



Faltas à Consulta de Adolescentes: motivos e dimensão do problema

Sofia Ferreira¹, Sílvia Freira², Pedro Dias Ferreira², Helena Fonseca²

1. Serviço de Pediatria/Neonatologia, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira
2. Unidade de Medicina do Adolescente, Departamento da Criança e da Família, Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, Lisboa

Resumo

Introdução: As faltas às consultas representam um consumo acrescido de recursos humanos e económicos, constituindo uma limitação na prática ambulatoria, nomeadamente na área da adolescência. É fundamental perceber quais as causas modificáveis e tentar intervir.

Objectivos: Determinar a taxa de faltas à consulta de adolescentes durante um período de 30 meses. Identificar possíveis variáveis associadas às faltas; os motivos de falta. Propor medidas que permitam diminuir a taxa de faltas.

Metodologia: Estudo retrospectivo, de caso (faltosos) – controlo (não faltosos), com uma amostra da população da consulta de adolescentes de um hospital central, entre Janeiro/2008 e Junho/2010. Análise dos processos clínicos: características clínicas e sócio-demográficas. Inquérito telefónico em que se indagou o meio de transporte utilizado para o deslocamento ao hospital, e, no caso dos faltosos, o motivo da última falta.

Resultados: A taxa global de faltas foi 28,5%, verificando-se uma diminuição ao longo do período em estudo. Foram incluídos 131 adolescentes da consulta: 66 que nunca faltaram no período analisado, 65 que faltaram. O contacto telefónico foi possível em 77,3% e 81,5%, respectivamente. O grupo de faltosos apresentou maior taxa de depressão ($p<0,05$). A doença em familiares ($p<0,05$) foi mais frequente no grupo dos faltosos. O motivo mais frequente de falta foi a incompatibilidade com a actividade escolar (28,3%), seguido do esquecimento da consulta (17,0%). O grupo com duas ou mais faltas quando comparado com o grupo com uma falta, apresentava maior taxa de depressão.

Conclusão: A taxa de faltas observada é preocupante, embora dentro do espectro descrito na literatura. A depressão na adolescência e a doença em familiares parecem ser factores associados a um maior absentismo. Tendo em conta os motivos de falta mais frequentes, é necessário adoptar estratégias que permitam diminuir o esquecimento da consulta e possibilitem uma melhor articulação com as actividades escolares.

Palavras-chave: Adolescência; Serviços de Saúde para Adolescentes; Qualidade dos Cuidados de Saúde; Motivos de falta

Acta Pediatr Port 2011;42(6):258-63

Non-attendance at an Outpatient Adolescent Clinic: reasons and extent of the problem

Abstract

Introduction: Missed appointments represent a waste of human and economical resources, and a limitation in outpatient care, including adolescent health. It's important to understand what are the reasons behind.

Objectives: To determine the non-attendance rate in adolescent appointments in a 30 months period; identify possible variables related to missed appointments and non-attendance; propose strategies to reduce the non-attendance rate.

Methodology: Case (non-attenders) – control (attenders) retrospective study, using a sample of patients from the adolescent outpatient unit, between January 2008 and June 2010. Clinical files analysis: clinical and socio-demographic characteristics. Telephone interview inquiring about the transport means when coming to the hospital and, in the case of non-attenders, the reason for the last missed appointment.

Results: The global non-attendance rate was 28,5%, with a reduction over the study period. Of the 131 adolescents included, 66 were attenders, 65 non-attenders. The telephone interview was possible in 77,3% and 81,5%, respectively. Non-attenders showed a higher rate of depression ($p<0,05$). Illness in close family members was more frequent in the non-attenders group ($p<0,05$). The most frequent reason for non-attendance was incompatibility with school schedule (28,3%), followed by forgetting the appointment (17,0%). The group with \geq two vs one missed appointment, had a higher rate of depression ($p<0,05$).

Recebido: 21.02.2011

Aceite: 25.01.2012

Correspondência:

Sofia Ferreira
Serviço de Pediatria/Neonatologia
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga
Rua Dr. Cândido Pinho
4520-211 Santa Maria da Feira
sofiawe@gmail.com

Conclusion: The non-attendance rate observed is of concern, although not different from the values described in literature. Adolescent depression and illness in close family members were significantly associated with non-attendance. Considering the most frequent reasons for non-attendance it is crucial to adopt strategies that reduce forgetting medical appointments and that allow a better coordination with school.

Key-words: Adolescence; Adolescent Health Services; Quality of patient care; Non-attendance reasons

Acta Pediatr Port 2011;42(6):258-63

Introdução

As faltas às consultas constituem um problema que afecta todas as especialidades médicas. A taxa de faltas varia entre as especialidades e os diferentes estudos, no entanto, a Pediatria e a Psiquiatria parecem ser as mais afectadas, apresentando taxas mais elevadas, entre 31 a 40%¹⁻⁴. Os jovens adultos e os adolescentes, em particular, são um grupo de maior risco de absentismo às consultas^{1,5-6}. Em adolescentes os resultados variam entre 11,5% e 60% de faltas,^{1,5-10} o que constitui uma limitação importante à prática ambulatoria da Medicina da Adolescência.

As faltas às consultas representam um consumo acrescido de recursos humanos, estruturais (espaço físico) e económicos. Têm um impacto importante na qualidade assistencial, constituindo uma oportunidade perdida de diagnóstico, de prevenção e/ou tratamento. Alguns autores verificaram que a saúde dos doentes que faltam à consulta pode estar em risco, apesar da sua percepção de “bem estar”.³⁻⁴

O interesse crescente em instituir medidas de redução de custos, torna indispensável identificar e implementar medidas que optimizem a eficácia e eficiência dos Serviços de Saúde.

No que respeita a factores clínicos e sócio-demográficos associados a maiores taxas de absentismo, os resultados são muito variáveis. No entanto, segundo alguns autores, são factores associados a maior absentismo: deterioração da saúde mental,^{3,11} baixo nível socio-económico,^{3,12-13} longo período de tempo entre consultas,^{5,10,12-13} maior distância entre a residência e o centro clínico.¹⁴

O esquecimento da consulta é referido como um dos motivos mais frequentes de faltas tanto em crianças e adolescentes como em adultos.^{3,4,8,14-15} A implementação de métodos que relembrem a data da consulta no(s) dia(s) anterior(es) mostrou ser eficaz na redução da taxa de faltas,^{8,16-19} ao contrário do que sucede com estratégias punitivas como multas.¹

A determinação da taxa de faltas à consulta e identificação dos factores associados ao comportamento de absentismo tanto por parte dos pais como dos adolescentes, poderá ajudar a desenhar uma intervenção. Deste modo, a análise desta problemática considera-se essencial em qualquer Serviço que pretenda avaliar e melhorar a sua qualidade assistencial.

Os objectivos deste estudo foram: 1) determinar a taxa de faltas à consulta de adolescentes durante um período de 30 meses; 2) identificar possíveis variáveis associadas às faltas e os motivos de falta; 3) propor medidas que permitam diminuir a taxa de faltas.

Metodologia

Foi realizado um estudo de caso (faltosos) – controlo (não-faltosos), retrospectivo, referente a um período de 30 meses, entre Janeiro de 2008 e Julho de 2010, utilizando-se uma amostra da população da consulta de adolescentes de um hospital central. A consulta de adolescentes está organizada em diferentes áreas: Adolescentes, Ginecologia e Psicologia.

A amostra de casos e controlos foi seleccionada por aleatorização simples a partir da listagem informática do número total de adolescentes da consulta e da listagem de faltosos no referido período, sendo incluídos adolescentes das diferentes áreas da consulta.

Foi efectuada a análise dos processos clínicos, recolhendo dados relativos a características clínicas e sócio-demográficas: idade, sexo, distância da residência ao hospital, antecedentes familiares (tipo de família, escolaridade dos pais/tutores, desemprego, doença orgânica crónica, depressão), motivo de seguimento, ano de escolaridade, tipo de ensino, nº de reprovações, actividades extra-curriculares, diagnóstico clínico de depressão, ideação suicida, hábitos de consumo de álcool e drogas.

Foi realizado um inquérito telefónico visando a identificação do meio de transporte utilizado para o deslocamento ao hospital. Realizaram-se pelo menos três chamadas em dias e horários diferentes, no caso de não se conseguir estabelecer o contacto. No grupo de faltosos, foi ainda questionado o motivo da última falta, através de uma pergunta aberta. As respostas foram agrupadas em categorias: incompatibilidade com as actividades escolares (testes/impossibilidade de faltar à escola), esquecimento da consulta, doença aguda, problemas familiares e abandono/recusa em ir à consulta.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2007® e SPSS versão 15.0® (Statistical Package for the Social Science, Chicago, IL, EUA). Foram aplicados os testes t-student, qui-quadrado e teste exacto de Fisher. Valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos, considerando um intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Durante o período analisado foram marcadas 6290 consultas, das quais 4495 foram realizadas, resultando uma taxa de faltas de 28,5%.

Comparando o período entre Janeiro e Junho nos 3 anos, observa-se uma redução das faltas: 30,5% em 2008, 26,8% em 2009, 24,4% em 2010.

Inicialmente foi seleccionada uma amostra de 140 adolescentes da consulta (70 casos e 70 controlos). Destes, 9 foram excluídos por impossibilidade de consulta do processo clínico. Assim, foram incluídos no estudo 131 adolescentes (idade média 14,7 ± 2,3 anos; 60,3% de sexo feminino): 66 controlos (nunca faltaram à consulta no período analisado) e 65 casos (faltaram pelo menos uma vez).

Os faltosos apresentaram uma maior taxa de depressão (30,5 vs 14,3%, p<0,05), e menor frequência de actividades extracurriculares (41,3 vs 51,6%, NS), maior percentagem de alunos do ensino profissional e menor do ensino especial (p<0,05) (Qua-

dro I). No grupo dos que faltaram verificou-se uma maior taxa de doença em familiares próximos (53,3 vs 31,3%, $p<0,05$), nomeadamente depressão (18,3 vs 7,8%, NS) e doença orgânica crónica (38,3 vs 29,7%, NS). Relativamente ao motivo de seguimento não se observaram diferenças estatisticamente significativas, embora os que faltaram apresentassem uma maior proporção de seguimento por patologia orgânica (47,7 vs 33,3%) e menor proporção de patologia ginecológica (6,2 vs 15,2%) (Quadro I).

Não houve diferenças significativas relativamente às restantes variáveis analisadas (Quadro I).

O contacto telefónico não foi possível em 22,7% dos controlos e 18,5% dos casos, por não atenderem o telefone, terem o telefone desligado ou o número incluído na ficha clínica ser inválido.

Quando questionados acerca do motivo da última falta, 26,4% referiu não se lembrar da razão, 28,3% apontou a incompatibilidade com a escola, 17% o esquecimento da consulta, e os restantes doença aguda, problemas familiares ou abandono/recusa em ir à consulta por se sentirem melhor ou por considerarem inútil (Figura).

Quadro I - Características sócio-demográficas e clínicas dos adolescentes não faltosos e faltosos.

Parâmetros*	Não Faltosos (n=66)	Faltosos (n=65)	P
Sexo:			
Masculino	29 (43,9)	23 (35,4)	0,317
Feminino	37 (56,1)	42 (64,6)	
Idade (anos):	14,67 ± 2,49	14,86 ± 2,19	0,636
10-13	24 (36,4)	17 (26,2)	0,299
14-16	25 (37,9)	33 (50,8)	
≥ 17	17 (25,8)	16 (23,1)	
Tipo de ensino: ^a			
Regular	44 (67,7)	49 (73)	0,039
Especial	12 (18,5)	3 (4,8)	
Profissional	9 (13,8)	14 (22,2)	
Ano de escolaridade ^b	8,16 ± 2,39	8,40 ± 2,01	0,569
Reprovações prévias ^c	34 (55,7)	35 (55,6)	0,984
Nº de reprovações ^c	1,04 ± 1,19	0,95 ± 1,15	0,691
Actividades extracurriculares ^d	33 (51,6)	26 (41,3)	0,245
Depressão ^e	8 (14,3)	18 (30,5)	0,038
Ideação suicida ^f	3 (5,3)	1 (1,8)	0,618
Hábitos de consumo ^g	7 (12,5)	3 (5,8)	0,324
Motivo de seguimento			
Patologia orgânica	22 (33,3)	31 (47,7)	0,114
Patologia ginecológica	10 (15,2)	4 (6,2)	
Psicopatologia	34 (51,5)	30 (46,2)	
Distância média ao hospital (km)	23,5±38,1	21,2±33,9	0,709
Meio de transporte ^h			
Automóvel	21 (41,2)	20 (37)	0,664
Transp. Públicos	30 (58,8)	34 (63)	
Família não nuclear ⁱ	29 (44,6)	34 (53,1)	0,334
Escolaridade da mãe ^j			
Ensino básico completo/incompleto	35 (67,3)	34 (68)	0,868
Ensino secundário	8 (15,4)	9 (18)	
Ensino superior	9 (17,3)	7 (14)	
Escolaridade do pai ^k			
Ensino básico completo/incompleto	33 (75)	29 (60,4)	0,298
Ensino secundário	6 (13,6)	12 (25)	
Ensino superior	5 (11,4)	17 (46,6)	
Desemprego ^l	13 (22,4)	15 (26,8)	0,588
Familiares doentes ^c	20 (31,3)	32 (53,3)	0,013
Depressão em familiar ^c	5 (7,8)	11 (18,3)	0,081
Doença crónica em familiar ^c	19 (29,7)	23 (38,3)	0,309
Contacto telefónico	51 (77,3)	53 (81,5)	0,546

*Valores expressos em n (%) ou média ± DP. Valores de $p<0,05$ a negrito.

^a!n: número de dados omissos (a=3, b=12, c=7, d=4, e=16, f=18, g=23, h=26, i=2, j=29, k=39, l=17)

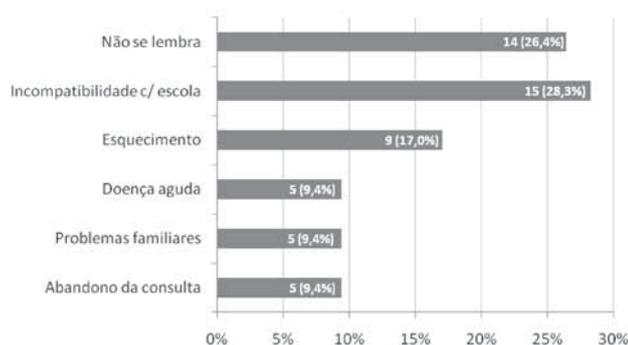


Figura – Motivos para as faltas à Consulta de Adolescentes

Dentro do grupo de faltosos, o número médio de faltas foi $1,86 \pm 1,6$. Comparando aqueles que faltaram apenas uma vez ($n = 42$) com aqueles que faltaram duas ou mais vezes ($n = 23$), nos últimos observa-se uma taxa de depressão mais elevada (57,1 vs 36,6%, $p < 0,05$), e maior proporção de doentes seguidos por psicopatologia (NS) (Quadro II). Não se verificaram diferenças significativas relativamente às restantes variáveis analisadas (Quadro II).

Discussão

A taxa global de faltas (28,5%) foi demasiado elevada e preocupante. Não obstante, enquadra-se no largo espectro

Quadro II - Características sócio-demográficas e clínicas dos adolescentes consoante o número de faltas.

Parâmetros*	1 falta	≥ 2 faltas	P
Sexo:			
Masculino	13 (31)	10 (43,5)	0,313
Feminino	29 (69)	13 (56,5)	
Idade (anos):	$14,98 \pm 2,26$	$14,65 \pm 2,08$	
10-13	10 (23,8)	7 (30,4)	0,564
14-16	22 (52,4)	11 (47,8)	0,845
≥ 17	10 (23,8)	5 (21,7)	
Tipo de ensino: ^a			
Regular	28 (70)	18 (78,3)	0,261
Especial	1 (2,5)	2 (8,7)	
Profissional	11 (27,5)	3 (13)	
Ano de escolaridade ^a	$8,57 \pm 1,89$	$8,10 \pm 2,23$	0,396
Reprovações prévias ^a	21 (52,5)	14 (60,9)	0,520
Nº de reprovações ^a	$0,78 \pm 0,95$	$1,24 \pm 1,41$	0,149
Actividades extracurriculares ^a	15 (36,6)	11 (50)	0,303
Depressão ^b	6 (36,6)	12 (57,1)	0,002
Motivo de seguimento			
Patologia orgânica	24 (57,1)	7 (30,4)	0,074
Patologia ginecológica	3 (7,1)	1 (4,3)	
Psicopatologia	15 (35,7)	15 (65,2)	
Hábitos de consumo ^c	7 (6,3)	1 (5)	1,000
Distância média ao hospital (km) ± DP	$26,24 \pm 39,66$	$12,22 \pm 17,67$	0,114
Meio de transporte ^d			
Automóvel	15 (44,1)	5 (25)	0,244
Transp. Públicos	19 (55,9)	15 (75)	
Família não nuclear ^e	19 (46,3)	15 (65,2)	0,147
Escolaridade da mãe ^f			
Ensino básico completo/incompleto	22 (66,7)	12 (70,6)	0,942
Ensino secundário	6 (18,2)	3 (17,6)	
Ensino superior	5 (15,2)	2 (11,8)	
Escolaridade do pai ^g			
Ensino básico completo/incompleto	18 (58,1)	11 (64,7)	0,884
Ensino secundário	8 (25,8)	4 (23,5)	
Ensino superior	5 (16,1)	2 (11,8)	
Desemprego ^h	8 (22,4)	7 (33,3)	0,391
Familiares doentes ⁱ	20 (51,3)	12 (57,1)	0,664
Depressão em familiar ⁱ	7 (17,9)	4 (19)	1,000
Doença crónica em familiar ⁱ	14 (38,5)	8 (38,1)	0,978
Contacto telefónico	33 (78,6)	20 (87)	0,316

*Valores expressos em n (%) ou média ± DP. Valores de $p < 0,05$ a negrito.

^{a-i}n: número de dados omissos (a=2, b=6, c=13, d=11, e=1, f=19, g=21, h=9, i=5)

encontrado na literatura.^{1,5-10} De qualquer forma um valor tão elevado reflecte-se na qualidade assistencial, e num desperdício de recursos humanos, estruturais e económicos.

Sabendo que o motivo mais frequente de falta à consulta foi a incompatibilidade com a escola e que em 2008 foi implementado um regime de faltas escolares mais rigoroso (Estatuto do Aluno: *in Diário da República, Lei nº3/2008 de 18 de Janeiro*), seria de esperar um aumento das faltas ao longo do período em estudo. Mas, ao contrário, observou-se uma diminuição relevante (30,5% em 2008 para 24,4% em igual período de 2010). Este facto poderá eventualmente estar relacionado com uma maior consciencialização dos doentes para a importância da comparência às consultas.

Na amostra em análise, a presença de depressão nos adolescentes e a doença em familiares foram factores associados ao absentismo. Outros estudos mostraram igualmente uma associação entre faltas à consulta e problemas de saúde mental.^{3,11}

O ensino profissional pareceu estar associado a um maior absentismo, provavelmente pelo regime de faltas escolares e horários mais longos.

Considerando a escolaridade dos pais como um indicador indirecto do nível socioeconómico, ao contrário do observado por outros autores,^{3,10,12-13} não se verificaram diferenças relativamente ao nível sócio-económico.

No presente estudo, a menor frequência de actividades extra-curriculares por parte do adolescente e a presença de doença orgânica crónica nos antecedentes familiares revelaram-se factores que apontam para um maior absentismo, embora sem resultados estatisticamente significativos.

Não houve diferenças significativas entre faltosos e não faltosos relativamente às restantes variáveis sócio-demográficas analisadas. Estudos prévios mostram resultados inconsistentes. Os rapazes parecem faltar mais às consultas,^{2,13} embora os estudos apresentem resultados discordantes.^{11,14} Tem sido ainda descrita uma associação entre absentismo e idade inferior a 15 anos,² meio de transporte público e maior distância ao centro clínico.¹⁴ Na amostra estudada o meio de transporte e a distância da residência ao hospital foi semelhante entre os grupos.

A maioria dos faltosos (65%) faltou apenas uma vez. Na comparação das características dos que faltaram uma vs duas ou mais vezes, possivelmente os números foram demasiado pequenos para obter resultados significativos, tendo-se encontrado significância apenas em relação à depressão, com os que faltaram duas ou mais vezes revelando-se mais deprimidos que os que faltaram uma única vez.

Analisando os motivos de seguimento, a patologia orgânica pode estar associada ao comportamento de absentismo, e a psicopatologia a maior número de faltas dentro do grupo dos faltosos. Outros autores referem uma menor taxa de faltas em adolescentes seguidos por perturbação do comportamento alimentar ou psicopatologia.⁵

Os motivos de falta referidos foram semelhantes aos encontrados por outros autores, incompatibilidade com os horários escolares,¹⁰ seguimento do esquecimento da consulta,^{3,4,8,14-15}

recusa/abandono da consulta por considerar inútil ou “se sentir bem”,^{3,4,6,10,15} doença aguda e problemas familiares.^{4,14} O elevado número de pais/adolescentes que referiram não se lembrar do motivo da última falta pode justificar-se pelo facto de a última falta ter ocorrido há muito tempo.

Algumas **limitações** deste estudo merecem ser referidas. Não foram estudadas eventuais diferenças na taxa de faltas em função da origem da referência (serviço de urgência, médico de família, outra especialidade), primeiras consultas e subseqüentes, período da manhã e tarde, dias da semana, intervalo entre marcações. Não foi avaliada a satisfação dos adolescentes com o funcionamento da consulta externa, intervalo entre marcações e relação com o profissional de saúde.

Um dos objectivos deste estudo foi apresentar **sugestões** para melhorar a taxa de adesão à consulta. Ao agendar a consulta, o profissional de saúde deve ter em conta o horário escolar, épocas de exames/testes e o regime de faltas escolares. Pode ser necessária a ligação com a escola, nomeadamente em doentes crónicos, com necessidade de consultas frequentes. Ao fazer uma marcação para o período de férias deve alertar-se o adolescente para este facto e consciencializá-lo para a importância da consulta e as consequências negativas do absentismo.

Deve dar-se atenção privilegiada aos adolescentes que faltaram a mais do que uma consulta, aos adolescentes com depressão ou com familiares doentes.

Atendendo ao facto de o esquecimento ser o segundo motivo de faltas mais referido, propõe-se a implementação de um sistema que permita relembrar a consulta, com dois a quatro dias de antecedência, por telefonema ou por mensagem escrita. A mensagem escrita teria a vantagem de poder ser enviada automaticamente através de um programa informático.¹⁹

É fundamental a continuação desta análise com um estudo prospectivo, colmatando as falhas deste primeiro estudo e avaliando a eficácia de eventuais medidas adoptadas.

Referências

1. Chariatte V, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JS. Missed appointments in an outpatient clinic: descriptive analyses of consultations over eight years. *Swiss Med Wkly* 2007;137:677-81.
2. Rust CT, Gallups NH, Clark WS, Jones DS, Wilcox WD. Patient Appointment Failures in Pediatric Resident Continuity Clinics. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:693-5.
3. Killapsy H, Banerjee S, King M, Lloyd M. Prospective controlled study of psychiatric out-patients non-attendance: Characteristics and outcome. *Br J Psychiatry* 2000;176:160-5.
4. Andrews R, Morgan JD, Addy DP, McNeish AS. Understanding non-attendance in outpatient paediatric clinics. *Arch Dis Child* 1990;65:192-5.
5. Chariatte V, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JS. Missed Appointments in an Outpatient Clinic for Adolescents, an approach to predict the risk of missing. *J Adolesc Health* 2008;43:38-45.
6. Waller J, Hodgkin P. Defaulters in general practice: who are they and what can be done about them? *Family Practice* 2000;17:252-3.

7. Neinstein LS. Lowering broken appointment rates at a teenage health center. *J Adolesc Health Care* 1982;3:110-3.
8. O'Brien G, Lazebnik R. Telephone call reminders and attendance in an adolescent clinic. *Pediatrics* 1998;101(6):E6.
9. Potter R, Darwish A. Predicting attendance at child and adolescent clinics. *Psychiatric Bulletin* 1996;20:717-8
10. Irwin CEJ, Millstein SG, Ellen JM. Appointment-keeping behavior in adolescents: factors associated with follow-up appointment-keeping. *Pediatrics* 1993;92:20-3.
11. Trautman PD, Stewart N, Morishima A. Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 1993;32:89-94.
12. Hamilton W, Round A, Sharp D. Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with non-attendance: a cohort study. *Br J Gen Pract* 2002;52:317-9.
13. Cohen AD, Vardy DA. Non-attendance in Adult Dermatological Patients. *Acta Derma Veneorol* 2006;86:377-8.
14. Morera-Guitart J, Mas-Server MA, Más-Sesé G. Análisis de los pacientes no presentados a la consulta de neurología de la Marina Alta. *Rev Neurol* 2002;34:701-5.
15. Murdock A, Rodgers C, Lindsay H, Yham TC. Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *J R Soc Med* 2002;95:284-6.
16. Sawyer SM, Zalan A, Bond LM. Telephone reminders improve adolescent clinic: a randomized controlled trial. *J Paediatr Child Health* 2002; 38:79-83.
17. Jayaram M, Rattehalli RD, Kader I. Prompt letters to reduce non-attendance: applying evidence based practice; *BMC Psychiatry* 2008;8:90-5. Acessível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/90>.
18. Hogan AM, Mc Cormack O, Traynor O, Winter DC. Potential impact of text messages reminders on non-attendance at outpatient clinics. *Ir J Med Sci* 2008;177:355-8.
19. Dini EF, Linkins RW, Chaney M. Effectiveness of Computer-Generated Telephone Messages in Increasing Clinic Visits. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:902-5.