INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Absentismo a Consultas Médicas na Clínica FaceArt: Diagnóstico, Causas, Consequências e Propostas de Melhoria

Carolina Anselmo de Castro Assunção Ferreira Marinho Luís

Mestrado de Gestão de Empresas

Orientadora:
Professora Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Absentismo a Consultas Médicas na Clínica FaceArt: Diagnóstico, Causas, Consequências e Propostas de Melhoria

Carolina Anselmo de Castro Assunção Ferreira Marinho Luís

Mestrado de Gestão de Empresas

Orientadora:
Professora Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025

Agradecimentos

Chegar até aqui foi um esforço coletivo e não o fiz sozinha. Agradeço, do fundo do coração, a todas as pessoas que tornaram possível a conclusão desta tese.

À minha tutora, a Professora Sofia Portela, pela disponibilidade constante, pela compreensão nos momentos mais difíceis, pelo conhecimento partilhado e pelo apoio seguro ao longo de todo o processo. A sua orientação exigente mas sempre humana foi determinante para que este trabalho ganhasse rigor e sentido.

À equipa da clínica Faceart, que se disponibilizou a colaborar e se envolveu com generosidade nas tarefas necessárias: muito obrigado pelo tempo, abertura e ajuda na implementação e recolha de dados. O vosso profissionalismo e interesse fizeram uma enorme diferença. Estendo ainda o meu agradecimento aos doentes da Faceart, na sua generalidade extremamente simpáticos, que se disponibilizaram prontamente a responder aos questionários do estudo.

À minha família, nomeadamente aos meus pais, que patrocinaram este percurso e confiaram em mim desde o primeiro dia. O vosso apoio prático e o vosso incentivo incondicional foram pilares sem os quais isto não teria sido possível. Ao meu marido, pelo suporte diário, pelos conhecimentos de gestão e Excel que tanto me ajudaram a estruturar e analisar os dados, e sobretudo pela paciência e carinho nos dias em que a energia faltou. O teu suporte prático e emocional manteve-me firme. Ao nosso bebé por nascer — que já me deu força, motivação e um motivo extra para concluir este capítulo da minha vida.

Aos meus colegas da pós-graduação GSS por todo o apoio e força para seguir em frente e terminar este trabalho, mesmo quando parecia impossível conciliar tudo.

A todos, o meu reconhecimento e gratidão profunda.

Resumo

O absentismo em consultas médicas constitui um problema de relevância crescente em saúde, pela sua repercussão na acessibilidade, na eficiência dos serviços e na sustentabilidade financeira das instituições. Trata-se de um fenómeno que gera desperdício de tempo e recursos, com particular impacto em contextos privados, onde compromete a produtividade e a satisfação de doentes e profissionais.

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o absentismo em consultas programadas numa clínica privada de medicina dentária e otorrinolaringologia, de modo a fundamentar propostas de intervenção orientadas para a sua redução.

Para tal, procedeu-se a uma análise quantitativa da base de dados da clínica (44065 registos entre janeiro de 2022 e setembro de 2025), complementada com um inquérito aplicado a 25 utentes e entrevistas semiestruturadas aos profissionais da clínica. Aplicaram-se testes estatísticos (Qui-Quadrado e ANOVA) para explorar associações entre o tipo de consulta (efetuada, desmarcada ou falta) e variáveis sociodemográficas e comportamentais.

Doentes mais jovens, com menor antiguidade na clínica e intervalos mais longos desde a última consulta apresentaram maior probabilidade de faltar. Verificou-se maior absentismo em consultas de curta duração, realizadas no período da tarde e em determinadas subespecialidades (higiene oral, endodontia). Profissionais e utentes identificaram esquecimentos e imprevistos como principais causas, embora considerassem globalmente eficaz o sistema de lembretes implementado.

Com base nos dados obtidos e na literatura existente, propõem-se intervenções que aliem estratégias de fidelização e reforço da relação médico-doente a medidas operacionais, designadamente personalização de lembretes, redução do tempo de espera entre consultas e utilização seletiva de *overbooking*.

Palavras-chave: Absentismo, Faltas, Desmarcações, Cuidados de Saúde, Consultas Programadas, Clínicas Particulares

JEL Classification: I10, I12

Abstract

Absenteeism from medical appointments is a growing concern in healthcare, due to its impact on accessibility, service efficiency and the financial sustainability of institutions. It leads to wasted time and resources, with particular relevance in private settings, where it compromises both productivity and the satisfaction of patients and professionals.

This study aimed to characterize absenteeism in scheduled appointments at a private clinic specializing in dentistry and otorhinolaryngology with the purpose of supporting targeted interventions to reduce missed consultations.

A quantitative analysis of the database of the clinic was conducted (44065 records from January 2022 to September 2025), complemented by a survey of 25 patients and semi-structured interviews with clinical staff. Chi-Square and ANOVA tests were applied to examine associations between appointment outcomes (completed, cancelled, or missed) and sociodemographic or behavioral variables.

Findings indicate higher absenteeism among younger patients, those with shorter clinical history, and those with longer intervals since the last visit. Higher absenteeism rates were also observed in short consultations, afternoon appointments and certain subspecialties (oral hygiene, endodontics). Both patients and professionals identified forgetfulness and unforeseen events as the main reasons, although the reminder system in place was generally considered effective.

Drawing on these results and on existing evidence, interventions are proposed that combine patient engagement strategies and reinforcement of the physician–patient relationship with operational measures such as personalized reminders, shorter intervals between scheduled visits and selective overbooking.

Keywords: Absenteeism, No-shows, Healthcare, Scheduled Appointments, Private Clinic
JEL Classification: I10, I12

Índice

AGRADECIMENTOS ..... **I**

RESUMO ..... **III**

ÍNDICE ..... **VII**

ÍNDICE DE TABELAS ..... **IX**

ÍNDICE DE GRÁFICOS ..... **XI**

1. INTRODUÇÃO **1**

2. REVISÃO DE LITERATURA **3**

2.1. Conceito de não comparência *(no-show)* 3

2.2. Prevalência da não comparência 3

2.3. Causas da não comparência 4

2.3.1 Fatores relacionadas com os pacientes 4

2.3.2 Fatores relacionados com as entidades prestadoras de cuidados 7

2.3.3 Outros fatores 9

2.4 Consequências da não comparência 10

2.4.1 Para a clínica 10

2.4.2 Para os doentes 10

2.5. Estratégias para mitigar a não comparência 11

3. METODOLOGIA **15**

3.1. Contexto e objetivo do estudo 15

3.2. Base de dados 16

3.3. Questionários aos pacientes 17

3.4. Entrevistas aos trabalhadores 18

4. RESULTADOS **19**

4.1. Agendamento das consultas e método de lembretes em vigor 19

4.2. Frequência das faltas e desmarcações e estimativa do impacto financeiro 20

4.4. Análise dos fatores relacionados com o perfil do utente 21

4.5. Análise dos fatores relacionados com a entidade prestadora de serviços e métricas temporais 24

4.3. Causas da falta de comparência e relação com o perfil dos utentes e das consultas 25

4.4. Análise dos questionários 27

4.5. Dimensão, impacto e consequências da falta de comparência às consultas 31

4.6. Propostas de melhoria 31

5. DISCUSSÃO **33**

6. CONCLUSÕES **39**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **41**

ANEXOS **47**

ANEXO A – QUESTIONÁRIO 47

ANEXO B – ENTREVISTA COM PESSOAL ADMINISTRATIVO 49

ANEXO C – ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE 50

ANEXO D – ENTREVISTA COM DIREÇÃO CLÍNICA 51

Índice de Tabelas

Tabela 4.1: Faltas, Desmarcações e Consultas Efetuadas por Ano de Consulta 20
Tabela 4.2: Características da Amostra (Variáveis Contínuas) 22
Tabela 4.3: Características da Amostra (Variáveis Categóricas) 23
Tabela 4.4: Perfil Sociodemográfico e Comportamental do Utente e Métricas das Consultas 27

Índice de Gráficos

Gráfico 4.1: Distribuição de Consultas Efetuadas por Especialidade 19
Gráfico 4.2: Percentagem de Desmarcações e Faltas por Ano 21
Gráfico 4.3: Distribuição de consultas efetuadas, faltas e desmarcações por mês (%) 24
Gráfico 4.4: Distribuição de consultas efetuadas, faltas e desmarcações por especialidade (%) 25
Gráfico 4.5: Distribuição por género dos doentes que responderam ao questionário 28
Gráfico 4.6: Distribuição por grupos etários dos doentes que responderam ao questionário 28
Gráfico 4.7: Frequência de marcação de consultas na clínica reportada pelos participantes 28
Gráfico 4.8: Tempo de antecedência com que os participantes referiram ter agendado a consulta 29
Gráfico 4.9: Distribuição das respostas à questão: "Avisou a clínica de que ia faltar?" 29
Gráfico 4.10: Antecedência do aviso prévio conforme reportado pelos participantes 30
Gráfico 4.11: Distribuição das respostas à questão "Costuma receber os lembretes das consultas?" 30
Gráfico 4.12: Grau de satisfação com o processo de marcação de consultas (de 0 a 5) 30

1. Introdução

O absentismo a consultas médicas constitui um desafio recorrente nos serviços de saúde, com consequências diretas sobre a acessibilidade dos cuidados, a eficiência operacional e a sustentabilidade económica das instituições. Em contexto privado, onde a otimização do tempo clínico e a satisfação dos utentes influenciam diretamente a viabilidade do serviço, a ocorrência de faltas e desmarcações assume particular relevo, traduzindo-se em vagas não preenchidas, desperdício de recursos e potenciais atrasos no acesso por parte de outros doentes.

Apesar da evidência internacional sobre determinantes e impactos do absentismo, persiste a necessidade de caracterizações locais que integrem dados administrativos com perceções de utentes e profissionais, de modo a orientar intervenções adaptadas à realidade de cada serviço. No caso da clínica estudada, observou-se uma frequência significativa de não comparências e desmarcações, mas faltava uma análise sistemática que identificasse fatores associados (sociodemográficos, organizacionais e comportamentais) e que sustentasse recomendações operacionais fundamentadas em dados.

O objetivo principal deste trabalho é caracterizar o fenómeno do absentismo numa clínica privada multidisciplinar, que trabalha nas áreas de medicina dentária e otorrinolaringologia, localizada no centro de Lisboa. Pretendemos identificar os seus determinantes, visando propor medidas intervenientes que contribuam para a redução das faltas e para a melhoria da gestão das agendas. Objetivos complementares incluem quantificar a prevalência de faltas e desmarcações; analisar a associação entre tipo de consulta e variáveis como idade, antiguidade do utente, intervalo desde a última consulta, horário e subespecialidade; e explorar a perceção de utentes e profissionais sobre causas e soluções potenciais.

Para cumprir estes objetivos, adotou-se um desenho metodológico misto. Na componente quantitativa, procedeu-se à análise da base de dados da clínica (44065 registos entre janeiro de 2022 e setembro de 2025), com recodificação de variáveis e aplicação de testes estatísticos apropriados (Qui-Quadrado para associações entre variáveis categóricas; ANOVA e testes post-hoc para comparação de médias). Complementarmente, recolheram-se dados qualitativos por via de um inquérito a utentes e de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde e administrativos. Os testemunhos foram analisados por análise temática para identificar perceções sobre causas, impacto e possibilidades de intervenção. Foram ainda consideradas questões éticas e de confidencialidade, bem como a limitação inerente a desenhos observacionais e amostras não probabilísticas para a componente qualitativa.

A estrutura do trabalho organiza-se da seguinte forma: no Capítulo 1 apresenta-se esta introdução; o Capítulo 2 revê a literatura sobre absentismo em consultas, determinantes individuais e organizacionais e intervenções testadas; o Capítulo 3 descreve em detalhe a metodologia, as fontes de dados, as variáveis e os procedimentos analíticos; o Capítulo 4 expõe os resultados quantitativos e qualitativos; o Capítulo 5 discute os achados à luz da literatura, sintetiza implicações práticas e limitações do estudo; por fim, o Capítulo 6 apresenta as conclusões e formula recomendações operacionais e orientações para investigações futuras. Anexos incluem os instrumentos de recolha, sintaxes usadas e tabelas complementares.

2. Revisão de Literatura

2.1. Conceito de não comparência *(no-show)*

A não comparência *(no-show)* é um fenómeno decorrente da falta de comparência de um paciente a uma consulta previamente agendada, sem que haja aviso atempado da sua impossibilidade de marcar presença. A literatura separa dois grupos distintos de não comparência a consultas: as faltas, que resultam da não comparência de um paciente sem aviso prévio; e os cancelamentos, que resultam da não comparência de um paciente com aviso prévio.

Ambos os conceitos podem ser incluídos nos *no-show*, uma vez que o aviso prévio aquando de um cancelamento pode não ser atempado. Porém esta distinção tem implicações práticas visto que as faltas impedem por completo a atribuição dessa vaga a outro paciente, enquanto que os cancelamentos dão hipótese às clínicas para atribuir a vaga a outro paciente, principalmente se o aviso for feito com antecedência. Para além disso, ao cancelar o doente está a comunicar à clínica que recebeu a marcação e, assim, que os processos administrativos da empresa estão a ser eficazes na transmissão da informação aos pacientes (Norris et al., 2014).

2.2. Prevalência da não comparência

Vários estudos incidem sobre a prevalência de não comparência a consultas médicas, apresentando discrepâncias nos resultados. Existem diferenças a nível nacional e internacional, entre especialidades médicas e dependendo do contexto em que a consulta se realiza (cuidados de saúde primários vs secundários; público vs privado).

A taxa de não comparência a consultas de todas as especialidades em saúde a nível mundial é de cerca de 23% (Hasvold et al., 2011) e na Europa é de cerca de 19,3% (Dantas et al., 2018).

2.3. Causas da não comparência

A não comparência às consultas não é arbitrária, é multifatorial. Para tal contribuem fatores relacionados com o paciente, fatores relacionados com as características das entidades prestadoras de cuidados de saúde e questões logísticas (Dantas et al., 2018). Há ainda quem categorize estes motivos em barreiras psicológicas, barreiras estruturais e barreiras relacionadas com a literacia em saúde (Lapidos et al., 2015).

É fundamental compreender quais são estes motivos e qual o seu peso na taxa de não comparência em consultas, para que se possam implementar estratégias que contrariem estes elementos, numa tentativa de mitigar o número de faltas e desmarcações de última hora e, assim, reduzir as ineficiências em saúde.

2.3.1 Fatores relacionadas com os pacientes

Existem vários estudos publicados com o propósito de traçar um possível perfil dos pacientes com maior probabilidade de faltar às consultas. Os fatores relacionados com os pacientes são todos aqueles que os definem como parte integrante de um grupo, pondo-os numa posição de maior ou menor probabilidade de faltar a consultas.

Abaixo enumeram-se algumas das condições que têm vindo a ser descritas na literatura. Embora haja fatores que coincidem, também existem estudos com resultados contraditórios, o que demonstra a importância de se estudar a população que cada clínica serve. Infelizmente não existem muitos estudos relativos à população portuguesa. Também há poucos estudos relativos a clínicas pequenas com recursos limitados, sendo a maioria dos estudos relativa a ambientes hospitalares de grandes dimensões.

Faixa etária

Verifica-se uma relação diretamente proporcional entre comparência e idade, ou seja, pacientes mais jovens têm maior probabilidade de faltar às consultas (Daggy et al., 2010; Kaplan-Lewis et al., 2013; Machado et al., 2015; Jabalera Mesa et al., 2015; Hernández-García et al., 2018; Dantas et al., 2018; Greenan et al., 2019; White et al., 2021).

Em relação à idade pediátrica parece verificar-se o oposto, isto é, quanto mais velha é a criança maior a probabilidade de não comparecer às consultas médicas (Nancarrow et al., 2014).

Género

Quanto a este assunto os resultados dos estudos são contraditórios. Os estudos mais recentes indicam que pessoas do género feminino têm maior propensão a faltar a consultas médicas (Baptista et al., 2023; White et al., 2021; Alkomos et al., 2020). Porém há vários estudos que indicam uma maior propensão para faltar a consultas em indivíduos do sexo masculino (Pacheco et al., 2007; Machado et al., 2015; Huang et al., 2017; Low et al., 2016, Ellis et al., 2017).

Etnia

Este é possivelmente um dos fatores mais variável, com mudanças evidentes e contraditórias nos resultados de estudo para estudo. Alguns estudos indicaram uma possível propensão de indivíduos da raça negra para faltar a consultas médicas (Kaplan-Lewis et al., 2013; Miller et al., 2015). Porém, no estudo de Kaplan-Lewis E. *et al.* (2013) os hispânicos foram a etnia que mais faltou às consultas. Por fim, Vamosi B.E. *et al* (2021) chegaram à conclusão que pessoas caucasianas são mais assíduas às consultas médicas.

Estado civil

Embora haja estudos que indiquem que pacientes casados têm taxas de assiduidade significativamente superiores (Daggy et al., 2010; Peng et al., 2016), há outros estudos que não encontraram diferenças estatisticamente significativas no número de faltas entre os grupos dos Casados, Solteiros, Divorciados ou Viúvos (Siminoff et al., 2008, Percac-Lima et al., 2013).

Estatuto socio-económico

Um baixo nível socioeconómico está associado a uma maior probabilidade de não comparência a consultas médicas (Miller et al., 2015, Ellis et al., 2017, Bellucci et al., 2017, White et al., 2021). Os níveis de pobreza também parecem estar diretamente relacionados com um maior número de faltas (West et al., 2020).

Literacia em saúde

Uma fraca literacia em saúde é um preditor independente de não comparência a consultas médicas (Baskaradoss et al., 2016, Holtzman et al., 2014). Este conhecimento é fundamental, uma vez que é um fator modificável.

Subsistema de saúde

Parece haver evidência que pacientes particulares, isto é, pacientes sem seguro de saúde, têm maior probabilidade de não comparecer às consultas médicas (Kaplan-Lewis et al., 2013; Norris et al., 2014; Huang et al., 2017; Peng et al., 2016; Dantas et al., 2018). No estudo de Alkomos *et al.* (2020), "problemas com o seguro" foi apontada como a principal causa para faltar a consulta por 5% da amostra.

Histórico de faltas a consultas

O histórico de faltas a consultas é um dos fatores preditores mais importantes de faltas a consultas médicas (Norris et al., 2014; Ellis et al., 2017; Dantas et al., 2018; Dantas et al., 2019; Carreras-García et al., 2020]. Ellis et al. (2017) obteveram uma taxa de não comparência de 12,1%, dos quais 90,9% foram faltas dadas por pacientes que faltaram a mais do que uma consulta no intervalo de tempo considerado. Da mesma forma, no estudo de Low *et al.* (2016) apenas 14% do total dos pacientes tinha mais de duas faltas a consultas, mas estes constituíam cerca de metade de todas as faltas às consultas. Por fim, Norris et al. (2014) concluíram que uma minoria dos pacientes (7%) é responsável por uma grande quantidade das não comparências a consultas (43%).

Diagnósticos

Pessoas com doenças do humor e/ou doenças de abuso de substâncias diagnosticadas têm maior probabilidade de não comparecer a consultas médicas (Daggy et al., 2010; Reid, et al., 2015).

Perceção relativamente à doença

Os doentes que percecionam a sua doença como menos grave têm maior tendência para faltar às consultas (Herrick et al., 1994).

2.3.2 Fatores relacionados com as entidades prestadoras de cuidados

No que diz respeito à comparência dos doentes a consultas médicas podem ser apontadas culpas também às entidades prestadoras de cuidados de saúde. Assim, há também muitos estudos realizados com o propósito de apontar quais as atitudes das clínicas que conduzem a um aumento da não comparência às consultas. De seguida apontam-se alguns dos fatores mais relevantes.

Antecedência das marcações

Marcações feitas com mais antecedência estão associadas a uma redução da assiduidade e quanto maior for o intervalo de tempo entre a marcação e a consulta (*lead-time*) maior é a probabilidade de o paciente não comparecer – sendo este um dos maiores preditores de comparência (Bean et al., 1995; Norris et al., 2014; Jabalera et al., 2015; Dantas et al., 2018; Baptista et al., 2023). Um intervalo superior a 30 dias entre a marcação da consulta e a consulta associa-se a maiores percentagens de absentismo (Daggy et al., 2010; Drewek et al., 2017). Este não é um conceito recente, Benjamin-Bauman et al. (1984) concluíram que uma *lead-time* inferior conduziria a uma taxa de comparência superior. Assim parece que, paradoxalmente, a realização de marcações e o preenchimento das agendas com muita antecedência, prejudica a clínica, favorecendo a não comparência dos utentes.

Quando os pacientes solicitam uma consulta para o próprio dia, a marcação da mesma consulta com 2 ou 3 dias úteis de intervalo condiciona uma provável não comparência (Ellis et al., 2017).

Tipo de consulta

Pacientes com um maior número de consultas têm tendência a comparecer mais do que pacientes com menos número de consultas (Daggy et al., 2010; Jabalera et al., 2015; Low et al., 2016, Kankaala et al., 2021), o que pode sugerir que a fidelização tem algum peso na comparência às consultas.

Os doentes parecem ter maior tendência para faltar à primeira consulta do que às consultas subsequentes, pelo que o tipo de consulta parece ter impacto no absentismo (Drewek et al., 2017). Consultas de urgência parecem ser as consultas com maior taxa de comparência, de entre as consultas de sub-especialidade de medicina dentária (White et al., 2021).

Duração das consultas

A duração das consultas parece estar positivamente relacionada com o risco de não comparência, isto é, quando maior for a duração da consulta maior a probabilidade de o paciente faltar (Daggy et al., 2010).

Especialidade

Segundo Campbell et al. (2015) as especialidades com maior taxa de não comparência são Ginecologia/Urologia, Otorrinolaringologia, Dermatologia, Psiquiatria/Saúde Mental, Gastrenterologia e Medicina Dentária. Assim Otorrinolaringologia e Medicina Dentária estão entre as especialidades com maior taxa de não comparência.

Em média 20% das pessoas não comparecem às consultas de medicina dentária e a média de pessoas a faltar às consultas de otorrinolaringologia varia entre 24,4 e 33% (Zirkle et al., 2011; Cohen et al., 2005). De entre as especialidades da medicina dentária a sub-especialidade mais prejudicada pelo absentismo parece ser a Endodontia (White et al., 2021).

Localização da clínica

A distância da clínica ao local de residência parece afetar negativamente a comparência. Ou seja, as pessoas que vivem longe do local de prestação de serviços de saúde têm tendência para faltar mais (Daggy et al., 2010; Miller et al., 2015; Dantas et al., 2018; White et al., 2021). Inclusivé parece haver uma relação proporcionalmente direta entre a não comparência e o tempo de viagem de autocarro (Miller et al., 2015).

Clínicas urbanas, localizadas em áreas com muita afluência, parecem ter uma maior propensão para atrair pacientes que faltam consecutivamente às consultas (Ellis et al., 2017).

2.3.3 Outros fatores

Há ainda um peso significativo das questões logísticas na comparências às consultas, como se pode ver de seguida.

Sazonalidade

Há muita divergência entre estudos relativamente à altura do ano com maior absentismo a consultas médicas. Por um lado, Rodríguez et al. (2007) conclui que os meses de Julho e Agosto tinham maior prevalência de não comparência a consultas. Por outro lado, Dantas et al. (2018) identificou um aumento da comparência nos meses de Verão. Por seu lado, Peng Y. et al. (2014) realizou um estudo em Singapura, que obteve maior taxa de não comparência entre os meses de Janeiro e Julho. Por fim, Huang et al. (2017) indicou a ausência de sazonalidade. Esta ausência de coerência entre os resultados dos estudos torna a sazonalidade um fator pouco confiável para prever a comparência dos utentes.

Dia da semana

Parece haver um relativo consenso acerca de segunda feira ser o dia da semana com maior taxa de não comparência às consultas (Nancarrow et al., 2014; Ellis et al., 2017; White et al., 2021).

Ellis et al. (2017) obteve a taxa de não comparência mais alta à segunda-feira, uma diminuição constante ao longo da semana e a taxa mais baixa à sexta feira. Por outro lado, em White et al. (2021) identificou a taxa mais alta de faltas às segundas feiras e a taxa mais alta de cancelamentos às sextas feiras.

Hora do dia

Vários estudos concluíram que a taxa de assiduidade às consultas é significativamente superior de tarde do que de manhã (Weinerman et al., 2003; Huang et al., 2017; Peng et al., 2016).

Dentro do intervalo da manhã, Hernández-García et al. (2018) apuraram uma taxa de não comparência mais elevada nas consultas marcadas entre as 9h e as 11h15 (60,3%) comparativamente com as consultas marcadas entre as 11h30 e as 13h45 (39,7%).

2.4 Consequências da não comparência

2.4.1 Para a clínica

Uma falta a uma consulta tem como consequência a redução da produtividade dos trabalhadores da clínica, ao deixar espaços por preencher nas agendas dos profissionais de saúde. Isto gera descontentamento por parte das clínicas, uma vez que contribui para o desperdício dos recursos disponíveis e, consequentemente, para a diminuição da potencial receita. Além disso, gera ainda descontentamento por parte dos trabalhadores, em particular dos trabalhadores por conta própria, uma vez que reduz os seus ganhos salariais.

Os *no-shows* são um importante desafio para os sistemas de saúde, tanto públicos como privados, impactando consideravelmente os consultórios médicos em termos financeiros (Jabalera Mesa et al., 2015; Huang et al., 2017; Beltrame et al., 2019).

2.4.2 Para os doentes

As faltas a consultas médicas resultam numa descontinuação dos cuidados de saúde prestados, pelo que os doentes que mais faltam às consultas médicas programadas têm maior risco de descontrolo de doenças crónicas, maior taxa de utilização de urgências e de hospitalizações e maior probabilidade de ter rastreios incompletos (Hwang et al., 2015). Assim, conseguimos perceber que o absentismo em saúde tem um impacto significativo na saúde da população (McQueenie et al., 2019; Kankaala et al., 2021) e, consequentemente, nos gastos futuros em saúde.

As faltas a consultas médicas sem aviso prévio resultam também numa perda de oportunidade por parte de outro paciente, uma vez que aquela vaga não foi ocupada. Desta forma, podemos inferir que o fenómeno do *no-show* impacta também a acessibilidade aos cuidados de saúde (Marbouh et al., 2020), contribuindo indiretamente para o aumento dos tempos de espera.

2.5. Estratégias para mitigar a não comparência

Com a informação acima mencionada conseguimos perceber a importância da promoção de intervenções ao nível da redução dos *no-show*. Abaixo encontram-se algumas das estratégias que têm vindo a ser estudadas e aplicadas.

Métodos de agendamento

Foi proposta a estratégia de *overbooking,* isto é, a marcação de mais de um doente para a mesma vaga no calendário, para combater as ineficiências em saúde devido ás faltas/desmarcações. Esta estratégia é tanto mais útil quanto maior a taxa de *no-shows* e quanto maior a população servida pela clínica (LaGanga et al., 2007; Oleskovicz et al., 2014), sendo por isso mais adequada a clínicas com elevado volume de atendimentos.

A utilização cega do *overbooking*, ou seja, sem ter em conta a probabilidade de os doentes efetivamente faltarem, conduz a um aumento do tempo de espera dos doentes, uma sobrelotação da clínica e um aumento das horas de trabalho dos empregados da clínica, com consequente descontentamento de todos os envolvidos (Kim et al., 2006). Assim, deve-se optar por utilizar uma estratégia de *predictive overbooking* ou *double booking* para doentes com perfis relacionados com alta probabilidade de não comparência (Daggy et al., 2010; Parente et al., 2018; Li et al., 2019). Mark W. Reid et al. (2015) indicaram que uma estratégia de *predictive overbooking* aumenta em cerca de 35% a utilização da capacidade da clínica. A implementação desta estratégia pode ser facilitada pela utilização de *machine learning,* que permita alcançar uma maior certeza relativamente à probabilidade de um indivíduo faltar às consultas (Batool et al., 2021).

Tendo em conta que a não comparência está diretamente correlacionada com a antecipação na marcação das consultas, poderá justificar-se a aplicação da estratégia *short booking horizon,* isto é, proceder à marcação de consultas com pouca antecedência. Há ainda alguns consultórios que reservam intervalos de consulta para doentes que solicitem consulta urgente para o próprio dia, aplicando a estratégia de *open access* para minimizar as faltas deste grupo de pacientes particularmente suscetíveis a faltar (Samorani et al., 2015; Amberger et al. 2020).

Lembretes

Quando as marcações são feitas com maior antecedência os doentes podem esquecer-se da marcação, organizando a sua vida sem tomar em consideração a consulta agendada. Assim, os estudos indicam que poderá ser benéfico estabelecer uma estratégia de *appointment*

reminders (Christensen et al., 2001; Nelson et al., 2011]. Esta estratégia parece aumentar a comparência [Opon et al., 2020] e o número de cancelamentos, diminuindo o número de faltas (Storrs et al., 2016; McLean et al., 2016; Lin et al., 2016), o que permite à clínica preencher a vaga. Lagman et al. (2021) demonstraram o elevado benefício financeiro que esta estratégia tem, ao permitir aumentar o preenchimento das vagas e, assim, a eficiência do sistema de saúde. Porém ainda não é consensual qual o melhor método (mensagem, mensagem de voz, telefonema, email, carta), quantos lembretes devem ser feitos e com que antecedência deve ser feito este aviso (Guy et al., 2012; Boksmati et al., 2016).

Os métodos mais eficazes para contactar os doentes parecem ser via mensagem ou chamada telefónica (Gurol-Urganci et al., 2013).

Relativamente ao número de lembretes, a literatura recente parece apontar para o benefício de realizar mais do que um lembrete (Ulloa-Pérez et al., 2022).

Parece haver evidência que aponta para o benefício de lembretes com antecedência superior a uma semana, dando tempo ao utente de organizar a sua vida por forma a atender à consulta, e à clinica para substituir a vaga no caso de desistência (McLean et al., 2016). Porém há também estudos com achados contraditórios. Por exemplo, no estudo Wang et al. (2007) quase metade dos doentes preferiram lembretes com antecedência de dois dias.

Por fim, McLean et al. (2016) concluíram que todos os tipos de lembretes são eficazes na redução da não comparência às consultas, mas parece haver uma superioridade do método *reminder plus*. Enquanto que os lembretes habituais incluem apenas informação acerca do local, data e horário, os *reminder plus* são lembretes que incluem informação adicional (por exemplo acerca da saúde do paciente ou informações logísticas sobre onde pode estacionar). Existem atualmente softwares automatizados que permitem enviar lembretes automaticamente através de uma mensagem de texto por telemóvel. O doente que recebe este lembrete pode responder ao lembrete, cancelando ou confirmando a consulta através de uma mensagem telefónica. Ao facilitar o processo ao utente, estes softwares parecem promissores na melhoria da eficiência das clínicas (Boone et al., 2022).

Teleconsulta

Durante a pandemia, em 2020, os serviços médicos tiveram de se reinventar. Uma das estratégias utilizadas para chegar aos pacientes apesar de todas as restrições, foi a teleconsulta. Entretanto têm vindo a ser feitos estudos que parecem indicar uma melhor comparência a teleconsultas do que a consultas presenciais (Muppavarapu et al., 2022).

Pré-pagamento

A realização de um pagamento não reembolsável para reservar uma vaga de consulta foi uma ideia que surgiu para redução da não comparência às consultas e minimizar as consequências financeiras das faltas para as clínicas. É um método utilizado em alguns países, com sucesso, na indústria hoteleira e na restauração. No entanto ainda existem poucos estudos e com resultados pouco robustos acerca da sua eficácia na saúde (Leibner et al., 2023).

3. Metodologia

3.1. Contexto e objetivo do estudo

A FaceArt é uma Pequena Empresa Portuguesa que emprega 12 funcionários contratados – 5 médicos, 3 administrativas, 3 assistentes operacionais e 1 empregada da limpeza – e na qual trabalham como prestadores de serviço mais 6 pessoas, 1 higienista e 5 médicos dentistas. É uma empresa que fornece consultas e tratamentos de otorrinolaringologia e medicina dentária. Dentro da dentária, além das primeiras consultas, consultas generalistas e consultas de higiente dentária, a clínica fornece ainda consultas de várias sub-especialidades: ortodontia, periodontologia, implantologia e cirurgia oral, odontopediatria e endodontia e reabilitação oral.

A FaceArt tem origem no projeto de vida de um casal constituído por uma médica dentista (especialista em ortodontia) e um médico otorrinolaringologista, cujo percurso profissional se iniciou em 1992, em Famalicão. Movidos pela ambição de construir um espaço de prática clínica diferenciada, conjugaram saberes e valências complementares, lançando as bases de um consultório orientado para a qualidade dos cuidados e a proximidade com os doentes. Em 1998, fruto da mudança da família para Lisboa, a atividade foi transferida para a capital. O projeto começou então a consolidar-se em instalações modestas, com apenas dois gabinetes médicos, mas já sustentado por uma visão clara de crescimento e aposta em tecnologia. A expansão tornou-se inevitável com o aumento da procura e a diversificação de serviços. Em 2008, a clínica passou para as atuais instalações na Avenida da República. Atualmente, dispõe de quatro gabinetes de medicina dentária e um de otorrinolaringologia, integrando diferentes áreas de especialização.

Um dos grandes fatores que impacta as operações da Clínica Médica FaceArt é a não comparência às consultas médicas e as desmarcações e remarcações com pouca antecedência por parte dos doentes, que não permitem proceder à utilização da vaga para outro paciente. Estes acontecimentos recorrentes deixam com frequência espaços por preencher nas agendas dos médicos, o que gera descontentamento, tanto por parte dos trabalhadores como por parte da gerência da clínica, pela falta de otimização dos recursos existentes.

A redução das faltas e desmarcações não atempadas às consultas é uma meta fulcral para os sistemas de saúde, considerando tanto o serviço nacional de saúde como a iniciativa privada em saúde. A otimização desta questão permite melhorar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde, reduzindo os constrangimentos imputados aos vários *stakeholders.*

O presente estudo tem como objetivo principal compreender as causas das faltas de comparência e cancelamentos/desmarcações não atempadas de consultas, diagnosticando o problema numa clínica privada localizada no centro de Lisboa. É fundamental realizar este

diagnóstico com vista a propor estratégias para mitigar o problema, numa tentativa de acrescentar valor à empresa. Pretende-se, assim, identificar os fatores associados a este fenómeno, avaliar o impacto na organização e no desempenho da clínica e encontrar soluções de melhoria junto de pacientes e profissionais de saúde. Este estudo vem ainda acrescentar informação acerca da caracterização epidemiológica dos padrões de não comparência a consultas médicas em Portugal, onde os estudos nesta matéria são parcos.

Para dar resposta ao objetivo do estudo delineou-se a seguinte metodologia:

1. Perceber o problema na clínica FaceArt, através da recolha e análise de dados retirados do sistema informático;
   1.1. Diagnosticar a gravidade do problema;
   1.2. Identificar a população com maior risco para absentismo às consultas;
   1.3. Identificar métricas temporais e fatores relacionados com o funcionamento da clínica que possam agravar ou perpectuar o problema;
2. Identificar os principais motivos subjacentes ao absentismo na clínica FaceArt, através da aplicação de questionários a doentes faltosos;
3. Perceber quais as estratégias que poderiam ter maior impacto na redução do absentismo às consultas médicas na clínica FaceArt, realizando entrevistas aos trabalhadores da clínica.;
4. Propor estratégias para melhorar a situação das faltas de comparência na clínica.

3.2. Base de dados

Procedeu-se à recolha de dados e realização de uma base de dados com informação quantitativa e qualitativa acerca da clínica FaceArt, relativa ao período temporal entre 1 de Janeiro de 2022 e 1 de Setembro de 2025. Esta base de dados contém as seguintes informações:

1. Número total de consultas e Categoria do tipo de comportamento em relação à consulta (efetuada, desmarcada, falta);
2. Identificação dos pacientes faltosos (número de utente, idade, grupo etário, sexo, estado civil, residência, situação profissional, subsistema de saúde, senioridade como cliente da clínica, convenção);
3. Métricas temporais (data da consulta – mês, ano e estação do ano – horário da consulta, duração da consulta);
4. Tipo de consulta (por subespecialidade, por médico);

Na clínica Faceart era considerada falta quando o doente não comparecia a uma consulta previamente agendada, sem aviso prévio, e desmarcação quando o doente procedia à

realização de um aviso prévio, mesmo que não atempado. Isto é, uma desmarcação efetuada no próprio dia, desde que com aviso antes do horário da consulta, era considerada uma desmarcação e não uma falta, mesmo que o aviso não fosse atempado e por isso não permitisse a atribuição da vaga a outro paciente. Não era feita, portanto, a diferenciação entre doentes que desmarcavam atempadamente e cujas vagas se conseguiam preencher, e os cancelamentos em cima do horário da consulta. A não utilização adequada do conceito de *no-show* gerou dificuldades na recolha da informação. Infelizmente não há dados no programa que permitam perceber se as desmarcações foram feitas atempadamente e se foi possível preencher a vaga após as desmarcações, pelo que não conseguimos ter uma estimativa real dos *no-show*. Assim, para a realização deste trabalho, tivemos de nos adaptar aos dados existentes na plataforma informática da Faceart. Consequentemente foram incluídos dados referentes a faltas (doentes que não compareceram a consultas sem aviso prévio) e desmarcações (que poderão ter sido feitas atempadamente ou não).

Infelizmente não nos foi possível avaliar o *lead-time*, uma vez que a plataforma informática utilizada no consultório não retém informação acerca da data da marcação de consulta. Também não nos foi possível tirar inferências acerca das primeiras consultas uma vez que estas consultas eram agendadas como tal, mas depois da consulta o programa transformava-as automaticamente em efetuadas e deixava de se conseguir identificar o número de primeiras vezes. Durante a execução desta teses conseguiu-se corrigir esta questão e melhorar a codificação das consultas de subespecialidade. No entanto, tendo em conta o mencionado, optou-se por não se analisar os dados relativos a estas consultas, devido à sua baixa fiabilidade.

De seguida procedeu-se à análise da informação disponível na base de dados, utilizando o software *SPSS*, procurando identificar correlações que nos permitam responder ao primeiro objetivo deste projeto, o diagnóstico dos *no-show* nas consultas da clínica FaceArt. Aplicaram-se os testes de Qui Quadrado e *One-way* ANOVA.

3.3. Questionários aos pacientes

Posteriormente aplicaram-se questionários aos pacientes que não compareceram às consultas, com o objetivo de identificar as causas da não comparência, recolhendo informação diretamente junto dos pacientes.

Os questionários foram realizados telefonicamente durante os meses de Agosto e Setembro de 2025, sendo estruturados maioritariamente com perguntas de resposta fechada para permitir uma análise quantitativa. Foi utilizada uma amostra não aleatória por conveniência (uma vez que o questionário foi aplicado a todos os pacientes que faltaram a consultas ou desmarcaram sem aviso atempado (os *no-show*), durante os meses de Julho,

Agosto e Setembro, e que atenderam o telemóvel e estiveram disponíveis para responder às questões durante o período de recolha dos questionários).

Foram aplicados 25 questionários, com 10 perguntas cada (8 perguntas de escolha múltipla, 1 pergunta com resposta de 1-5 e 1 pergunta aberta).

3.4. Entrevistas aos trabalhadores

Por fim foram realizadas entrevistas aos gestores e trabalhadores da empresa para tentar compreender qual o impacto das faltas na perspetiva dos profissionais, reconhecer práticas atuais de gestão do problema e recolher propostas de melhoria, com vista a identificar quais as melhores estratégias para mitigar o problema e qual a melhor forma de aplicar essas estratégias.

A entrevista à gestora clínica é fundamental para perceber qual o rumo que se quer tomar e quais os recursos que se consegue dispensar para implementar mudança. Por outro lado as entrevistas aos trabalhadores da empresa são fulcrais porque estes serão efetivamente os agentes de mudança, que precisamos de envolver no projeto, e porque são os agentes no terreno, que nos conseguirão dar informações acerca do dia a dia atual da clínica.

As entrevistas foram aplicadas pessoalmente aos membros envolvidos ou afetados pelas faltas de comparência: 1 gestora clínica, 4 médicos contratados, 1 higienista prestadora de serviços, 5 médicos dentistas prestadores de serviços e 3 membros do secretariado. Utilizou-se uma amostra por conveniência, convidando-se os trabalhadores da clínica que estiveram disponíveis para participar voluntariamente nas entrevistas, que foram conduzidas nos meses de Agosto e Setembro de 2025.

A metodologia utilizada foi qualitativa, na forma de entrevistas semiestruturadas, através do desenvolvimento de um guião previamente definido, mas permitindo ao entrevistado respostas abertas, por forma a promover o envolvimento dos entrevistados no projeto. As entrevistas seguiram um guião semi-estruturado que garantia a compatibilidade das respostas, permitindo aprofundar as questões mais prementes.

Numa fase final procedeu-se ao cruzamento das propostas resultantes das entrevistas com as propostas eficazes segundo a literatura, numa tentativa de delinear o melhor plano para o contexto concreto da clínica FaceArt, identificando soluções realistas que irão responder aos objetivos do estudo e aos problemas da clínica FaceArt.

4. Resultados

4.1. Agendamento das consultas e método de lembretes em vigor

Atualmente os pacientes de primeira vez agendam as consultas na clínica por email, whatsapp, contacto telefónico, através do site ou das seguradoras com quem há protocolo estabelecido. É sempre realizada uma primeira avaliação com a Dra Inês Assunção (a diretora clínica), que diagnostica e encaminha os doentes para os colegas, conforme as necessidades. As restantes consultas são maioritariamente agendadas a pedido dos profissionais de saúde para dar continuidade aos tratamentos.

O regime de lembretes em vigor funciona da seguinte forma:

1) A clínica contacta telefonicamente o paciente dois dias úteis antes da data da consulta agendada;
2) Em caso de insucesso é enviado um sms a pedir a confirmação da consulta agendada através do software informático da clínica;
3) Em caso de insucesso em ambos os contactos, é enviado um e-mail a pedir a confirmação da consulta.

Se o paciente não comparecer, é feita uma tentativa de contacto, embora inconsistentemente, para perceber qual o motivo da falta e remarcar a consulta.

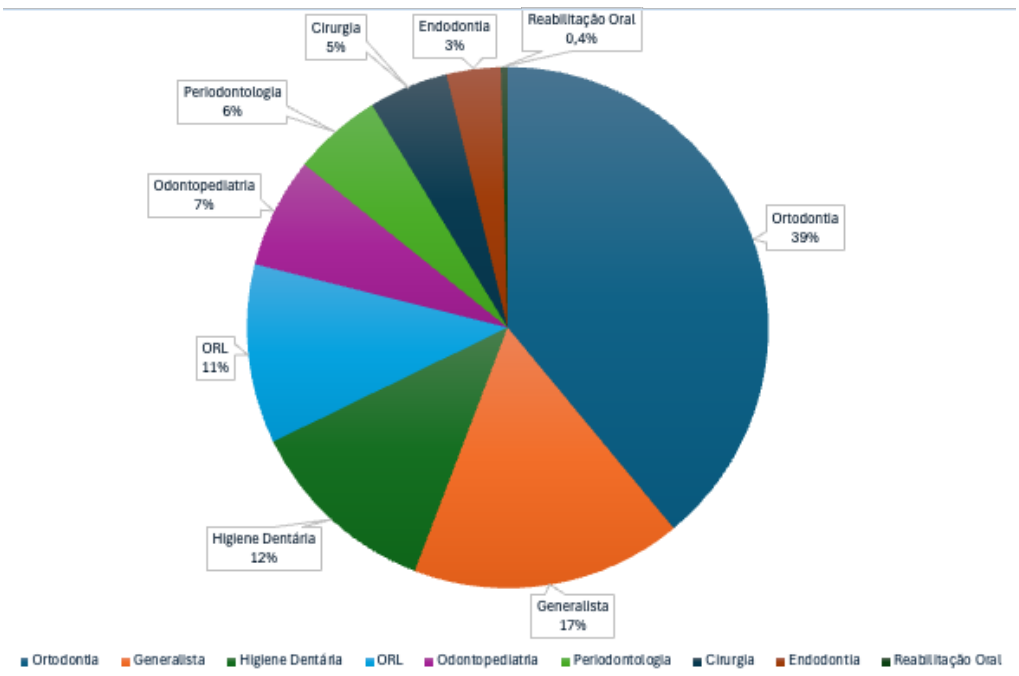


Gráfico 4.1: Distribuição de Consultas Efetuadas por Especialidade

A diretora clínica e proprietária da empresa é especialista em ortodontia e trabalha a tempo inteiro na clínica, ao contrário dos restantes membros do corpo clínica. Isto explica os números francamente superiores de consultas de ortodontia na clínica Faceart, face às outras

subespecialidades. Acrescento ainda que, no ano de 2022, havia uma médica dentista especialista em Reabilitação Oral a trabalhar na clínica, mas que entretanto já não integra o quadro clínico. Assim compreendem-se os números reduzidos de consultas desta subespecialidade. Os números foram considerados para o presente trabalho uma vez que as consultas foram executadas no período temporal em estudo.

4.2. Frequência das faltas e desmarcações e estimativa do impacto financeiro

Entre 1 de Janeiro de 2022 e 1 de Setembro de 2025, foram efetuadas 29583 consultas. Durante o mesmo período houve 13435 desmarcações (31%) e 1047 faltas (2%). Assim, a amostra é constituída por 44065 consultas, das quais apenas 29583 foram efetivadas (67%).

O número de faltas aumentou cerca de 33% entre 2022 e 2023 e cerca de 15% de 2023 para 2024. O número de desmarcações aumentou cerca de 3% de 2022 para 2023 e cerca de 2% de 2023 para 2024. Assim, podemos concluir que o número de faltas e desmarcações aumentou de ano para ano entre 2022 e 2024, embora a percentagem de aumento tenha vindo a decrescer. Por seu lado o número de consultas efetuadas aumentou cerca de 27% de 2022 para 2023, mas decresceu aproximadamente 2% entre 2023 e 2024. Também o número de consultas solicitadas diminuiu de 2023 para 2024, o que pode ser um dado preocupante. Apesar disto, se considerarmos como valor dos no-show a soma das faltas e desmarcações, percebemos que a proporção (em percentagem) tem vindo a descer, como podemos ver no gráfico 4.10.

Há uma associação estatisticamente significativa entre o ano e o comportamento dos pacientes relativamente à consulta ($p<0,001$), sendo o ano de 2022 o ano com menos faltas, mais desmarcações e menos consultas efetuadas relativamente ao expectável, por comparação com os restantes anos analisados.

Tabela 4.1: Faltas, Desmarcações e Consultas Efetuadas por Ano de Consulta

Consultas n(%)	**2022**	**2023**	**2024**	**2025 (até 01/09)**	**Total**
Faltas	207 (2,0)	275 (2,2)	315 (2,6)	250 (2,8)	1047 (2,4)
Desmarcações	3522 (33,8)	3644 (29,3)	3730 (30,2)	2539 (28,6)	13435 (30,5)
Efetuadas	6696 (64,2)	8501 (68,4)	8300 (67,2)	6086 (68,6)	29583 (67,1)
Total	10425 (23,7)	12420 (28,2)	12345 (28,0)	8875 (20,1)	44065 (100)

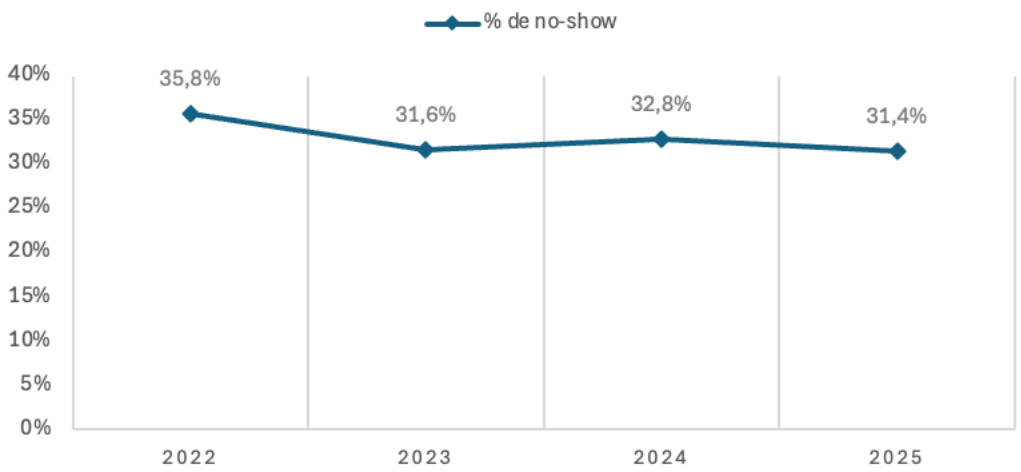


Gráfico 4.2: Percentagem de Desmarcações e Faltas por Ano

O valor faturado por consulta na clínica Faceart durante o intervalo temporal em estudo foi, em média, cerca de 91 euros. Esta é uma estimativa grosseira, tendo em conta que os preços variam muito entre consultas, como resultado dos procedimentos executados, da subespecialidade e da convenção do cliente. Considerando que durante o tempo do estudo houve 1047 faltas, o custo para o consultório foi de cerca de 20 a 30 mil euros por ano, o que condiciona perdas na ordem dos 100 mil euros durante o tempo do estudo. Conseguimos assim compreender o impacto financeiro considerável que a falta de comparência tem para a clínica. Utilizaram-se os valores referentes às faltas e não às desmarcações uma vez que não conseguimos estimar quantas das desmarcações foram feitas atempadamente, permitindo a utilização da vaga. Porém, sabemos que muitas destas desmarcações terão sido feitas no próprio dia, não permitindo a marcação de outros clientes, pelo que os custos financeiros para o consultório ultrapassarão, com alta probabilidade, as estimativas aqui feitas.

4.4. Análise dos fatores relacionados com o perfil do utente

A idade dos doentes da clínica varia entre os 0 anos e os 95 anos, refletindo a presença de indivíduos de diferentes faixas etárias. A média de idades da nossa amostra é 37 anos. A idade está associada de forma estatisticamente significativa ao número de *no-show*, com os jovens (18-35 anos) a ser o grupo etário com mais falta e desmarca consultas ($p<0,001$). Em média os pacientes que faltaram a consultas são mais novos do que quem não faltou ($p<0,001$).

A amostra é constituída por 23964 indivíduos do sexo feminino (54,4%) e 19652 indivíduos do sexo masculino (44,6%). O género parece estar associado de forma estatisticamente significativa ao comportamento dos doentes relativamente às consultas ($p<0,001$), com os homens a faltar mais que as mulheres e as mulheres a desmarcar mais

consultas que os homens. Se considerarmos como *no-show* a soma das faltas e desmarcações, as mulheres têm maior número de *no-show*, sendo a diferença estatisticamente significativa (p=0,04).

Os doentes com seguro parecem efetuar mais consultas e faltar e desmarcar menos do que os pacientes que pagam por particular (p<0,001).

Não foi encontrada associação com significância estatística relativamente ao estado civil (p=0,201), ou seja, o estado civil não parece influenciar o comportamento do doente relativamente as consultas médicas.

A antiguidade na clínica oscila entre os 0 (pacientes que tiveram a primeira consulta no mês de Agosto de 2025) e 308 meses (que corresponde a cerca de 26 anos, ou seja, são pacientes da clínica desde que esta abriu). A média de seguimento é de cerca de 14 meses (pouco mais de 1 ano), o que indica que a maioria dos utentes é relativamente recente, embora haja casos de acompanhamento prolongado. A antiguidade como doente da clínica influencia o comportamento dos doentes relativamente às consultas, tendo os pacientes mais recentes maior tendência para desmarcar (p<0,001), enquanto que os pacientes mais antigos têm maior probabilidade de comparecer. Quem efetua a consulta tem, em média, 3,4 meses mais de antiguidade, relativamente aos doentes que desmarcam. Não parecem haver diferenças estatisticamente significativas entre quem falta e quem desmarca (p=0,4), nem entre quem falta e quem comparece (p=0,9).

Tabela 4.2: Características da Amostra (Variáveis Contínuas)

Variáveis Contínuas	*Mínimo*	*Máximo*	*Média +/- DP*
Idade (anos)	0	95	37 +/- 20
Antiguidade (meses)	0	308	14 +/- 46
Tempo desde a última consulta (meses)	0	308	86 +/- 59

Tabela 4.3: Características da Amostra (Variáveis Categóricas)

Variáveis Categóricas	*N*	*%*
Grupo Etário	44063	100
• *Criança (<18)*	10426	23,7
• *Jovem (18-35)*	11565	26,2
• *Adulto (36-65)*	18335	41,7
• *Idoso (>65)*	3737	8,5
Sexo (M/F)	19652/23964	44,6/54,4
Convenção (Sem/Com)	3681/28843	11,3/88,7
Estado Civil	3127	100
• *Solteiro*	932	29,8
• *Casado*	1901	60,8
• *Divorciado*	239	7,6
• *Viúvo*	55	1,8
Subespecialidade	44063	100
• *Ortodontia*	16233	36,8
• *Generalista*	7177	16,3
• *Higiene Dentária*	5786	13,1
• *ORL*	4401	10,0
• *Odontopediatria*	3325	7,5
• *Periodontologista*	2623	6,0
• *Cirurgia*	2389	5,4
• *Endodontia*	1657	3,8
• *Primeira Vez*	302	0,7
• *Reabilitação Oral*	170	0,4
Duração da Consulta (Rápida/Demorada)	4919/9362	34,4/65,6
Horário da Consulta (Manhã/Tarde)	19045/24675	43,6/56,4
Estação do Ano	44065	100
• *Inverno*	11482	26,1
• *Primavera*	12016	27,3
• *Verão*	11362	25,8
• *Outono*	9205	20,9
Mês	44063	100
• *Janeiro*	4168	9,5
• *Fevereiro*	3824	8,7
• *Março*	4350	9,9
• *Abril*	3726	8,5
• *Maio*	4464	10,1
• *Junho*	3913	8,9
• *Julho*	4619	10,5
• *Agosto*	2095	4,8
• *Setembro*	3952	9,0
• *Outubro*	3236	7,3
• *Novembro*	3072	7,0
• *Dezembro*	2644	6,0

4.5. Análise dos fatores relacionados com a entidade prestadora de serviços e métricas temporais

As pessoas faltam e desmarcam mais consultas rápidas do que demoradas (p<0,001). Também faltam e desmarcam mais consultas no horário da tarde do que de manhã (p<0,001). Pelo contrário, efetivam mais consultas demoradas do que seria expectável, bem como mais consultas no horário da manhã.

O comportamento dos utentes também parece mudar consoante a estação do ano, com mais faltas e desmarcações do que o previsto no Outono e menos no Inverno (p=0,46). Obtivemos, na nossa amostra, mais faltas do que o expectável no Verão e mais desmarcações na Primavera. No subgrupo das crianças não parece haver diferenças estatisticamente significativas relativamente às estações do ano (p=0,4).

Os meses mais afetados por faltas de comparência na nossa amostra foram Outubro, Junho, Novembro, Janeiro e Setembro por ordem decrescente. Estes foram os meses com menos consultas efetivadas relativamente àquilo que seria expectável, com significância estatística (p<0,001). No caso da população pediátrica os meses mais afetados por faltas e desmarcações foram Outubro, Setembro, Novembro, Janeiro e Junho por ordem decrescente (p<0,001).

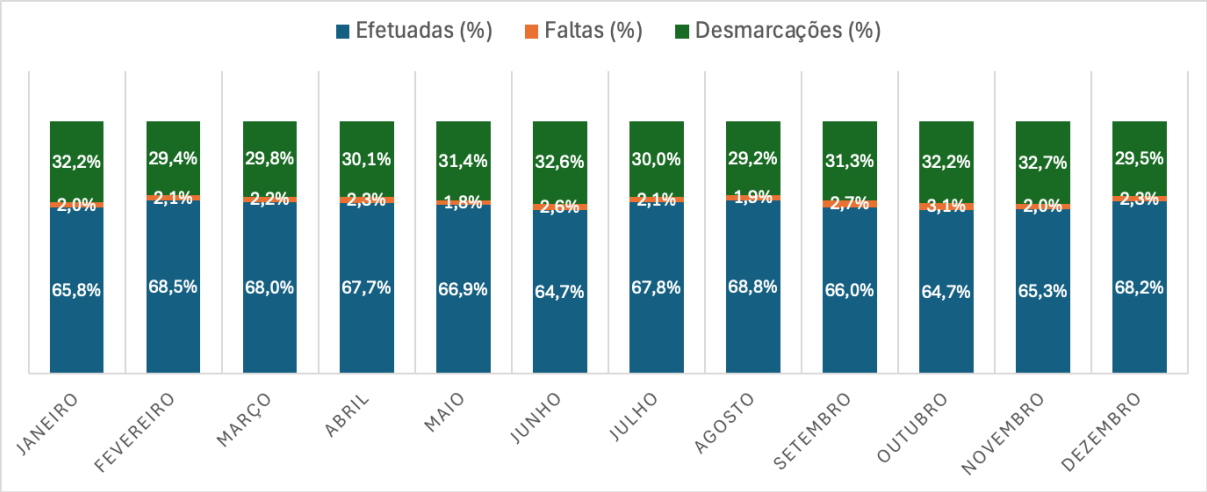


Gráfico 4.3: Distribuição de consultas efetuadas, faltas e desmarcações por mês (%)

O tempo decorrido desde a última consulta registada mostrou uma distribuição heterogénea, variando entre 0 (última consulta na clínica foi no mês de Agosto de 2025) e 308 meses (a última consulta na clínica foi no ano da sua abertura). A média de tempo decorrido é de 86 meses (cerca de 7 anos), sugerindo um seguimento prolongado dos pacientes. Para isso contribuiu o facto de a clínica acompanhar famílias e ser forte na ortodontia (especialidade que exige acompanhamento por períodos prolongados de tempo com avaliações regulares para controlo do progresso do tratamento). O tempo decorrido desde a última consulta está fortemente associado ao absentismo (p<0,001). Quanto mais tempo

passa desde a última consulta, maior a probabilidade de não comparência. Pacientes com intervalos mais curtos desde a última consulta têm maior probabilidade de comparecer às consultas, enquanto pacientes com intervalos de tempo mais prolongados têm maior probabilidade de faltar ou desmarcar (p<0,001). A diferença em média é de 16 meses a menos desde a última consulta para quem comparece relativamente a quem falta, e de cerca de 20 meses relativamente a quem desmarca. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre quem falta e quem desmarca (p=0,3).

Na clínica Faceart, os doentes faltam e desmarcam mais consultas de Higiene Dentária e Endodontia do que seria expectável comparativamente às restantes subespecialidades, de forma estatisticamente significativa (p<0,001). Também há mais desmarcações do que seria expectável nas subespecialidades de Odontopedíatria, Periodontologia e Cirurgia Oral e mais faltas do que seria de esperar em consultas Generalistas (p<0,001). Em termos de consultas efetivadas comparativamente ao expectável, as consultas de Higiene Dentária são as mais prejudicadas e a diferença é positiva apenas para as subespecialidades de Ortodontia, Otorrinolaringologia e Reabilitação Oral (p<0,001).

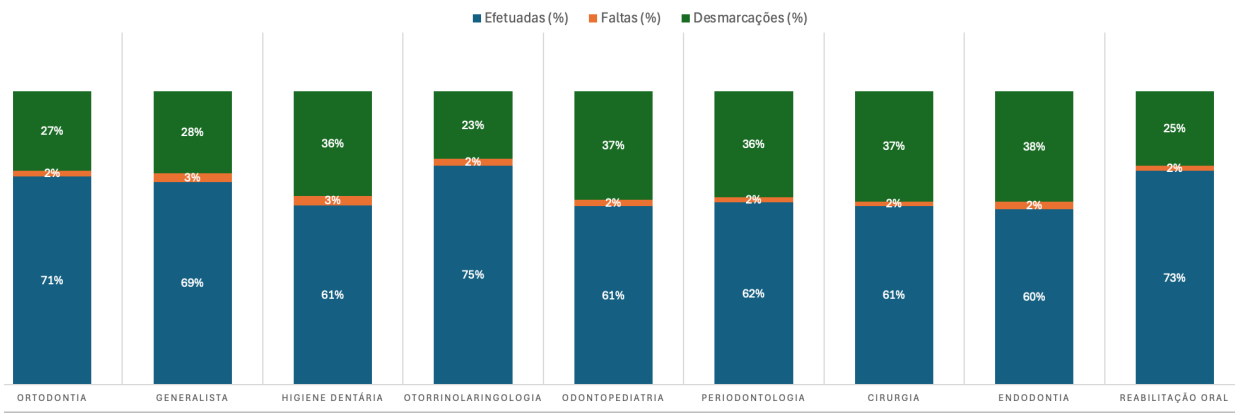


Gráfico 4.4: Distribuição de consultas efetuadas, faltas e desmarcações por especialidade (%)

4.3. Causas da falta de comparência e relação com o perfil dos utentes e das consultas

Na perspetiva do pessoal administrativo as pessoas faltam maioritariamente por esquecimentos, imprevistos (por exemplo de trabalho ou por doença) ou por desvalorização da saúde oral. Segundo a receção as pessoas têm tendência a faltar mais às segundas feiras (66%), dado que as confirmações são feitas com maior antecedência que nos outros dias da semana. Parece haver também, na perspetiva destas trabalhadoras, uma maior preponderância para faltar a consultas de higiene oral (66%), comparativamente a outro tipo de consultas.

Na opinião dos profissionais de saúde, os doentes faltam por imprevistos, desrespeito ou falta de noção do impacto da falta na clínica. 50% considera que há uma comunicação razoável da receção com os doentes e que os lembretes estão adequados, 40% classifica esta comunicação como boa e os lembretes como bem executados, e apenas 10% a classifica a comunicação como má.

Os profissionais consideram que há mais faltas às primeiras consultas do que às consultas subsequentes (40%) e às consultas de controlo/rotina em que o paciente não tem sintomas parecem ser as mais visadas (50%). Além disso, consideram que os pacientes com seguro faltam mais do que os privados (30%) e os doentes jovens faltam mais do que os mais velhos (50%). Há ainda quem pense que as faltas aumentam de forma proporcionalmente direta ao valor a pagar, isto é, que os pacientes têm maior tendência a faltar a consultas mais caras (20%). Os colegas que fazem cirurgias consideram que as pessoas faltam mais às consultas que implicam procedimentos invasivos (20%) e a higienista considera que há mais faltas na consulta de higiene oral (10%). A odontopediatra considera ainda que parecem haver mais faltas no período das férias escolares, sobretudo no Verão (10%).

A diretora clínica também considera que adultos jovens têm maior tendência a faltar às consultas e que as primeiras consultas são habitualmente as consultas com maior probabilidade de não comparência. Acrescenta ainda que os pacientes frequentemente não respondem às mensagens nem atendem os telefonemas, dificultando o regime instituído de lembretes e contribuindo para o problema da não comparência.

Por fim, também os doentes apontam os imprevistos e esquecimentos como os principais motivos para não comparecerem às consultas e apenas 4 doentes (16%) negam receber os lembretes enviados pela clínica. Destes, 2 têm um número de telemóvel estrangeiro e 1 tinha mudado o contacto telefónico e ainda não estava atualizado na base de dados da clínica. Parece haver um elevado grau de satisfação dos clientes relativamente ao processo de marcações das consultas na Faceart. Quase metade dos doentes que responderam ao questionário marca consultas frequentemente na clínica (48%). Mas para cerca de um quinto esta correspondia à sua primeira consulta na Faceart (24%).

Tabela 4.4: Perfil Sociodemográfico e Comportamental do Utente e Métricas das Consultas

Variável	Categoria	Efetuadas n(%)	Faltas n(%)	Desmarcações n(%)	*p-value*
Grupo Etário	Criança (<18)	7107(24)	224(21,4)	3095(23)	<0,001
	Jovem (18-35)	7256(24,5)	441(42,1)	3868(28,8)	
	Adulto (36-64)	12406(41,9)	343(32,8)	5586(41,6)	
	Idoso (<65)	2812(9,5)	39(3,7)	886(6,6)	
Sexo	Feminino	16066(54,6)	512(50)	7386(56,1)	<0,001
	Masculino	13267(45,4)	512(50)	5773(43,9)	
Convenção	Sem seguro	2209(10,1)	159(20,4)	1313(13,2)	<0,001
	Com seguro	19588(89,9)	620(79,6)	8835(86,8)	
Estado Civil	Solteiro	646(28,9)	17(29,8)	269(32,1)	0,201
	Casado	1358(60,8)	34(59,6)	509(60,7)	
	Divorciado	187(8,4)	5(8,8)	47(5,6)	
	Viúvo	41(1,8)	1(1,8)	13(1,6)	
Subespecialidade	Ortodontia	11526(39)	331(32,2)	4376(33,2)	<0,001
	Generalista	4965(16,8)	213(20,7)	1999(15,2)	
	Higiene Dentária	3541(12)	187(18,1)	2058(15,6)	
	ORL	3290(11,1)	97(9,4)	1014(7,7)	
	Odontopediatria	2026(6,9)	75(7,3)	1224(9,3)	
	Periodontologia	1631(5,5)	44(4,3)	948(7,2)	
	Cirurgia	1457(4,9)	37(3,6)	895(6,8)	
	Endodontia	993(3,4)	41(4,0)	623(4,7)	
	Reabilitação Oral	124(0,4)	3(0,3)	43(0,3)	
Duração	Rápida	2539(25,5)	184(59)	2196(54,5)	<0,001
	Demorada	7404(74,5)	128(41)	1830(45,5)	
Horário	Manhã	13288(44,9)	408(39,6)	5349(40,8)	<0,001
	Tarde	16295(55,1)	623(60,4)	7757(59,2)	
Estação do Ano	Inverno	5810(24,7)	258(24,6)	3491(26)	0,046
	Primavera	5945(25,3)	288(27,5)	3673(27,3)	
	Verão	5723(24,4)	272(26)	3327(26,2)	
	Outono	6019(25,6)	229(21,9)	2944(20,4)	
Mês do Ano	Janeiro	2003(8,5)	61(7,7)	979(9)	<0,001
	Fevereiro	1922(8,2)	59(7,4)	824(7,6)	
	Março	2218(9,4)	71(8,9)	972(8,9)	
	Abril	1875(8)	63(7,9)	833(7,6)	
	Maio	2236(9,5)	59(7,4)	1049(9,6)	
	Junho	1858(7,9)	76(9,5)	936(8,6)	
	Julho	2300(9,8)	72(9)	1018(9,3)	
	Agosto	1062(4,5)	30(3,8)	451(4,1)	
	Setembro	2120(9)	87(10,9)	1006(9,2)	
	Outubro	2093(8,9)	99(12,4)	1042(9,6)	
	Novembro	2006(8,5)	60(7,5)	1006(9,2)	
	Dezembro	1804(7,7)	60(7,5)	780(7,2)	

4.4. Análise dos questionários

A média de idades dos doentes que responderam às questões foi de 28 anos. 5 dos indivíduos eram menores (20%), tendo sido o progenitor a responder às questões. 16 eram do sexo masculino (64%), 9 do sexo feminino (36%).

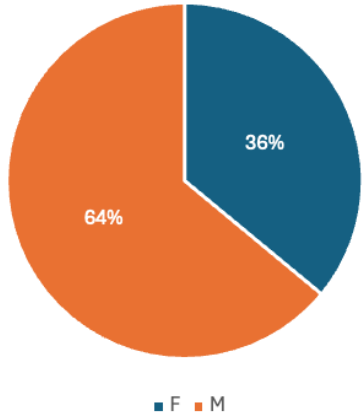


Gráfico 4.5: Distribuição por género dos doentes que responderam ao questionário

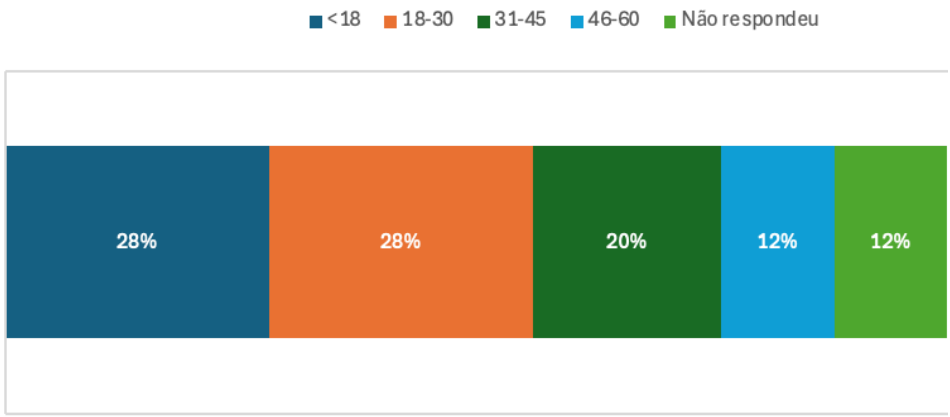


Gráfico 4.6: Distribuição por grupos etários dos doentes que responderam ao questionário

A maioria dos doentes que faltaram tem consultas frequentes no consultório (48%), para 24% era a primeira vez na clínica, 20% têm consultas anualmente e 8% semestralmente. 40% havia marcado a consulta com 1 mês de antecedência, 28% na semana anterior, 16% com 6 ou mais meses de antecedência e 8% na própria semana da consulta. Dos doentes que responderam ao questionário, ninguém havia marcado consulta no próprio dia.

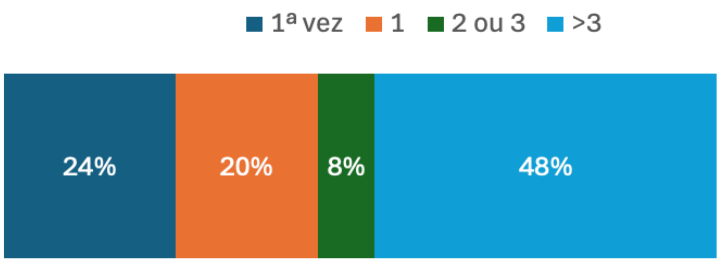


Gráfico 4.7: Frequência de marcação de consultas na clínica reportada pelos participantes

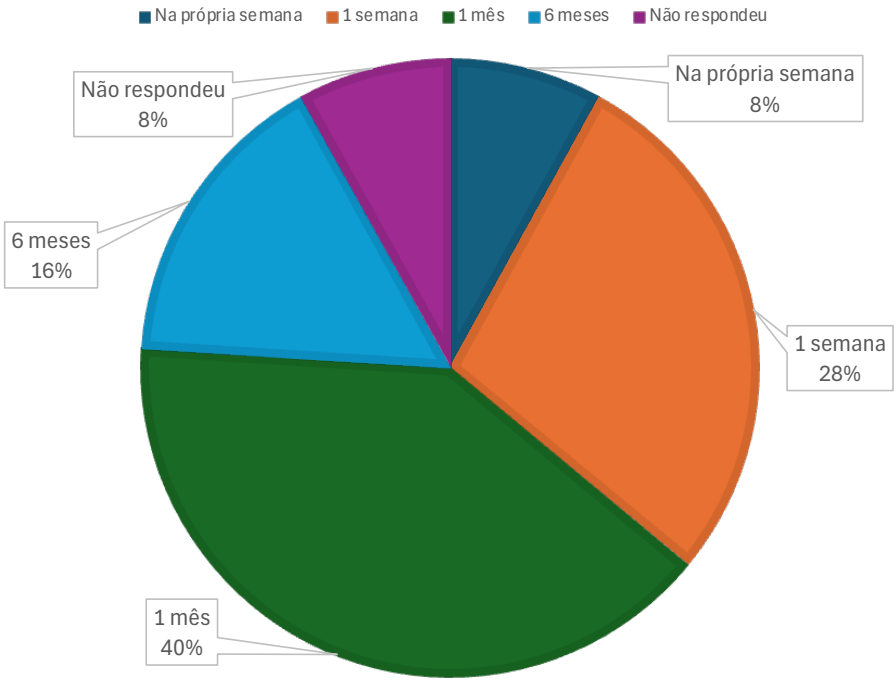


Gráfico 4.8: Tempo de antecedência com que os participantes referiram ter agendado a consulta

Os doentes apontam estes como os principais motivos para faltarem: imprevistos pessoais (42%), esquecimento (31%), confusão com as datas (7%), motivos de saúde (4%) e ausência de receção do lembrete (4%). 56% referem não ter avisado que iriam faltar, enquanto que os restantes 44% referem ter avisado, embora 16% destes tenham avisado no próprio dia. Apesar de os esquecimentos serem a causa apontada por quase um terço das pessoas, a maioria dos doentes (68%) confirma receber os lembretes da clínica acerca das consultas. A média ponderada da satisfação do cliente é de 4,7 numa escala de 1 a 5, com 69% dos doentes a dar a pontuação máxima.

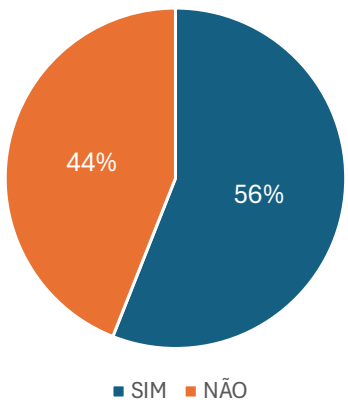


Gráfico 4.9: Distribuição das respostas à questão: "Avisou a clínica de que ia faltar?"

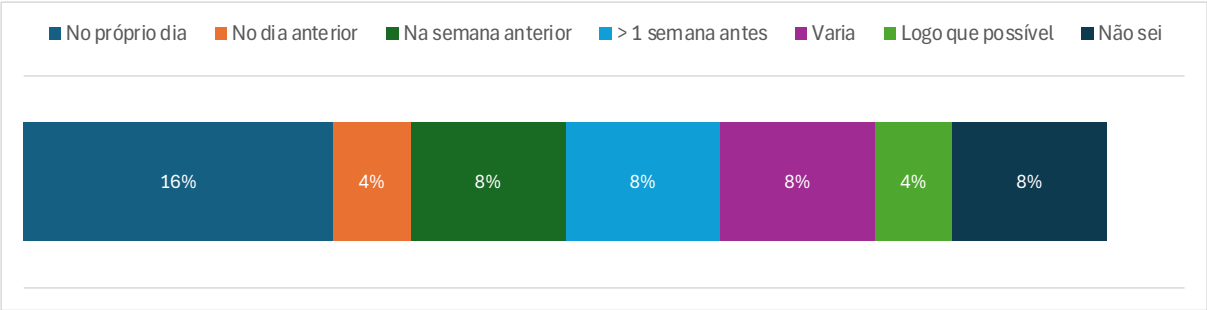


Gráfico 4.10: Antecedência do aviso prévio conforme reportado pelos participantes

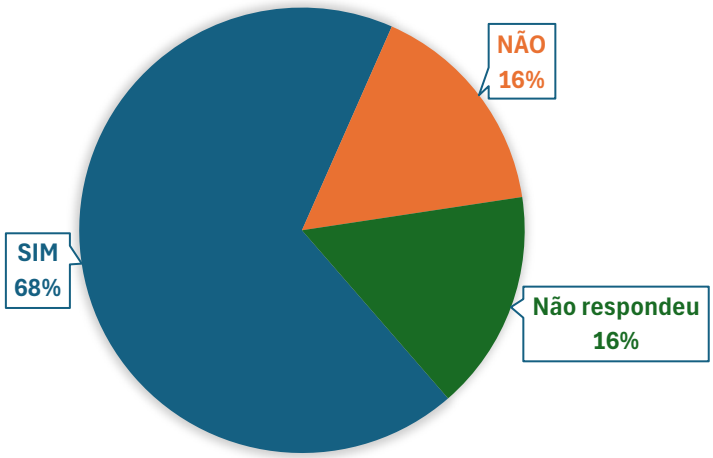


Gráfico 4.11: Distribuição das respostas à questão "Costuma receber os lembretes das consultas?"

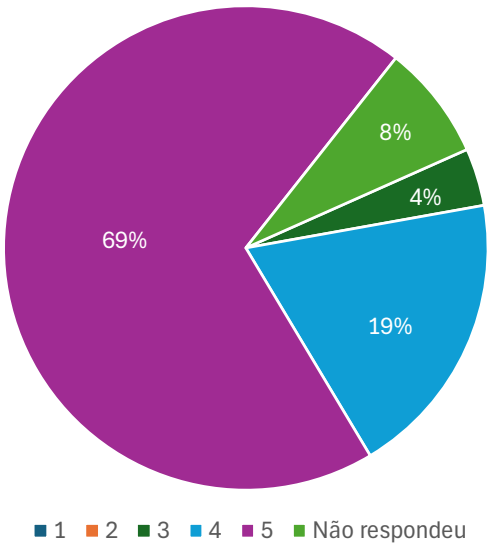


Gráfico 4.12: Grau de satisfação com o processo de marcação de consultas (de 0 a 5)

4.5. Dimensão, impacto e consequências da falta de comparência às consultas

Na clínica Faceart entre 1 de Janeiro de 2022 e 1 de Setembro de 2025 apenas dois terços das consultas foram efetivadas.

Os profissionais de saúde da clínica reconhecem a relevância do problema, considerando as faltas um fenómeno frequente, com estimativas que variam entre uma ocorrência semanal e até quatro episódios de não comparência diários.

Os funcionários da clínica são da opinião que as faltas afetam o trabalho diário de toda uma equipa que se preparou para receber aquele paciente (15%). Quando falta um paciente, a receção sente-se desmotivada pois considera que o seu trabalho de contactar os doentes previamente foi desconsiderado (33%). Tanto os profissionais de saúde como o pessoal administrativo são da opinião que as faltas, ao criarem lacunas nas agendas, afetam a acessibilidade de outros pacientes que poderiam ser chamados naquele horário (54%), até porque há frequentemente urgências do dia que beneficiariam de vagas se o doente avisasse previamente que iria faltar. Por seu lado, os profissionais de saúde consideram que as faltas dos pacientes têm importantes custos a nível pessoal, tanto a nível de tempo (40%) como a nível financeiro (50%). Há também menção a uma consequente desmotivação (20%) e quebra de produtividade (10%).

4.6. Propostas de melhoria

Foram tecidas crítica ao regime da confirmação com dois dias de antecedência uma vez que poderá conduzir a esquecimentos por parte dos utentes, sugerindo-se a implementação de um regime de confirmação dupla (contactar o paciente uma semana ou dois dias antes para dar tempo de substituir a vaga em caso de desmarcação, e enviar de envio de lembrete na véspera mesmo após confirmação) ou mesmo tripla (enviar mensagem uma semana antes, repetir dois dias antes e telefonar no dia anterior em caso de ausência de confirmação). Foi ainda sugerido dar a escolher aos pacientes qual o tipo de lembrete que preferem (20%). Foi também levantada a necessidade de realização de um protocolo de atuação em caso de ausência de confirmação por parte do paciente (30%), que pode passar por considerar a consulta como desmarcada, avisando o paciente e atribuindo a vaga a outro doente (10%).

Vários profissionais consideram que se deve trabalhar na literacia do utente, devendo ser aplicados esforços na explicação da importância da continuidade dos tratamentos (10%), bem como explicação do impacto que as faltas têm na clínica (40%) e da importância das desmarcações antecipadas (10%). Há ainda quem sugira que deveriam ser penalizados por faltarem (40%). Uma das penalizações mais vezes mencionada foi aumentar o tempo de

espera destes pacientes para a próxima consulta, em vez de agendar a consulta para o mais brevemente possível como se faz atualmente (50%). Há ainda quem sugira uma penalização monetária (30%), como o pagamento da consulta, sobretudo em reincidentes. Coloca-se ainda a hipótese da realização de um pagamento para garantir a reserva do horário da consulta na altura da marcação, que seria posteriormente descontado no valor da consulta, como forma a dissuadir os clientes de faltarem. Ou seja, atuar na prevenção por oposição à penalização (10%).

A maioria dos profissionais de saúde não considera o *overbooking* uma boa opção (50%), uma vez que levaria a atrasos e despersonalização dos cuidados, com consequentemente redução da satisfação do cliente. Referem ainda o aumento do desgaste dos profissionais, tanto pela ansiedade causada como pelo trabalho extra em caso de ninguém faltar. Alguns consideram benéfica a adoção de uma estratégia de *predictive overbooking* (10%) para doentes com alta probabilidade de faltar ou *overbooking* seletivo (50%) para consultas de urgência, primeiras vezes ou consultas curtas e apenas uma ou duas vezes por bloco de consultas.

Os clientes também teceram sugestões: 5 pessoas sugeriram o envio dos lembretes por email com possibilidade de acrescenta a consulta ao calendário (20%), 4 doentes sugerem aumentar a acessibilidade e flexibilidade na marcação das consultas (16%), 3 sugerem o envio de um lembrete com pedido de confirmação (12%), 2 pedem para ser avisados com maior antecedência (8%), 1 sugere insistir-se mais quando o doente não responde (4%), 1 refere que se o doente não confirmar a clínica deveria ocupar a vaga (4%), 1 sugere a elaboração de mensagens personalizadas a recordar o paciente do que deve levar à consulta (4%) e 1 sugere reforço do lembrete 30 minutos antes da consulta por forma a evitar atrasos (4%).

5. Discussão

A forma como eram classificadas as consultas na clínica Faceart impede uma real estimativa dos *no-show*, uma vez que não diferencia as desmarcações atempadas das não atempadas. Assim, se considerarmos apenas o número de faltas (2%) estaremos a subestimar o número dos *no-show* e se considerarmos como *no-show* a soma das desmarcações a faltas (33%) estaremos a sobrestimar este valor. Desta forma compreende-se o ligeiro desajuste destes números relativamente aos valores da literatura (cerca de 19,3% na Europa) (Dantas et al., 2018).

O maior número de desmarcações em 2022 pode ser interpretado como consequência de uma período pós-pandémico em que os comportamentos dos utentes em saúde se modificaram, como está amplamente estudado na literatura (Hernandez et al., 2024).

A relação diretamente proporcional entre a idade e a comparência na nossa amostra (excluindo a população pediátrica) vai de encontro à literatura (Daggy et al., 2010; Kaplan-Lewis et al., 2013; Machado et al., 2015; Jabalera Mesa et al., 2015; Dantas et al., 2018; White et al., 2021) e à perceção dos profissionais de saúde (50% considerava que o grupo etário mais faltoso eram os jovens).

Contrariamente à perceção dos médicos que trabalham na clínica, os doentes com seguro efetuam mais consultas e desmarcam e faltam menos do que os pacientes que pagam por particular ($p<0,001$). Esta perceção errada pode advir da expectativa de receber mais honorários com os doentes que pagam por particular, o que suscita maior tolerância relativamente à falta de comparência destes pacientes. O nosso resultado vai ao encontro da literatura (Kaplan-Lewis et al., 2013; Norris et al., 2014; Huang et al., 2017; Peng et al., 2016; Dantas et al., 2018).

O nosso estudo não encontrou diferenças entre os vários estados civis e a comparência dos doentes a consultas médicas, o que vai ao encontro da literatura (Siminoff et al., 2008, Percac-Lima et al., 2013).

A maior antiguidade dos doentes como clientes da clínica relaciona-se com uma probabilidade acrescida de comparência, sugerindo que a fidelização consolidada ao longo de anos de contacto contínuo fortalece o compromisso com o cumprimento das consultas, conforme já havia sido sugerido em estudos prévios (Drewek et al., 2017). Este resultado evidencia, assim, a importância de investir de forma sustentada na qualidade da relação médico-doente como estratégia de promoção da adesão. Tal interpretação é reforçada pelo facto de a maioria dos trabalhadores da clínica considerarem que há uma maior prevalência de faltas nas consultas de primeira vez. Paralelamente, verificou-se que os médicos com maior taxa de assiduidade às consultas correspondem aos profissionais mais antigos na clínica (responsáveis pelas subespecialidades de ortodontia e otorrinolaringologia), os quais,

pela sua longevidade, terão provavelmente construído um vínculo mais sólido com os doentes. A importância da relação médico-doente para a assiduidade não é um conceito novo (Brewster et al. 2020). Por fim, o tempo decorrido desde a última consulta tem uma relação inversamente proporcional à comparência, o que fortalece a importância de vincular os clientes à clínica.

A perceção da higienista e do secretariado de que os pacientes faltam mais a consultas de Higiene Dentária estava correta, de acordo com os dados da nossa amostra. Estas são consultas habitualmente de rotina, em que o paciente não tem sintomas, o que pode ir ao encontro do entendimento de metade dos profissionais de saúde de que os doentes faltam mais quando estão assintomáticos. Esta perceção vai também ao encontro da literatura (White et al., 2021). Além disso, são muitas vezes consultas agendadas com muita antecedência que os pacientes deixam marcadas rotineiramente com seis meses de antecedência. Isto vai ao encontro da literatura, onde o *lead-time* (intervalo de tempo entre a marcação e a consulta) é tido como o fator com maior influência na assiduidade (Bean et al., 1995; Norris et al., 2014; Jabalera et al., 2015; Dantas et al., 2018; Baptista et al., 2023). Outra subespecialidade afetada por faltas de comparência foi a endodontia, o que está de acordo com estudos prévios (White et al., 2021).

Na clínica Faceart os pacientes parecem faltar mais a consultas rápidas do que demoradas, o que contraria estudos prévios (Daggy et al., 2010). Os nossos resultados (maior comparência de manhã do que à tarde) também são contrários aos resultados de estudos prévios no que toca ao horário do dia com maior comparência (Weinerman et al., 2003; Huang et al., 2017; Peng et al., 2016).

Na nossa amostra parece haver menor assiduidade às consultas no Outono e maior no Inverno, o que sugere uma sazonalidade no padrão de faltas. Os meses mais afetados são, por ordem decrescente: Novembro, Outubro, Junho, Setembro, Janeiro e Abril. Contrariamente à perceção da odontopediatra, as crianças não faltam mais no Verão.

O entendimento por parte da receção de que segunda feira é o dia com menor taxa de comparência é apoiado pela literatura (Nancarrow et al., 2014; Ellis et al., 2017; White et al., 2021).

Os trabalhadores da clínica identificaram os esquecimentos e os imprevistos como as principais razões para a ausência dos pacientes, em consonância com as respostas fornecidas pelos próprios doentes. Tal convergência sugere que os profissionais estão atentos e bem informados acerca da população que acompanham. De igual modo, a maioria considerou que o sistema atual de lembretes está devidamente implementado e que a comunicação com os clientes é globalmente razoável a boa. Esta perceção encontra suporte nos dados dos utentes: apenas 16% referiram não receber lembretes (situação em grande

parte resultante de fatores externos à clínica e de difícil controlo), sendo que a satisfação reportada relativamente ao processo de marcação de consultas se revelou muito elevada.

Relativamente às consequências das faltas e desmarcações, destacam-se sobretudo a perda de acessibilidade para outros doentes (54%) e o descontentamento associado à quebra de produtividade, quer em termos financeiros (50%), quer pelo tempo desperdiçado (40%). A estas evidências soma-se o facto de 16% dos utentes terem sugerido a melhoria da acessibilidade como medida prioritária, sublinhando que esta limitação constitui um fator de insatisfação potencialmente responsável pela diminuição da assiduidade.

O método atualmente utilizado na clínica (dois contactos telefónicos por chamada e sms com dois dias de antecedência) é comprovadamente eficaz (Gurol-Urganci et al., 2013; Ulloa-Pérez et al., 2022; Wang et al. 2007). Poderia ser benéfico, conforme sugerem alguns trabalhadores da clínica, rever o método de lembretes. Uma possível alteração apoiada pela literatura seria acrescentar aos já utilizados um lembrete com maior antecedência (por exemplo uma mensagem com uma semana de antecedência), para que os doentes possam organizar a sua vida em torno da consulta ou desmarcar com a devida antecedência (McLean et al., 2016). A personalização dos lembretes, sugerida pelos utentes e profissionais – por exemplo acrescentando um pedido de confirmação, reforçando a importância o impacto das faltas na clínica e a importância de desmarcar antecipadamente, acrescentando a possibilidade de introduzir no calendário ou inserindo informação sobre o material necessário para trazer à consulta – cai na categoria do método *reminder plus*, teoricamente superior aos lembretes convencionais (McLean et al., 2016). Facilitar o processo de cancelamento, desmarcação e remarcação de consultas aos utentes através de lembretes personalizados é uma estratégia promissora (Boone et al., 2022). Embora trabalhoso também poderia ser benéfico dar a escolher ao paciente a forma como prefere ser lembrado da consulta, conforme sugerido.

Outra propostas de melhoria foi a introdução de penalizações dos pacientes faltosos, sobretudo se reincidentes. A maioria sugere penalização nos timings de marcação de consulta. Há ainda alguns que sugerem penalizações monetárias ou medidas como pré-pagamento, no entanto ainda existem poucos estudos e com resultados pouco robustos acerca da eficácia desta medida na saúde (Leibner et al., 2023).

A utilização cega do *overbooking* é rejeitada pelos profissionais de saúde que sustentam os seus argumentos na literatura (Kim et al., 2006). No entanto uma estratégia de *overbooking* seletivo (para consultas curtas, de urgência ou primeiras vezes) parece ser uma estratégia aceite pela maioria dos trabalhadores da clínica.

Este estudo apresenta vários pontos fortes que reforçam a sua validade e utilidade prática. Em primeiro lugar, a dimensão da base de dados analisada, composta por mais de 44 mil registos ao longo de quase quatro anos, confere robustez estatística e permite

identificar padrões de absentismo com maior fiabilidade. O recurso a informação real, recolhida no decurso da atividade clínica, assegura ainda elevada relevância externa, aproximando os resultados das condições concretas de funcionamento de uma clínica privada multidisciplinar.

Outro aspeto a destacar é a integração de métodos quantitativos e qualitativos. A combinação de análise estatística detalhada com inquéritos a utentes e entrevistas a profissionais permitiu uma compreensão mais abrangente do fenómeno, cruzando dados objetivos com perceções subjetivas e experiências em contexto. Esta triangulação metodológica aumenta a riqueza interpretativa dos resultados e contribui para uma visão mais completa das causas e consequências do absentismo.

Adicionalmente, o estudo avança para além da mera caracterização do problema, oferecendo propostas concretas de intervenção fundamentadas na evidência recolhida e em literatura especializada. Tal abordagem confere aplicabilidade imediata às conclusões, apoiando a tomada de decisão organizacional e fornecendo pistas para políticas de gestão mais eficazes.

Por último, o facto de se tratar de um trabalho pioneiro no contexto da clínica em estudo constitui um contributo relevante para o conhecimento local. É também um dos poucos trabalhos sobre o tema no contexto português, abrindo caminho para investigações futuras mais amplas e comparativas em diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde.

No entanto, este estudo apresenta também diversas limitações que importa reconhecer. O carácter retrospetivo da análise condicionou-nos à utilização da informação registada na base de dados da clínica, a qual se revelou incompleta em alguns aspetos — como a ausência de registo sistemático da data de marcação das consultas, que impossibilitou o cálculo do *lead-time* – e pouco rigorosa em determinadas situações – como na classificação como desmarcação a consultas em que o aviso é efetuado no próprio dia. A qualidade dos registos administrativos, dependente da consistência do preenchimento por diferentes profissionais ao longo do tempo, pode igualmente ter introduzido erros de classificação. Acresce que a investigação foi conduzida num único centro privado, o que limita a generalização dos resultados a outros contextos, públicos ou privados, com diferentes perfis de utentes e práticas organizacionais.

Na componente qualitativa, a utilização de amostras de conveniência para os questionários e entrevistas, aliada ao número relativamente reduzido de participantes, introduz um potencial viés de seleção, na medida em que os participantes podem não ser representativos da totalidade da população da clínica. Além disso, as respostas recolhidas refletem perceções subjetivas de doentes e profissionais, passíveis de enviesamentos de memória ou de desejabilidade social. Por fim, importa referir que o desenho observacional não permite estabelecer relações de causalidade, apenas associações, sendo necessário

recorrer a estudos prospetivos e comparativos para confirmar a robustez das conclusões aqui apresentadas.

Por fim, durante a execução deste trabalho foram feitas alterações na clínica Faceart como a atualização da parte de gestão do software informático, a atualização de dados nas fichas de alguns clientes (por exemplo contactos telefónicos desatualizados) e alterações na introdução dos dados (por exemplo através da introdução do conceito “desmarcação de última hora” para no futuro ser possível um cálculo mais preciso dos *no-show*). Está ainda a ser discutido com a administração o melhor formato de aplicação das restantes propostas aqui mencionadas à clínica, nomeadamente a personalização dos lembretes.

6. Conclusões

Os resultados deste estudo demonstram que o absentismo em contexto clínico não ocorre de forma aleatória, mas reflete a interação de múltiplos fatores sociodemográficos, comportamentais e organizacionais. A menor antiguidade na clínica, intervalos mais longos desde a última consulta e a menor idade dos utentes revelaram-se determinantes para a maior probabilidade não comparência. Do mesmo modo, características relacionadas com o agendamento — como consultas de curta duração, marcações no período da tarde e marcações no Outono — apresentaram maior prevalência de absentismo.

Os achados deste estudo reforçam a ideia de que a fidelização e a qualidade da relação médico-doente são elementos centrais para promover a assiduidade. Doentes mais antigos, com maior contacto e confiança estabelecida, demonstraram maior compromisso com a comparência. Assim, estratégias que fortaleçam o vínculo entre profissionais e utentes, associadas a medidas de otimização operacional, poderão contribuir para a redução deste fenómeno.

As propostas delineadas incluem a personalização e diversificação dos lembretes, a redução do intervalo entre consultas, e a adoção criteriosa de práticas de *overbooking* direcionadas a perfis de maior risco. A implementação destas medidas deverá ser acompanhada de monitorização sistemática, permitindo ajustar procedimentos em função da sua eficácia e impacto na experiência do utente.

Este trabalho permitiu caracterizar em detalhe o absentismo na clínica FaceArt. A utilização de diferentes metodologias resultou numa visão mais completa do fenómeno. A dimensão da amostra e o recurso a dados de prática clínica real conferem validade e relevância externa, assegurando que as conclusões retiradas têm aplicabilidade imediata. Importa ainda salientar que foram apresentadas propostas concretas de intervenção, algumas das quais já se encontram em fase de implementação, traduzindo um contributo prático para a melhoria da gestão da clínica.

Não obstante, este estudo apresenta limitações que devem ser reconhecidas. O carácter retrospetivo da análise condicionou a disponibilidade e qualidade da informação, verificando-se lacunas e inconsistências nos registos administrativos. Acresce que a investigação decorreu num único centro privado, o que limita a generalização dos resultados, e que a amostra qualitativa foi de conveniência e de dimensão reduzida, sujeita a enviesamentos. Por fim, o desenho observacional apenas permite identificar associações, sem estabelecer relações de causalidade.

Estudos futuros, com desenho prospetivo, multicêntricos e metodologias experimentais, poderão aprofundar estes resultados e validar a aplicabilidade das estratégias propostas.

Referências Bibliográficas

Alkomos, M. F., Mendez, D., Mazzei-Pifano, D., Shafeek, F., Rodriguez, C., Ali, F., Banks, C., Melki, G., & Michael, P. (2020). Patients' reasons for missing scheduled clinic appointments and their solutions at a major urban-based academic medical center. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives, 10*(5), 426–430. https://doi.org/10.1080/20009666.2020.1796903

Amberger, C., & Schreyer, D. (2022). What do we know about no-show behavior? A systematic, interdisciplinary literature review. *Journal of Economic Surveys, 00*, 1–40. https://doi.org/10.1111/joes.12534

Baptista, S. C. P. D., Juliani, C. M. C. M., Spiri, W. C., & Corrente, J. E. (2023). Caracterização do absenteísmo dos pacientes em consulta médica em ambulatório. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem, 13*(41), 480–490. https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.480-490

Baskaradoss, J. K. (2016). The association between oral health literacy and missed dental appointments. *Journal of the American Dental Association, 147*(11), 867–874. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.05.011

Benjamin-Bauman, J., Reiss, M. L., & Bailey, J. S. (1984). Increasing appointment keeping by reducing the call-appointment interval. *Journal of Applied Behavior Analysis, 17*(3), 295–301. https://doi.org/10.1901/jaba.1984.17-295.

Beltrame, S. M., Oliveira, A. E., Santos, M. A. B. dos, & Santos, E. T. (2019). Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde em Debate, 43*(123), 1015–1030. https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303

Bellucci, E., Dharmasena, L., Nguyen, L., & Calache, H. (2017). The effectiveness of SMS reminders and the impact of patient characteristics on missed appointments in a public dental outpatient clinic. *Australasian Journal of Information Systems, 21.* https://doi.org/10.3127/ajis.v21i0.1405

Boone, C. E., Celhay, P., Gertler, P., Gracner, T., & Rodriguez, J. (2022). How scheduling systems with automated appointment reminders improve health clinic efficiency. *Journal of Health Economics, 82*, 102598. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102598

Boksmati, N., Butler-Henderson, K., Anderson, K., & Sahama, T. (2016). The Effectiveness of SMS Reminders on Appointment Attendance: a Meta-Analysis. *Journal of Medical Systems, 40*(4), 90. https://doi.org/10.1007/s10916-016-0452-2

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

Campbell, K., et al. (2015). *Who is least likely to attend? An analysis of outpatient appointment 'Did Not Attend' (DNA).*NHS Health Scotland (relatório).

Carreras-García, D., Delgado-Gómez, D., Llorente-Fernández, F., & Arribas-Gil, A. (2020). Patient No-Show Prediction: A Systematic Literature Review. *Entropy, 22*(6), 675. https://doi.org/10.3390/e22060675

Christensen, A. A., Lugo, R. A., & Yamashiro, D. K. (2001). The effect of confirmation calls on appointment-keeping behavior of patients in a children's hospital dental clinic. *Pediatric Dentistry, 23*(6), 495–498. PMID: 11800450

Daggy, J., Lawley, M., Willis, D., Thayer, D., Suelzer, C., DeLaurentis, P. C., Turkcan, A., Chakraborty, S., & Sands, L. (2010). Using no-show modeling to improve clinic performance. *Health Informatics Journal, 16*(4), 246–259. https://doi.org/10.1177/1460458210380521

Dantas, L. F., Fleck, J. L., Cyrino Oliveira, F. L., & Hamacher, S. (2018). No-shows in appointment scheduling — a systematic literature review. *Health Policy, 122*(4), 412–421. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.02.002

Dantas, L. F., Hamacher, S., Cyrino Oliveira, F. L., Barbosa, S. D. J., & Viegas, F. (2019). Predicting patient no-show behavior: a study in a bariatric clinic. *Obesity Surgery, 29*(1), 40–47. https://doi.org/10.1007/s11695-018-3480-9

Drewek, R., Mirea, L., & Adelson, P. D. (2017). Lead time to appointment and no-show rates for new and follow-up patients in an ambulatory clinic. *The Health Care Manager, 36*(1), 4–9. https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000148

Ellis, D. A., McQueenie, R., McConnachie, A., Wilson, P., & Williamson, A. E. (2017). Demographic and practice factors predicting repeated non-attendance in primary care: a national retrospective cohort analysis. *The Lancet Public Health, 2*(12), e551–e559. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30217-7

Gurol-Urganci, I., de Jongh, T., Vodopivec-Jamsek, V., Atun, R., & Car, J. (2013). Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013*(12), CD007458. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007458.pub3

Greenan, E., Salim, M., Coakley, D. N., & James, M. (2019). The effect of geodemographic factors on the attendance rates at a regional diabetic retinopathy treatment centre. *Irish Journal of Medical Science, 188*(4), 1207–1212. https://doi.org/10.1007/s11845-019-02009-4

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

Hernández-García, I., Chaure-Pardos, A., Moliner-Lahoz, J., Prieto-Andrés, P., Mareca-Doñate, R., Giménez-Júlvez, T., López-Mendoza, H., García-Montero, J. I., & Aibar-Remón, C. (2018). Absentismo, y factores asociados, en las citas programadas de una consulta externa de Medicina Preventiva. *Journal of Healthcare Quality Research, 33*(2), 82–87. https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.12.006

Hernandez, J., Batio, S., Lovett, R. M., Wolf, M. S., & Bailey, S. C. (2024). Missed healthcare visits during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *Journal of Primary Care & Community Health, 15*, 21501319241233869. https://doi.org/10.1177/21501319241233869

Herrick, J., Gilhooly, M. L., & Geddes, D. A. (1994). Non-attendance at periodontal clinics: forgetting and administrative failure. *Journal of Dentistry, 22*(5), 307–309. https://doi.org/10.1016/0300-5712(94)90068-X

Holtzman, J. S., Atchison, K. A., Gironda, M. W., Radbod, R., & Gornbein, J. (2014). The association between oral health literacy and failed appointments in adults attending a university-based general dental clinic. *Community Dentistry and Oral Epidemiology, 42*(3), 263–270. https://doi.org/10.1111/cdoe.12089

Huang, Z., Ashraf, M., Gordish-Dressman, H., & Mudd, P. (2017). The financial impact of clinic no-show rates in an academic pediatric otolaryngology practice. *American Journal of Otolaryngology, 38*(2), 127–129. https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2016.11.004

Hwang, A. S., Atlas, S. J., Cronin, P., Ashburner, J. M., Shah, S. J., He, W., & Hong, C. S. (2015). Appointment "no-shows" are an independent predictor of subsequent quality of care and resource utilization outcomes. *Journal of General Internal Medicine, 30*(10), 1426–1433. https://doi.org/10.1007/s11606-015-3252-3

Jabalera Mesa, M. L., Morales Asencio, J. M., & Rivas Ruiz, F. (2015). Factores determinantes y coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 38*(2), 235–245. https://doi.org/10.23938/ASSN.0072

Kaplan-Lewis, E., & Percac-Lima, S. (2013). No-show to primary care appointments: why patients do not come. *Journal of Primary Care & Community Health, 4*(4), 251–255. https://doi.org/10.1177/2150131913498513

Kankaala, T., Laine, H., Laitala, M. L., Rajavaara, P., Vähänikkilä, H., Pesonen, P., & Anttonen, V. (2021). 10-year follow-up study on attendance pattern after dental treatment in primary

oral health care clinic for fearful patients. *BMC Oral Health, 21*, 522. https://doi.org/10.1186/s12903-021-01869-6

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

LaGanga, L. R., & Lawrence, S. R. (2007). Clinic overbooking to improve patient access and increase provider productivity. *Decision Sciences, 38*(2), 251–276. https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.2007.00158.x

Lagman, R. L., Samala, R. V., LeGrand, S., Parala-Metz, A., Patel, C., Neale, K., Carrino, C., Rybicki, L., Gamier, P., Mauk, M. E., & Nowak, M. (2021). "If you call them, they will come": A telephone call reminder to decrease the no-show rate in an outpatient palliative medicine clinic. *The American Journal of Hospice & Palliative Care, 38*(5), 448–451. https://doi.org/10.1177/1049909120952322

Leibner, G., Brammli-Greenberg, S., Mendlovic, J., & Israeli, A. (2023). To charge or not to charge: reducing patient no-show. *Israel Journal of Health Policy Research, 12*, 27. https://doi.org/10.1186/s13584-023-00575-8

Li, Y., Tang, S. Y., Johnson, J., & Lubarsky, D. A. (2019). Individualized no-show predictions: effect on clinic overbooking and appointment reminders. *Production and Operations Management.* https://doi.org/10.1111/poms.13033

Lin, C. L., Mistry, N., Boneh, J., Li, H., & Lazebnik, R. (2016). Text message reminders increase appointment adherence in a pediatric clinic: a randomized controlled trial. *International Journal of Pediatrics, 2016*, 8487378. https://doi.org/10.1155/2016/8487378

Machado, A. T., Werneck, M. A., Lucas, S. D., & Abreu, M. H. (2015). Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: a cross-sectional study. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(1), 289–298. https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.01012014

Marbouh, D., Khaleel, I., Al Shanqiti, K., Al Tamimi, M., 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

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

McQueenie, R., Ellis, D. A., McConnachie, A., Wilson, P., & Williamson, A. E. (2019). Morbidity, mortality and missed appointments in healthcare: a national retrospective data linkage study. *BMC Medicine, 17*, 2. https://doi.org/10.1186/s12916-018-1234-0

Miller, A. J., Chae, E., Peterson, E., & Ko, A. B. (2015). Predictors of repeated "no-showing" to clinic appointments. *American Journal of Otolaryngology, 36*(3), 411–414. https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2015.01.017

Muppavarapu, K., Saeed, S. A., Jones, K., Hurd, O., & Haley, V. (2022). Study of impact of telehealth use on clinic "no show" rates at an academic practice. *The Psychiatric Quarterly, 93*(2), 689–699. https://doi.org/10.1007/s11126-022-09983-6

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. *The Australasian Medical Journal, 7*(8), 323–333. https://doi.org/10.4066/AMJ.2014.2098

Nelson, T. M., Berg, J. H., Bell, J. F., Leggott, P. J., & Seminario, A. L. (2011). Assessing the effectiveness of text messages as appointment reminders in a pediatric dental setting. *Journal of the American Dental Association, 142*(4), 397–402. https://doi.org/10.14219/jada.archive.2011.0194

Norris, J. B., Kumar, C., Chand, S., Moskowitz, H., Shade, S. A., & Willis, D. R. (2014). An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at

outpatient clinics. *Decision Support Systems, 57*, 428–443. https://doi.org/10.1016/j.dss.2012.10.048

Oleskovicz, M., Oliva, F. L., Grisi, C. C., Lima, A. C., & Custódio, I. (2014). Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 30*(5), 1009–1017. https://doi.org/10.1590/0102-311x00158612

Opon, S. O., Tenambergen, W. M., & Njoroge, K. M. (2020). The effect of patient reminders in reducing missed appointment in medical settings: a systematic review. *PAMJ – One Health, 2*. https://doi.org/10.11604/pamj-oh.2020.2.9.21839

Parente, C. A., Salvatore, D., Gallo, G. M., & Cipollini, F. (2018). Using overbooking to manage no-shows in an Italian healthcare center. *BMC Health Services Research, 18*. https://doi.org/10.1186/s12913-018-2979-z

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 & Social Care, 41*(2), 112–127. https://doi.org/10.3109/17538157.2014.965303

Percac-Lima, S., Benner, C. S., Lui, R., Aldrich, L. S., Oo, S. A., Regan, N., & Chabner, B. A. (2013). The impact of a culturally tailored patient navigator program on cervical cancer prevention in Latina women. *Journal of Women's Health, 22*(5), 426–431. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3900

Reid, M. W., Cohen, S., Wang, H., Kaung, A., Patel, A., Tashjian, V., Williams, D. L., Jr., Martinez, B., & Spiegel, B. M. (2015). Preventing patient absenteeism: validation of a predictive overbooking model. *The American Journal of Managed Care, 21*(12), 902–910. PMID: 26671702

Pacheco, R., Negro Álvarez, J. M., Campuzano López, F. J., Pellicer Orenes, F., Murcia Alemán, T., Serrano Santos, E., Villegas García, M., & Alcaraz Quiñonero, M. (2007). Non-compliance with appointments amongst patients attending an Allergology Clinic, after implementation of an improvement plan. *Allergologia et Immunopathologia, 35*(4), 136–144. https://doi.org/10.1157/13108224

Samorani, M., & LaGanga, L. R. (2015). Outpatient appointment scheduling given individual day-dependent no-show predictions. *European Journal of Operational Research, 240*(1), 245–257. https://doi.org/10.1016/j.ejor.2014.06.034

Siminoff, L. A., Hausmann, L. R., & Ibrahim, S. (2008). Barriers to obtaining diagnostic testing for coronary artery disease among veterans. *American Journal of Public Health, 98*(12), 2207–2213. https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.123224

Storrs, M. J., Ramov, H. M., & Lalloo, R. (2016). An investigation into patient non-attendance and use of a short-message reminder system at a university dental clinic. *Journal of Dental Education, 80*(1), 30–39. PMID: 26729682

Ulloa-Pérez, E., Blasi, P. R., Westbrook, E. O., Lozano, P., Coleman, K. F., & Coley, R. Y. (2022). Pragmatic randomized study of targeted text message reminders to reduce missed clinic visits. *The Permanente Journal, 26*(1), 64–72. https://doi.org/10.7812/TPP/21.078

Vamosi, B. E., Mikhail, L., Gustin, R. L., Pielage, K. C., Reid, K., Tabangin, M. E., Altaye, M., Collar, R. M., Khosla, S. M., Giliberto, J. P., & Howell, R. J. (2021). Predicting no-show in voice therapy: avoiding the missed appointment cycle. *Journal of Voice, 35*(4), 604–608. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2020.01.003

Wang, D., Crilly, J., Jaeger, L., & Palmer, G. (2007). Assessing patient preferences for delivery of reminders on scheduled visits in a psychiatry ambulatory service. *AMIA Annual Symposium Proceedings, 2007*, 776–780. PMID: 18693942

Weinerman, R., Glossop, V., Wong, R., Robinson, L., White, K., & Kamil, R. (2003). Time of day influences nonattendance at Urgent Short-Term Mental Health Unit in Victoria, British Columbia. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*(5), 342–344. https://doi.org/10.1177/070674370304800511

West, A., Stones, T., & Wanyonyi, K. (2020). Deprivation, demography and missed scheduled appointments at an NHS primary dental care and training service. *British Dental Journal, 228*(2), 98–102. https://doi.org/10.1038/s41415-020-1197-3

White, L. J., Butler-Howell, K. E., Nadon-Hoysted, N., Schulz, M. C., & Kroon, J. (2021). Impact of demographics and appointment characteristics on patient attendance in a university dental clinic. *Journal of Dental Education, 85*(5), 615–622. https://doi.org/10.1002/jdd.12514

Anexos

Anexo A – Questionário

1. Idade

- Menos de 18 anos
- 18–30 anos
- 31–45 anos
- 46–60 anos
- Mais de 60 anos

2. Género

- Feminino
- Masculino

3. Com que frequência costuma marcar consultas na nossa clínica?

- Primeira vez
- 1 vez por ano
- 2–3 vezes por ano
- Mais de 3 vezes por ano

4. Como costuma marcar as suas consultas (pode responder mais do que uma opção)?

- Por telemóvel
- Presencialmente
- Por email
- Através das redes sociais
- Outra forma. Qual?

5. Com quanto tempo de antecedência costuma ser marcada a sua consulta?

- No próprio dia
- Na própria semana
- Mais de 1 semana
- Mais de 1 mês
- Mais de 6 meses

6. Já desmarcou ou faltou a alguma consulta?

- Sim
- Não (Passe para a pergunta 11)

7. Avisou antes?

- Sim
- Não (Passe para a pergunta 10)

8. O aviso prévio foi feito com quanta antecedência?

- No próprio dia
- No dia anterior
- Na semana anterior
- Com mais antecedência
- Varia
- Não sei

9. Quais foram os motivos para faltar sem aviso? (Pode selecionar mais do que um)

- Esqueci-me
- Surgiu um imprevisto pessoal
- Problemas de transporte
- Motivos de saúde
- Confusão com a data/hora
- Não recebi lembrete
- Outra (qual?):

10. Costuma receber lembretes da consulta?

- Sim
- Não

11. Qual é a sua satisfação geral com o processo de marcação de consultas?

Escala de 1 a 5 (1 = Muito insatisfeito, 5 = Muito satisfeito)

12. O que poderíamos fazer para ajudar a reduzir faltas às consultas? (Resposta aberta)

Anexo B – Entrevista com Pessoal Administrativo

Objetivo: Compreender os procedimentos, causas percebidas e estratégias já utilizadas.

Perguntas:

1. Pode descrever como é feito o processo de marcação de consultas?
2. Como e quando são enviados os lembretes aos pacientes (SMS, telefonema, e-mail)?
3. O que acontece quando um paciente não comparece?
4. É feito contacto com o paciente depois de faltar?
5. Na sua experiência, quais são as razões mais frequentes para os pacientes não comparecerem?
6. Há horários, dias da semana ou tipos de consultas mais sujeitos a faltas?
7. Considera que o sistema atual ajuda a reduzir as faltas de comparência?
8. Já sugeriu ou tentou novas formas de reduzir estas faltas?
9. De que forma as faltas de comparência afetam o seu trabalho diário?
10. O que acha que a clínica poderia fazer de forma diferente para reduzir o problema?

Anexo C – Entrevista com Profissionais de Saúde

Objetivo: Compreender o impacto clínico e tentar arranjar soluções.

Perguntas:

1. Com que frequência tem faltas de comparência na sua agenda?
2. Como é que estas faltas afetam o seu trabalho?
3. Nota que determinados tipos de pacientes (idade, género, seguro) faltam mais frequentemente?
4. Existem tipos específicos de consultas mais propensos a ser desmarcadas ou a não ter comparência?
5. Como avalia a comunicação atual entre a clínica e os pacientes?
6. Qual é a sua opinião sobre os sistemas de lembrete utilizados?
7. Faz algum tipo de seguimento com pacientes que faltam? Porquê?
8. Na sua opinião, o que poderia reduzir as faltas de comparência nesta clínica?
9. Já trabalhou noutros locais onde esta situação fosse diferente? Que estratégias resultaram?
10. Tem alguma sugestão de novas formas de reduzir estas faltas?
11. Considera viável implementar soluções como sobre-marcação (*overbooking*) na nossa realidade?

Anexo D – Entrevista com Direção Clínica

Objetivo: Compreender o impacto económico e estratégico, políticas e decisões.

Perguntas:

1. Qual é a dimensão do problema das faltas de comparência na clínica?
2. Tem ideia do impacto financeiro e operacional que isso representa?
3. Que políticas existem atualmente para reduzir ou gerir estas faltas? Que sistemas estão em uso (software, lembretes, penalizações)?
4. A taxa de faltas é monitorizada regularmente? Que indicadores utilizam?
5. Já consideraram soluções como sobre-marcação (*overbooking*), taxas de cancelamento ou marcação online?
6. Quais são os principais obstáculos para reduzir este problema?
7. Como avalia a influência das atitudes dos pacientes e da equipa neste fenómeno?
8. Existem limitações legais, culturais ou tecnológicas que dificultem novas soluções?
9. Tem alguma ideia que gostasse de implementar?
10. Se não houvesse limitações de orçamento, qual seria a solução ideal?