	0,2%		4	0,1%		1	0,0 %
Não	31234	98,7 %	3185	99,7 %	4814	86,5 %	MODY	32	0,1%		1	0,0%		13	0,2 %
Sim	411	1,3 %	9	0,3%	754	13,5 %	Sem informação	8124	25,7 %		1213	38,0 %		143	2,6 %

5.3. Frequência com que os pacientes comparecem e faltam a consultas na APDP

Entre 2019 e 2023 registaram-se 777.740 agendamentos, das quais 674.908 correspondem a consultas realizadas (71.237 são consultas de 1ª vez e 603.671 são consultas subsequentes), 8.762 correspondem a consultas faltadas (3.194 são consultas de 1ª vez e 5.568 são consultas subsequentes), e 94.070 correspondem a remarcações (5.395 correspondem a consultas de 1ª vez e 88.675 a consultas subsequentes) (Figura 5.2).

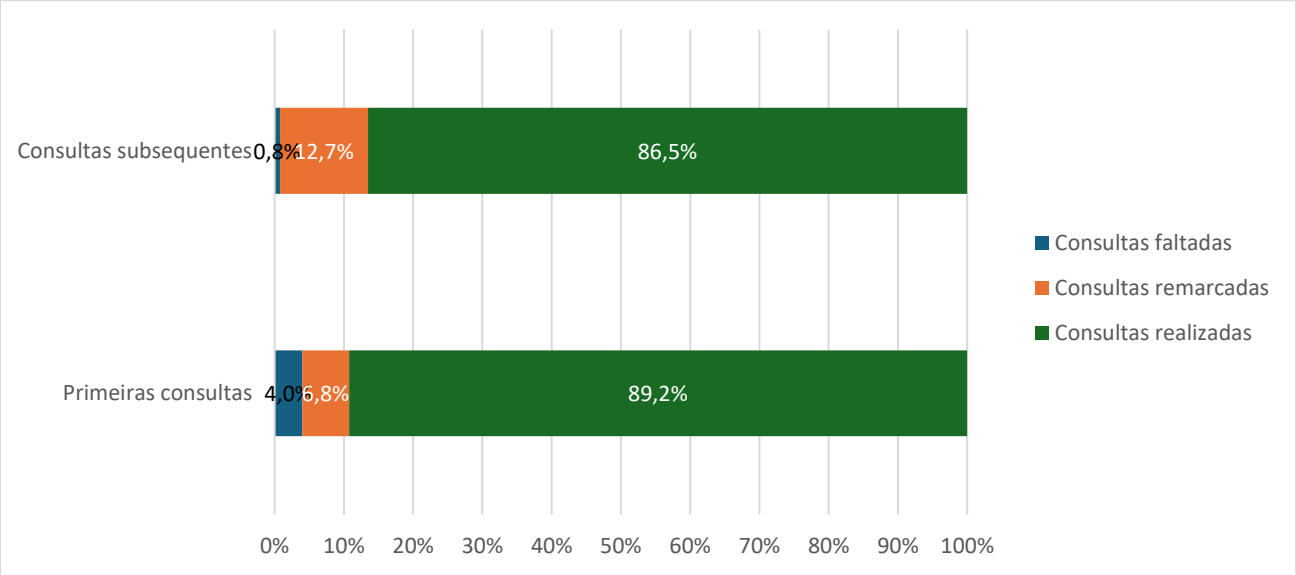


Figura 5.2 - Percentagem de primeiras consultas faltadas, remarcadas e realizadas vs. percentagem de consultas subsequentes faltadas, remarcadas e realizadas

Verificou-se que 0,4% dos agendamentos de primeiras consultas e 0,7% dos agendamentos de consultas subsequentes resultaram em faltas.

5.3.1. Faltas nas primeiras consultas

No período em estudo, a taxa de não comparência às primeiras consultas diminui ao longo dos anos, de 7,0% em 2019 para 2,4% em 2023 (Quadro 5.2), perfazendo um total de quase 3.200 consultas no período.

Quadro 5.2 – Número e respetiva percentagem das faltas às primeiras consultas no período em estudo

	Nº faltas					
	Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Ano 2022	Ano 2023	2019-2023
Primeiras consultas	1062	602	662	469	399	3194
	7,0%	5,0%	3,5%	2,7%	2,4%	4,0%

A maioria dos pacientes faltou às primeiras consultas apenas uma vez, no entanto existem pacientes que registaram um número elevado de faltas (figura 5.3), registando-se um paciente que faltou 19 vezes à primeira consulta.

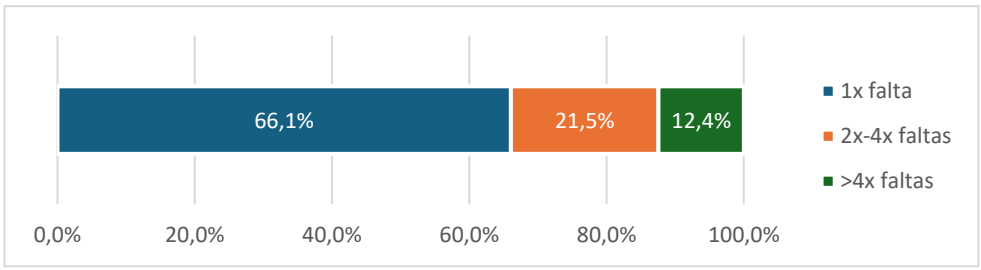


Figura 5.3 - Nº de faltas às primeiras CE por paciente (%)

5.3.2. Faltas nas consultas subsequentes

No período em estudo, a taxa de não comparência às consultas subsequentes diminuiu de 1,1% em 2019 para 0,5% em 2020. Contudo, nos anos seguintes verificou-se o inverso, a taxa de não comparências aumenta de 0,7% em 2021 para 1,0% em 2023, perfazendo um total de quase 5.600 consultas no período (Quadro 5.3).

Quadro 5.3 – Número e respetiva percentagem das faltas às consultas subsequentes no período em estudo

		Nº faltas					
		Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Ano 2022	Ano 2023	2019-2023
Consultas faltadas	Consultas subsequentes	1423	664	976	1165	1340	5568
		1,1%	0,5%	0,7%	0,8%	1,0%	0,8%

Ao longo do período em análise registaram-se algumas CE subsequentes faltadas, a maioria dos pacientes faltou apenas uma vez, no entanto existem pacientes que registaram um número elevado de faltas (figura 5.4), registando-se um paciente que faltou 22 vezes à consulta subsequente.

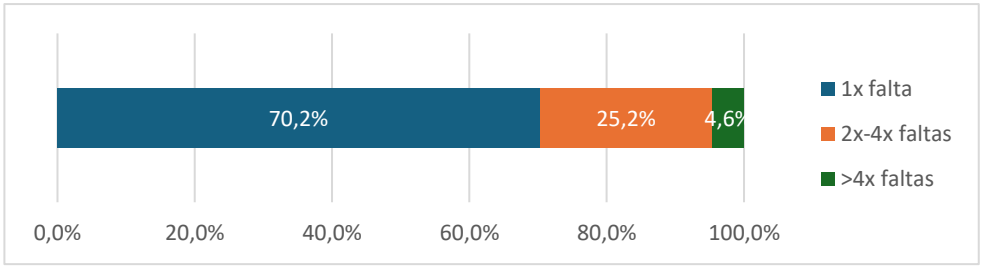


Figura 5.4 – Nº de faltas às CE subsequentes por paciente (%)

5.3.3. Primeiras consultas e subsequentes realizadas

Ao longo do período em análise, foram realizadas 71.237 primeiras consultas e 603.671 consultas subsequentes. A percentagem de primeiras consultas realizadas decresceu do ano 2019 para o ano 2020 e do ano 2021 para o ano 2022. Nos restantes anos a percentagem de primeiras consultas realizadas aumentou, verificando-se a maior percentagem de primeiras consultas realizadas no ano 2023. Em relação às CE subsequentes, registou-se um decréscimo das mesmas dos anos 2019 para 2020 e 2021 para 2022, contudo entre o ano 2021 e 2022 ocorreu um aumento, obtendo-se de 2022 para 2023 uma constante de CE subsequentes realizadas (Quadro 5.4).

Quadro 5.4 – Percentagem das primeiras consultas e subsequentes realizadas no período em estudo

		Nº consultas					
		Ano 2019	Ano 2020	Ano 2021	Ano 2022	Ano 2023	2019-2023
Consultas realizadas	Primeiras consultas	13133	10459	16882	15263	15520	71237
		87,0%	86,7%	90,4%	89,3%	91,6%	89,2%
	Consultas Subsequentes	114562	120475	126331	122087	120216	603671
		88,6%	84,2%	88,5%	85,7%	85,7%	86,5%

Em relação às faltas, a percentagem de primeiras consultas com zero faltas é superior ao longo dos cinco anos, o que indica que os pacientes têm mais tendência a faltar a consultas subsequentes.

5.4. Análise por métricas temporais e especialidade

Características das faltas às primeiras consultas

Ao longo do período em análise, grande parte dos pacientes tem tendência a faltar mais às primeiras consultas no mês de agosto. No entanto, existem variações ao longo dos diferentes anos. Nos anos 2020, 2022 e 2023, os pacientes faltaram mais às primeiras consultas no mês de agosto e setembro, mas nos anos 2019 e 2021 faltaram mais nos meses de maio e janeiro, respetivamente (figura 5.5). Podemos concluir que o peso maior das faltas às primeiras consultas foi durante o verão.

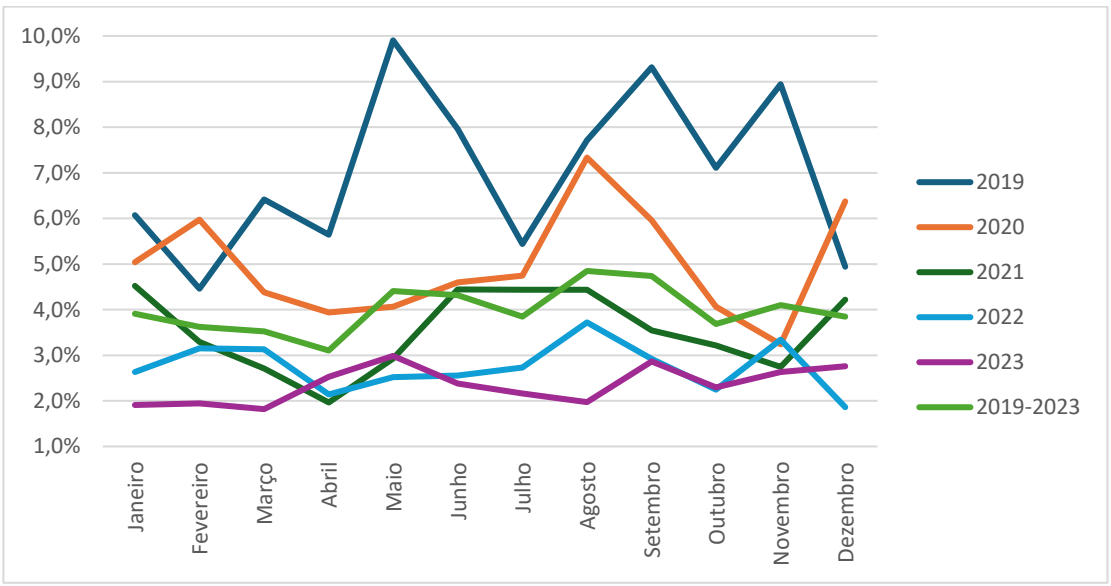


Figura 5.5 – Percentagem de faltas dos pacientes às primeiras CE por mês

Ao longo dos cinco anos, podemos verificar que os pacientes têm um comportamento uniforme em relação às faltas às primeiras consultas, têm por hábito faltar mais às consultas às segundas e quartas-feiras. Verificamos uma exceção, no ano 2023, em que os pacientes faltaram mais à quinta-feira. Podemos assumir que os pacientes faltam mais às primeiras consultas, quando as mesmas são marcadas no início ou meio da semana (figura 5.6).

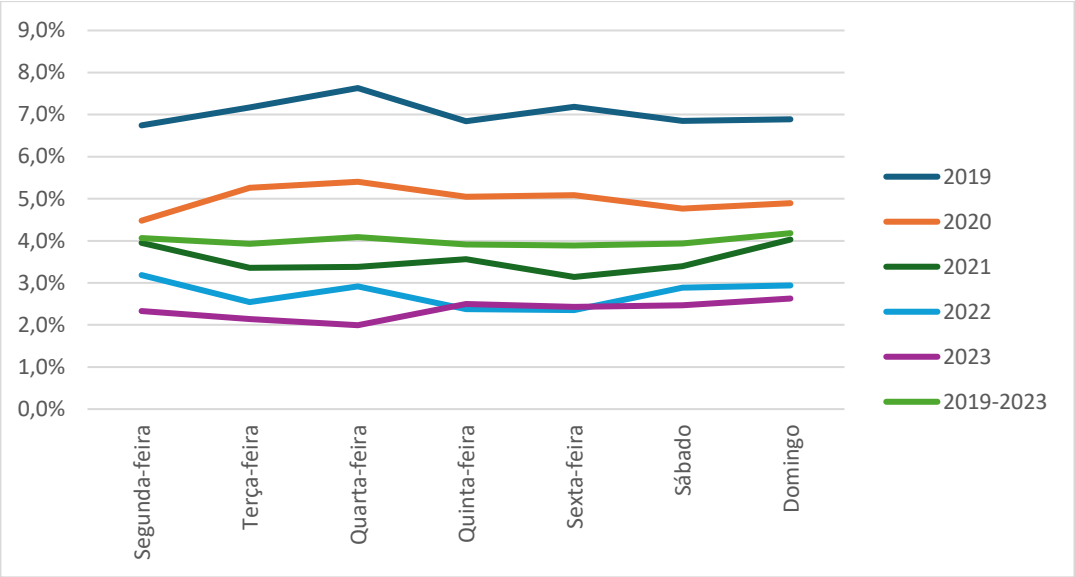


Figura 5.6 – Percentagem de faltas dos pacientes às primeiras CE por dia da semana

No que diz respeito ao horário de agendamento, o período da manhã ao longo dos anos em análise, precisamente entre as 9h e 9h59, representa a altura do dia com maior prevalência de faltas às primeiras consultas.

As especialidades a que os pacientes faltam mais nas consultas de primeira vez, ao longo do período em análise, são a enfermagem (cerca de 18,5%), nutrição (cerca de 7,7%) e diabetologia (cerca de 6,4%). As restantes especialidades apresentam uma variabilidade entre 0% e 3%.

O Quadro 5.5 apresenta uma síntese da análise por métricas temporais e especialidade das faltas às primeiras consultas.

Quadro 5.5 – Análise por métricas temporais e especialidade das faltas às primeiras CE

Primeiras CE												
Mês	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
Janeiro	71	6,1%	55	5,0%	73	4,5%	37	2,6%	28	1,9%	264	3,9%
Fevereiro	51	4,5%	58	6,0%	46	3,3%	43	3,1%	25	1,9%	223	3,6%
Março	78	6,4%	44	4,4%	43	2,7%	49	3,1%	26	1,8%	240	3,5%
Abril	70	5,6%	37	3,9%	32	2,0%	29	2,1%	34	2,5%	202	3,1%
Maio	133	9,9%	38	4,1%	45	2,9%	37	2,5%	42	3,0%	295	4,4%
Junho	98	8,0%	43	4,6%	69	4,4%	35	2,6%	31	2,4%	276	4,3%
Julho	70	5,4%	49	4,7%	70	4,4%	36	2,7%	31	2,2%	256	3,8%
Agosto	104	7,7%	77	7,3%	70	4,4%	53	3,7%	29	2,0%	333	4,8%
Setembro	122	9+,3%	63	6,0%	58	3,5%	41	2,9%	43	2,9%	327	4,7%
Outubro	93	7,1%	42	4,1%	47	3,2%	34	2,2%	33	2,3%	249	3,7%
Novembro	110	8,9%	33	3,2%	40	2,7%	48	3,3%	36	2,6%	267	4,1%
Dezembro	62	4,9%	63	6,4%	69	4,2%	27	1,9%	41	2,8%	262	3,8%
Estação do ano	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
Inverno	191	5,4%	171	5,5%	171	3,8%	118	2,7%	94	2,2%	745	3,8%
Outono	284	7,5%	139	4,5%	156	3,4%	114	2,6%	105	2,4%	798	4,0%
Primavera	295	7,8%	113	4,0%	135	2,8%	112	2,6%	108	2,7%	763	3,8%
Verão	292	7,4%	179	5,8%	200	4,2%	125	3,1%	92	2,1%	888	4,4%
Dia da semana	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
Segunda-feira	150	6,7%	77	4,5%	105	4,0%	79	3,2%	57	2,3%	468	4,1%
Terça-feira	153	7,2%	92	5,3%	89	3,4%	63	2,5%	52	2,1%	449	3,9%
Quarta-feira	163	7,6%	93	5,4%	91	3,4%	71	2,9%	48	2,0%	466	4,1%

Quinta-feira	146	6,8%	85	5,0%	94	3,6%	57	2,4%	62	2,5%	444	3,9%
Sexta-feira	153	7,2%	90	5,1%	84	3,1%	56	2,4%	58	2,4%	441	3,9%
Sábado	146	6,9%	81	4,8%	91	3,4%	70	2,9%	60	2,5%	448	3,9%
Domingo	151	6,9%	84	4,9%	108	4,0%	73	2,9%	62	2,6%	478	4,2%
Horário do agendamento da CE por período	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
Período da manhã (antes das 11h59)	891	9,1%	437	5,9%	441	3,9%	320	3,1%	259	2,5%	2348	4,7%
Período da tarde (após as 12h)	171	3,2%	165	3,6%	221	3,0%	149	2,2%	140	2,2%	846	2,8%
Hora da consulta	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
antes das 8h	6	2,8%	2	0,6%	2	0,3%	2	0,5%	0	0,0%	12	0,6%
8h-8h59	488	11,5%	183	7,0%	130	3,5%	44	1,1%	16	0,4%	861	4,5%
9h-9h59	366	10,3%	225	7,8%	212	4,9%	110	3,2%	100	2,9%	1013	5,7%
10h-10h59	15	1,6%	14	1,6%	51	3,3%	103	7,1%	116	8,4%	299	4,8%
11h-11h59	16	2,0%	13	1,8%	46	4,1%	61	6,1%	27	3,4%	163	3,7%
12h-12h59	3	1,1%	9	2,3%	6	1,0%	13	2,4%	7	1,7%	38	1,7%
13h-13h59	49	3,7%	30	2,2%	69	2,9%	19	0,9%	18	0,9%	185	2,0%
14h-14h59	92	3,6%	101	5,4%	124	4,3%	74	3,2%	54	2,5%	445	3,8%
15h-15h59	16	2,1%	18	2,5%	15	1,6%	33	3,3%	37	3,3%	119	2,6%
16h-16h59	10	3,2%	7	3,0%	4	1,0%	10	1,9%	24	3,8%	55	2,6%
17h-17h59	1	2,3%	0	0,0%	3	7,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	1,4%
18h-18h59	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

depois das 19h	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Especialidade	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
Diabetologia	254	10,9%	205	11,9%	183	8,2%	28	1,2%	26	1,1%	696	6,4%
Enfermagem	209	21,3%	153	18,0%	229	23,0%	277	17,7%	305	15,6%	1173	18,5%
Laboratório	180	5,1%	86	2,0%	99	1,2%	37	0,7%	17	0,4%	419	1,6%
Cardiologia	147	7,0%	59	4,2%	69	3,4%	15	0,6%	6	0,3%	296	2,9%
Oftalmologia	145	3,8%	65	2,8%	66	2,0%	95	2,7%	29	0,9%	400	2,4%
Nutrição	103	18,4%	28	10,6%	5	3,1%	14	1,8%	11	3,2%	161	7,7%
Diabetes Pé	13	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	13	0,4%
Psicologia	4	6,6%	2	4,8%	1	2,6%	0	0,0%	1	0,7%	8	2,1%
Endocrinologia	4	6,2%	2	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	7	2,1%
Angiologia	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,3%
Urologia	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%	1	0,6%	3	0,4%
Imagiologia	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Nefrologia	0	0,0%	1	0,4%	6	2,6%	1	0,3%	0	0,0%	8	0,6%
Psiquiatria	0	0,0%	1	1,1%	2	1,9%	0	0,0%	1	0,6%	4	0,7%
Diabetologia - Bombas de Insulina	0	0,0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,6%
Grupo Serviço Social	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,5%	1	0,6%	2	0,9%
Anestesiologia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Cirurgia de Obesidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Investigação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Saúde Reprodutiva	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Características das faltas às consultas subsequentes

Ao longo do período em análise, grande parte dos pacientes tem tendência a faltar mais às consultas subsequentes no mês de outubro (figura 5.7). No entanto, existem variações ao longo dos diferentes anos. Nos anos 2019, 2021 e 2023, os pacientes faltaram mais às consultas subsequentes nos meses de junho, outubro e novembro, respetivamente. No entanto, em 2020 e 2022 faltaram mais nos meses de abril e maio, respetivamente. Podemos concluir que o peso maior das faltas às consultas subsequentes foi durante o outono[5].

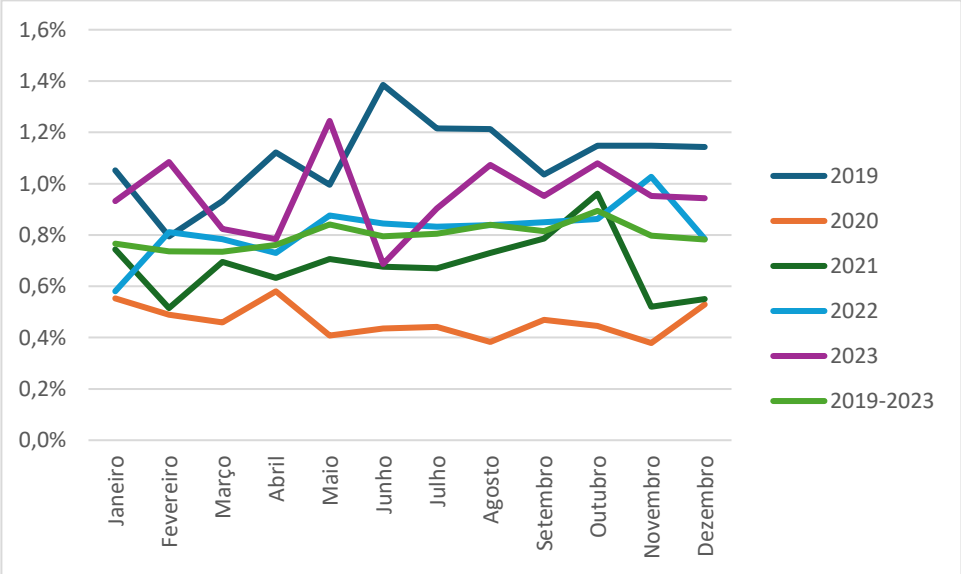


Figura 5.7 - Percentagem de faltas dos pacientes às CE subsequentes por mês

Ao longo dos cinco anos, podemos verificar que os pacientes não têm um comportamento uniforme em relação às faltas às consultas subsequentes. No curso do período em análise, verificamos que os pacientes têm tendência a faltar mais às consultas subsequentes a meio da semana, destacando-se a quinta-feira (figura 5.8). Em 2019, 2020 e 2022 faltaram mais às consultas subsequentes na quinta-feira e sexta-feira[6]. No entanto, em 2021 e 2023, os pacientes faltaram mais às consultas subsequentes na segunda-feira e terça-feira[7]. Podemos

[5] A época sazonal em que os utentes faltam mais está alinhada com a revista num estudo realizado na Austrália (Ellis et al., 2022), onde os utentes faltam mais em Maio e Junho (outono no Hemisfério Sul).

[6] Brewster et al. (2020) verificou que, no Reino Unido, consultas marcadas no final da semana, mais especificamente à sexta-feira e domingo têm maiores números de faltas.

[7] Um estudo realizado na Austrália revelou que os utentes faltam mais às consultas quando estas são marcadas no início da semana (Ellis et al., 2022).

assumir que os pacientes faltam mais às consultas subsequentes, quando as mesmas são marcadas a meio da semana.

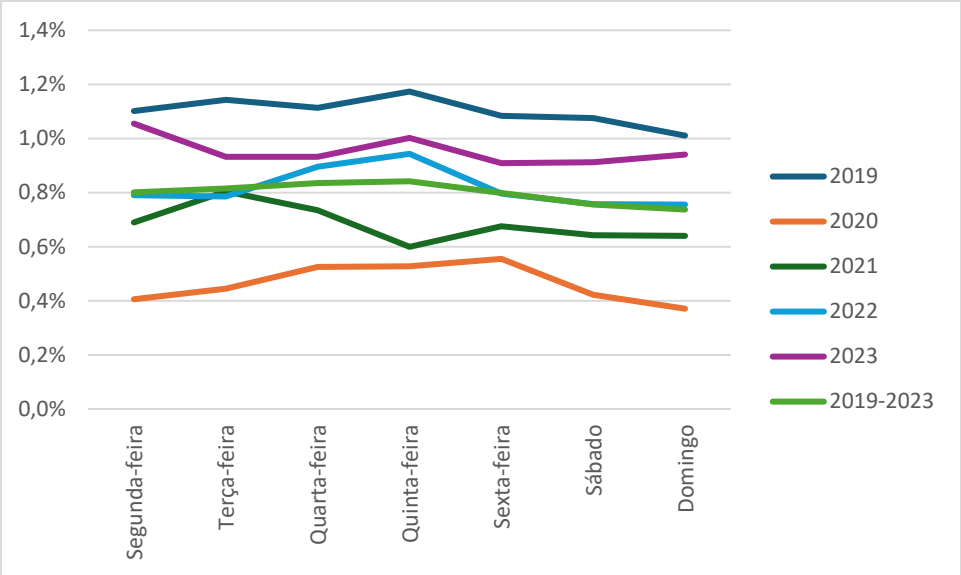


Figura 5.8 – Percentagem de faltas dos pacientes às CE subsequentes por dia da semana

No que diz respeito ao horário de agendamento, o período da manhã ao longo dos anos em análise, precisamente entre as 10h e 10h59, representa a altura do dia com maior prevalência de faltas às consultas subsequentes.

As especialidades a que os pacientes faltam mais nas consultas subsequentes, ao longo do período em análise, são a enfermagem (cerca de 2,1%)[8], psicologia (cerca de 1,8%), diabetologia – bombas de insulina (cerca de 1,4%), laboratório (cerca de 1,1%) e nutrição (cerca de 0,9%). As restantes especialidades apresentam uma variabilidade entre 0% e 0,6%.

O Quadro 5.6 apresenta uma síntese da análise por métricas temporais e especialidade das faltas às consultas subsequentes.

[8] Contrariamente a um estudo realizado nos EUA (Markowitz et al. 2014), em que as consultas de enfermagem e de diabetologia são as que têm menos faltas de comparência.

Quadro 5.6 – Análise por métricas temporais e especialidade das faltas às CE subsequentes

CE subsequentes												
Mês	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
Janeiro	117	1,1%	67	0,6%	91	0,7%	71	0,6%	111	0,9%	457	0,8%
Fevereiro	79	0,8%	54	0,5%	57	0,5%	89	0,8%	118	1,1%	397	0,7%
Março	102	0,9%	56	0,5%	84	0,7%	94	0,8%	100	0,8%	436	0,7%
Abril	118	1,1%	69	0,6%	74	0,6%	86	0,7%	91	0,8%	438	0,8%
Maio	109	1,0%	50	0,4%	86	0,7%	106	0,9%	148	1,2%	499	0,8%
Junho	147	1,4%	51	0,4%	79	0,7%	99	0,8%	79	0,7%	455	0,8%
Julho	134	1,2%	53	0,4%	81	0,7%	102	0,8%	106	0,9%	476	0,8%
Agosto	132	1,2%	46	0,4%	88	0,7%	101	0,8%	127	1,1%	494	0,8%
Setembro	110	1,0%	54	0,5%	91	0,8%	99	0,9%	109	1,0%	463	0,8%
Outubro	127	1,1%	54	0,4%	117	1,0%	104	0,9%	129	1,1%	531	0,9%
Novembro	123	1,1%	45	0,4%	61	0,5%	119	1,0%	110	1,0%	458	0,8%
Dezembro	125	1,1%	65	0,5%	67	0,6%	95	0,8%	112	0,9%	464	0,8%
Estação do ano	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
Inverno	292	0,9%	171	0,5%	230	0,6%	256	0,7%	352	1,0%	1301	0,8%
Outono	372	1,1%	155	0,4%	256	0,7%	317	0,9%	340	1,0%	1440	0,8%
Primavera	365	1,1%	187	0,5%	240	0,7%	292	0,8%	322	0,9%	1406	0,8%
Verão	394	1,2%	151	0,4%	250	0,7%	300	0,8%	326	0,9%	1421	0,8%
Dia da semana	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
Segunda-feira	202	1,1%	83	0,4%	141	0,7%	161	0,8%	212	1,1%	799	0,8%
Terça-feira	212	1,1%	91	0,4%	164	0,8%	160	0,8%	187	0,9%	814	0,8%
Quarta-feira	207	1,1%	107	0,5%	149	0,7%	182	0,9%	187	0,9%	832	0,8%
Quinta-feira	217	1,2%	108	0,5%	123	0,6%	192	0,9%	200	1,0%	840	0,8%

Sexta-feira	200	1,1%	113	0,6%	138	0,7%	162	0,8%	182	0,9%	795	0,8%
Sábado	199	1,1%	86	0,4%	131	0,6%	154	0,8%	183	0,9%	753	0,8%
Domingo	186	1,0%	76	0,4%	130	0,6%	154	0,8%	189	0,9%	735	0,7%
Horário do agendamento da CE por período	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
Período da manhã (antes das 11h59)	996	1,4%	491	0,6%	568	0,7%	690	0,9%	848	1,1%	3593	0,9%
Período da tarde (após as 12h)	427	0,8%	173	0,3%	408	0,7%	475	0,8%	492	0,8%	1975	0,6%
Hora da consulta	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	
	faltas	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**	**faltas**	**%**
antes das 8h	22	1,1%	15	0,8%	10	0,5%	7	0,3%	13	0,5%	67	0,6%
8h-8h59	64	1,3%	48	0,9%	38	0,7%	36	0,6%	35	0,6%	221	0,8%
9h-9h59	350	1,3%	141	0,5%	137	0,5%	160	0,6%	177	0,7%	965	0,7%
10h-10h59	259	1,3%	144	0,6%	198	0,8%	264	1,0%	310	1,2%	1175	1,0%
11h-11h59	301	1,6%	143	0,7%	185	0,8%	223	1,1%	313	1,6%	1165	1,2%
12h-12h59	50	0,6%	38	0,3%	66	0,6%	79	0,8%	86	0,8%	319	0,6%
13h-13h59	16	0,6%	9	0,2%	50	0,9%	53	0,9%	31	0,5%	159	0,6%
14h-14h59	127	0,7%	45	0,2%	136	0,8%	121	0,7%	130	0,7%	559	0,6%
15h-15h59	160	1,2%	55	0,4%	102	0,7%	133	0,8%	164	1,0%	614	0,8%
16h-16h59	53	0,7%	19	0,2%	42	0,6%	72	1,1%	59	0,9%	245	0,7%
17h-17h59	20	0,4%	7	0,1%	12	0,3%	17	0,5%	22	0,6%	78	0,4%
18h-18h59	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
depois das 19h	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Especialidade	**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2019-2023**	

	faltas	%	faltas	%	faltas	%	faltas	%	faltas	%	faltas	%
Laboratório	585	2,7%	250	1,2%	173	0,7%	160	0,6%	145	0,6%	1313	1,1%
Enfermagem	281	1,8%	174	1,0%	295	1,5%	591	2,6%	692	3,2%	2033	2,1%
Nutrição	134	1,7%	45	0,5%	76	0,9%	57	0,7%	73	0,8%	385	0,9%
Diabetologia	120	0,4%	57	0,2%	176	0,5%	179	0,6%	207	0,7%	739	0,5%
Diabetes Pé	105	0,7%	56	0,4%	13	0,1%	12	0,1%	38	0,3%	224	0,3%
Diabetologia - Bombas de Insulina	73	2,6%	34	1,0%	85	2,3%	35	0,9%	16	0,4%	243	1,4%
Oftalmologia	52	0,2%	41	0,1%	110	0,3%	96	0,3%	132	0,4%	431	0,3%
Psicologia	37	5,1%	1	0,2%	11	1,3%	6	1,2%	5	0,7%	60	1,8%
Imagiologia	15	1,2%	0	0,0%	7	0,5%	5	0,5%	4	0,3%	31	0,5%
Cardiologia	13	0,4%	0	0,0%	11	0,4%	7	0,3%	7	0,3%	38	0,3%
Saúde Reprodutiva	4	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%	5	0,3%
Nefrologia	1	0,1%	5	0,4%	8	0,5%	5	0,4%	2	0,2%	21	0,3%
Grupo Serviço Social	1	1,3%	1	0,1%	1	0,1%	5	0,6%	5	0,9%	13	0,3%
Urologia	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,8%	2	0,5%	6	0,3%
Angiologia	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%
Psiquiatria	0	0,0%	0	0,0%	7	1,6%	1	0,2%	6	1,0%	14	0,6%
Endocrinologia	0	0,0%	0	0,0%	3	1,0%	2	0,6%	4	1,1%	9	0,6%
Anestesiologia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	1	0,2%
Investigação	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	1	0,6%
Cirurgia de Obesidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Estomatologia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TECO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

5.5. A perspetiva dos profissionais de saúde

5.5.1. Situação atual das faltas dos pacientes às CE

A maioria dos profissionais de saúde considera que o problema da não comparência dos pacientes às CE tem um forte impacto (cerca de 26%) ou um impacto moderado (aproximadamente 47%), sendo que os restantes inquiridos consideram um problema de impacto reduzido, um problema sério e preocupante ou que não é um problema (Figura 5.9).

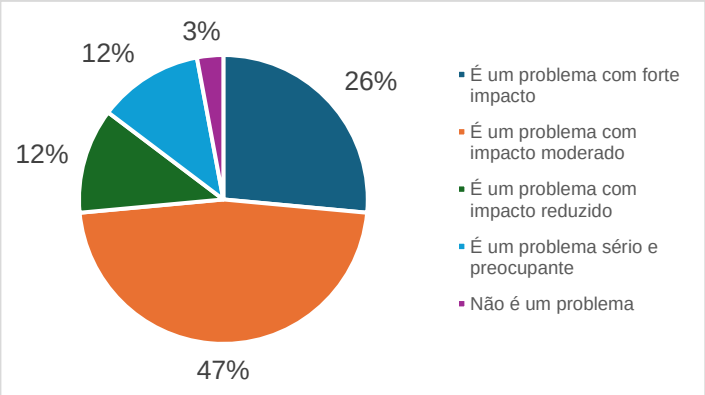


Figura 5.9 – Perceção dos profissionais de saúde sobre o impacto das faltas dos pacientes às CE

Quando pedimos aos colaboradores que comparassem a situação atual face a anos anteriores, grande parte respondeu que a situação das faltas às CE é semelhante ao ocorrido nos anos procedentes (aproximadamente 59%), no entanto existem alguns que consideram que os pacientes estão a faltar mais às CE no presente (cerca de 18%) e outros que consideram que os pacientes estão a faltar menos face aos anos anteriores (aproximadamente 24%) (Figura 5.10).

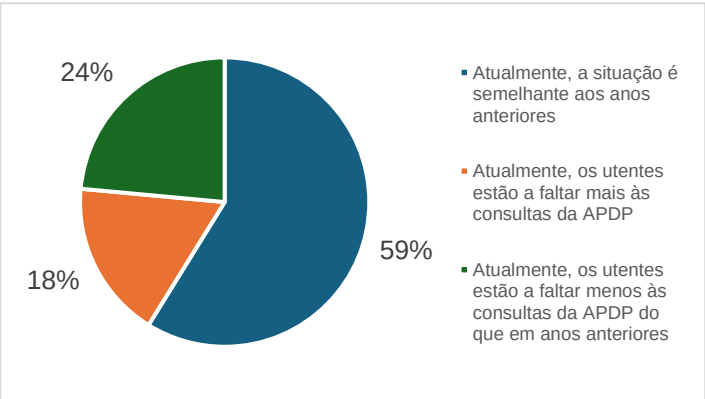


Figura 5.10 – Evolução da perceção dos profissionais de saúde sobre o impacto das faltas dos pacientes às CE: comparação atual vs. anos anteriores

5.5.2. Causas da não comparência dos pacientes às CE

Após a análise da perspetiva dos profissionais sobre os motivos, classificando-os como nada importantes, pouco importantes, importantes e muito importantes, pelos quais os pacientes não comparecem às CE (Figura 5.11), a maioria dos profissionais de saúde considera muito importante a dificuldade de deslocação[9], a dificuldade em contactar a associação para desmarcar a consulta e a hora da consulta ser incompatível com o horário de trabalho/ escolar ou com o apoio que presta aos familiares[10] (aproximadamente 68%, 53% e 50%, respetivamente). Os motivos menos importantes segundo a perspetiva dos colaboradores são as condições climatéricas (cerca de 47%), as barreiras emocionais (cerca de 44%), o paciente confundir a data/hora da consulta (cerca de 41%), o falecimento de um familiar, o paciente não receber a marcação, o paciente esquecer-se da data/hora da consulta (aproximadamente 35%, para todos os casos) e o paciente entender que não é necessário comparecer por se sentir melhor (cerca de 32%).

[9] A perspetiva dos profissionais de saúde da APDP vai de encontro com os motivos apresentados pelos utentes num estudo realizado no Reino Unido (Campbell-Richards 2016).

[10] Este motivo foi apresentado pelos utentes num estudo realizado no Reino Unido, numa clínica de diabetes (Snow e Fulop 2012).

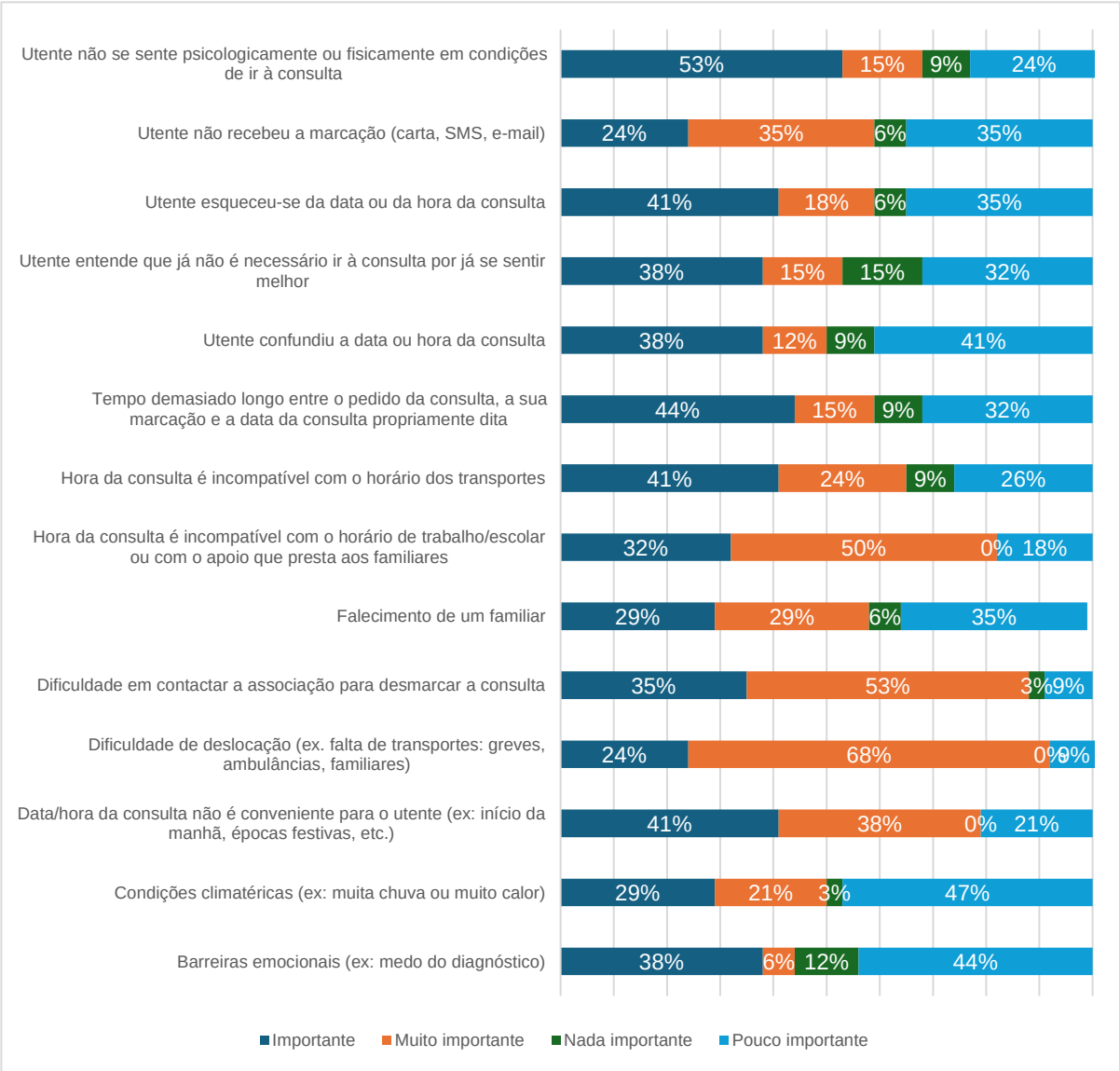


Figura 5.11 – Causas da não comparência dos pacientes às CE: perspetiva dos profissionais da APDP

5.5.3. Consequências da não comparência dos pacientes às CE

5.5.3.1. Consequências para o paciente

A maioria dos respondentes considerou que o aumento dos tempos de espera para a marcação de consultas é uma consequência sobre a qual a falta do paciente tem um forte impacto (cerca de 44%), contudo alguns consideraram que a não comparência do paciente tem um impacto reduzido neste aspeto (aproximadamente 35%). Em relação ao estado de saúde do paciente, quase metade dos respondentes considera que a falta dos pacientes tem um impacto reduzido (aproximadamente 47%), enquanto outros dizem ter um forte impacto no tema (cerca de 41%). Analisando a qualidade do serviço prestado pela APDP, 29% dos

respondentes considera que a falta do paciente às CE tem um forte impacto neste aspeto, e 26% não sabe se é uma consequência da falta do paciente (Figura 5.12).

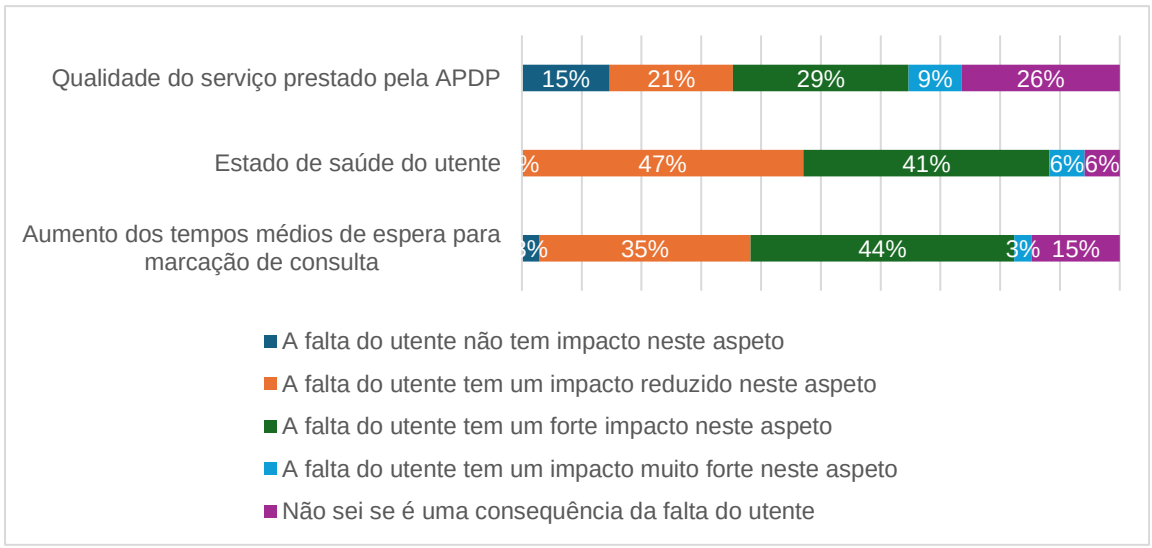


Figura 5.12 – Consequências para os utentes das pacientes às CE: a perspetiva dos profissionais da APDP

5.5.3.2. Consequências para os profissionais de saúde

Tendo em conta as consequências para os profissionais de saúde, em relação à existência de tempos ociosos entre consultas, as opiniões dos respondentes dividem-se entre a falta do paciente tem um forte impacto, impacto muito forte e impacto reduzido neste aspeto (cerca de 24%, em cada ponto). Também cerca de 30% dos respondentes considera que a falta dos pacientes às CE tem um impacto muito forte ou reduzido na insatisfação dos profissionais de saúde. Em relação à motivação dos profissionais de saúde e à sua produtividade, a maioria dos respondentes considera que as faltas dos pacientes às CE têm um impacto reduzido neste aspeto (aproximadamente 41%, em ambas as categorias) (Figura 5.13).

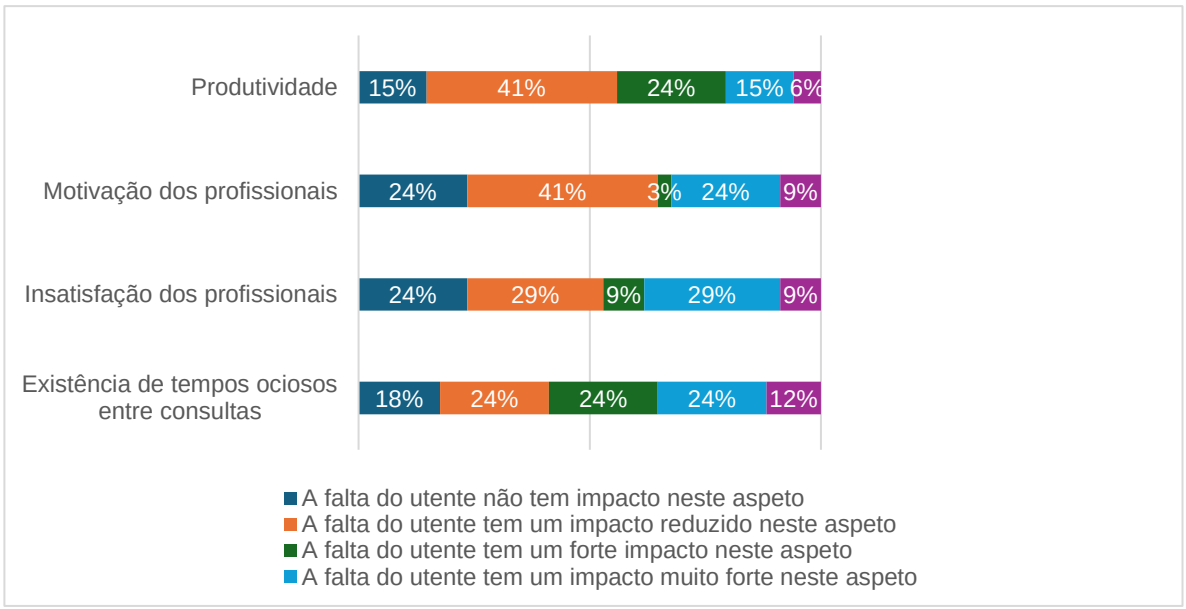


Figura 5.13 – Gráfico das consequências para os profissionais de saúde das faltas dos pacientes às CE segundo a perspetiva dos profissionais da APDP

5.5.3.3. Consequências para a APDP

Relativamente às consequências das faltas dos pacientes para a APDP, a maior parte dos respondentes considera que a não comparência dos pacientes às CE tem um impacto muito forte no aumento da lista de espera de marcação de consultas (aproximadamente 68%), 53% considera que a falta do paciente às CE tem um forte impacto no aumento da utilização dos recursos administrativos e clínicos e também 53% considera que o não comparecimento dos pacientes tem um forte impacto no aumento dos custos (Figura 5.14).

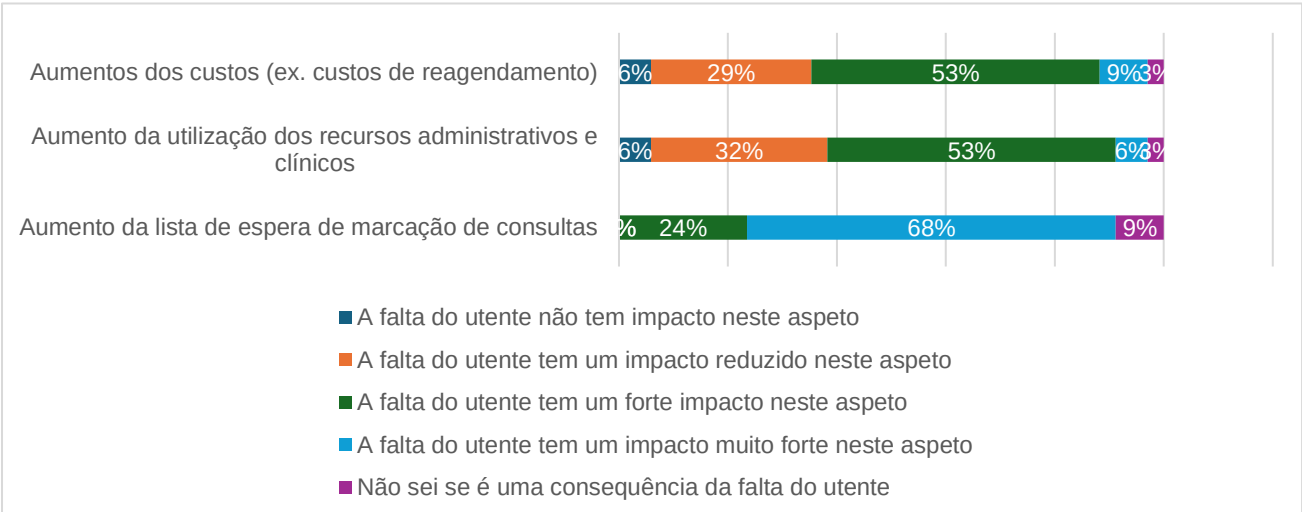


Figura 5.14 – Consequências das faltas dos pacientes às CE para a instituição: a perspetiva dos profissionais da APDP

5.5.4. Perceção dos profissionais sobre a consciência dos pacientes

Na figura 5.15 apresenta-se a opinião dos profissionais sobre a perceção dos pacientes relativamente ao possível impacto da não comparência às CE para os outros pacientes, para a APDP e para os profissionais de saúde. A maioria dos respondentes pensa que grande parte dos pacientes não tem noção do impacto que as faltas podem ter sobre os outros pacientes (aproximadamente 88%), bem como sobre os profissionais de saúde e a instituição (cerca de 94%).

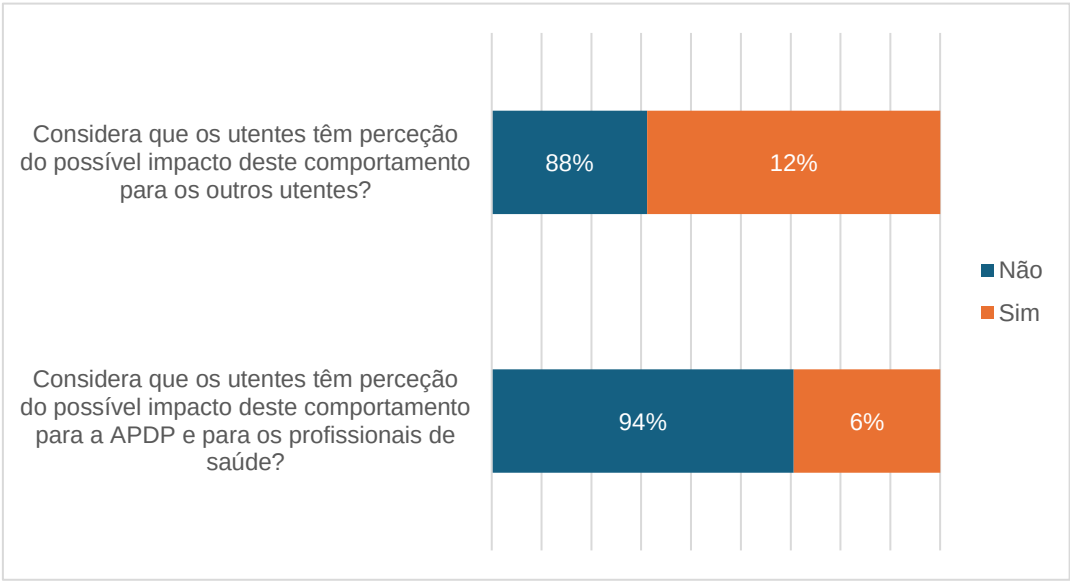


Figura 5.15 - Opinião dos profissionais da APDP sobre a perceção dos pacientes sobre o possível impacto da não comparência às CE

5.6. Medidas para reduzir a falta de comparência às CE: A perspetiva dos profissionais de saúde

Na figura 5.16 apresenta a opinião dos profissionais de saúde que responderam ao questionário sobre a eficácia de algumas medidas para resolver o problema das faltas às CE. Podemos verificar através da análise do questionário que os colaboradores consideram que as medidas mais eficazes seriam perceber a experiência do paciente com o agendamento e com as consultas, envolver os familiares e cuidadores no processo de agendamento e acompanhamento das consultas e entrar em contacto com os pacientes para entender o motivo da sua falta (aproximadamente 44%, em todos os casos). Por outro lado, os motivos que os inquiridos consideram menos eficazes são o método do overbooking (cerca de 50%) e as multas (cerca de 41%). Alguns colaboradores consideram ainda que o método do agendamento aberto seria pouco eficaz (aproximadamente 18%).

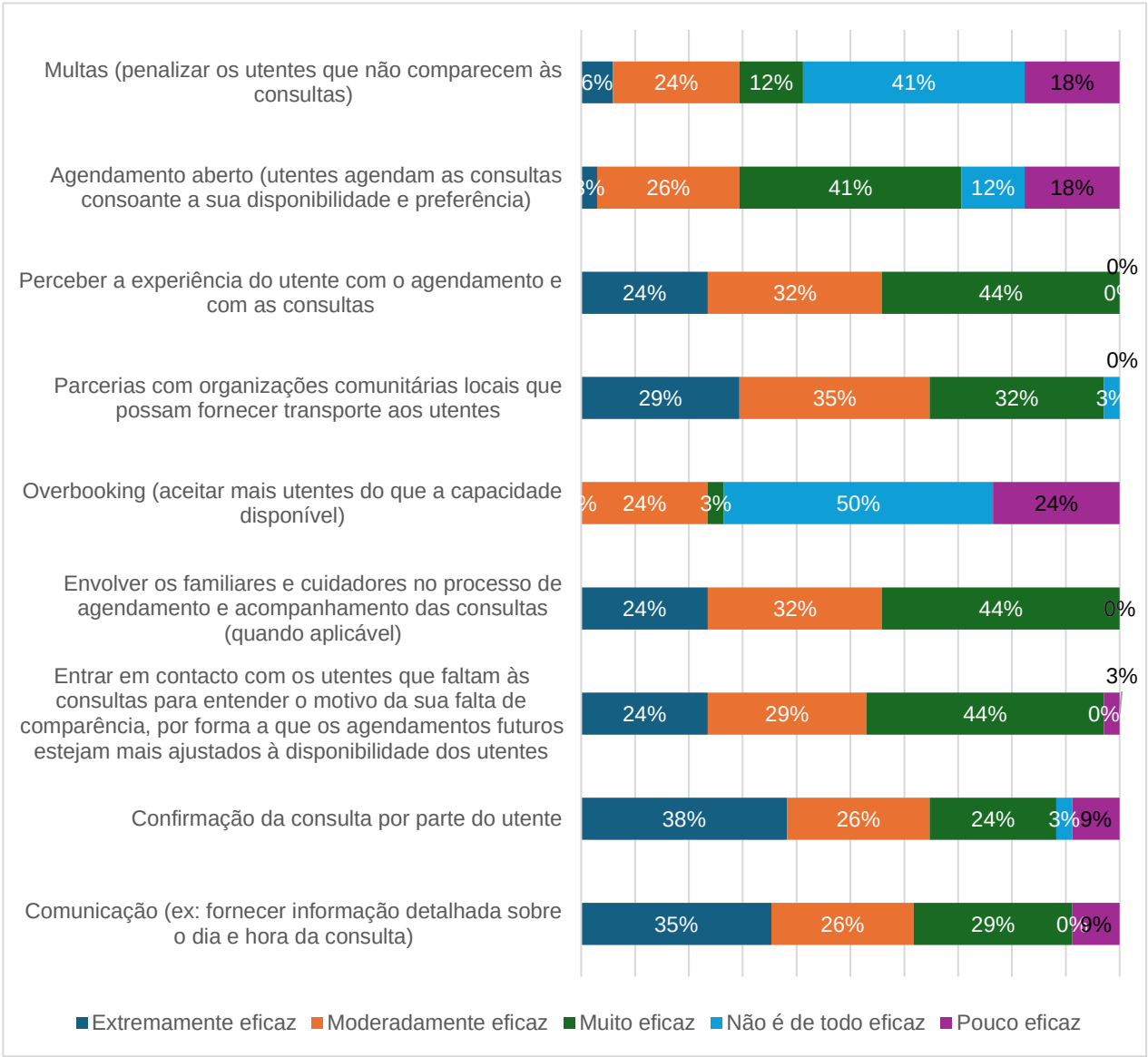


Figura 5.16 - Percentagem da eficácia de algumas medidas para resolver o problema das faltas às CE: a perspetiva dos profissionais da APDP

Em relação à existência de intervenções por parte da APDP para combater o problema da não comparência dos pacientes às CE, mais de metade dos profissionais que responderam ao questionário dizem não ter conhecimento de qualquer intervenção por parte da instituição (cerca de 62%) (Figura 5.17).

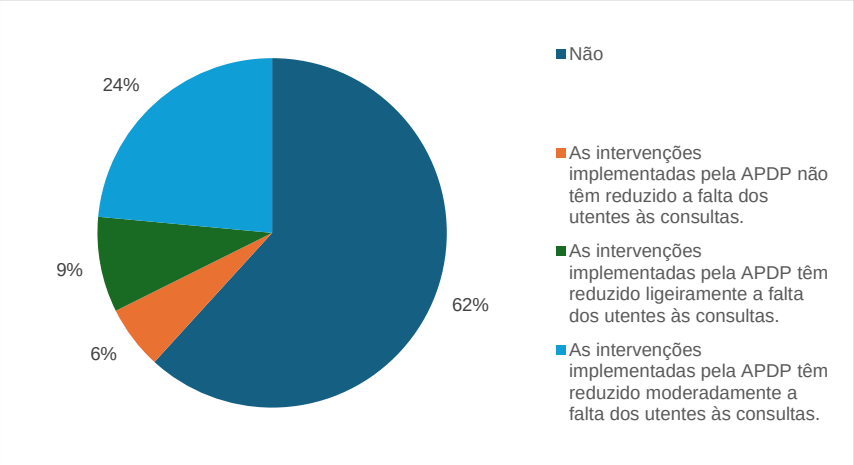


Figura 5.17 – Medidas de intervenção existentes na instituição: a perceção dos profissionais da APDP

5.7. Motivos das faltas às CE: Testemunho dos pacientes

Através da análise da figura 5.18, é possível perceber que a maioria dos pacientes entrevistados diz ter faltado à consulta por dificuldade em contactar a instituição para desmarcar (cerca de 18%) e por se ter esquecido da data ou hora da consulta (cerca de 14%). Alguns pacientes mencionaram não ter comparecido por sentirem que já não seria necessária a consulta, visto que se sentiam bem (aproximadamente 14%)[11].

Alguns dos pacientes que não atenderam a chamada telefónica tinham anotações na base de dados da APDP a mencionar que a consulta tinha sido desmarcada por um técnico/profissional de saúde/médico.

[11] Estas entrevistas chegaram a conclusões semelhantes às de um estudo realizado na Escócia (Eades e Alexander 2019), onde utentes com a mesma doença crónica foram entrevistados sobre os motivos que os levaram a faltar às CE agendadas.



Figura 5.18 - Motivos que levaram os pacientes a faltar às CE agendadas

6. Propostas de intervenção

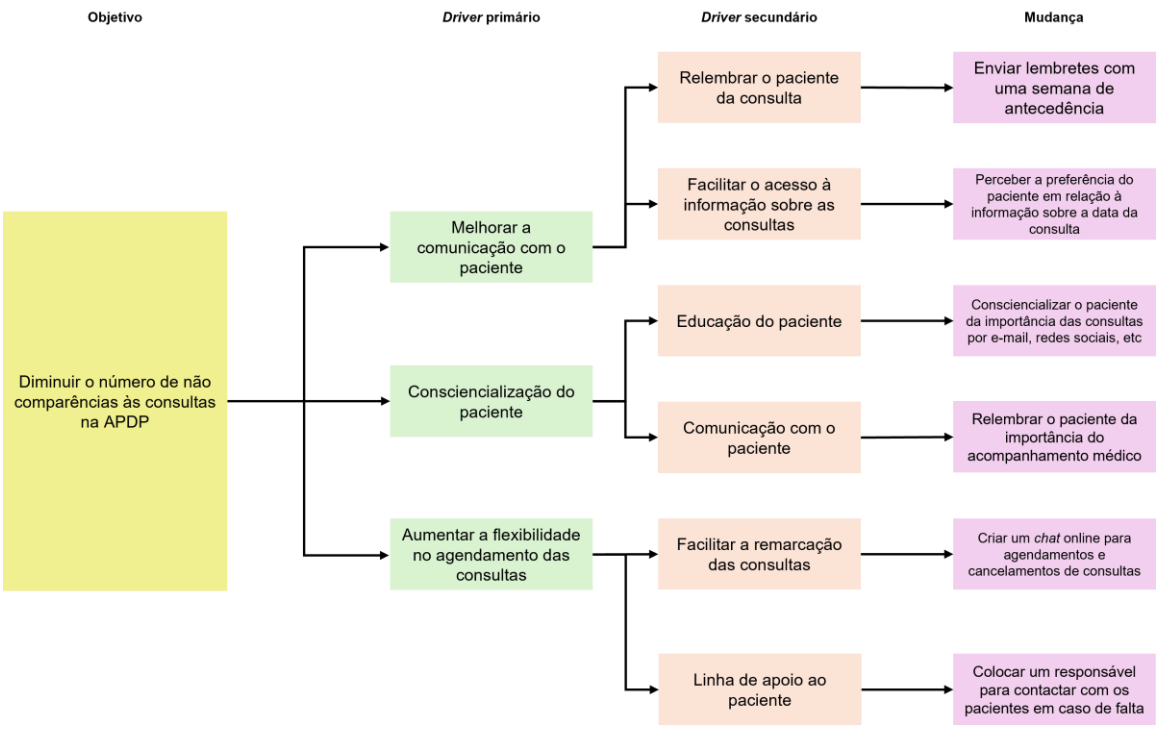
Tendo por base a revisão de literatura, a análise dos dados do sistema de informação da APDP, a análise do questionário feito aos colaboradores da instituição e ainda a análise das entrevistas telefónicas realizadas aos pacientes que faltaram às CE agendadas na semana de 2 a 6 de setembro, foi elaborado um *Driver Diagram* (Figura 6.1) com o intuito de ajudar a organizar e visualizar as causas e fatores que influenciam o problema das faltas às consultas na APDP, permitindo identificar ações para melhorar a situação.

Conforme se pode concluir da revisão de literatura, existem muitas soluções pensadas e implementadas por todo o mundo, no entanto a maioria não tem evidência segura de benefício para as instituições.

Face ao elevado volume de faltas na APDP, às características da população, aos recursos existentes e às limitações do espaço físico, propõe-se um conjunto de soluções para resolver os problemas vividos na atualidade, os quais se revelam os mais indicados no contexto específico da APDP.

A combinação destas propostas pode criar uma rede de apoio e comunicação mais eficiente entre a APDP e os seus pacientes, facilitando o comparecimento às consultas e promovendo um melhor acompanhamento da saúde.

Figura 6.1 – Driver Diagram sobre a diminuição do número de faltas às CE na APDP para garantir a melhoria da comparência às mesmas



Fonte: Autor

6.1. Lembretes das consultas

Após uma reunião com alguns membros da direção da APDP, chegou-se à conclusão de que, apesar de já existirem lembretes referentes às consultas no formato de SMS, os mesmos são enviados com 2 dias de antecedência o que pode levar a que alguns pacientes já tenham compromissos na sua agenda que não podem adiar/desmarcar.

A solução apresentada passa por enviar o lembrete de consulta uma semana antes, para que os pacientes possam organizar a sua agenda e continuar a enviar também o lembrete dois dias antes da consulta.

É proposto também que se crie uma linha de comunicação via *Whatsapp* para os jovens, visto que atualmente a maioria deixa de lado as SMS, acabando por ignorá-las[12].

Muitos colaboradores da APDP, através da análise do questionário que lhes foi enviado, mencionaram a importância de envolver os familiares e cuidadores no processo de agendamento das consultas. Através do consentimento do paciente, os lembretes via SMS poderiam ser também enviados para esses familiares/cuidadores nos mesmos termos que são enviados para o paciente.

As mensagens utilizadas atualmente mencionam o contacto à APDP em caso de impossibilidade de comparência. No entanto, seria mais prático que os pacientes pudessem responder a esse lembrete com “sim” ou “não” (e o seu número de paciente), consoante a sua disponibilidade de comparecimento. Assim, a instituição poderia também organizar a sua agenda em função da disponibilidade dos pacientes.

6.2. Facilitar o acesso à informação sobre as consultas

Após a realização das entrevistas telefónicas aos pacientes da APDP, alguns mencionaram não receber a convocatória da consulta. A APDP envia a convocatória para os seus pacientes através de todos os canais de comunicação disponíveis (SMS, carta e e-mail).

De modo a ser mais benéfico, tanto para os pacientes como para a instituição, é proposto que os colaboradores da APDP questionem os pacientes sobre a via pela qual pretendem receber a convocatória, ou seja, a mesma passaria a ser enviada duas vezes, mas apenas da maneira escolhida pelo paciente (SMS, carta ou e-mail).

Muitas vezes a informação sobre o contacto telefónico, e-mail e até mesmo morada do paciente encontra-se incorreta, ou desatualizada, na base de dados da APDP. Para que se pudesse tirar maior proveito desta proposta seria importante que os colaboradores, aquando de saberem qual o canal de comunicação preferido dos pacientes, corrigissem os dados de

[12] Como analisado por Narring et al. (2013) num estudo realizado num hospital em Génova.

contacto dos mesmos. Com o objetivo de manter a informação de contacto dos pacientes atualizada e completa no sistema de informação da APDP, sugere-se que quando o paciente vem a uma consulta que se confirme com o paciente se a informação está atualizada e se peçam os elementos de eventuais informações em falta.

6.3. Educação do paciente

Após as entrevistas telefónicas a alguns dos pacientes que não compareceram às suas consultas, foi possível concluir que parte deles não compareceram por sentirem que já não havia necessidade da consulta, pois já se sentiam bem.

Seria relevante implementar campanhas educativas, de consciencialização ao paciente, ou seja, enfatizar a importância da comparência às consultas (especialmente nos doentes crónicos) nas redes sociais e por e-mail.

No sentido de procurar fortalecer a importância da comparência às consultas, poderia reforçar-se nos lembretes de consulta o quão fulcral são as consultas de acompanhamento médico para os pacientes que sofrem desta condição crónica.

6.4. Comunicação com o paciente

Ainda no mesmo padrão da proposta apresentada anteriormente, pelo motivo dos pacientes sentirem que já não necessitam da consulta, seria importante relembrar os pacientes da importância do acompanhamento médico.

Para além de reforçar a consciência dos pacientes através de campanhas educativas, seria de grande importância relembrar os pacientes, nas próprias consultas, da importância do acompanhamento médico nos doentes crónicos. A instituição implementaria um *script* para a equipa de receção e de enfermagem, onde após uma formação, este seria implementado durante as próprias consultas, ou seja, quando o paciente se desloca a APDP para a consulta, os colaboradores enfatizariam a importância do acompanhamento médico, especialmente no caso dos doentes crónicos.

Para perceber a satisfação do paciente perante a abordagem realizada pela equipa da receção e equipa de enfermagem, seriam realizados trimestralmente questionários curtos a uma amostra de pacientes, para avaliar a satisfação dos mesmos com a nova estratégia implementada.

6.5. Facilitar a remarcação das consultas

Com base nos resultados das entrevistas telefónicas, bem como a análise do questionário aos colaboradores da APDP, concluiu-se que um dos fortes motivos que leva às faltas às

consultas na instituição é a dificuldade em contactar a associação para desmarcar a própria consulta.

Com o intuito de facilitar a comunicação entre o paciente e a instituição, propõe-se a criação de um *chat* online, dedicado exclusivamente aos cancelamentos e agendamentos de consultas. Também deve ser criado um formulário no website da APDP para este efeito.

A APDP já dispõe de uma plataforma online, *"*MyAPDP*",* onde é possível o paciente verificar as suas consultas, pedir receituário, entre outros. Nesta plataforma, propõe-se a implementação de uma aba para o *chat* online onde o atendimento ao paciente seria híbrido, isto é, através de assistentes virtuais, para realizar a triagem e, só depois, o redireccionamento dos pacientes para os profissionais adequados.

6.6. Linha de apoio ao utente

Muitos profissionais mencionaram que seria importante implementar uma estratégia de contacto com o paciente após a falta à consulta. Nesse sentido propõe-se que, uma vez por mês, se reúnam os contactos telefónicos dos pacientes que não compareceram às consultas, no mês em questão, e se realizem contactos a uma amostra desses pacientes para perceber os motivos que levaram os pacientes a não comparecer.

Esta estratégia passa por colocar um responsável dedicado exclusivamente a esta ação durante um ou dois dias no mês, consoante a afluência de pacientes que faltaram às consultas.

7. Implementação das propostas de melhoria

7.1. Cronograma

Para que se possa analisar a eficácia das propostas apresentadas no sentido de melhorar a comparência às consultas na APDP, é apresentado um cronograma (Quadro 7.1) com as datas de início das implementações propostas, bem como do plano de ação. Esta avaliação teria início no ano 2025, sendo que duraria até aproximadamente metade desse mesmo ano.

Quadro 7.1 - Cronograma com as datas das implementações propostas

Ações	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Enviar lembretes com 1 semana de antecedência	Configuração do sistema de lembretes	Envio dos lembretes automáticos	Monitorizar os resultados	Ajustes conforme o feedback	Envio dos lembretes ajustados	Avaliação da eficácia
Registo da preferência do canal de comunicação	Levantamento dos dados iniciais	Colheita e registo das preferências	Atualização da base de dados	Verificação da receção dos lembretes nos canais de comunicação preferidos	Reforçar colheita	Reavaliar a efetividade
Consciencialização do paciente por e-mail e redes sociais	Criar campanhas educativas e *template* de mensagens de acompanhamento	Enviar campanhas por e-mail, postar nas redes sociais e enviar juntos aos lembretes	Monitorizar a adesão e taxas de confirmação	Avaliar os resultados, ajustar as campanhas e mensagens	Reenviar as campanhas	Analisar o impacto final e avaliar a eficácia
Relembrar o paciente da importância das consultas	Elaborar *script* da abordagem da equipa	Formação inicial da equipa da receção e enfermagem	Aplicação da abordagem com os pacientes	Colheita do feedback dos pacientes sobre a abordagem	Reforçar a formação conforme necessidade	Avaliação da eficácia da abordagem
Criar chat online para agendamento/cancelamento de consultas	Implementar ferramenta de *chat* online na plataforma “MyAPDP”	Lançar chat para os pacientes	Monitorizar o uso do *chat*	Colheita do feedback dos usuários	Ajustar conforme necessidade	Avaliar o uso do *chat*
Colocar um responsável para contactar os pacientes em caso de falta	Designar responsável	Iniciar processo de contacto pós-falta	Monitorizar eficácia	Ajustar a frequência e abordagem	Reavaliar o processo	Análise final da eficácia

7.2. Controlo e Avaliação

Para garantir que a implementação das ações seja monitorizada e avaliada a sua eficácia, no quadro 7.2 estão apresentados os KPIs recomendados e os métodos de controlo e avaliação para cada proposta. Esta estrutura permite uma visão clara de como cada ação será controlada e avaliada.

O impacto geral nas comparências às consultas deve ser analisado através do número de comparecimentos às CE antes de ser implementado o plano de ação e depois. Se o resultado obtido for positivo, isso significa que houve uma redução no número de faltas às consultas.

O impacto geral que se prossupõe que este plano de ação irá revelar, será a redução da taxa de não comparências às consultas em pelo menos 20%, ao fim de 6 meses.

A recolha regular do *feedback* dos pacientes e a análise dos indicadores de monitorização permitirá ajustes nas ações conforme necessário. Devem ser gerados trimestralmente relatórios globais de todas as ações para rever a eficácia geral do plano

Quadro 7.2 – Indicadores de monitorização

Propostas	Indicador	Fórmula	Controlo	Avaliação
Lembretes das consultas	Taxa de lembretes enviados e recebidos	$\left(\frac{nº\ de\ lembretes\ enviados}{nº\ total\ de\ consultas\ agendadas}\right) \times 100$	Monitorizar o sistema de lembretes semanalmente	Rever relatórios semanais de lembretes enviados e confirmar a receção com os pacientes (respostas SMS, e-mail ou telefonemas)
Lembretes das consultas	Taxa de consultas desmarcadas por resposta ao lembrete	$(\frac{nº\ de\ consultas\ desmarcadas\ após\ o\ lembrete}{nº\ total\ de\ lembretes\ enviados}) \times 100$	Utilizar um sistema de agendamento que registe automaticamente o envio dos lembretes e desmarcações subsequentes	Avaliar se a taxa de desmarcações em resposta ao lembrete está a aumentar, permitindo o reagendamento das consultas, ou se as consultas ainda resultam em faltas
Facilitar o acesso à informação sobre as consultas	Taxa de preferência de canal de comunicação	$(\frac{nº\ de\ pacientes\ com\ preferência\ registada}{nº\ total\ de\ pacientes}) \times 100$	Registar/atualizar a preferência de comunicação de cada paciente	Monitorizar mensalmente a base de dados para garantir que as preferências de comunicação estão registadas corretamente
Educação do paciente	Taxa de consciencialização sobre a importância das	$\left(\frac{nº\ de\ pacientes\ que\ interagiram\ com\ o\ e-mail}{nº\ total\ de\ pacientes\ que\ receberam\ o\ e-mail}\right) \times 100$	Campanhas educativas serão enviadas por e-mail	Relatórios mensais de adesão (nº de aberturas de e-mails) com revisão

	consultas por e-mail			trimestral para ajustes na campanha
Educação do paciente	Taxa de consciencialização sobre a importância das consultas pelas redes sociais	$\left(\frac{nº\ de\ pacientes\ que\ interagiram\ com\ a\ publicação}{nº\ total\ de\ pacientes\ que\ visualizaram\ a\ publicação}\right) \times 100$	Campanhas educativas serão publicadas nas redes sociais	Relatórios mensais de adesão (nº de visualizações nas publicações das redes sociais) com revisão trimestral para ajustes na campanha
Comunicação com o paciente	Taxa de abordagem	$(\frac{nº\ de\ utentes\ abordados}{nº\ total\ de\ pacientes\ atendidos}) \times 100$	A receção e a equipa de enfermagem devem utilizar uma *checklist* diariamente, assinalando o número de pacientes abordados	Avaliação mensal com base na *checklist* preenchida pela equipa
Comunicação com o paciente	Taxa de satisfação	$(\frac{nº\ de\ utentes\ satisfeitos\ com\ a\ abordagem}{nº\ total\ de\ pacientes\ abordados}) \times 100$	Avaliar a opinião de uma amostra dos pacientes abordados, através de um questionário curto	Avaliação trimestral dos dados de satisfação

Facilitar a remarcação das consultas	Taxa de utilização do chat online	$(\frac{nº\ de\ intervenções\ via\ chat\ online}{nº\ total\ de\ agendamentos/cancelamentos}) \times 100$	Serão gerados relatórios de uso pelo sistema do *chat*	Análise mensal dos relatórios de interações no *chat*
Linha de apoio ao utente	Taxa de contacto com os pacientes que costumam faltar	$\left(\frac{nº\ de\ pacientes\ faltosos\ contactados}{nº\ total\ de\ pacientes\ que\ faltaram}\right) \times 100$	Mensalmente, o responsável fará o contacto com os pacientes faltosos	Revisão trimestral dos relatórios de contacto com os pacientes faltosos
Impacto geral	Impacto geral na comparência às consultas	$\left(\frac{nº\ de\ não\ comparências\ antes - depois}{nº\ total\ de\ não\ comparências\ antes}\right) \times 100$	Monitorização mensal do impacto global das ações	Reduzir a taxa de não comparências em pelo menos 20% ao fim de 6 meses

8. Conclusão

A não comparência dos pacientes às CE é um tema amplamente abordado nas instituições de saúde, devido ao impacto que este comportamento tem tanto nos pacientes, como nos profissionais de saúde e no sistema de saúde.

O objetivo primordial deste estudo foi o diagnóstico das faltas às CE na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), bem como elaborar propostas de intervenção para evitar este tipo de conflito e, consequentemente, reduzir esta questão que é considerada grave pela instituição. Por sua vez, os objetivos específicos do estudo foram: diagnosticar a frequência das faltas às CE; analisar o perfil dos pacientes que faltam às CE, com base em fatores sociodemográficos e localização geográfica; analisar por métricas temporais as CE previamente agendadas a que os pacientes faltam; identificar e compreender os principais motivos das faltas às CE na APDP; identificar o impacto das faltas às CE na APDP para os pacientes e instituição; analisar a perceção dos profissionais sobre a situação atual da não comparência às CE, os motivos para os pacientes adotarem este comportamento e as consequências que isso traz para os quatro *stakeholder*: pacientes, profissionais de saúde, organização e sistema de saúde; analisar os motivos que levam os pacientes a faltar às CE e propor ações de intervenção para reduzir a situação das faltas sem aviso prévio ou sem aviso prévio atempado e respetivo plano de implementação.

A base de dados com todas as informações sobre as CE não comparecidas, remarcadas e realizadas na APDP entre 2019 e 2023, recolhida do sistema de informação da APDP, foi sujeita a um diagnóstico, tendo sido analisados 674.908 agendamentos correspondentes a consultas realizadas, 8.762 correspondentes a não comparências e 94.070 correspondentes episódios de remarcação. Através da análise destes dados foi possível traçar o perfil dos 31.645 pacientes com este tipo de comportamento e a frequência com que não comparecem às CE. Foi também realizada uma análise detalhada sobre as métricas temporais e especialidade, isto é, em que altura do ano, dia da semana, período do dia e a que especialidade é mais frequente a não comparência.

Foi também analisada a perspetiva dos profissionais de saúde sobre este problema na instituição. Para tal, com base na revisão da literatura e das sugestões da direção da APDP, foi desenhado um questionário com o objetivo de recolher a perceção dos profissionais sobre as causas e consequências da não comparência dos pacientes às CE e ainda sobre propostas de intervenção que poderiam ser aplicadas para combater este problema.

Foram também realizadas entrevistas telefónicas aos pacientes que não compareceram às CE agendadas, de maneira a perceber os motivos que levam os pacientes a ter este tipo de comportamento.

Os motivos principais das faltas às CE na APDP, segundo os entrevistados, são o esquecimento da data/hora da consulta, a dificuldade em contactar a instituição para desmarcar e o paciente entender que já não necessita da consulta. Do ponto de vista dos profissionais de saúde estes entendem que a dificuldade de deslocação para a instituição, a dificuldade em contactar a instituição para realizar desmarcação e o horário de trabalho/escolar não ser compatível com a consulta são os motivos mais fortes que levam às faltas às CE. Os profissionais consideram que a não comparência dos pacientes às CE tem um forte impacto nos tempos de espera para marcação de consultas, bem como no aumento das listas de espera. Conclui-se assim que a perceção dos colaboradores da instituição é que a não comparência às CE tem mais impacto na APDP e no próprio paciente do que nos profissionais de saúde.

Tendo em vista propor intervenções exequíveis para melhorar a situação de faltas da APDP, foi concretizada uma reunião com o diretor clínico, diretor financeiro e assessora financeira da instituição de modo a encontrar a melhor solução para combater este problema.

As intervenções que se propõem realizar para reduzir a falta de comparência dos pacientes são a melhoria do sistema de lembretes de consulta; facilitar o acesso à informação sobre as consultas; a educação e consciencialização do paciente sobre a importância das consultas; facilitar a remarcação das consultas e a implementação de uma linha de apoio ao cliente.

Este trabalho teve como limitação a participação de apenas 23,3% dos colaboradores na resposta ao questionário em suporte digital, bem como de apenas 22 pacientes nas entrevistas telefónicas.

Para projetos futuros seria interessante analisar os dados clínicos dos pacientes, isto é a HbA1c, para perceber se de facto os pacientes que costumam faltar mais às consultas não têm um controlo tão bom da doença.

Referências bibliográficas

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. *BMJ Open*, *11*(8), 1–9. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046596

Anderson, R. T., Camacho, F. T., & Balkrishnan, R. (2007). Willing to wait? The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*, *7*, 1–5. https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-31

Archibald, L. K., & Gill, G. V. (1992). Diabetic clinic defaulters — who are they and why do they default? *Practical Diabetes International*, *9*(1), 13–14. https://doi.org/10.1002/pdi.1960090104

Arpey, N. C., Gaglioti, A. H., & Rosenbaum, M. E. (2017). How socioeconomic status affects patient perceptions of health care: A qualitative study. *Journal of Primary Care and Community Health*, *8*(3), 169–175. https://doi.org/10.1177/2150131917697439

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

Blæhr, E. E., Væggemose, U., & Søgaard, 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

Bolen, S. D., Sage, P., Perzynski, A. T., & Stange, K. C. (2016). No moment wasted: The primary-care visit for adults with diabetes and low socio-economic status. *Primary Health Care Research and Development*, *17*(1), 18–32. https://doi.org/10.1017/S1463423615000134

Brewster, S., Bartholomew, J., Holt, R. I. G., & Price, H. (2020). Non-attendance at diabetes outpatient appointments: a systematic review. *Diabetic Medicine*, *37*(9), 1427–1442. https://doi.org/10.1111/dme.14241

Brown, S. A., Harrist, R. B., Villagomez, E. T., Segura, M., Barton, S. A., & Hanis, C. L. (2000). Gender and treatment differences in knowledge, health beliefs, and metabolic control in Mexican Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, *26*(3), 425–438. https://doi.org/10.1177/014572170002600310

Buys, K. C., Selleck, C., & Buys, D. R. (2019). Assessing Retention in a Free Diabetes Clinic. *Journal for Nurse Practitioners*, *15*(4), 301-305.e1. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.12.003

Campbell-Richards, D. (2016). Exploring diabetes non-attendance: An Inner London

perspective. *Journal of Diabetes Nursing*, *20*(2), 73–78.

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

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

Complications, D. (2008). *Diabetes-Related Complications*. *88*(11).

Cooppan, R. (2016). Rationale and Goals for Glucose Control in Diabetes Mellitus and Glucose Monitoring. *Type 2 Diabetes: Principles and Practice, Second Edition*, *10*, 27–44. https://doi.org/10.3109/9780849379581-6

Coustan, D. R. (2013). Gestational diabetes mellitus. *Clinical Chemistry*, *59*(9), 1310–1321. https://doi.org/10.1373/clinchem.2013.203331

Currie, C. J., Peyrot, M., Morgan, C. L., Poole, C. D., Jenkins-Jones, S., Rubin, R. R., Burton, C. M., & Evans, M. (2013). The impact of treatment non-compliance on mortality in people with type 1 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, *27*(3), 219–223. https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2012.10.006

Dalsgaard, E. M., Vedsted, P., Fenger-Gron, M., Sandbaek, A., & Vestergaard, M. (2012). Socioeconomic position and contact to general practice among persons with diabetes. *Primary Care Diabetes*, *6*(4), 313–318. https://doi.org/10.1016/j.pcd.2012.06.002

Dyer, P. M., Lloyd, C. E., Lancashire, R. J., Bain, S. C., & Barnett, A. M. (1998). Factors associated with clinic non-attendance in adults with type I diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, *15*(4), 339–343. https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9136(199804)15:4<339::AID-DIA577>3.0.CO;2-E

Eades, C., & Alexander, H. (2019). A mixed-methods exploration of non-attendance at diabetes appointments using peer researchers. *Health Expectations*, *22*(6), 1260–1271. https://doi.org/10.1111/hex.12959

Ellis, D. A., Sanders, J. G., Jenkins, R., & McAuslan, L. (2022). A weekday intervention to reduce missed appointments. *PLoS ONE*, *17*(9 September), 1–7. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274670

Forouhi, N. G., & Wareham, N. J. (2014). Epidemiology of diabetes. *Medicine (United Kingdom)*, *42*(12), 698–702. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.09.007

Fortin, K., Pries, E., & Kwon, S. (2016). Missed Medical Appointments and Disease Control in Children With Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Health Care*, *30*(4), 381–389. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.09.012

Fystro, J. R., & Feiring, E. (2023). Policy-makers' conception of patient non-attendance fees

in specialist healthcare: a qualitative document analysis. *BMJ Open*, *13*(11), 1–9. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077660

Glowacka, K. J., Henry, R. M., & May, J. H. (2009). A hybrid data mining/simulation approach for modelling outpatient no-shows in clinic scheduling. *Journal of the Operational Research Society*, *60*(8), 1056–1068. https://doi.org/10.1057/jors.2008.177

Graber, A. L., Davidson, P., Brown, A. W., Mcrae, J. R., & Wooldridge, K. (1992). Dropout and relapse during diabetes care. *Diabetes Care*, *15*(11), 1477–1483. https://doi.org/10.2337/diacare.15.11.1477

Griffin, S. J. (1998). Lost to follow-up: The problem of defaulters from diabetes clinics. *Diabetic Medicine*, *15*(SUPPL. 3). https://doi.org/10.1002/(sici)1096-9136(1998110)15:3+<s14::aid-dia725>3.3.co;2-9

Guy, R., Hocking, J., Wand, H., Stott, S., Ali, H., & Kaldor, J. (2012). How effective are short message service reminders at increasing clinic attendance? A meta-analysis and systematic review. *Health Services Research*, *47*(2), 614–632. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01342.x

Hammersle, M. S., Thorn, P. A., Holland, M. R., & Walford, S. (1985). What happens to defaulters from a diabetic clinic? *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, *291*(6505), 1330–1332. https://doi.org/10.1136/bmj.291.6505.1330

Hardy, K. J., O'Brien, S. V., & Furlong, N. J. (2001). Quality improvement report: Information given to patients before appointments and its effect on non-attendance rate. *British Medical Journal*, *323*(7324), 1298–1300. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7324.1298

Ho, E. T. L. (2014). Improving waiting time and operational clinic flow in a tertiary diabetes center. *BMJ Quality Improvement Reports*, *2*(2), u201918.w1006. https://doi.org/10.1136/bmjquality.u201918.w1006

Horigan, G., Davies, M., Findlay-White, F., Chaney, D., & Coates, V. (2017). Reasons why patients referred to diabetes education programmes choose not to attend: a systematic review. *Diabetic Medicine*, *34*(1), 14–26. https://doi.org/10.1111/dme.13120

Hortensius, J., Kars, M. C., Wierenga, W. S., Kleefstra, N., Bilo, H. J. G., & Van Der Bijl, J. J. (2012). Perspectives of patients with type 1 or insulin-treated type 2 diabetes on self-monitoring of blood glucose: A qualitative study. *BMC Public Health*, *12*(1), 167. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-167

International Diabetes Federation. (2021). *Facts & Figures. https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/*

Jacobson, A. M. (1991). *Clinic Attendance and Glycemic Control*. *14*(July).

Jenkins, D., Wolever, T., Rao, A. V., Hegele, R. A., Mitchell, S. J., Ransom, T., & Relle, L. K. et al. (1993). The New England Journal of Medicine Downloaded from nejm.org on March 29, 2011. For personal use only. No other uses without permission. *New England Journal*

of Medicine, *329*(1), 21–26. http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/329/14/977%5Cnhttp://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199309303291401

Jones, S. E., & Hamilton, S. (2008). The missing link: paediatric to adult transition in diabetes services. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, *17*(13), 842–847. https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.13.30535

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

Karter, A. J., Parker, M. M., Moffet, H. H., Ahmed, A. T., Ferrara, A., Liu, J. Y., & Selby, J. V. (2004). Missed appointments and poor glycemic control: An opportunity to identify high-risk diabetic patients. *Medical Care*, *42*(2), 110–115. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109023.64650.73

Kautzky-Willer, A., & Harreiter, J. (2017). Sex and gender differences in therapy of type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *131*(July), 230–241. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.07.012

Kawahara, R., Amemiya, T., Yoshino, M., Miyamae, M., Sasamoto, K., & Omori, Y. (1994). Dropout of young non-insulin-dependent diabetics from diabetic care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *24*(3), 181–185. https://doi.org/10.1016/0168-8227(94)90114-7

Kim, S., & Giachetti, R. E. (2006). A stochastic mathematical appointment overbooking model for healthcare providers to improve profits. *IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics Part A:Systems and Humans*, *36*(6), 1211–1219. https://doi.org/10.1109/TSMCA.2006.878970

Kopach, R., DeLaurentis, P. C., Lawley, M., Muthuraman, K., Ozsen, L., Rardin, R., Wan, H., Intrevado, P., Qu, X., & Willis, D. (2007). Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling. *Health Care Management Science*, *10*(2), 111–124. https://doi.org/10.1007/s10729-007-9008-9

Krasniuk, S., & Crizzle, A. M. (2023). Impact of health and transportation on accessing healthcare in older adults living in rural regions. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, *21*(July), 100882. https://doi.org/10.1016/j.trip.2023.100882

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

Lawson, V. L., Lyne, P. A., Harvey, J. N., & Bundy, C. E. (2005). Understanding why people with type 1 diabetes do not attend for specialist advice: A qualitative analysis of the views of people with insulin-dependent diabetes who do not attend diabetes clinic. *Journal of Health Psychology*, *10*(3), 409–423. https://doi.org/10.1177/1359105305051426

Lee, K. S., Quintiliani, L., Heinz, A., Johnson, N. L., Xuan, Z., Truong, V., & Lasser, K. E. (2020). A financial incentive program to improve appointment attendance at a safety-net hospital-based primary care hepatitis C treatment program. *PLoS ONE*, *15*(2), 1–10. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228767

Lee, V. J., Earnest, A., Chen, M. I., & Krishnan, B. (2005). Predictors of failed attendances in a multi-specialty outpatient centre using electronic databases. *BMC Health Services Research*, *5*, 1–8. https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-51

Low, S. K. M., Khoo, J. K. C., Tavintharan, S., Lim, S. C., & Sum, C. F. (2016). Missed appointments at a diabetes centre: Not a small problem. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, *45*(1), 1–5. https://doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.v45n1p1

Maahs, D. M., West, N. A., Lawrence, J. M., & Mayer-Davis, E. J. (2010). Epidemiology of type 1 diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *39*(3), 481–497. https://doi.org/10.1016/j.ecl.2010.05.011

Marbouh, D., Khaleel, I., Shanqiti, K. Al, Tamimi, M. Al, Simsekler, M. C. E., Ellahham, S., Alibazoglu, D., & Alibazoglu, H. (2020). Evaluating the impact of patient no-shows on service quality. *Risk Management and Healthcare Policy*, *13*, 509–517. https://doi.org/10.2147/RMHP.S232114

Markowitz, J. T., Volkening, L. K., & Laffel, L. M. B. (2014). Care utilization in a pediatric diabetes clinic: Cancellations, parental attendance, and mental health appointments. *Journal of Pediatrics*, *164*(6), 1384–1389. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.01.045

Masuda, Y., Kubo, A., Kokaze, A., Yoshida, M., Sekiguchi, K., Fukuhara, N., & Takashima, Y. (2006). Personal features and dropout from diabetic care. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *11*(3), 115–119. https://doi.org/10.1265/ehpm.11.115

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. *Patient Preference and Adherence*, *10*, 479–499. https://doi.org/10.2147/PPA.S93046

Murdock, A., Rodgers, C., Lindsay, H., & Tham, T. C. K. (2002). Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *95*(6), 284–286. https://doi.org/10.1258/jrsm.95.6.284

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

Narring, F., Perron, N. J., Dao, M. D., Righini, N. C., Humair, J. P., Broers, B., Gaspoz, J. M., & Haller, D. M. (2013). Text-messaging to reduce missed appointment in a youth clinic: A randomised controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *67*(10), 888–891. https://doi.org/10.1136/jech-2013-202510

Nguyen, D. L., DeJesus, R. S., & Wieland, M. L. (2011). Missed Appointments in Resident Continuity Clinic: Patient Characteristics and Health Care Outcomes. *Journal of Graduate Medical Education*, *3*(3), 350–355. https://doi.org/10.4300/jgme-d-10-00199.1

Ngwenya, B. T., Van Zyl, D. G., & Webb, E. M. (2009). Factors influencing non-attendance of clinic appointments in diabetic patients at a Gauteng hospital in 2007/2008. *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*, *14*(2), 106–109. https://doi.org/10.1080/22201009.2009.10872203

Nielsen, K. M., Faergeman, O., Foldspang, A., & Larsen, M. L. (2008). Cardiac rehabilitation: Health characteristics and socio-economic status among those who do not attend. *European Journal of Public Health*, *18*(5), 479–483. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn060

Niessen, L. W., Dijkstra, R., Hutubessy, R., Rutten, G. E., & Casparie, A. F. (2003). Lifetime health effects and costs of diabetes treatment. *The Netherlands Journal of Medicine*, *61*(11), 355–364.

Nuti, L. A., Lawley, M., Turkcan, A., Tian, Z., Zhang, L., Chang, K., Willis, D. R., & Sands, L. P. (2012). No-shows to primary care appointments: Subsequent acute care utilization among diabetic patients. *BMC Health Services Research*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-304

Nuti, L., Turkcan, A., Lawley, M. A., Zhang, L., Sands, L., & McComb, S. (2015). The impact of interventions on appointment and clinical outcomes for individuals with diabetes: A systematic review Organization, structure and delivery of healthcare. *BMC Health Services Research*, *15*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-015-0938-5

Ouchi, D., Vilaplana-Carnerero, C., Monfà, R., Giner-Soriano, M., Garcia-Sangenís, A., Torres, F., & Morros, R. (2023). Impact of Second-Line Combination Treatment for Type 2 Diabetes Mellitus on Disease Control: A Population-Based Cohort Study. *Drugs - Real World Outcomes*, *10*(3), 447–457. https://doi.org/10.1007/s40801-023-00374-2

Parker, M. M., Moffet, H. H., Schillinger, D., Adler, N., Fernandez, A., Ciechanowski, P., & Karter, A. J. (2012). Ethnic differences in appointment-keeping and implications for the patient-centered medical home-findings from the diabetes study of Northern California (DISTANCE). *Health Services Research*, *47*(2), 572–593. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01337.x

Parsons, J., Bryce, C., & Atherton, H. (2021). Which patients miss appointments with general practice and the reasons why: A systematic review. *British Journal of General Practice*, *71*(707), E406–E412. https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1017

Paschou, S. A., Papadopoulou-Marketou, N., Chrousos, G. P., & Kanaka-Gantenbein, C. (2018). On type 1 diabetes mellitus pathogenesis. *Endocrine Connections*, *7*(1), R38–R46. https://doi.org/10.1530/EC-17-0347

Patrick, N. B., Yadesa, T. M., Muhindo, R., & Lutoti, S. (2021). Poor glycemic control and the contributing factors among type 2 diabetes mellitus patients attending outpatient diabetes clinic at mbarara regional referral hospital, Uganda. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, *14*(May), 3123–3130. https://doi.org/10.2147/DMSO.S321310

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

Perron, N. J., Dao, M. D., 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*, 79.

Pollastri, A. R., Pokrywa, M. L., Walsh, S. J., Kranzler, H. R., & Gelernter, J. (2005). Incentive program decreases no-shows in nontreatment substance abuse research. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *13*(4), 376–380. https://doi.org/10.1037/1064-1297.13.4.376

Rustam, L. B., Vander Weg, M., Chrischilles, E., & Tanaka, T. (2023). Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Nonattendance at the Hepatology Clinic. *Digestive Diseases and Sciences*, *68*(6), 2398–2405. https://doi.org/10.1007/s10620-023-07951-z

Samorani, M., & LaGanga, L. (2013). Outpatient Appointment Scheduling Given Individual Day-Dependent No-Show Predictions. *SSRN Electronic Journal*, *1*(780), 1–37. https://doi.org/10.2139/ssrn.2305401

Samuels, R. C., Ward, V. L., Melvin, P., Macht-Greenberg, M., Wenren, L. M., Yi, J., Massey, G., & Cox, J. E. (2015). Missed Appointments: Factors Contributing to High No-Show Rates in an Urban Pediatrics Primary Care Clinic. *Clinical Pediatrics*, *54*(10), 976–982. https://doi.org/10.1177/0009922815570613

Schectman, J. M., Schorling, J. B., & Voss, J. D. (2008). Appointment adherence and disparities in outcomes among patients with diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, *23*(10), 1685–1687. https://doi.org/10.1007/s11606-008-0747-1

Sheng Lee, R. R., Samsudin, M. I., Thirumoorthy, T., Low, L. L., & Kwan, Y. H. (2019). Factors affecting follow-up non-attendance in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: A systematic review. *Singapore Medical Journal*, *60*(5), 216–223. https://doi.org/10.11622/smedj.2019042

Shimotsu, S., Roehrl, A., Mccarty, M., Vickery, K., Guzman-Corrales, L., Linzer, M., & Garrett, N. (2016). Increased Likelihood of Missed Appointments (“No Shows”) for Racial/Ethnic Minorities in a Safety Net Health System. *Journal of Primary Care & Community Health*, *7*(1), 38–40. https://doi.org/10.1177/2150131915599980

Shin, J. Y., Kim, H. J., Cho, B. L., Yang, Y. J., & Yun, J. M. (2022). Analysis of Continuity of Care and Its Related Factors in Diabetic Patients: A Cross-Sectional Study. *Korean*

Journal of Family Medicine, *43*(4), 246–253. https://doi.org/10.4082/kjfm.21.0145

Shrestha, A. D., Kosalram, K., & Gopichandran, V. (2013). Gender difference in care of type 2 diabetes. *Journal of the Nepal Medical Association*, *52*(5), 245–250. https://doi.org/10.31729/jnma.565

Smith, C. M., & Yawn, B. P. (1994). Factors associated with appointment keeping in a family practice residency clinic. *Journal of Family Practice*, *38*(1), 25–29.

Snow, R., & Fulop, N. (2012). Understanding issues associated with attending a young adult diabetes clinic: A case study. *Diabetic Medicine*, *29*(2), 257–259. https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2011.03447.x

Sun, C. A., Taylor, K., Levin, S., Renda, S. M., & Han, H. R. (2021). Factors associated with missed appointments by adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, *9*(1), 1–14. https://doi.org/10.1136/bmjdrc-2020-001819

Tino, S., Wekesa, C., Kamacooko, O., Makhoba, A., Mwebaze, R., Bengo, S., Nabwato, R., Kigongo, A., Ddumba, E., Mayanja, B. N., Kaleebu, P., Newton, R., & Nyerinda, M. (2019). Predictors of loss to follow up among patients with type 2 diabetes mellitus attending a private not for profit urban diabetes clinic in Uganda - A descriptive retrospective study. *BMC Health Services Research*, *19*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4415-4

Tseng, H. H. K., Nkimbeng, M., & Han, H. R. (2022). Gender differences in psychosocial characteristics and diabetes self-management among inner-city African Americans. *Nursing Open*, *9*(5), 2425–2433. https://doi.org/10.1002/nop2.1259

Valero-Bover, D., González, P., Carot-Sans, G., Cano, I., Saura, P., Otermin, P., Garcia, C., Gálvez, M., Lupiáñez-Villanueva, F., & Piera-Jiménez, J. (2022). Reducing non-attendance in outpatient appointments: predictive model development, validation, and clinical assessment. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12913-022-07865-y

Van Eijk, K. N. D., Blom, J. W., Gussekloo, J., Polak, B. C. P., & Groeneveld, Y. (2012). Diabetic retinopathy screening in patients with diabetes mellitus in primary care: Incentives and barriers to screening attendance. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *96*(1), 10–16. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.11.003

Vesco, A. T., Anderson, B. J., Laffel, L. M. B., Dolan, L. M., Ingerski, L. M., & Hood, K. K. (2010). Responsibility sharing between adolescents with type 1 diabetes and their caregivers: Importance of adolescent perceptions on diabetes management and control. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(10), 1168–1177. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq038

Weinger, K., McMurrich, S. J., Yi, J. P., Lin, S., & Rodriguez, M. (2005). Psychological characteristics of frequent short-notice cancellers of diabetes medical and education

appointments. *Diabetes Care*, *28*(7), 1791–1793. https://doi.org/10.2337/diacare.28.7.1791

Yang, S., Zarr, R. L., Kass-Hout, T. A., Kourosh, A., & Kelly, N. R. (2006). Transportation barriers to accessing health care for urban children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *17*(4), 928–943. https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0137

Yip, W. C. Y., Sequeira, I. R., Plank, L. D., & Poppitt, S. D. (2017). Prevalence of pre-diabetes across ethnicities: A review of impaired fasting glucose (IFG) and impaired glucose tolerance (IGT) for classification of dysglycaemia. *Nutrients*, *9*(11), 1–18. https://doi.org/10.3390/nu9111273