



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA
TRABALHO FINAL

NUNO ALEXANDRE VAZ VIEIRA DIAS

***Motivos para absentismo a consultas médicas e
caraterização desses utentes***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL
ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

MARIA TERESA REIS
LUIZ MIGUEL SANTIAGO

Março de 2022

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

***Motivos para absentismo a consultas médicas e
caraterização desses utentes***

Vieira, N. ¹, Reis, T. ², Santiago, L.^{1,2}

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

² Unidade de Saúde Familiar Topázio

Email: nunoalexdias@live.com

ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT.....	7
LISTA DE ABREVIATURAS	9
INTRODUÇÃO.....	10
MATERIAIS E MÉTODOS.....	12
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO.....	19
CONCLUSÃO	21
AGRADECIMENTOS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS.....	26

RESUMO

Introdução. O absentismo a consultas médicas é um problema crónico, inerente a qualquer sistema de saúde. Este apresenta-se com uma percentagem variável, variando com a especialidade médica e o sistema de saúde.

Objetivos. Caracterizar a população absentista numa Unidade de Saúde Familiar no Centro de Portugal nos anos de 2019 e 2021.

Métodos. Estudo transversal observacional dos utentes que faltaram a uma consulta médica, inscritos na Unidade de Saúde Familiar Topázio, em Eiras, Coimbra, pela análise de registos de inscrição e falta à consulta e a que tipo de consulta. Os dados foram obtidos por médica com capacidade para acesso. Procurou-se, também, identificar se ocorreram alterações no comportamento da população absentista no decorrer da pandemia por SARS-CoV-2. Foram selecionados os utentes que faltaram a pelo menos uma consulta, num dos anos de estudo, e retirados os seguintes dados de cada um dos utentes – idade, sexo, tipo de família, índice de Graffar, número de patologias ativas, número de consultas marcadas por ano (nos anos em estudo) e número de faltas a consultas por ano (nos anos de estudo). Foram analisadas as variáveis em função de cada um dos anos de estudos, tendo-se também comparado os dois anos em estudo.

Resultados. Obtiveram-se dados de utentes de dois médicos da Unidade de Saúde Familiar, nos meses de janeiro a março de 2019 e outubro a dezembro de 2021. A caracterização da população absentista foi semelhante nos dois anos de estudo – pertencentes, na sua maioria, a famílias nucleares com índice de Graffar médio ou médio-alto, que faltam a uma consulta por ano, sendo esta consulta sobretudo de iniciativa médica. Quanto ao comportamento da população nos dois anos, evidenciaram-se alterações - em 2021 faltaram mais utentes pertencentes a famílias unitárias ($p=0.023$), sendo que todos os restantes tipo de família faltaram menos nesse mesmo ano. Adicionalmente, os utentes foram a mais consultas no ano de 2021, comparativamente com 2019 ($p=0.006$). Foi possível caracterizar a população absentista no contexto da Unidade de Saúde Familiar Topázio nos dois anos de estudo.

Conclusão. As alterações no comportamento da população vão ao encontro de conclusões retiradas de outros estudos, salientando o impacto da pandemia na perceção da saúde por parte da população e no seu conseqüente comportamento, agora mais atinente a sua consideração.

Palavras chave - absentismo; consultas médicas; pandemia; SARS-CoV-2

ABSTRACT

Introduction. Nonattendance to medical appointments is a chronic problem to any health system. The percentage of no-shows depends on the medical specialty and on the health system.

Objectives. Define and characterize the Portuguese no show population, during the years of 2019 and 2021, in a Family Medicine unit in Coimbra.

Methods. A transversal and observational study was conducted in patients who missed one appointment, from Topázio Family Medicine Unit in Eiras, Coimbra, through the analysis of the appointments' schedules. The data was collected by a doctor with access to the medical files. The study also tried to understand if the establishment of the Sars-CoV-2 pandemic changed the behaviour of this same population. Data from no show patients was selected from two physicians. The patients selected missed at least one appointment over those two periods. The following data was taken from each patient – age, gender, type of family, the Graffar index, number of active diseases, number of appointments per year and number of missed appointments per year. The data was analysed by year of study and then compared between both years.

Results. The patient's data was collected from two physicians who work in the Family Medicine Unit. Data was collected between the months of January to March of 2019 and between October and December of 2021. The no-show population is similar in both years: most patients are from nuclear families, with the Graffar index medium or medium-high, who missed one appointment per year, especially if the appointment was scheduled by the doctor. When studied the behaviour changes, we found some changes – in 2021 more patients missed from unitary families ($p=0.023$), in contrast to the other types of families who missed less in 2021. Additionally, the patients went to more appointments in 2021, comparing to 2019 ($p=0.006$). We successfully defined the no-show population over the two years of study.

Conclusion. The behaviour changes found in the studied population meet the conclusions taken from other studies, pointing the impact of the pandemic over people's perception about their health and behaviour.

Key words: nonattendance; medical appointments; pandemic; SARS-CoV-2

LISTA DE ABREVIATURAS

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSS - Cuidados de Saúde Secundários

USF - Unidade de Saúde Familiar

DP - Desvio padrão

n - Frequências absolutas

% - Frequências relativas

M - Média

Mdn - Mediana

P - Percentil

INTRODUÇÃO

A medicina, juntamente com todas as áreas associadas à prestação de cuidados de saúde, apesar da sua constante evolução, permanece com o absentismo como um problema crónico, global e transversal a qualquer sistema de saúde. Este apresenta-se com uma percentagem variável, alterando com a especialidade médica em causa, com o tipo de cuidado de saúde e com o sistema de saúde correspondente de cada país. (1–8)

Define-se absentismo como a falta, por parte de um utente, a um ato de prestação de cuidados de saúde, sejam estes primários, secundários ou terciários, pelos vários profissionais de saúde. Pode ir desde a uma consulta, prestada por qualquer profissional, até a uma cirurgia. Este ato corresponde a uma falta de forma deliberada, que implica que não seja comunicada à entidade prestadora de cuidados. (9) As razões para o absentismo têm sido largamente estudadas, com algumas conclusões já retiradas, sem algum tipo de conclusão definitiva, uma vez que esta mesma população não é reprodutível para todo e qualquer cenário de saúde. (10,11)

Focando-nos no absentismo a consultas médicas, este associa-se tanto aos cuidados de saúde primários como secundários, sendo o grande foco nos cuidados primários, uma vez que a prestação de cuidados de saúde se rege, em grande parte, à consulta.

Considerando as possíveis consequências associadas ao absentismo a consultas médicas, estas focam-se a dois níveis: no utente que falta e na entidade prestadora de cuidados.

Do ponto de vista do utente que falta, a marcação da consulta, seja esta por iniciativa do próprio utente, ou por referenciação do profissional de saúde que considera que este tem uma condição médica que implica ser avaliada ou acompanhada, com a sua não comparência, há associação a um pior controlo da sua doença, com mais comorbilidades associadas. (12)

Do ponto de vista da entidade prestadora de cuidados, o problema foca-se no não aproveitamento dos recursos humanos e materiais associados à consulta. Adicionalmente, o prolongamento das listas de espera, problema crónico dos vários serviços nacionais de saúde, que é exacerbado em dois momentos: o primeiro, quando o utente falta à consulta sem tempo para a entidade ser capaz de substituir o utente na consulta; num segundo momento, quando o utente tem nova consulta marcada - ocupando o espaço de consulta destinado a outro utente, contribuindo para um aumento do tempo de espera entre consultas, um aumento de faltas a consultas e um conseqüente pior controlo da doença, de um outro utente. (11–14)

Com o estabelecimento da pandemia por SARS-CoV-2, evidenciou-se uma alteração no paradigma da saúde. Houve mobilização de serviços e de recursos a fim de colmatar o aumento de casos, internamentos e consequentes mortes por infeção, que levaram a cancelamento de consultas (nos CSP e CSS), procedimentos e cirurgias, resultando num aumento de morbidade e mortalidade em doentes não infetados por SARS-CoV-2.(14–17)

Com a alteração do funcionamento das várias entidades prestadoras de saúde, o tratamento e acompanhamento dos utentes passou a ser feito por teleconsultas, especialmente nos cuidados de saúde primários. Juntamente com estas alterações, e tal como acima mencionado, a redução no número dos restantes atos médicos e a alteração do seu normal formato, promoveu alterações na perceção da população relativo à sua saúde, tomando consciência da necessidade de ter um papel ativo na promoção da sua saúde. (18–21)

Conforme acima descrito, é importante caracterizar a população absentista. O conhecimento obtido na caracterização desta mesma população poderá servir para a criação de mecanismos preditivos para o absentismo a consultas médicas a fim de se atenuar e, até mesmo, resolver o problema. Com a agravante do estabelecimento da pandemia por SARS-CoV-2, o comportamento da população relativo à sua condição e à sua saúde alterou-se. Com este estudo, propusemo-nos estudar e caracterizar a população absentista portuguesa nos anos de 2019 e 2021 no contexto de uma Unidade de Saúde em Medicina Geral e Familiar. Secundariamente, procurou-se a identificação de alterações no comportamento desta mesma população pela pandemia por SARS-CoV-2.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal observacional dos utentes que faltaram a uma consulta médica, inscritos na USF Topázio, em Eiras, Coimbra. Obtiveram-se dados de utentes de dois médicos da Unidade de Saúde Familiar, nos meses de janeiro a março de 2019 e de outubro a dezembro de 2021. Não foi possível recolher dados no intervalo de outubro a dezembro de 2020.

Os dados foram obtidos através do Gabinete de Serviços Informáticos da ARS Centro, após parecer positivo da Comissão de Ética da ARS Centro e da própria USF. Foram selecionados os utentes que faltaram a pelo menos uma consulta, num dos anos de estudo. Os dados foram obtidos em anonimato. Foram retirados os seguintes dados de cada um dos utentes – idade, sexo, tipo de família, índice de Graffar, número de patologias ativas, número de consultas marcadas por ano (nos anos em estudo) e número de faltas a consultas por ano (nos anos em estudo).

A análise de dados foi realizada com recurso ao programa SPSS, versão 26. Para a descrição das variáveis categóricas foram utilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%). Nas variáveis contínuas com distribuição simétrica foram utilizadas médias (M) e desvios padrão (DP) e nas variáveis contínuas com distribuição assimétrica foram utilizadas medianas (Mdn) e percentis (P25 e P75). A associação das variáveis categóricas foi avaliada com o teste qui-quadrado ou teste de Fisher. A associação das variáveis contínuas foi avaliada com o t-teste no caso das variáveis com distribuição normal e com o teste Mann-Whitney, caso contrário. O nível de significância considerado foi de 5%.

RESULTADOS

Neste estudo foram incluídos os dados de 206 doentes, 135 em 2019 e 71 em 2021.

Na Tabela 1 são apresentadas as associações das variáveis avaliadas com o género no ano 2019. Em 2019, a média das idades no sexo masculino foi de 45.42 anos (DP=22.91) e no sexo feminino de 43.01 anos (DP=18.35), sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0.500$). O tipo de família mais frequente foi o nuclear, tanto no sexo masculino ($n=32$, 68.1%) como no sexo feminino ($n=41$, 58.6%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na associação do tipo de família com o sexo ($p=0.175$). Quanto ao índice de Graffar, as categorias mais prevalentes foram a média, no sexo feminino ($n=38$, 54.3%) e a média alta no sexo masculino ($n=24$, 50.0%), sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0.300$).

O número mediano de patologias ativas foi de 8.0 (P25=5.0, P75=14.0) no sexo masculino e 7.0 (P25=4.3, P75=12.0) no sexo feminino, sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0.728$). O número mediano de consultas marcadas por ano foi igual no sexo masculino e feminino (Mdn=2.0, P25=1.0, P75=4.0), sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0.350$). O número de faltas/ano não se associou de forma significativa com o sexo ($p=0.350$); ter uma falta/ano foi o mais frequente no sexo masculino ($n=50$, 90.9%) e feminino ($n=66$, 82.5%). A iniciativa de marcação de consulta por parte do médico também não se associou de forma estatisticamente significativa ($p=0.759$) com o sexo masculino ($n=40$, 74.1%), em comparação com o sexo feminino ($n=38$, 67.9%).

Tabela 1. Associações com o género no ano 2019

	Masculino	Feminino	p-valor
Idade	45.42 (22.91)	43.01 (18.35)	$p=0.500$ (c)
Tipo família			$p=0.175$ (b)
Unitária	4 (8.5%)	1 (1.4%)	
Nuclear	32 (68.1%)	41 (58.6%)	
Alargada	7 (14.9%)	15 (21.4%)	
Reconstruída	1 (2.1%)	6 (8.6%)	
Monoparental	3 (6.4%)	7 (10.0%)	
Graffar			$p=0.300$ (a)
Baixa	-	-	
Média baixa	4 (8.3%)	7 (10.0%)	
Média	20 (41.7%)	38 (54.3%)	
Média alta	24 (50.0%)	25 (35.7%)	

	Masculino	Feminino	p-valor
Alta	-	-	
Nº patologias ativas	8.0 (5.0-14.0)	7.0 (4.3-12.0)	p=0.728 (d)
Nº consultas marcadas/ano	2.0 (1.0-4.0)	2.0 (1.0-4.0)	p=0.874 (d)
Nº faltas/ano			p=0.350 (b)
1	50 (90.9%)	66 (82.5%)	
2	4 (7.3%)	12 (15.0%)	
>2	1 (1.8%)	2 (2.5%)	
Iniciativa marcação consulta			p=0.759 (b)
Médico	40 (74.1%)	38 (67.9%)	
Utente	13 (24.1%)	17 (30.3%)	
Enfermeiro	1 (1.8%)	1 (1.8%)	

Resultados apresentados no formato n (%) para as variáveis categóricas, M (DP) para as variáveis contínuas com distribuição simétrica e Mdn (P25-P75) para as variáveis contínuas com distribuição assimétrica; associação das variáveis categóricas avaliada com (a) teste qui-quadrado ou (b) teste de Fisher; associação das variáveis contínuas avaliada com o (c) t-teste ou (d) teste Mann-Whitney

Na Tabela 2 apresentam-se as associações das variáveis avaliadas com o género no ano 2021. Em 2021, a média das idades no sexo masculino foi de 40.42 anos (DP=20.17) e no sexo feminino de 46.74 anos (DP=18.96), sem diferenças estatisticamente significativas (p=0.180). O tipo de família mais frequente foi o nuclear, no sexo masculino (n=19, 65.5%) e no sexo feminino (n=21, 60.0%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na associação do tipo de família com o sexo (p=0.624). Quanto ao índice de Graffar, as categorias mais prevalentes foram a média, tanto no sexo feminino (n=13, 59.1%) como no sexo masculino (n=12, 41.4%), sem diferenças estatisticamente significativas (p=0.434). O número mediano de patologias ativas foi de 6.0 (P25=3.0, P75=12.0) no sexo masculino e 6.5 (P25=3.0, P75=10.8) no sexo feminino, sem diferenças estatisticamente significativas (p=0.963).

O número mediano de consultas marcadas por ano foi igual no sexo masculino e feminino (Mdn=3.0, P25=2.0, P75=5.0), sem diferenças estatisticamente significativas (p=0.673). O número de faltas/ano não se associou de forma significativa com o sexo (p=0.292), com maior prevalência de uma falta em ambos os sexos, principalmente no sexo masculino (n=27, 87.1%). A iniciativa de marcação de consulta não se associou de forma significativa com o sexo (p=0.530); os médicos foram o grupo que mais iniciativa teve na marcação de consulta no sexo masculino (n=22, 71.0%) e feminino (n=31, 77.5%).

Tabela 2. Associações com o género no ano 2021

	Masculino	Feminino	p-valor
Idade	40.42 (20.17)	46.74 (18.96)	p=0.180 (c)
Tipo família			p=0.624 (b)
Unitária	5 (17.2%)	7 (20.0%)	
Nuclear	19 (65.5%)	21 (60.0%)	
Alargada	4 (13.8%)	3 (8.6%)	
Reconstruída	1 (3.4%)	1 (2.9%)	
Monoparental	0 (0.0%)	3 (8.6%)	
Graffar			p=0.434 (a)
Baixa	-	-	
Média baixa	3 (13.6%)	7 (24.1%)	
Média	13 (59.1%)	12 (41.4%)	
Média alta	6 (27.3%)	10 (34.5%)	
Alta	-	-	
Nº patologias ativas	6.0 (3.0-12.0)	6.5 (3.0-10.8)	p=0.963 (d)
Nº consultas marcadas/ano	3.0 (2.0-5.0)	3.0 (2.0-5.0)	p=0.673 (d)
Nº faltas/ano			p=0.292 (b)
1	27 (87.1%)	28 (70.0%)	
2	3 (9.7%)	9 (22.5%)	
>2	1 (3.2%)	3 (7.5%)	
Iniciativa marcação consulta			p=0.530 (a)
Médico	22 (71.0%)	31 (77.5%)	
Utente	9 (29.0%)	9 (22.5%)	
Enfermeiro	-	-	

Resultados apresentados no formato n (%) para as variáveis categóricas, M (DP) para as variáveis contínuas com distribuição simétrica e Mdn (P25-P75) para as variáveis contínuas com distribuição assimétrica; associação das variáveis categóricas avaliada com (a) teste qui-quadrado ou (b) teste de Fisher; associação das variáveis contínuas avaliada com o (c) t-teste ou (d) teste Mann-Whitney

De seguida são apresentados os resultados comparativos por ano, apresentando-se em primeiro lugar a idade, cuja média em 2019 era de 43.99 anos (DP=20.27) e em 2021 de M=43.98 (19.61), sem diferenças estatisticamente significativas (p=0.996) (Anexos).

A distribuição do sexo do sexo sugeriu resultados muito próximos nos anos 2019 e 2021 sem associação estatisticamente significativa (p=0.686). A prevalência do sexo masculino manteve-se mais baixa que a do sexo feminino nos dois anos (Anexos).

Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de família e o ano ($p=0.023$). A família unitária teve uma maior preponderância em 2021 ($n=12$, 18,8%), comparativamente com 2019 ($n=5$, 4,3%). A família nuclear foi o tipo de família mais prevalente nos dois anos, 2019 ($n=73$, 62,4%) e 2021 ($n=40$, 62,5%) (Figura 1).

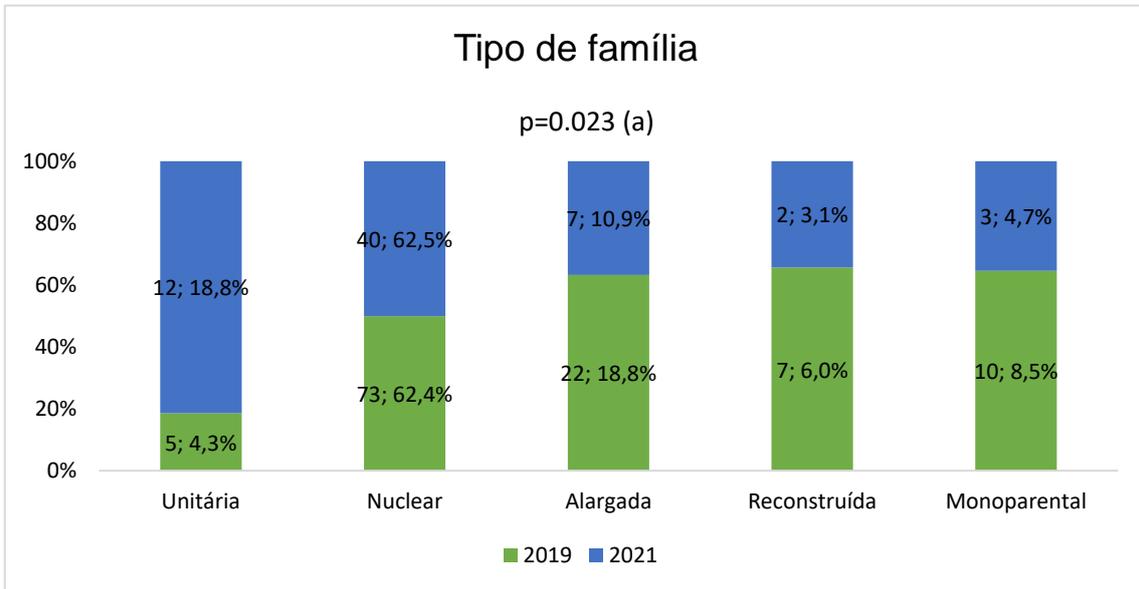


Figura 1. Distribuição do tipo de família por ano; (a) p-valor calculado com o teste de Fisher
 A pontuação do índice de Graffar não se associou com o ano ($p=0.131$), com prevalências equilibradas nas classes média baixa, média e média alta (Figura 2).

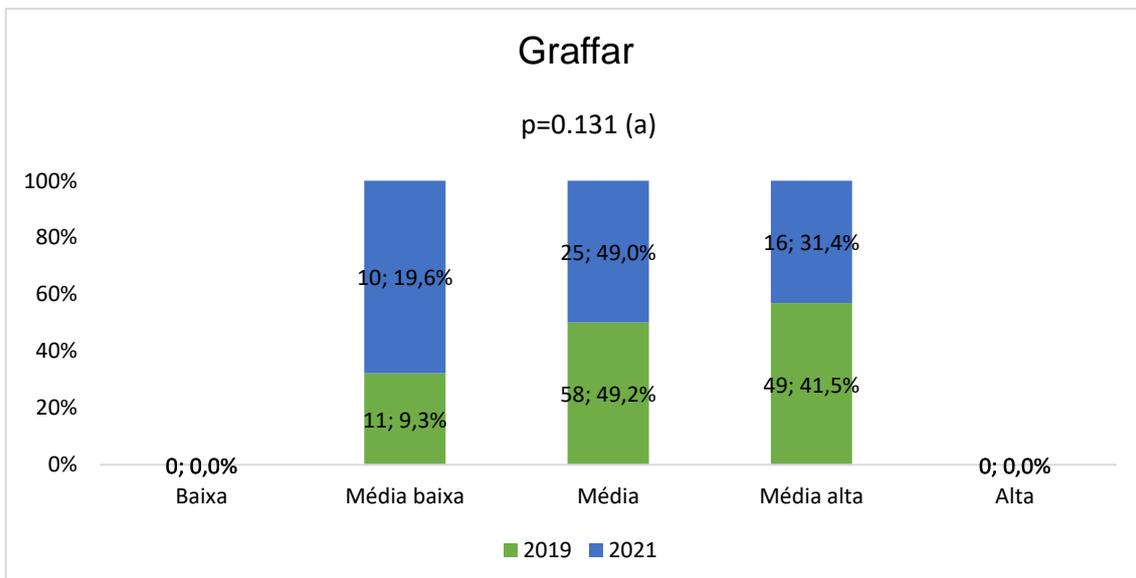


Figura 2. Distribuição do índice de Graffar por ano; (a) p-valor calculado com o teste qui-quadrado

O número de faltas por ano não se associou com os anos em avaliação ($p=0.212$). A proporção de faltas/ano foi de 85.9% ($n=166$) em 2019 e 77.5% ($n=55$) em 2021 (Figura 3).

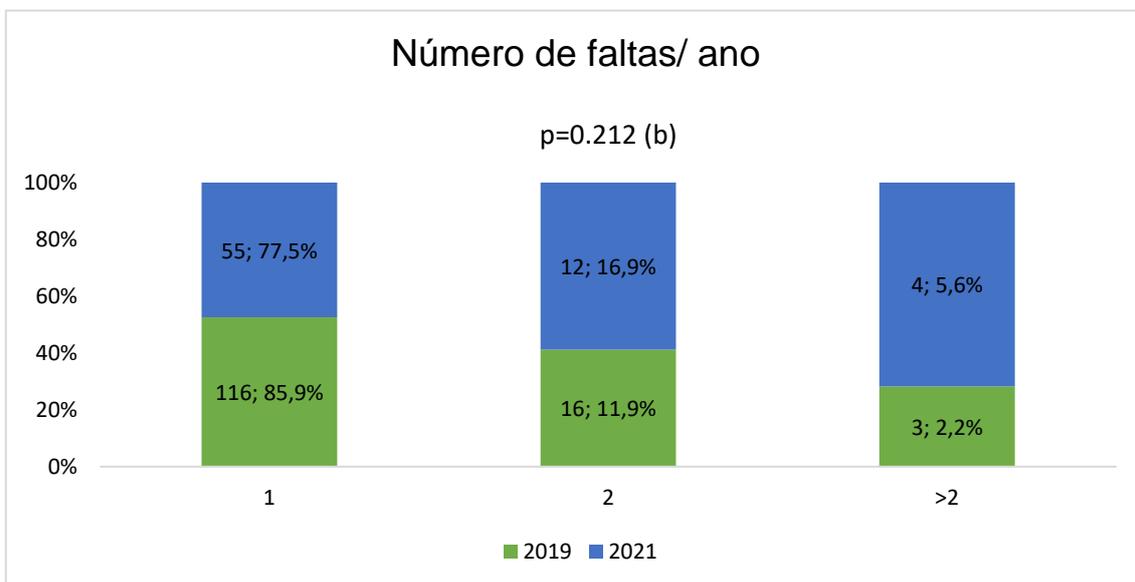


Figura 3. Distribuição do número de faltas por ano; (b) p-valor calculado com o teste de Fisher

A iniciativa de marcação de consulta não se associou com os anos avaliados ($p=0.657$), tendo-se registado um equilíbrio nas respostas do médico e utente em 2019 e 2021 (Anexos).

O número mediano de patologias ativas em 2019 foi de 7.0 (P25=5.0, P75=13.0) e em 2021 foi de 6.0 (P25=3.0, P75=11.0), sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos ($p=.100$) (Anexos).

O número mediano de consultas marcadas em 2019 foi de 2.0 (P25=1.0, P75=4.0) e em 2021 foi de 3.0 (P25=2.0, P75=5.0), com diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos ($p=0.006$), sugerindo mais consultas marcadas em 2021 (Figura 4).

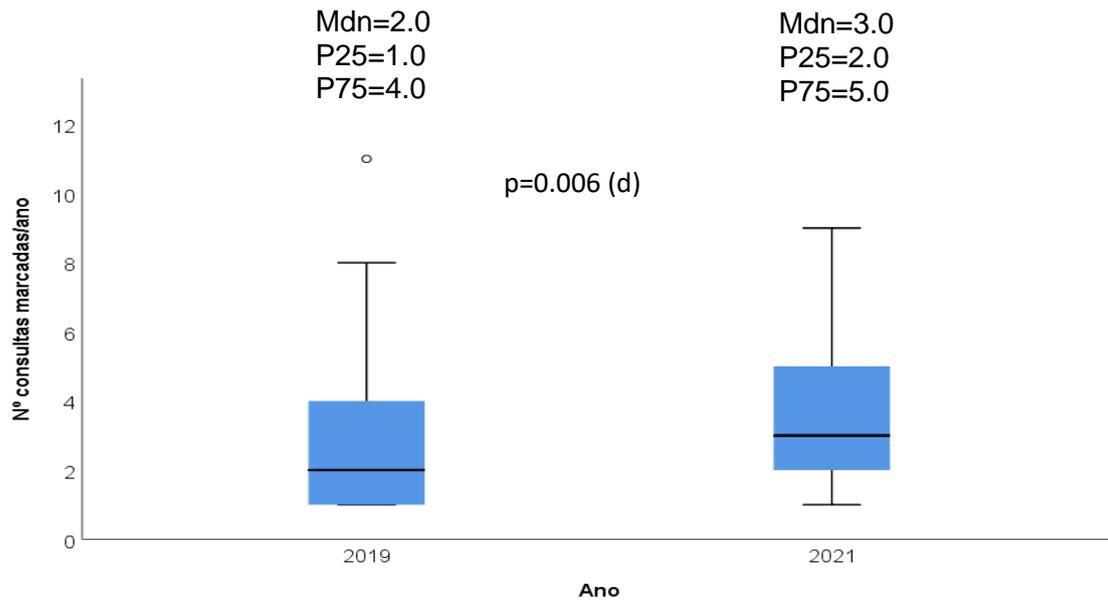


Figura 4. Diagrama de caixa e linha para a distribuição do número de consultas marcadas por ano; (d) p-valor calculado com o teste Mann-Whitney

DISCUSSÃO

Os resultados acima demonstram que houve 135 faltas a consultas em 2019 e 71 em 2021, diferença esta desprezada pela ausência de um dos médicos, por motivo de baixa médica, no mês de novembro de 2021, com consequente ausência de consultas efetuadas nesse mesmo período.

Relativamente à população absentista no ano de 2019, das 135 faltas registradas percebe-se que houve semelhança entre os dois sexos: utentes pertencentes a famílias nucleares (32 (68.1%) para o sexo masculino e 41 (58.6%) para o sexo feminino); entre índice de Graffar médio alto (24 (50.0%) para o sexo masculino e um índice de Graffar médio para o sexo feminino 38 (54.3%)); com uma falta dada no ano de 2019 (50 (90.9%)) para o sexo masculino e 66 (82.5%) para o sexo feminino); e com a maioria das faltas associadas a iniciativa de marcação de consulta pelo médico (40 (74.1%) no sexo masculino e 38 (67.9%) no sexo feminino). No entanto, não existe associação estatística significativa das variáveis em estudo com o sexo dos utentes.

A população absentista de 2019 define-se como pertencente, na sua maioria, a famílias nucleares, com índice de Graffar médio ou médio-alto, que faltam a uma consulta por ano, sendo esta consulta sobretudo de iniciativa médica.

Relativamente à população absentista no ano de 2021, das 71 faltas verificadas percebe-se que a população é semelhante à evidenciada em 2019: utentes pertencentes a famílias nucleares (19 (65.5%) para o sexo masculino e 21 (60.0%) para o sexo feminino); com índice de Graffar médio (13 (59.1%) para o sexo masculino e 12 (41.4%) para o sexo feminino); com uma falta dada no ano de 2021 (27 (87.1%) para o sexo masculino e 28 (70.0%) para o sexo feminino)); com a maioria das faltas associada a iniciativa de marcação de consulta pelo médico (22 (71.0%)) para o sexo masculino e 31 (77.5%) para o sexo feminino). Não existe associação estatisticamente significativa das variáveis em função do sexo dos utentes.

A população absentista de 2021 defini-se como pertencente, na sua maioria, a famílias nucleares, com índice de Graffar médio, que falta, na sua maioria, a uma consulta por ano, sendo esta de iniciativa médica.

Dadas as características sobreponíveis das populações dos dois anos em estudo, na USF Topázio percebemos que tal é diferente da verificada nalguns estudos que apontam para uma população de indivíduos vulneráveis em termos sociais. (6,22)

Quando estudadas as várias variáveis em função do ano de estudo, verifica-se não existir relação estatística significativa com a idade ($p= 0.996$), com o sexo ($p= 0.686$), com o índice de Graffar ($p= 0.131$), com o número de faltas por ano ($p= 0.212$), com a iniciativa de marcação da consulta ($p= 0.657$) e com o número de patologias

ativas ($p=0.100$) de cada um dos utentes. Em oposição às variáveis acima descritas, houve relação estatística significativa das variáveis “tipo de família” e “número de consultas marcadas por ano” em função do ano de análise ($p=0.023$ e $p=0.006$, respetivamente).

Estando caracterizada a população absentista, e com base nos resultados descritos acima relativo à comparação das variáveis em função do ano de estudo, podemos verificar que a população absentista se manteve com as mesmas características, havendo, no entanto, alterações no comportamento da mesma. Em 2021 faltaram mais utentes pertencentes a famílias unitárias, sendo que todos os restantes tipo de família faltaram menos em 2021 – famílias nucleares, famílias alargadas, famílias reconstruídas e famílias monoparentais. Adicionalmente, os utentes foram a mais consultas no ano de 2021 (mediana de 2.0 (P25 =1.0 e P75= 4.0) para 2019 e mediana de 3.0 (P25= 2.0 e P75= 5.0) para 2021).

Dadas as alterações no comportamento da população, estas vão ao encontro das conclusões retiradas de outros estudos, no qual afirmam alterações da perceção da saúde e na forma como encaram a mesma durante o contexto de pandemia.(19,20,23)

CONCLUSÃO

Tendo-se caracterizado a população absentista no contexto da USF Topázio Coimbra e identificado alterações no comportamento da mesma em contexto de pandemia, podemos inferir que estas alterações terão como base a instalação da pandemia por SARS-CoV-2 no início de 2020, que alterou a priorização e funcionamentos dos cuidados de saúde. Alterações que ocorreram nos cuidados de saúde primários, uma vez que, dado o contexto pandémico, a abordagem ao doente não-COVID, agudo ou crónico, foi afetada, reduzindo o número de consultas e alterando o formato para teleconsulta - algo novo para a generalidade da população. Com isto, pensa-se que os utentes procuraram mais ativamente promover a sua saúde, evidenciando-se o aumento no número de consultas por ano em doentes que habitualmente faltam a consultas.

Adicionalmente, e tendo em conta que a maior diminuição de faltas entre os dois anos de estudo foi nas famílias alargadas, onde os elementos do agregado familiar também incluem elementos em idades mais avançadas, demonstra-se o impacto da pandemia por SARS-CoV-2 como um determinante importante para a gestão da saúde e das consultas médicas nas famílias com elementos mais idosos, estando estes mais suscetíveis aos efeitos da infeção por SARS-CoV-2.(24)

Posto isto, é importante realçar que a caracterização desta população, que está inserida num contexto social, demográfico e económico particular, pode diferir de conclusões em estudos futuros que devem propor objetivos semelhantes aos deste. No entanto, não deixa de ser importante sugerir a realização de estudos desta natureza em diversas partes do país, em diferentes contextos, a fim de se poder, no futuro, identificar com mais clareza a população absentista portuguesa.

Tendo-se compreendido, em parte, do impacto de uma pandemia na conceção de saúde e nos seus comportamentos, mais estudos são necessários para corroborar as conclusões retiradas, assim como a obtenção de potencialmente outras. Acreditamos na importância deste estudo, e que servirá de alicerce para outros tantos que ajudarão na compreensão de um dos momentos mais desafiantes da Medicina moderna.

AGRADECIMENTOS

Quando penso nos agradecimentos que quero fazer, de todas as pessoas que me acompanharam nesta etapa, e que de certa forma culmina com esta etapa, as pessoas a quem mais gostaria de agradecer não se encontram connosco.

Agradeço à minha família, que sempre esteve presente e me acompanhou. Por isso, aos meus pais, ao meu irmão e aos meus padrinhos por todo o carinho e apoio nesta caminhada. Agradeço pela pessoa que sou e por tudo o que consegui concretizar.

Os amigos são a família que escolhemos, e também a eles devo um agradecimento especial. Agradeço à Flor, à Catarina, ao Gonçalo, ao José e à Mariana. Um agradecimento especial à Chiara que, apesar da distância, não é esta que demove amizades.

Um agradecimento de relevo aos meus orientadores pela ajuda prestada e por todo o apoio.

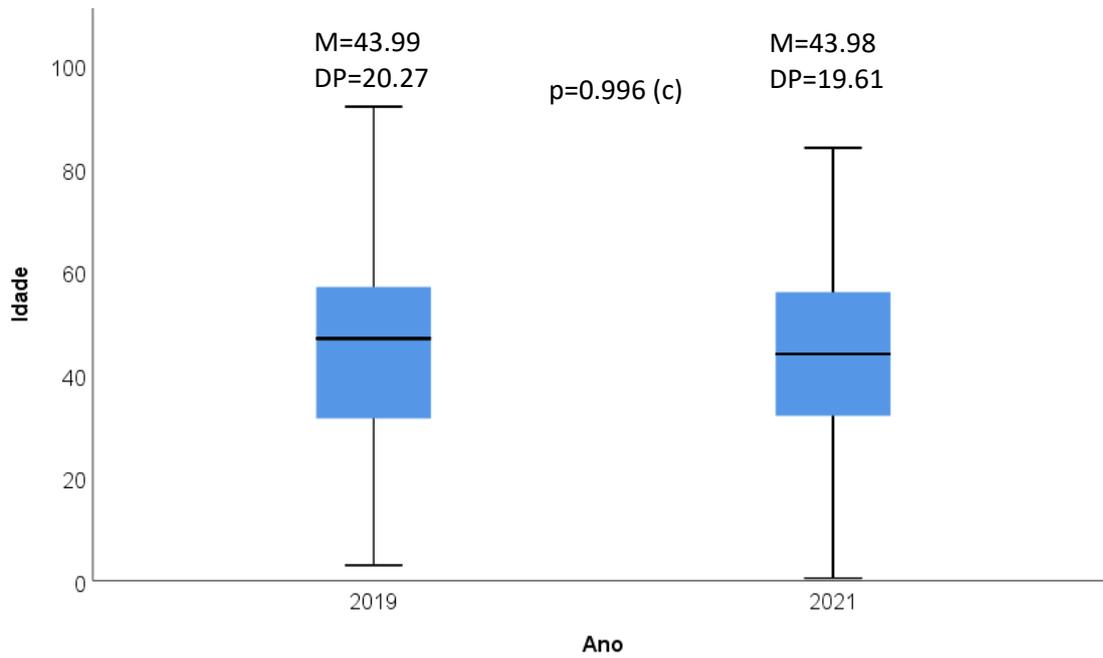
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fiori KP, Heller CG, Rehm CD, Parsons A, Flattau A, Braganza S, et al. Unmet Social Needs and No-Show Visits in Primary Care in a US Northeastern Urban Health System. 2018;110:242–50. Available from: <http://www.ajph.org>
2. Alawadhi A, Palin V, van Staa T. Prevalence and factors associated with missed hospital appointments: a retrospective review of multiple clinics at Royal Hospital, Sultanate of Oman. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11:46596. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046596>
3. Suk MY, Kim B, Lee SG, You CH, Kim TH, Jones RP. Evaluation of Patient No-Shows in a Tertiary Hospital: Focusing on Modes of Appointment-Making and Type of Appointment. *Public Health*. 2021;18:3288.
4. Bhavsar Id NA, Doerfler SM, Giczewska Id A, Alhanti B, Lutz A, Thigpen CA, et al. Prevalence and predictors of no-shows to physical therapy for musculoskeletal conditions. 2021; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251336>
5. Parsons J, Bryce C, Atherton H. Which patients miss appointments with general practice and why? A systematic review. 2021; Available from: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1017>
6. Fiori KP, Heller CG, Rehm CD, Parsons A, Flattau A, Braganza S, et al. Unmet Social Needs and No-Show Visits in Primary Care in a US Northeastern Urban Health System. 2018;110:242–50. Available from: <http://www.ajph.org>
7. Kheirkhah P, Feng Q, Travis LM, Tavakoli-Tabasi S, Sharafkhaneh A. Prevalence, predictors and economic consequences of no-shows. *BMC Health Services Research*. 2015;
8. Fotheringham J, Smith MT, Froissart M, Kronenberg F, Stenvinkel P, Floege J, et al. Hospitalization and mortality following non-attendance for hemodialysis according to dialysis day of the week: a European cohort study. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01874-x>
9. Claveau Marie Authier Isabel Rodrigues MPH CCFP FCFP Maxime Crevier-Tousignant J, Claveau Marie Authier Isabel Rodrigues MPH CCFP FCFP Maxime Crevier-Tousignant Résumé J. Patients' missed appointments in academic family practices in Quebec Rendez-vous manqués par des patients dans les groupes de médecine de famille universitaires au Québec. Vol. 66.
10. Cristina Paixão Dias Baptista S, Maria Casquel Monti Juliani C, Godoy Silva Lima S, Bassetto Martin L, Aline Batista da Silva K, Ramos Cirne M, et al. (No Title). Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0380>
11. Price ME, Done N, Pizer SD. The Relationship Between Follow-up Appointments and Access to Primary Care. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05785-3>
12. Gagliardi AR, Y Yip CY, Irish J, Wright FC, Rubin B, Ross H, et al. The psychological burden of waiting for procedures and patient-centred strategies that could support the mental

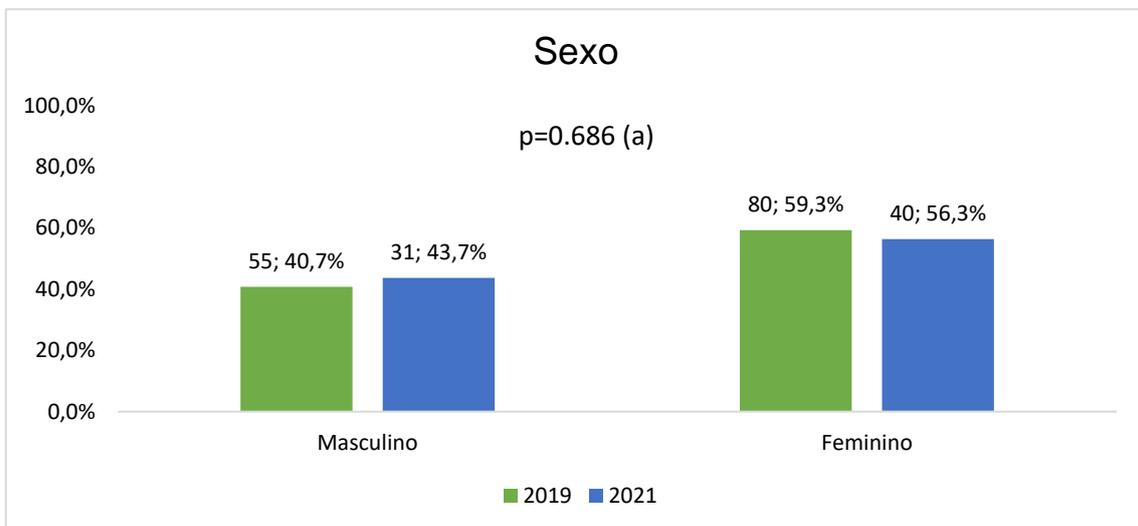
- health of wait-listed patients and caregivers during the COVID-19 pandemic: A scoping review. 2021;
13. Woodcock E, Nokes D, Bolton H, Bartholomew D, Johnson E, Shakarchi AF. The Influence of the Scheduling Horizon on New Patient Arrivals. *J Ambulatory Care Manage.* 43(3):221–9.
 14. Moreno R, Díez J-L, Diarte J-A, Macaya F, de la Torre Hernández J-M, Rodríguez-Leor O, et al. Consequences of canceling elective invasive cardiac procedures during Covid-19 outbreak. 2020;
 15. Pairawan SS, Olmedo Temich L, de Armas S, Folkerts A, Solomon N, Cora C, et al. Vibration reduction for structures: distributed schemes over directed graphs. *The American Surgeon.* 2019;2021(10):1651–5.
 16. Sutjiadi B, McRae J, Silva T, Selleck M, Reeves M, Garberoglio C, et al. Redistribution of Outpatient Oncologic Surgical Specialty Referrals During COVID-19. *The American Surgeon.* 2019;2021(10):1656–60.
 17. Anderson MS, Valbuena VSM, Brown CS, Waits SA, Sonnenday CJ, Englesbe M, et al. Association of COVID-19 With New Waiting List Registrations and Liver Transplantation for Alcoholic Hepatitis in the United States. *Research Letter | Gastroenterology and Hepatology [Internet].* Available from: <https://jamanetwork.com/>
 18. Ellen Stephenson PhD BOMDpJGPDABMMsNCMMsCJMMsSKMsCMMsKTMMs. Changes in family medicine visits across sociodemographic groups after the onset of the COVID-19 pandemic in Ontario: a retrospective cohort study. 2021; Available from: www.cmajopen.ca/content/9/2/
 19. Siow MY, Walker JT, Britt E, Kozy JP, Zanzucchi A, Girard PJ, et al. Clinical Research What Was the Change in Telehealth Usage and Proportion of No-show Visits for an Orthopaedic Trauma Clinic During the COVID-19 Pandemic? *Clin Orthop Relat Res.* 2020;478:2257–63.
 20. van Scoyid LJ, Snyder B, Millerid EL, Toyobo O, Grewal A, Ha G, et al. ‘Us-Versus-Them’: Othering in COVID-19 public health behavior compliance. 2022; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261726>
 21. Uimonen Id M, Kuitunen Id I, Paloneva J, Launonen AP, Ponkilainen V, Mattila VM. The impact of the COVID-19 pandemic on waiting times for elective surgery patients: A multicenter study. 2021; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253875.g001>
 22. Ngo CS, Piemeu B, Loignon C, Dionne É, Paré-Plante A-A, Haggerty J, et al. Expectations and needs of socially vulnerable patients for navigational support of primary health care services. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06811-8>
 23. Midão L, Almada M, Carrilho J, Sampaio R, Costa E. Pharmacological Adherence Behavior Changes during COVID-19 Outbreak in a Portugal Patient Cohort. 2022; Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031135>

24. Hunt C, Olcott F, Williams G, Chan T. Failing the frail: The need to broaden the COVID-19 case definition for geriatric patients. *Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London*. 2021 Nov 1;21(6):1–4.

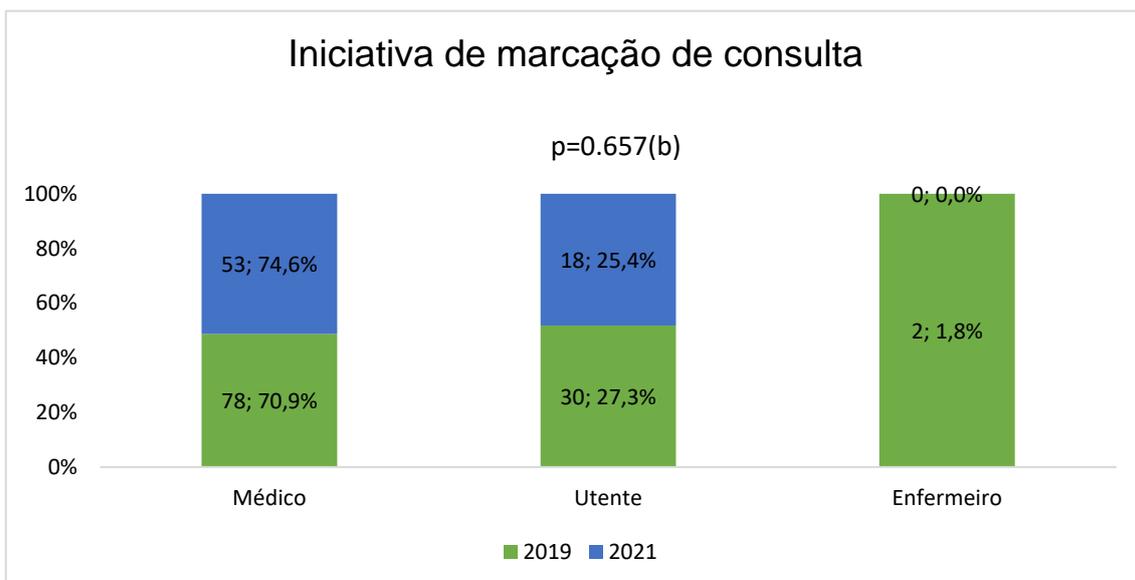
ANEXOS



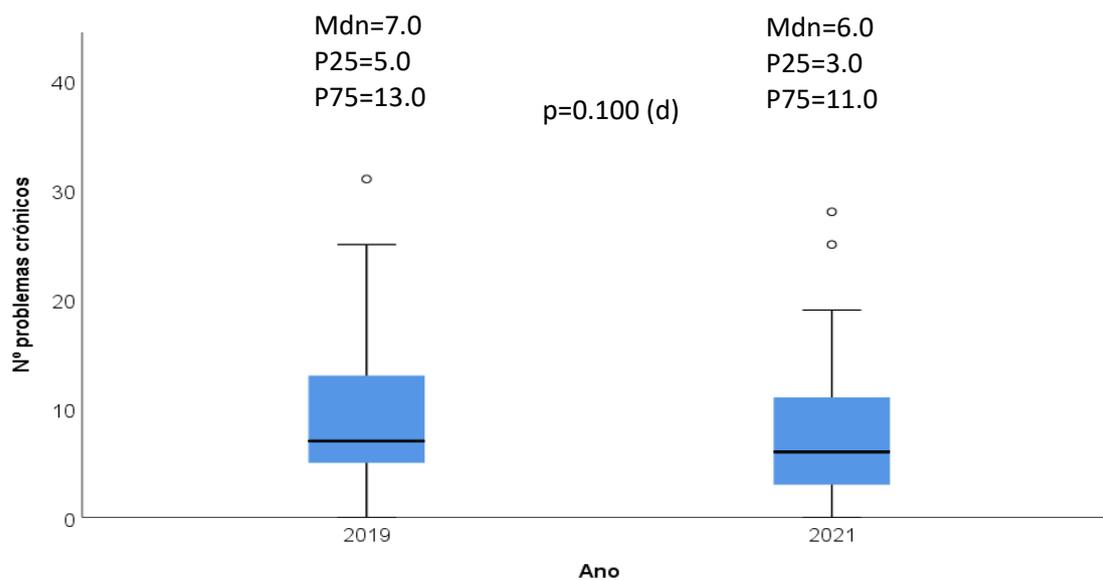
Anexo 1. Diagrama de caixa e linha para a distribuição da idade por ano; (c) p-valor calculado com o t-teste



Anexo 2. Distribuição do sexo por ano; (a) p-valor calculado com o teste qui-quadrado



Anexo 3. Distribuição da iniciativa de marcação da consulta por ano; (b) p-valor calculado com o teste de Fisher



Anexo 4. Diagrama de caixa e linha para a distribuição do número de problemas crónicos por ano; (d) p-valor calculado com o teste Mann-Whitney

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARER FINAL: FAVORÁVEL	DESPACHO: <i>Tomado conhecimento e homologado o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde.</i> <i>25.11.2024</i>
---	--

ASSUNTO: Parecer sobre o Projeto 91/2021 – “Motivos para o absentismo a consultas médicas e caracterização dos utentes”.

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.

[Assinatura]
Dr. Rosa Reis Marques
Presidente,

Este estudo é apresentado por Nuno Alexandre Vaz Vieira Dias, médico, e ~~tem~~ como coautores Maria Teresa Torres dos Reis, médica da USF Topázio e Luiz Miguel Santiago, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

O seu objetivo é caracterizar a população de utentes que falta a consultas médicas, incluindo as características sociodemográficas, número de problemas ativos, iniciativa de marcação de consulta, número total de consultas por ano e número de faltas por ano.

Para isso, solicitarão os dados de 2019 e 2020 ao Gabinete de Serviços Informáticos da ARSC que, obviamente lhes serão facultados de uma forma perfeitamente anónima.

Assim sendo, esta Comissão de Ética emitir o parecer favorável.

O Relator: Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

[Assinatura]

O Presidente da CES: Prof. Doutor Fontes Ribeiro

[Assinatura]

Anexo 5. Autorização por parte da Comissão de ética da ARS Centro.

