

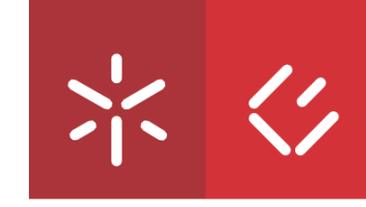


Ana Cristina Barbosa da Silva Branco

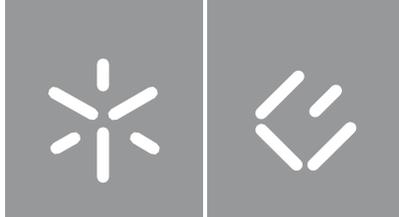
**Human-Centered Design aplicado ao estudo do  
absentismo do utente no serviço de medicina  
dentária numa entidade privada portuguesa  
prestadora de cuidados de saúde**

**Universidade do Minho**

Escola de Economia e Gestão







Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Ana Cristina Barbosa da Silva Branco

**Human-Centered Design aplicado ao estudo do  
absentismo do utente no serviço de medicina  
dentária numa entidade privada portuguesa  
prestadora de cuidados de saúde**

Trabalho de Projeto

Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação do

**Professor Doutor José António Almeida Crispim**

Abril de 2023

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição  
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que aqui vou referir, sem nenhuma ordem em particular, dedico os mais carinhosos e sentidos agradecimentos. O que está descrito neste Projeto é apenas uma pequena parte de um projeto bem maior. E orgulho-me de poder dizer que todos vocês fazem parte do todo, do que eu aqui construí e do que tenho vindo a traçar: o meu projeto de vida. Agora findo este trabalho académico, não consigo imaginar o meu projeto de vida de outra forma, senão preenchido com todas as aprendizagens, adversidades superadas e aptidões desenvolvidas que este Projeto me trouxe. Com orgulho, ele é meu, e de todos vocês também.

Ao João, que me ensinou a melhor definição de amor e apoio incondicional; ele, que conhece os meus sonhos melhor do que ninguém, é conhecedor também das minhas dificuldades e detentor da medida certa para as calibrar e transformar em superações;

Aos meus pais, que sempre apoiaram esta minha paixão pelo mundo académico; eles, que me mostram, dia após dia, sem palavras serem necessárias, as maravilhas que a humildade, esforço e dedicação fazem e trazem;

Ao meu irmão, pelo exemplo que me deu sem saber; tão pouco eu o sabia na altura, agora vejo-o melhor do que ninguém: obrigada por me mostrares como é bom aprender, e a melhor forma de o fazer;

À família do João, que acreditam em mim como se eu fosse deles desde sempre; não sou, mas sinto-o como se fosse;

À Beatriz, o verdadeiro exemplo de que se pode estar longe e perto ao mesmo tempo; que o tempo passa e há coisas (boas) que não mudam (e tão bom que assim é!);

A todos os meus colegas de trabalho, cujos momentos partilhados não cabem nas infinitas palavras que poderia aqui utilizar para os descrever;

Ao Professor Doutor José António Crispim, pela inspiração que cultivou em mim para desenvolver este Projeto; pelas orientações que me levaram a fazê-lo e a aprender e apreender com ele.

A todos, o meu sincero obrigada.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Human-Centered Design aplicado ao estudo do absentismo do utente no serviço de medicina dentária numa entidade privada portuguesa prestadora de cuidados de saúde

## **RESUMO**

O absentismo do utente surge identificado como um problema de gestão numa instituição privada de cuidados de saúde em Portugal, com consequências a nível institucional e individual, para profissionais de saúde e utentes. No presente Projeto pretendeu-se, à luz dos métodos de Human-Centered Design, construir uma solução que permita minimizar esta problemática. Assim, num processo de design colaborativo focado nos utentes, realizaram-se entrevistas semiestruturadas que permitiram identificar as principais causas de absentismo para os mesmos, nas quais prevaleceram o esquecimento, doença, imprevistos no trabalho e ausência de meio de transporte. Os processos de comunicação com a clínica, nomeadamente de confirmação de consultas e o engajamento ativo dos utentes foram os fatores definidos para a linha de intervenção na proposta de solução. Desenvolveu-se um Modelo de Perfis de Risco dos Utentes que, complementado com medidas acrescidas de fomentação do engajamento ativo dos mesmos, poderão auxiliar na diminuição do absentismo dos utentes e, conseqüentemente, dos impactos nefastos do mesmo. Os processos de Human-Centered Design mostraram ser praticáveis e orientadores na construção da solução, centrada no utente e nas suas necessidades.

Palavras-chave: absentismo do utente, gestão em saúde, Human-Centered Design, medicina dentária

Human-Centered Design applied to the study of patient absenteeism in a dental service in a portuguese private health care provider

## **ABSTRACT**

The patient's absenteeism was identified as a management problem in a private health care institution in Portugal, with consequences at institutional and individual level, for health professionals and users. In the present Project it is intended to build a solution that allows to minimize this problem, based on Human-Centered Design methods. Thus, in a collaborative design process focused on patients, semi-structured interviews were carried out. They allowed to identify the main causes of absenteeism for them, in which forgetfulness, illness, unforeseen events at work and lack of transport prevailed. The processes of communication with the clinic, specifically the confirmation of appointments, and the active engagement of users were the factors defined for the line of intervention in the proposed solution. A Patient's Risk Profile Model was developed. Complemented with increased measures to encourage their active engagement, it could help to reduce user absenteeism and, consequently, its harmful effects. The Human-Centered Design processes were practicable and guided the construction of the solution, centered on the user and his needs.

Key-words: dental service, health management, Human-Centered Design, patient absenteeism

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	v
ABSTRACT .....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE TABELAS .....	x
LISTA DE SIGLAS .....	xi
CAPÍTULO 1: Introdução .....	12
1.1. A gestão em saúde .....	12
1.2. Âmbito e relevância do estudo.....	12
CAPÍTULO 2: Apresentação da organização e do problema .....	14
CAPÍTULO 3: Revisão da Literatura.....	16
3.1. Human-Centered Design .....	16
3.1.1. Definição e contextualização .....	16
3.1.2. Aplicações .....	17
3.1.3. Abordagens e Metodologias .....	18
3.2. O absentismo do utente .....	21
3.3. O absentismo do utente em medicina dentária.....	24
CAPÍTULO 4: Plano de Ação.....	27
4.1. Questão e objetivos de investigação.....	28
4.2. Metodologia .....	29
4.2.1. Estratégia de investigação .....	29
4.2.2. Métodos .....	29
4.2.2.1. Amostra.....	29
4.2.2.2 Recolha de dados .....	29
4.2.2.3 Análise de dados.....	33

CAPÍTULO 5: Resultados .....	35
5.1. Amostra .....	35
5.2. Processo de entrevista .....	37
5.3.1. Inspiração .....	38
5.3.2. Ideação .....	46
CAPÍTULO 6: Discussão e Recomendações .....	52
6.1. Desenvolvimento da solução (Ideação) .....	52
6.2. Limitações do estudo .....	59
6.3. Recomendações finais .....	60
CAPÍTULO 7: Conclusão.....	63
CAPÍTULO 8: Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses.....	64
CAPÍTULO 9: Referências Bibliográficas.....	65

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo descritivo dos processos de Human-Centered Design. ....	21
Figura 2: Esquematização do Plano de Ação para o projeto. ....	28
Figura 3: Esquematização da fase de Inspiração. ....	38
Figura 4: Esquematização da fase de Ideação. ....	46
Figura 5: Aproximação da fase convergente da etapa de Ideação. ....	52
Figura 6: Perfis de risco dos utentes, respetivos fatores preditos e medidas a adotar. ....	55
Figura 7: Etapas por finalizar no processo de HCD. ....	61

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Guião da entrevista.....	31
Tabela 2: Dados biográficos descritivos da amostra.....	35
Tabela 3: Dados clínicos descritivos da amostra.....	36
Tabela 4: Categorias para análise de conteúdo relativas ao absentismo dos utentes. ....	39
Tabela 5: Análise de conteúdo para a categoria pessoal dos fatores preditivos de absentismo dos utentes.....	40
Tabela 6: Análise de conteúdo para a categoria estrutural dos fatores preditivos de absentismo dos utentes.....	41
Tabela 7: Análise de conteúdo para a categoria financeira dos fatores preditivos de absentismo dos utentes. ....	43
Tabela 8: Quadro-síntese dos conteúdos apurados referentes aos fatores preditivos de absentismo. ....	44
Tabela 9: Categorias para análise de conteúdo referentes aos procedimentos de comunicação com a clínica.....	47
Tabela 10: Análise de conteúdo para a categoria de procedimentos de comunicação com a clínica. ....	48
Tabela 11: Quadro-síntese dos conteúdos apurados referentes aos procedimentos de comunicação com a clínica.....	50
Tabela 12: Recomendações para a aplicação do Modelo de Perfis de Risco dos Utentes desenvolvido.....	57
Tabela 13: Engajamento ativo dos utentes: sugestão de temáticas a abordar.....	59

## **LISTA DE SIGLAS**

HCD: *Human-Centered Design*

ISO: *International Standards Organization*

SMS: *Short Message Service*

SNS: Serviço Nacional de Saúde

# **CAPÍTULO 1**

## **Introdução**

### **1.1. A gestão em saúde**

O setor da saúde preenche-se, atualmente, de desafios múltiplos e crescentes, com processos complexos, muitas vezes intangíveis, envolvendo equipas multiprofissionais, em campos de ação que se estendem desde a promoção da saúde à reabilitação do paciente, indissociáveis e a coexistirem temporalmente (Loch, 2019). Torna-se, assim, fundamental a adoção de ferramentas e metodologias de gestão que promovam a eficiência e a flexibilidade de resposta num mercado em constante mudança (Shams, Vrontis, Belyaeva, Ferraris, & Czinkota, 2021). Dada a complexidade do mercado da saúde e os constrangimentos financeiros inerentes, cada vez mais os gestores neste setor procuram reduzir o erro, custos, tempo e aumentar a eficiência. Neste sentido, o desenvolvimento de ferramentas de gestão fiáveis que o permitam tem despertado o interesse dos gestores em saúde (Hernández-Lara, Sánchez-Rebull, & Niñerola, 2021). Entre elas encontra-se o Human-Centered Design (HCD), uma abordagem baseada em processos colaborativos centrados no indivíduo para o desenvolvimento de produtos, serviços e sistemas e resolução de desafios complexos (Holeman & Kane, 2020).

No presente projeto pretende-se estudar um problema de gestão identificado numa instituição privada de cuidados de saúde em Portugal à luz dos métodos de HCD: o absentismo do utente no serviço de medicina dentária. Esta constitui uma das maiores problemáticas identificadas pelos membros da gestão da instituição e pelos próprios profissionais de saúde que aí colaboram.

### **1.2. Âmbito e relevância do estudo**

A ausência do utente a uma consulta agendada gera desperdício no processo (recursos que ficam inutilizados nesse período, nomeadamente profissionais de saúde e os próprios consultórios médicos) e impossibilita, na maior parte dos casos, que essa vaga seja preenchida por outro utente. Esta problemática, identificada na instituição em estudo, com maior incidência no serviço de medicina dentária, constitui assim um problema multidimensional. Espera-se, desta forma, que a abordagem

Human-Centered Design seja útil no entendimento desta problemática segundo a perspectiva do utente e que permita concluir que medidas poderão ser adotadas pela instituição a fim de se diminuir o absentismo do utente e/ou as consequências nefastas deste problema para a instituição, tornando por sua vez esta unidade de saúde mais eficiente e com mais poder de adaptação às variações e adversidades que caracterizam este mercado.

## **CAPÍTULO 2**

### **Apresentação da organização e do problema**

A organização de saúde focada no presente projeto apresenta-se como uma organização privada de prestação de cuidados de saúde na zona Norte de Portugal, com a designação social de “Avintesaúde – Policlínica, Unipessoal Lda”. Ao longo do presente trabalho, serão utilizadas as designações “Avintesaúde” ou “Avintesaúde – Policlínica” para referência à mesma. Situa-se no distrito do Porto, município de Vila Nova de Gaia, freguesia de Avintes. Constituída em 16/02/2014, encontra-se já há 9 anos a prestar cuidados de saúde em várias áreas, que incluem análises clínicas e consultas de especialidade médica, nomeadamente medicina dentária, psicologia, fisioterapia, nutrição, podologia, audiologia e terapia da fala. Complementa-se ainda com serviços associados à medicina estética e bem-estar, nomeadamente depilação a laser, drenagem linfática, aulas de pilates e suplementação nutricional. Possui vários protocolos e acordos com distintos seguros de saúde na área das análises clínicas, mas não no serviço de medicina dentária, onde apenas possui acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) através do programa Cheque-Dentista. O serviço de medicina dentária será a única especialidade em foco no presente projeto.

A clínica está inserida numa zona habitacional periférica. Nos seus arredores encontram-se pequenos comércios locais como cafés, mercearias, cabeleireiros, farmácias e outras clínicas privadas de saúde. A empresa tem como missão garantir a saúde e o bem-estar dos seus utentes. Assume como objetivo promover cuidados de saúde personalizados, de proximidade e qualidade, procurando saúde e o bem-estar dos seus utentes acima de tudo. “Crescemos consigo e a pensar em si” é a mensagem que a clínica pretende passar aos seus pacientes. A relação com os mesmos pode ser caracterizada como uma relação de proximidade, onde os utentes são maioritariamente residentes locais ou familiares dos mesmos, que recorrem à clínica para os seus cuidados de saúde regulares. As reduzidas dimensões da clínica e do seu corpo clínico permitem, assim, uma contextualização mais familiar com os seus utentes.

Na sua constituição encontram-se três colaboradores em regime de contrato: duas enfermeiras e uma assistente dentária. Integram o serviço de medicina dentária de forma regular duas médicas dentistas, em regime de prestação de serviços. As mesmas exercem as suas funções de medicina dentária generalista em dias alternados, dentro do período de funcionamento da clínica. Nos restantes dias estas profissionais de medicina dentária exercem as suas funções noutras clínicas fora da localidade, sob o mesmo regime de trabalhador independente. Pontualmente, para tratamentos de especialidade (como por exemplo colocação de implantes ou ortodontia fixa), são contactados especialistas da respetiva

área especializada externos à clínica. Estes exercem as suas funções igualmente com base num regime de prestação de serviços.

A clínica assume como meios de contacto principais dois contactos telefónicos, um deles fixo e o outro móvel. Ambos são utilizados para efetuar e receber chamadas telefónicas. O segundo permite o contacto também por SMS ou WhatsApp. Possui ainda endereço de correio eletrónico [avintesaude@gmail.com](mailto:avintesaude@gmail.com) e uma página na internet disponível através do link <https://avintesaude.wixsite.com/policlinica>. Como redes sociais recorre ao Facebook (<https://www.facebook.com/Avintesaude/>) e ao Instagram (<https://www.instagram.com/avintesaudedayafterday/>).

Os elementos da gestão, em concordância com os colaboradores permanentes da clínica, definiram como uma das dificuldades atuais da clínica a ausência dos utentes a consultas de especialidade previamente agendadas, sem qualquer aviso prévio de desmarcação ou com desmarcação efetuada no horário da consulta ou após a clínica contactar o utente nesse mesmo horário. Estas situações surgem recorrentemente e, muitas vezes, *“mesmo em consultas agendadas ou confirmadas pelo próprio utente no dia anterior e/ou no próprio dia”*, tal como relata a assistente dentária, responsável pela confirmação das consultas. Esta é efetuada no dia anterior através de chamada telefónica. No caso de o utente não corresponder à chamada, é deixada uma mensagem (SMS) com a informação da data, hora da consulta e especialidade a que se destina. Esta problemática parece surgir com maior incidência no serviço de medicina dentária e ao longo dos últimos anos parece ter-se tornado mais evidente. A gestão da clínica afirma ser este um dos maiores desperdícios na sua unidade de saúde já que, quando um paciente falta, existem recursos que ficam inutilizados naquele período horário (como a assistente dentária e o espaço do consultório dentário). Muitas vezes, devido à falta de aviso por parte do utente, não é possível preencher a vaga com outro utente. Ademais, esta problemática transporta também implicações individuais para os médicos dentistas prestadores de serviços que, quando os pacientes faltam, para além de não obterem a receita expectável (tal como a clínica), ainda existem custos monetários pessoais de deslocação à clínica e dispêndio de tempo associados. Assim, o absentismo dos utentes na clínica é um problema atual significativo com implicações no funcionamento da clínica, nos seus colaboradores externos e nos próprios pacientes.

**3.1. Human-Centered Design****3.1.1. Definição e contextualização**

Os sistemas de saúde enfrentam, atualmente, um crescente desafio para responder a necessidades acrescidas com recursos limitados (Göttgens & Oertelt-Prigione, 2021). Desta forma, para as unidades de saúde, tem incrementado a necessidade de prestação de cuidados de saúde otimizados e individualizados, a fim de se garantir segurança e qualidade na prestação de cuidados de saúde (Melles, Albayrak, & Goossens, 2020). O Human-Centered Design (HCD) é uma abordagem que procura colmatar esta necessidade e que pode ser definida como um processo colaborativo centrado no indivíduo para o desenvolvimento de produtos, serviços e sistemas e resolução de desafios complexos (Holeman & Kane, 2020). A Organização Internacional de Normalização (ISO) acrescenta, ainda, que o HCD constitui uma abordagem que permite melhorar a efetividade e eficiência dos processos, o bem-estar humano, a satisfação do utilizador, bem como a acessibilidade e sustentabilidade (Melles et al., 2020). Promete, ainda, auxiliar na inovação no desenvolvimento de soluções centradas no utilizador (Göttgens & Oertelt-Prigione, 2021; Sonney, Cho, Zheng, & Kientz, 2022), a fim de se proporcionar máxima satisfação do mesmo (Harte et al., 2017). Inicialmente desenhado para o desenvolvimento do produto e desenho de sistemas de gestão, constitui um processo iterativo e multifásico que visa a criação de soluções envolvendo a perspetiva do ser humano, ou seja, do utilizador final do produto ou serviço (Lyon, Brewer, & Areán, 2020). Esta abordagem concentra-se na exploração das necessidades humanas, de forma a desenhar-se produtos ou serviços que vão de encontro a essas mesmas necessidades (Melles et al., 2020). Por conseguinte, os indivíduos são encarados como pessoas individualizadas, atentando-se não só às suas necessidades, mas também às suas motivações, emoções e comportamentos. Como tal, o HCD observa as pessoas (e as respetivas experiências prévias, necessidades, desejos, ambições, interesses e estilos de vida que as caracterizam) não só como fazendo parte do sistema ou contexto em análise, mas também como assumindo um papel central em cada aspeto do design de um produto, serviço ou soluções para uma problemática (Auernhammer, 2020). Não é considerado, por si, um método, mas sim uma abordagem que recorre a métodos qualitativos, quantitativos ou mistos que permitam alinhar da melhor forma o produto ou serviço com o seu contexto de aplicação (Lyon et al.,

2020). O HCD pode, assim, ser entendido como uma disciplina que vem complementar métodos já existentes de desenvolvimento e implementação de soluções (Matheson, Pacione, Shultz, & Klügl, 2015).

### **3.1.2. Aplicações**

O HCD é mais comumente aplicado ao desenvolvimento e avaliação de tecnologias digitais (Lyon et al., 2020). A sua origem remonta ao período pós-Segunda Guerra Mundial, onde começou a ser implementada como uma abordagem para aumentar a eficiência da produção industrial, através do lema “adequar a tarefa ao trabalhador” (“*fitting the task to the worker*”). Desde então, a relevância das características do ser humano no desenvolvimento dos produtos tem sido alvo de crescente atenção (Melles et al., 2020). As disciplinas na área da engenharia foram as primeiras a aplicar estes processos, nomeadamente ciências computacionais e inteligência artificial (Flood et al., 2021). Nos últimos anos, o espectro de implementação desta abordagem tem-se expandido para além das áreas tecnológica e industrial. São exemplos a melhoria dos almoços escolares e a experiência dos utentes na prestação de cuidados de saúde (Lyon et al., 2020). Note-se que o conceito de *design* aqui implícito já não remete somente para a criação de produtos físicos como se verificava outrora no campo industrial. Deverá ser agora entendido como um processo que conduz ao desenvolvimento de qualquer tipo de intervenção que converta situações existentes em situações alternativas preferenciais, incluindo serviços, procedimentos, estratégias e políticas (Melles et al., 2020).

No setor da saúde o HCD é emergente, sendo notória uma crescente utilização das suas metodologias na última década (Nijagal et al., 2021), cujas aplicações apresentam amplo espectro, quer ao nível do indivíduo, organizacional ou comunitário (Chen, Leos, Kowitt, & Moracco, 2019). Desta forma, é cada vez mais frequente a tomada de medidas de gestão em colaboração com os utentes (Holeman & Kane, 2020), o que constitui uma disrupção ao tradicional método de decisões tomadas apenas com base na opinião de administradores, peritos e estudos sobre a problemática (Nijagal et al., 2021). Procura-se, assim, reunir os utilizadores finais (isto é, os utentes) e os responsáveis pelo desenvolvimento ou prestação do produto ou serviço a fim de se identificar barreiras, priorizar estratégias e desenvolver soluções adaptadas às necessidades do utilizador (Beres et al., 2019). Esta abordagem agrega o que é desejável para o utente ao que é económica e tecnologicamente viável e eficiente, permitindo acrescentar valor aos serviços prestados em saúde (Chen, Neta, & Roberts, 2020). O foco de outrora – ajudar as pessoas a adaptar-se aos sistemas de saúde – está, cada vez mais, a inverter-se: o sistema de saúde é

desenhado de forma a adaptar-se aos seus utentes e respetivo contexto (Melles et al., 2020). Todavia, a implementação do HCD em investigação no setor da saúde encontra-se, ainda, em fase precoce: o número de estudos que apresentam um ciclo completo descrito e respetiva avaliação é bastante limitado. Ademais, observa-se a necessidade de um maior rigor na aplicação e reporte das metodologias utilizadas neste campo (Göttgens & Oertelt-Prigione, 2021). Verifica-se que, na literatura publicada, existe falta de detalhes descritivos dos processos de HCD e as informações sobre o sucesso ou insucesso dos mesmos são, muitas vezes, pouco clarificadas (Harte et al., 2017).

### **3.1.3. Abordagens e Metodologias**

Não existe ainda uma definição única e concreta para o Human-Centered Design aplicado à saúde (Beres et al., 2019). É um processo fluido cuja versatilidade permite que se adapte da melhor forma ao contexto ou problemática em estudo. Não é, por isso, um processo rígido e standardizado (Vechakul, Shrimali, & Sandhu, 2015), mas segue um fio condutor que se verifica ser comum aos vários modelos e metodologias utilizados.

Numa tentativa de delimitar os pilares estruturais desta abordagem, diferentes autores na literatura caracterizam-na segundo palavras-chave essenciais. Beres *et al.* (2019) definem cinco elementos-chave integrantes desta abordagem e presentes nas metodologias envolvendo HCD descritas na literatura, sendo eles o desenvolvimento de empatia, a criatividade, co-design ou investigação guiada pelo utilizador, identificação de ações e, por fim, rápida idealização e iteração. Já Melles *et al.* (2020) identificam apenas três características-chave do HCD, nomeadamente entender as pessoas, precoce e contínuo envolvimento dos *stakeholders* e também uma abordagem sistemática. Com o desenvolvimento de empatia procura-se fomentar um ambiente de cooperação entre os responsáveis pelo serviço prestado e os utilizadores do mesmo, assumindo-se sempre como foco as prioridades, forças, necessidades e contexto dos últimos. A criatividade surge no sentido em que o HCD pode recorrer a metodologias de investigação não standardizadas, fomentando-se a inovação e a criação de soluções que por métodos padronizados poderiam ser mais difíceis de alcançar. O co-design procura fomentar a confiança e integração do utilizador nas soluções adotadas, aumentando a sua sensação de pertença e, em simultâneo, gerando soluções perfeitamente adaptadas e flexibilizadas ao contexto e necessidades do mesmo. A identificação de ações a desenvolver deverá ser orientada por questões de resposta aberta (por exemplo, seguindo o formato “como poderíamos...?”) dirigidas ao tópico de design e guiadas por

conhecimento já existente ou pesquisas prévias. Por fim, através da exposição da percepção dos participantes geram-se inúmeras ideias que deverão ser priorizadas e posteriormente testadas através do *feedback* desses mesmos utilizadores, entrando-se assim num processo iterativo de melhoria contínua (Beres et al., 2019). De acordo com Melles *et al.* (2020), um adequado entendimento das pessoas permitirá resolver o problema correto. Procura-se, desta forma, que o design do produto ou serviço resultante seja fácil de compreender e implementar e que culmine numa experiência significativa e prazerosa para o utilizador final.

Quanto às metodologias utilizadas no HCD, existem algumas enunciadas na literatura e já aplicadas no campo da saúde. Entre elas encontram-se o Modelo do Duplo Diamante e os Cinco Modos de Stanford (Flood et al., 2021). Os cinco modos de Stanford consistem em empatizar, definir, ideação, protótipo e teste (Flood et al., 2021). Começa por uma fase de entendimento do problema do ponto de vista do utilizador (fase de empatizar), seguindo-se uma definição concreta do problema levantado de acordo com as necessidades daqueles utilizadores em particular (fase de definir); com base nestas serão desenvolvidas soluções (fase de ideação) que deverão depois ser selecionadas para prototipagem e testagem (Kwon, Choi, & Hwang, 2021). O Modelo do Duplo Diamante (*Double Diamond Model*) procura representar esquematicamente a abordagem (Melles et al., 2020). Este modelo apresenta essencialmente duas grandes etapas: primeiro encontrar o problema certo (“desenhar a coisa certa”) e, posteriormente, “desenhar coisas corretamente” de acordo com as necessidades humanas. Estamos, portanto, perante um espaço para um problema e outro para a respetiva solução. Estes espaços preenchem-se de momentos divergentes e convergentes, o que significa que se procura explorar dada questão de forma mais expansiva ou aprofundada (pensamento divergente) para depois serem delineadas ações focadas (pensamento convergente) (Marrone, Nieman, & Coco, 2022). Em termos práticos, numa primeira etapa procura-se explorar todos os aspetos fundamentais subjacentes ao problema em análise – momento divergente da definição do problema. Como resultado, obtém-se uma definição concreta do problema a solucionar – momento convergente da definição do problema, que por sua vez conduz imediatamente ao espaço da solução, também composto por divergências (ideias e sugestões de soluções) seguidas de convergências (aprimoramento e refinamento para a solução que melhor servirá as necessidades dos utilizadores) (Melles et al., 2020). Em todo este processo distinguem-se, assim, quatro atividades (fases) principais: descobrir, definir, desenvolver e validar. Na primeira, procura-se não apenas assumir dada questão como um problema, mas sim entendê-lo e explorá-lo aprofundadamente. Inclui, portanto, estudar as pessoas diretamente afetadas ou envolvidas neste problema. Esta atividade irá permitir definir concretamente o problema a solucionar, recorrendo

frequentemente a metodologias de observação e entrevista. Passa-se, assim, para o espaço da solução, que se inicia com o desenvolvimento. Este consiste na exploração de diferentes respostas para o problema encontrado, envolvendo a cooperação de designers e utilizadores. Recorre-se frequentemente a metodologias de *brainstorming* para explorar este espaço da solução. As soluções consensualmente apresentadas deverão ser testadas primeiramente em pequena escala, constituindo-se assim um processo cíclico onde algumas soluções serão rejeitadas e outras aprimoradas, iniciando-se um novo ciclo. Cada novo ciclo iniciado irá aproximar-se cada vez mais da solução desejada (Beres et al., 2019; Melles et al., 2020).

Os modelos supracitados apresentam variações e distintas nomenclaturas na literatura. Contudo, apesar da divergência de designações e representações gráficas, todos eles permitem movimentos de avanço e recuo entre as suas fases, fomentam o trabalho multidisciplinar e encorajam a prática experimental das soluções encontradas. Assim, reunindo-se os pontos comuns aos modelos descritos, podem distinguir-se três fases principais (Flood et al., 2021):

1. Engajamento com todos os envolvidos para um melhor entendimento e definição do problema;
2. Desenvolvimento de soluções criativas que vão de encontro às necessidades encontradas;
3. Prototipagem, implementação e avaliação da solução.

A estas três fases Nijagal *et al.* (2021) designam como Inspiração, Ideação e Implementação, respetivamente. Também Marrone *et al.* (2022) assumiram estas designações no seu estudo. Apesar de, como já mencionado, ser um processo flexível, geralmente inicia-se sempre pela fase de exploração e entendimento de um determinado problema (Inspiração) (Marrone et al., 2022). Esta fase pode ser desenvolvida através de entrevistas semiestruturadas e/ou grupos de foco (Nijagal et al., 2021). Na segunda (Ideação) procura-se, por exemplo através de *brainstorming*, traduzir o problema estudado em possíveis soluções, surgindo daí um protótipo representativo da solução idealizada. Por fim, o protótipo deverá ser implementado e testado (Implementação), sempre na ressalva de que se trata de um processo iterativo (Marrone et al., 2022; Nijagal et al., 2021).

Neste projeto, o modelo do duplo diamante previamente descrito de Melles *et al.* (2020) foi adaptado e complementado com as três fases supracitadas enunciadas por Marrone *et al.* (2022) e Nijagal *et al.* (2021), daí resultando o esquema representado na Figura 1.

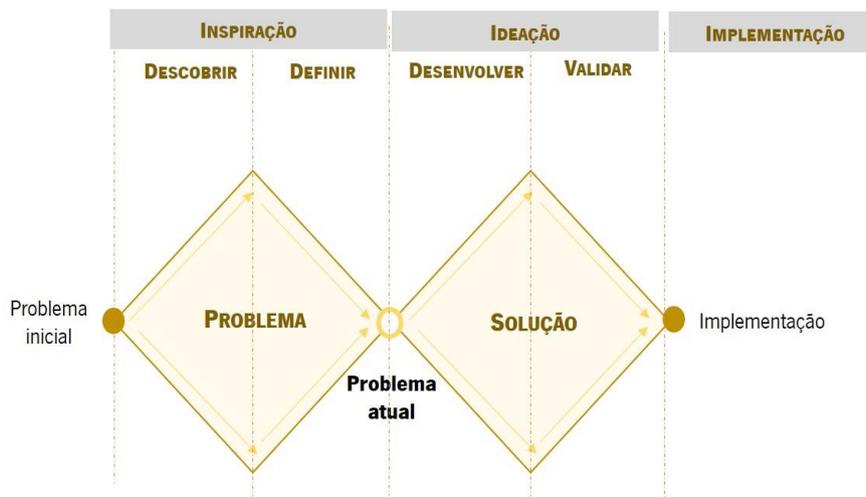


Figura 1: Modelo descritivo dos processos de Human-Centered Design.

### 3.2. O absentismo do utente

O absentismo de pacientes agendados em consultas externas de especialidade médica afeta os serviços de saúde a nível global (Reid et al., 2015). Por absentismo entende-se o “hábito de não comparecer, de estar ausente” (Priberam). No caso concreto de consultas de especialidade médica, assume-se como absentismo o não comparecimento do utente a uma consulta agendada, sem aviso prévio de cancelamento ou reagendamento por parte do mesmo (Bhatia, E, & Panda, 2018), ou com cancelamento no mesmo dia da consulta (Huber, 2020).

O absentismo dos pacientes em consultas marcadas constitui um problema significativo em gestão em clínicas de ambulatório (V. Wong, H.-B. Zhang, & R. Enns, 2009), que resulta em ineficiência (V. K. Wong, H. B. Zhang, & R. Enns, 2009). Estimam-se taxas de absentismo dos utentes entre os 10% e os 80% (Alabdulkarim et al., 2022; Huber, 2020; Reid et al., 2015). Verifica-se, ainda, que esta taxa é superior em primeiras consultas comparativamente a consultas de seguimento do plano de tratamento (Baptista et al., 2021). Este problema associa-se a consequências como o atraso nos tratamentos previstos, alteração do fluxo de trabalhos previstos, subaproveitamento dos recursos das clínicas, com consequente diminuição de produtividade e perdas financeiras significativas (Barghash & Saleet, 2018; Musa et al., 2021; Reid et al., 2015). Também se associa a ineficiência, já que na maior parte das vezes a vaga na agenda do paciente em falta não pode ser ocupada por outro (Downer, Meara, Da Costa, & Sethuraman, 2006; V. Wong et al., 2009). Também a qualidade dos cuidados prestados diminui, decrescendo assim a satisfação do utente, já que este problema intensifica uma outra problemática abordada em saúde: as listas de espera para agendamento de consulta (Reid et al., 2015; Stone, Palmer,

Saxby, & Devaraj, 1999). Ademais, a saúde dos indivíduos absentistas poderá ser negativamente afetada (Jabalera Mesa, Morales Asencio, & Rivas Ruiz, 2015), bem como a dos restantes utentes (aqueles que poderiam usufruir da consulta entretanto não executada) (Parikh et al., 2010). A não comparência dos utentes às consultas constitui um dos principais fatores causais de insucesso nos planos de tratamento (Bhatia et al., 2018). Por conseguinte, uma diminuição das taxas de absentismo nos serviços de saúde irá melhorar a utilização de recursos e eficiência de processos clínicos, diminuir desperdícios, melhorar a satisfação dos utentes e, assim, melhorar a saúde dos mesmos (Mohammadi, Wu, Turkcan, Toscos, & Doebbeling, 2018).

Perante as consequências nefastas deste problema evidenciadas para os serviços de saúde, torna-se fulcral o desenvolvimento de estratégias que permitam diminuir as taxas de absentismo (Baptista et al., 2021). Para tal, é fundamental o entendimento dos motivos que o originam. Sendo um fenómeno por norma multifatorial, é importante a compreensão da realidade dos utentes de cada unidade de saúde em particular, de modo a que a gestão possa adotar as medidas mais adequadas aos mesmos (Jabalera Mesa et al., 2015). Desta forma, sugere-se que a solução ótima para esta problemática poderá passar pela individualização do risco de absentismo. De entre os fatores que aumentam esse risco, destacam-se a ausência de seguros de saúde, o estado civil (pacientes solteiros faltam mais), a idade (pacientes mais jovens associados a uma maior taxa de absentismo), a presença de comorbilidades mentais como depressão ou abuso de substâncias ilícitas, fraco acesso a meios de transporte, problemas socioeconómicos (Machado, Werneck, Lucas, & Abreu, 2015; Reid et al., 2015). Ademais, de todos estes fatores preditivos, a falta de assiduidade prévia tem demonstrado ser o que mais fortemente indicia comportamentos de risco futuramente, o que significa que pacientes que faltam com regularidade têm mais tendência a faltar numa próxima vez (Alabdulkarim et al., 2022; Huber, 2020). Por outro lado, pacientes com processos clínicos de maior longevidade tendem a faltar menos (Barghash & Saleet, 2018). O esquecimento das consultas agendadas ou um mau entendimento do sistema de agendamento também constituem fatores causais, bem como o estado do tempo (tempestades ou chuvas fortes), o estado de saúde do utente ou dos seus familiares próximos e compromissos urgentes no trabalho (Baptista et al., 2021; Bhatia et al., 2018; Machado et al., 2015; Mohammadi et al., 2018; Stone et al., 1999). Aponta-se também como fator causal para não comparecimentos sem desmarcação a existência de crenças erradas ou falta de informação quanto às consequências de uma não-comparência (Barghash & Saleet, 2018). O desaparecimento dos sintomas que motivaram o agendamento também potencia o não comparecimento dos utentes, assim como o receio e ansiedade dos mesmos quanto ao tratamento a realizar (medo da dor, por exemplo), ou falta de informação sobre o mesmo (Jabalera Mesa et al.,

2015; Machado et al., 2015). Desta forma, definindo os principais fatores que categorizam os utentes como pacientes de risco nesta problemática, esforços específicos e dirigidos aos mesmos poderão ser desenvolvidos, a fim de se tentar minimizar o seu padrão de baixa assiduidade (V. Wong et al., 2009). Na perspetiva da organização de saúde, fatores como falhas de comunicação entre profissionais de saúde e utentes, os tempos de espera alargados, a qualidade percebida pelo utente de consultas prévias e problemas administrativos no agendamento ou confirmação das consultas contribuem para o absentismo dos utentes (Jabalera Mesa et al., 2015).

Lembretes de consulta agendada via chamada telefónica, e-mail, mensagens de texto ou aplicações para o telemóvel dirigidas ao utente são atualmente as principais abordagens utilizadas para tentar combater esta problemática (Huber, 2020), como complemento ao tradicional cartão de marcações do utente com anotação da data da próxima consulta (Barghash & Saleet, 2018). Todavia, estes procedimentos têm demonstrado modestas e inconsistentes melhorias na assiduidade do paciente (Reid et al., 2015; V. Wong et al., 2009). Destes, o envio de mensagens de texto parece ser mais eficiente do que a chamada telefónica, já que diminui os custos associados e os recursos necessários (Downer et al., 2006). Focados na diminuição dos recursos humanos necessários para a confirmação de consultas, têm-se já implementado sistemas automáticos de confirmação de consultas via telefone. Todavia, não foram efetuados estudos comparativos custo-benefício do sistema automático versus tradicional em larga escala, que permitam concluir sobre as vantagens ou desvantagens dos mesmos. Ademais, não se conhecem ainda as perceções dos utentes quanto à automatização destes processos (Parikh et al., 2010). Como soluções adicionais propostas, existe a aplicação de sanções monetárias aos pacientes que faltam. Esta abordagem demonstra melhores resultados do que a confirmação da consulta via telefone, contudo não se considera uma solução praticável pois cria constrangimentos na igualdade de acesso aos cuidados de saúde, já que impactam de forma desfavorável os pacientes com menos recursos económicos (Reid et al., 2015). O agendamento de um número de pacientes superior às vagas existentes na agenda, comumente conhecido como *overbooking*, aponta-se como uma estratégia não aconselhável no campo da saúde, já que pode impactar a problemática de forma oposta à desejada e aumentar posteriormente o absentismo do utente, induzindo possíveis aumentos do tempo de espera e, conseqüentemente, a diminuição da satisfação do utente (Huber, 2020; Reid et al., 2015). Outras medidas que têm sido adotadas no âmbito da resolução desta problemática incluem a educação dos pacientes quanto aos procedimentos a realizar em consultas futuras, sumariando-se e esclarecendo-se dúvidas sobre o assunto no momento do agendamento (Bhatia et al., 2018). Mais recentemente, procura-

se a individualização do risco de absentismo através de modelos e algoritmos que procuram associar fatores preditivos determinantes para cada paciente (Alabdulkarim et al., 2022).

Faltar a sucessivas consultas médicas agendadas pode ser também interpretado como um sinal de fraco engajamento dos utentes (Gullo, Irvine, Feeney, & Connor, 2018). Desta forma, o número de não comparências a consultas agendadas em instituições de saúde pode ser reduzido através do engajamento ativo dos pacientes (Musa et al., 2021). Este conceito pode ser definido como o desejo e a capacidade de o paciente ativamente escolher participar nos seus cuidados de saúde individuais em cooperação com a entidade prestadora de cuidados de saúde, de forma a que sejam maximizados os benefícios destes cuidados (Higgins, Larson, & Schnall, 2017). Os sistemas implementados de relembrar consultas agendadas promovem o engajamento dos utentes no processo de tratamento, contribuindo para uma diminuição dos padrões de absentismo dos mesmos (Teo, Forsberg, Marsh, Saha, & Dobscha, 2017). Ainda não se encontram descritos estudos que correlacionem o engajamento com os meios de comunicação utilizados pelas clínicas para diminuir a não comparência dos utentes em serviços de medicina dentária. Contudo, noutros campos da saúde, nomeadamente em pacientes portadores de doenças crónicas e em medicina preventiva, a utilização de dispositivos móveis para promover lembretes de consulta e/ou processos de tratamento, motivar o utente e educá-lo para a saúde tem demonstrado ter um efeito positivo nos seus níveis de engajamento (Kershaw et al., 2022). A comunicação personalizada e o envio de mensagens (SMS) com alerta sobre consultas agendadas aos utentes permite aumentar a propensão destes em aparecer às consultas agendadas, já que também consolida a “sensação de pertença” e de envolvimento com a instituição prestadora de cuidados de saúde e com os respetivos tratamentos individuais (Lafferty, Strange, Kaboli, Tuepker, & Teo, 2022; Musa et al., 2021; K. Wang et al., 2014). Este engajamento ativo dos utentes associado à melhoria e personalização dos processos de comunicação e agendamento de consultas da instituição de saúde parece ser promissor na diminuição das taxas de absentismo (Mohammadi et al., 2018).

### **3.3.0 absentismo do utente em medicina dentária**

No campo da medicina dentária, o absentismo dos utentes é ainda uma área muito pouco explorada na literatura, sendo que a maior parte dos estudos publicados são restritos ao absentismo em medicina dentária em crianças (Tandon, Duhan, Sharma, & Vasudeva, 2016). A não comparência de crianças a consultas agendadas (mesmo com lembrete de consulta enviado pela clínica para os responsáveis) numa clínica de medicina dentária foi estudada através de entrevistas aos pais das

mesmas. Os autores procuraram extrair os principais motivos de absentismo, concluindo que a “sobrecarga de atividades diárias” no cotidiano das famílias fora o principal motivo apontado, sugerindo-se que a saúde oral das crianças, sobretudo as consultas de rotina, não constituem uma prioridade para o grupo de entrevistados (Hallberg, Camling, Zickert, Robertson, & Berggren, 2008). Tandon *et al.* (2016), ao investigar os pais das crianças absentistas, acrescentaram a esse motivo urgências no trabalho dos pais das crianças e doença das últimas (Tandon et al., 2016). Nessas, também a ansiedade fora associada a ausência de comparência dos utentes às consultas de medicina dentária agendadas. Wang & Aspelund (2009) verificaram, num estudo em crianças norueguesas ao longo de dois anos, que aquelas com historial de não comparência se associam ao desenvolvimento de problemas na cavidade oral futuros (níveis mais elevados de atividade cáries), pelo que classificam crianças que faltam a consultas no dentista como utentes de risco quanto à sua saúde oral (N. J. Wang & Aspelund, 2009). Os adolescentes (12-18 anos) também surgem referidos como uma faixa etária onde se observa elevada frequência de consultas no dentista falhadas ou canceladas. Skaret *et al.* (2000) procuraram explorar possíveis fatores explicativos do fenómeno, porém sem uma distinção clara entre consultas falhadas e canceladas (Skaret, Raadal, Kvale, & Berg, 2000). De forma similar, sem uma diferenciação concisa de consulta falhada ou cancelada, apurou-se que um historial de receio do dentista ou de estados depressivos podem constituir fatores preditivos de consultas falhadas ou canceladas (Lin, 2009). Ainda em busca de motivos para o absentismo, desta vez nos Emirados Árabes Unidos, questionaram-se utentes e dentistas quanto às causas de não comparência de acordo com a sua própria experiência pessoal e profissional, respetivamente. Os pacientes considerados de maior risco de absentismo foram os mais jovens, com salários inferiores e menor escolaridade (Ismail, Saeed, & Al-Silwadi, 2011). A hipótese de a baixa literacia em saúde oral associar-se a não comparência a consultas fora colocada, porém parecem estar independentemente associadas (Baskaradoss, 2016). As potenciais causas de absentismo foram também estudadas através de inquéritos num hospital militar na Arábia Saudita, daí resultando a não receção de aviso de consulta e o agendamento das mesmas em alturas pouco convenientes para os utentes como os principais fatores. Assim, sugeriu-se o envio regular de mensagens de texto a confirmar consultas e a possibilitação ao paciente de uma maior flexibilidade no agendamento da consulta para uma altura que lhe seja mais conveniente (Shabbir, Alzahrani, & Abu Khalid, 2018). Temas similares para consultas de medicina dentária são abordados, mas referem-se à assiduidade dos utentes, uma temática próxima, porém distinta, do absentismo dos utentes tratado no presente projeto. São exemplos de estudos de assiduidade dos utentes em medicina dentária o de Rocha *et al.* (2018) em mulheres grávidas e o de Listl *et al.* (2014), que estudaram e compararam a assiduidade dos utentes ao

dentista em múltiplos países europeus (Listl, Moeller, & Manski, 2014; Rocha, Arima, Werneck, Moysés, & Baldani, 2018).

## **CAPÍTULO 4**

### **Plano de Ação**

O Plano de Ação definido para o presente projeto baseia-se no esquema previamente elaborado (Figura 1), inspirado nos ideais e metodologias de Human-Centered Design de Melles *et al.* (2020), Nijagal *et al.* (2021) e Marrone *et al.* (2022), com as devidas adaptações à realidade da unidade de saúde e da problemática em estudo. A fase de “Descobrir” será baseada na exploração da literatura sobre o absentismo dos utentes em saúde, particularizando-se para a medicina dentária em unidades de saúde privadas. Segue-se a fase designada como “Definir”, onde através de entrevistas semiestruturadas visar-se-á uma convergência na definição do problema em estudo, adequando às particularidades dos utentes do serviço de medicina dentária da policlínica, sendo eles o centro do desenho do presente projeto. O problema em estudo será particularizado de acordo com as suas causas e também de acordo com possíveis soluções idealizadas pelos utentes na vertente da comunicação com a clínica. Pretende-se associar os resultados da análise de conteúdo das entrevistas a outros dados secundários recolhidos, com o intuito de perceber a relevância da individualização do risco de absentismo (ou a criação de perfis de utentes de acordo com as características consideradas preditivas de absentismo para as particularidades dos utentes da clínica). Sugere-se, nas fases subsequentes, a testagem da solução proposta em pequena escala e posterior validação ou ajustes à mesma, até que seja considerada adequada à sua implementação pela gestão da clínica. Por limitações temporais à realização do presente projeto, esta etapa final (“Implementação”) surgirá sob a forma de recomendações em capítulos posteriores, não tendo sido possível executá-la, assim como a etapa que a precede (“Validar”). O Plano de Ação definido encontra-se esquematizado na Figura 2. Os subcapítulos e capítulos subsequentes detalharão cada uma das etapas que o integram.

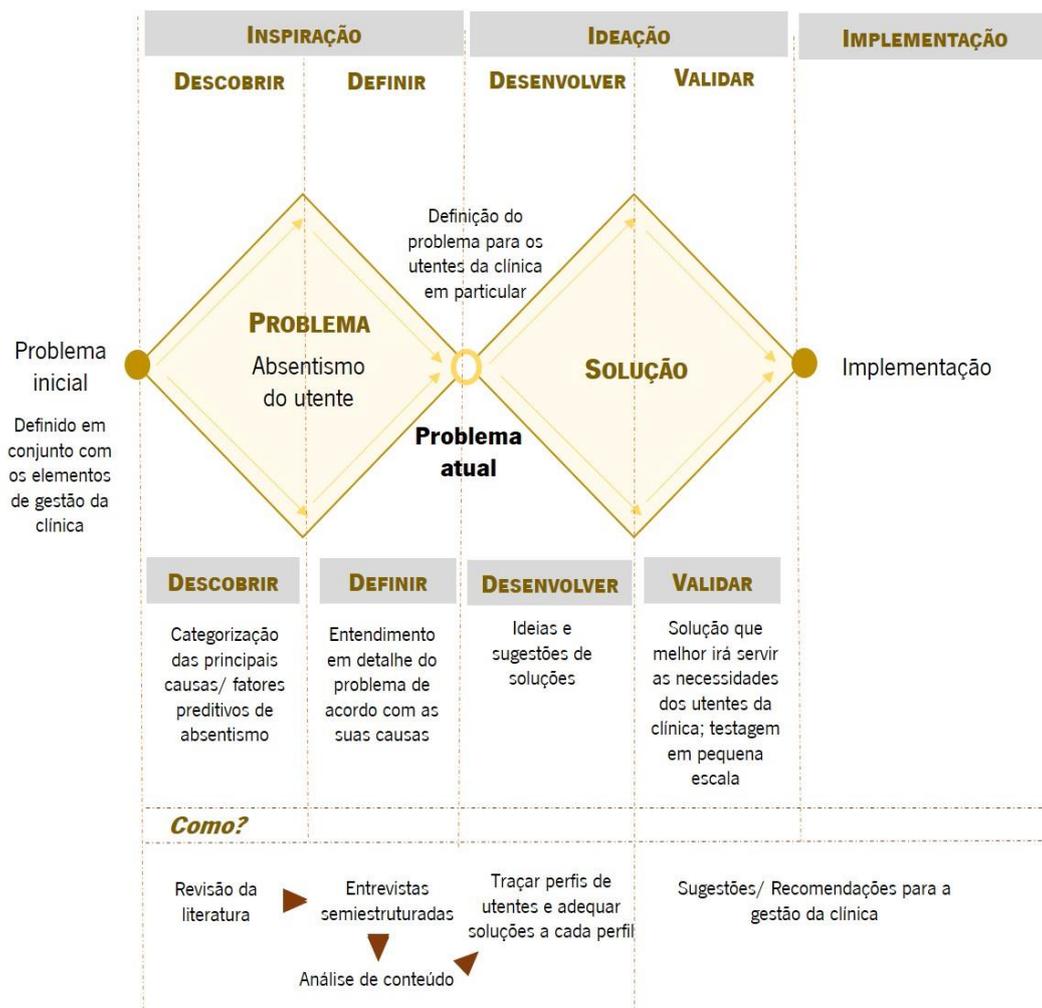


Figura 2: Esquematização do Plano de Ação para o projeto.

#### 4.1. Questão e objetivos de investigação

Constitui a linha orientadora do presente trabalho de projeto a seguinte questão de investigação: recorrendo a ferramentas da abordagem HCD, como poderá o absentismo dos utentes do serviço de medicina dentária da instituição em estudo ser diminuído?

Para tal, constituem-se como objetivos:

- Estudar os utentes do serviço de medicina dentária da clínica, integrando-os num processo de design colaborativo com os responsáveis pela gestão da mesma, daí resultando sugestões de estratégias que possam ser adotadas pela instituição para diminuir o absentismo dos primeiros;
- Refletir de que forma essa diminuição poderá contribuir para um aumento da eficiência e qualidade dos processos na instituição em estudo.

## **4.2. Metodologia**

### **4.2.1. Estratégia de investigação**

Para o projeto em questão selecionou-se como caso de estudo a Avintesaúde Policlínica, Lda. Estudar-se-á o comportamento dos utentes do serviço de medicina dentária relativamente ao fenómeno em estudo, o absentismo dos utentes, procurando-se dar resposta aos objetivos definidos para o projeto.

### **4.2.2. Métodos**

#### ***4.2.2.1. Amostra***

A população em estudo é constituída pelos utentes da instituição de saúde supracitada. Por limitações temporais e por indisponibilidade do investigador em inquirir todos os elementos da população, foi necessário limitar a amostra. Constituiu-se, assim, uma amostra não-probabilística por conveniência. Neste tipo de amostra são selecionados os elementos que estão mais acessíveis ao investigador (Bhardwaj, 2019). Procurou-se selecionar os intervenientes de acordo com a idade (maior ou igual a 18 anos), já que se considera que indivíduos menores de idade não serão os principais responsáveis pela sua presença ou ausência às consultas de medicina dentária. Por questões éticas, só foram incluídos no estudo os utentes que se disponibilizaram a participar no estudo, tendo sido selecionados aqueles que, após uma breve explicação do estudo, mostraram pronta disponibilidade em integrar o mesmo. Não existiu qualquer tipo de seleção de intervenientes no estudo de acordo com a assiduidade dos mesmos. Pretendeu-se, desta forma, evitar interpretações equívocas dos utentes quanto às motivações para a solicitação de participação dos mesmos no estudo (que poderiam surgir se fossem especificamente e unicamente inquiridos os pacientes que faltam).

#### ***4.2.2.2 Recolha de dados***

O Projeto realizado constitui um estudo qualitativo. O âmbito deste tipo de estudos prende-se com a procura de uma justificação e/ou interpretação de um determinado fenómeno (Adhabi & Anozie, 2017), neste caso o absentismo dos utentes. Os dados foram recolhidos através de entrevistas. Aos

dados primários foram associados dados secundários, recolhidos pelo investigador a partir das fichas clínicas dos utentes registadas e cedidas pela instituição, documentadas em formato de papel. Estes dados assumem particular relevância já que a probabilidade de um dado paciente não comparecer a uma consulta poderá associar-se a fatores individuais como a idade, género e a fatores relacionados com o seu historial clínico (número de consultas prévias) (Barghash & Saleet, 2018).

A entrevista constitui um método usual de recolha de dados qualitativos e pode ser entendida como uma “conversa”, isto é, um processo interativo onde um indivíduo coloca questões a outro para procurar informação particular (Adhabi & Anozie, 2017; Griffiee, 2005). O entrevistador deverá ser capaz de criar uma boa conexão com a sua fonte, garantindo-se assim mais autenticidade nos dados recolhidos. Este método assume como vantagens a possibilidade de esclarecimento de determinadas questões que possam não ser tão bem entendidas à priori, quer pelo investigador, quer pelo entrevistado (Adhabi & Anozie, 2017). Por outro lado, apontam-se como limitações a este método: os entrevistados poderão não dizer efetivamente o que pensam ou poderão não ser capazes de se expressar de forma desejável. Dadas as limitações supracitadas, sugere-se para uma melhor validação de dados que as entrevistas sejam repetidas (Griffiee, 2005). Por limitações temporais ao presente estudo, tal não foi possível de concretizar.

As entrevistas realizadas classificam-se como individuais e semiestruturadas. Os indivíduos foram entrevistados de forma individual, permitindo-se assim uma maior profundidade dos dados obtidos. As entrevistas semiestruturadas constituem o tipo de entrevista mais utilizado em estudos qualitativos e caracteriza-se por uma estrutura base constituída por tópicos orientadores definidos pelo investigador, com uma flexibilidade associada ao decurso da entrevista, dependendo do *feedback* do entrevistado. Isto significa que o investigador tem a liberdade de colocar mais ou menos ênfase nos tópicos definidos de acordo com as respostas que vai obtendo (Adhabi & Anozie, 2017).

O guião para a entrevista semiestruturada foi elaborado com base nos principais motivos apontados na literatura para os pacientes faltarem e respetivas soluções estudadas até ao momento. Definiram-se três grandes categorias principais que motivam os utentes a não comparecer às consultas, tal como estruturado por Bhatia *et al.* (2018): pessoal, estrutural e financeira. O conteúdo a abordar em cada uma destas categorias foi complementado com outros fatores de não comparência assinalados por Alabdulkarim *et al.* (2022). A categoria pessoal inclui as experiências prévias de cada utente; a estrutural engloba os processos associados à clínica (como por exemplo a comunicação com o utente) e as condições de acessibilidade do utente à mesma e, por fim, a financeira associa-se à existência de um possível comprometimento económico por parte do paciente (Alabdulkarim *et al.*, 2022; Bhatia *et al.*, 2018). Optou-se por não criar nesta fase de entrevista uma divisão rígida para as três categorias,

permitindo-se assim fomentar a flexibilidade na conversa com o utente que as entrevistas semiestruturadas possibilitam. De forma a não comprometer a boa relação entrevistador-entrevistado e a não serem criadas questões passíveis de gerar constrangimento, a categoria económica foi implicitamente abordada quando se questionou sobre o período do mês preferencial para fazer a marcação da consulta. Por fim, procurou dar-se especial ênfase ao engajamento dos utentes e à relevância dos processos de comunicação com a clínica para fomentar este processo. Sabe-se que a chamada telefónica, e-mail, mensagens de texto e/ou aplicações para o telemóvel são atualmente os recursos mais utilizados (Huber, 2020). Sendo a promoção do engajamento dos utentes através dos meios de comunicação promissora na diminuição do absentismo (Mohammadi et al., 2018), procurou-se entender, para as características particulares dos utentes da unidade de saúde em estudo, qual destas abordagens seria preferencial e de que forma se poderá ajustar este procedimento de comunicação às necessidades dos mesmos. O guião da entrevista encontra-se sintetizado na tabela que se segue (Tabela 1).

Tabela 1: Guião da entrevista.

<b>Categorias</b>	<b>Tópico a abordar</b>	<b>Subtópicos a abordar</b>	<b>Exemplos de questões de resposta aberta a desenvolver</b>
<b>Pessoal e Estrutural</b>	Faltar a uma consulta de medicina dentária sem avisar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivos</li> <li>▪ Frequência</li> </ul>	“Recorda-se de algum momento em que tenha faltado a uma consulta de medicina dentária sem avisar a clínica?”
	Faltar a uma consulta de medicina dentária, com desmarcação prévia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivos</li> <li>▪ Frequência</li> <li>▪ Antecedência de desmarcação</li> <li>▪ Procedimento de desmarcação</li> <li>▪ Procedimento de reagendamento</li> </ul>	“E faltar a uma consulta no dentista desmarcando a mesma no próprio dia?” “O que o levou a fazê-lo?” “O processo de desmarcação foi prático para si e eficiente?”
<b>Estrutural</b>	Questões de acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meio de transporte</li> <li>▪ Estado do tempo</li> </ul>	“Como costuma deslocar-se à clínica?” “Habitualmente fá-lo sozinho ou acompanhado?” “Consideraria desmarcar ou faltar a uma consulta por causa de más condições meteorológicas?”
<b>Estrutural e Financeira</b>	Processo de comunicação com a clínica e engajamento do utente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Via mais utilizada</li> <li>▪ Processo ideal de marcação e confirmação de consultas</li> <li>▪ Informações a receber no momento de confirmação da consulta</li> <li>▪ Momento do dia e mês preferencial para o agendamento</li> </ul>	“Que meio de comunicação costuma utilizar quando pretende contactar a clínica e/ou ser contactado pela mesma?” “Considera-se satisfeito com esse método ou preferiria que fosse alterado? De que forma?” “Explique de que forma para si as consultas devem idealmente ser confirmadas”

<b>Categorias</b>	<b>Tópico a abordar</b>	<b>Subtópicos a abordar</b>	<b>Exemplos de questões de resposta aberta a desenvolver</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relação com o uso de novas tecnologias</li> <li>▪ Opinião quanto à receção de mais informações</li> </ul>	<p>“Por norma possui um momento preferencial do dia e/ou mês para ir ao dentista?”</p> <p>“Se fosse confrontado com a utilização de uma aplicação para a gestão das suas consultas de medicina dentária, como se sentiria?”</p> <p>“Sente-se bem informado quanto ao seu plano de tratamento e saúde dentária?”</p> <p>“Gostaria de receber informações mais regulares sobre algum tema em particular?”</p>
<b>Sugestões e/ou comentários adicionais</b>	-	-	<p>“Relativamente às temáticas abordadas na conversa, possui algo a acrescentar?”</p> <p>“Gostaria de deixar alguma sugestão adicional quanto aos processos de comunicação da clínica com os seus utentes?”</p>

Introduzindo a entrevista com a questão de resposta aberta: “Recorda-se de algum momento em que tenha faltado a uma consulta de medicina dentária sem avisar a clínica?” procurou-se que o entrevistado se sentisse à vontade para relatar a situação, nomeadamente em que circunstância(s) sucedeu, o que o motivou e como procedeu. Em caso de resposta negativa, pediu-se para descrever uma situação em que tivesse faltado, porém com aviso de desmarcação. Novamente, abordaram-se a(s) circunstância(s), motivações e procedimentos subsequentes. O historial de absentismo de um utente constitui um dos principais fatores preditivos de futuras não-comparências (Alabdulkarim et al., 2022) e, por esse motivo, surge como a questão introdutória da entrevista. Todas as entrevistas foram finalizadas com um momento de resposta aberta onde o entrevistado foi deixado à vontade para deixar algum comentário adicional, opinião pessoal ou sugestão sobre o tema.

As entrevistas foram efetuadas presencialmente, no consultório de medicina dentária, e gravadas através de uma aplicação para o telemóvel. Também foram tiradas notas no momento da entrevista pelo investigador. Apesar de, atualmente, com o desenvolvimento das novas tecnologias, existirem alternativas à entrevista presencial, tradicionalmente e atualmente este foi e continua a ser o meio preferencial neste tipo de estudos (Adhabi & Anozie, 2017).

Foi efetuada uma entrevista piloto. Considera-se importante a realização da mesma a fim de o entrevistador poder praticar as questões, perceber a sua clareza para o entrevistado e se o feedback do mesmo vai de encontro aos objetivos esperados (Griffie, 2005). A entrevista piloto decorreu com sucesso

e permitiu ao investigador prosseguir com mais confiança na sua abordagem aos entrevistados. Possibilitou também a validação do guião previamente semiestruturado.

Todas as entrevistas foram iniciadas com a solicitação para a participação no estudo ao paciente e também para a gravação da entrevista. Estimou-se uma duração média entre 5 e 15 minutos. Após consentimento de participação e gravação por parte do entrevistado, o investigador prosseguiu de acordo com o guião previamente apresentado.

#### ***4.2.2.3 Análise de dados***

Os dados recolhidos são do tipo qualitativo, pelo que foram utilizadas abordagens de análise de conteúdo. A análise de conteúdo qualitativa constitui um procedimento de análise e interpretação de conteúdos de textos, imagens ou outros sem o envolvimento de processos de quantificação (Kibiswa, 2019). Esta pode não se limitar à extração crua e concreta das palavras proferidas na entrevista: deste tipo de análise de dados fazem parte um amplo espectro de abordagens, desde as mais impressionistas, intuitivas ou interpretativas às mais sistemáticas e restritas ao texto apurado. A abordagem selecionada depende do problema em análise e dos processos que melhor servem os interesses do investigador para cada estudo em concreto (Adam, McMahon, Prober, & Bärnighausen, 2019). No presente projeto optou-se por uma análise de conteúdo qualitativa dirigida. Esta abordagem adequa-se quando as teorias existentes sobre uma dada temática ou fenómeno beneficiariam de estudos adicionais, com o intuito de se validar e/ou estender o conhecimento dos mesmos (Humble, 2009). Particularizando para o tema em estudo, o absentismo dos utentes, sabe-se já da literatura algumas das causas que poderão estar na sua origem e encontram-se já descritas também diferentes soluções sugeridas para distintos contextos. Ora, com a análise de conteúdo dirigida do texto proveniente das entrevistas, procurar-se-á uma validação e complementação dos conhecimentos preexistentes nesta área, adaptados à realidade da tipologia dos utentes da policlínica em estudo neste projeto. Neste tipo de abordagem, o investigador inicia o processo com a identificação de contextos e/ou variáveis-chave baseando-se em teorias preexistentes na literatura (Hsieh & Shannon, 2005). Segundo os mesmos autores, nesta abordagem as entrevistas deverão iniciar-se com uma questão de resposta aberta, seguindo-se de questões concretamente dirigidas às categorias predeterminadas. A estratégia selecionada permite, assim, a criação de significado através do agrupamento dos dados da entrevista em categorias analíticas sustentadas pela literatura existente, reafirmando-se assim a ideologia “atrás de cada questão deve haver uma hipótese” (Griffiee, 2005). Desta forma, grandes quantidades de texto foram analisadas e sumariadas em categorias. Para tal, o

investigador baseou-se no que escutou ao realizar cada uma das entrevistas, confrontando com as notas que retirou ao longo das mesmas. Efetuou-se uma nova análise da entrevista através da audição da gravação da mesma, pelo menos um dia depois da sua realização. As categorias finais estabelecidas resultam de categorias inicialmente definidas, tal como previamente mencionado, e de outras emergentes à medida que se foram realizando as entrevistas. Posteriormente, relações entre as diferentes categorias sumariadas foram identificadas e interpretadas à luz do problema em estudo e de estudos similares existentes na literatura. Efetuar conexões, interpretá-las e delinear conclusões constitui uma das etapas finais do processo de análise de conteúdo dirigida. Nesta fase, pretende-se que o investigador gere significado a partir dos dados categorizados e que procure congruência e/ ou complementaridade com o que a literatura descreve até ao momento (Kibiswa, 2019).

## CAPÍTULO 5

### Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados das duas grandes etapas do projeto, Inspiração e Ideação, devidamente orientadas segundo as metodologias de Human-Centered Design definidas e explanadas no capítulo anterior (Figura 2). Primeiramente descrever-se-á a amostra e o processo de entrevista aos utentes, que permitiram recolher dados para analisar em cada uma das etapas supracitadas.

#### 5.1. Amostra

Foram realizadas 13 entrevistas. As características dos indivíduos integrantes da amostra encontram-se sumariados na tabela que seguidamente se apresenta, tendo sido estes dados designados como biográficos (Tabela 2). A cada participante na entrevista foi atribuído um número (nº) que identificará esse participante ao longo da descrição dos resultados.

Tabela 2: Dados biográficos descritivos da amostra.

DADOS BIGRÁFICOS							
Nº	Sexo	Idade	Estado Civil	Agregado Familiar	Escolaridade	Situação Profissional	Rendimentos Mensais
1*	M	33	Casado	2	Mestrado	A	1000-2500€
2	F	65	Divorciado	1	Ensino Secundário	NA	<1000€
3	F	49	Solteiro	2	Ensino Secundário	A	<1000€
4	F	35	Casado	3	Licenciatura	A	1000-2500€
5	F	49	Casado	4	Ensino Secundário	A	<1000€
6	F	34	Casado	2	Licenciatura	A	<1000€
7	M	70	Casado	2	Mestrado	NA	>2500€
8	M	29	Solteiro	1	Mestrado	A	1000-2500€
9	F	19	Solteiro	3	Licenciatura	NA	-
10	M	63	Casado	2	9º ano	NA	1000-2500€
11	F	68	Casado	2	4º ano	NA	<1000€
12	M	34	Solteiro	2	Mestrado	A	1000-2500€
13	F	33	Solteiro	2	Mestrado	A	1000-2500€

\*Entrevista Piloto. Para avaliação do agregado familiar consideraram-se o nº de elementos integrantes do mesmo. Para a situação profissional definiram-se como categorias Ativo (A) e Não Ativo (NA). Para avaliação dos rendimentos anuais, consideraram-se três intervalos distintos: <1000€; 1000-2500€; >2500€, valores ilíquidos.

A maioria dos entrevistados são indivíduos do sexo feminino, já que foram estes os que demonstraram maior disponibilidade em integrar o estudo. Procurou-se entrevistar utentes em diversas faixas etárias e categorias profissionais, reunindo-se uma amostra com um intervalo de idades entre os 19 e os 70 anos. Todos os indivíduos em situação profissional ativa são trabalhadores por conta de outrem. Consideram-se em situação profissional inativa (não ativo) os indivíduos reformados e estudantes (apenas um participante nesta situação). Os rendimentos anuais descritos pelos utentes variam, porém a maior parte deles refere receber valores inferiores a 2500 euros mensais líquidos. Não foram entrevistados indivíduos desempregados. A maior parte dos entrevistados são casados e possuem agregado familiar com mais do que um elemento e menos do que cinco. Entrevistaram-se indivíduos com os mais diversos graus de escolaridade, desde o 4º ano ao mestrado.

Aos dados biográficos apresentados, para uma melhor caracterização da amostra na unidade de saúde em estudo, associaram-se dados secundários considerados relevantes pelo investigador para o estudo em questão. Foram recolhidos dos ficheiros da clínica e encontram-se descritos na Tabela 3.

Tabela 3: Dados clínicos descritivos da amostra.

<b>DADOS CLÍNICOS</b>			
<b>Nº</b>	<b>Extensão dos registos clínicos</b> (1ª vez, 0 - 2 anos, > 2 anos)	<b>Frequência de consultas anuais</b> (0-1; 1-5; >5x/ano)	<b>Outras especialidades na clínica</b> (Sim (S)/ Não (N))
<b>1</b>	0-2 anos	0-1x/ano	N
<b>2</b>	>2 anos	>5x/ano	N
<b>3</b>	>2 anos	>5x/ano	S
<b>4</b>	0-2 anos	0-1x/ano	S
<b>5</b>	>2 anos	1-5x/ano	S
<b>6</b>	>2 anos	0-1x/ano	N
<b>7</b>	>2 anos	1-5x/ano	N
<b>8</b>	0-2 anos	0-1x/ano	N
<b>9</b>	>2 anos	0-1x/ano	N
<b>10</b>	>2 anos	>5x/ano	N
<b>11</b>	>2 anos	>5x/ano	S
<b>12</b>	0-2 anos	0-1x/ano	N
<b>13</b>	0-2 anos	0-1x/ano	N

Todos os entrevistados eram já utentes do serviço de medicina dentária no momento da realização da entrevista, cinco deles recentes (0-2 anos) e os restantes há mais de dois anos. Não foi possível entrevistar indivíduos que o frequentassem pela 1ª vez, já que nenhum se mostrou disponível para integrar o estudo. Todos os entrevistados recorrem às consultas de medicina dentária a título

particular, não apresentando qualquer seguro de saúde ou cheque dentista pelo SNS. Também se averiguou o caráter do tratamento que levou os utentes a deslocarem-se à última consulta de medicina dentária de acordo com o seu grau de urgência: todos os entrevistados fizeram-no por motivos não urgentes (consultas de rotina ou tratamentos previstos em plano de tratamento). A frequência de consultas observada no último ano é bastante variável na amostra recolhida, possivelmente também derivada do caráter dos tratamentos necessários para cada indivíduo. Alguns frequentaram a consulta mais de 5 vezes no último ano, por tratamentos de continuidade como realização de próteses removíveis ou tratamento de cáries múltiplas; outros apenas uma vez no último ano, em geral para consultas de rotina ou destararização em plano de tratamento. Análises clínicas e fisioterapia são as especialidades frequentadas pelos utentes registados noutros serviços de saúde da clínica para além da medicina dentária. Os utentes por norma optam por agendar diferentes especialidades em dias distintos.

## **5.2. Processo de entrevista**

Os processos de entrevista em geral decorreram com fluidez, de acordo com as expectativas. A maior dificuldade residiu no momento precedente, isto é, na seleção dos utentes a entrevistar, já que grande parte dos selecionados pelo investigador não se mostraram disponíveis para integrar o estudo e participar na entrevista, mesmo após uma concreta explicação do anonimato, brevidade e relevância da mesma. Denotou-se particular renitência em participar no estudo por parte dos indivíduos idosos, que quando inquiridos quanto à sua relutância mencionaram o receio de as suas respostas não terem a utilidade pretendida. Outros indivíduos, integrantes de outras faixas etárias, não aceitaram integrar o estudo alegando falta de tempo.

Por outro lado, todos os que aceitaram a participação na entrevista cooperaram e não mostraram quaisquer reservas em responder às questões. Contudo, denotou-se uma certa hesitação por parte dos utentes no início da entrevista em desenvolver as questões. Apesar de inicialmente a entrevista iniciar-se com uma questão de resposta aberta, foi frequentemente necessário o entrevistador referir e salientar aos entrevistados que estes estavam completamente à vontade para explorar e relatar o assunto da forma que melhor entendessem. Quebrada esta barreira inicial, as entrevistas decorreram de acordo com o guião projetado. Quando o investigador verificava que a questão colocada não teria sido bem entendida, procurava recorrer a exemplos para esclarecer a mesma, garantindo sempre que a pergunta teria sido corretamente interpretada. Da mesma forma, no final de cada relato parcial na entrevista o

entrevistador procurou sucintamente resumir a resposta do utente e, implicitamente, obter a confirmação do mesmo de que a informação estava a ser transmitida com a interpretação correta.

Cada entrevista durou em média 10 minutos. Os utentes entrevistados deram um feedback positivo no final da mesma, tendo apreciado e valorizado integrar o estudo.

### 5.3. Análise de Conteúdo

#### 5.3.1. Inspiração

O problema inicial foi explorado de forma divergente na literatura existente (revisão de literatura), até se obter dados convergentes (recolhidos de entrevistas semiestruturadas) que permitem definir o problema em concreto para os utentes da unidade de saúde em estudo. Os resultados obtidos para esta fase (esquemática na Figura 3) serão seguidamente apresentados.

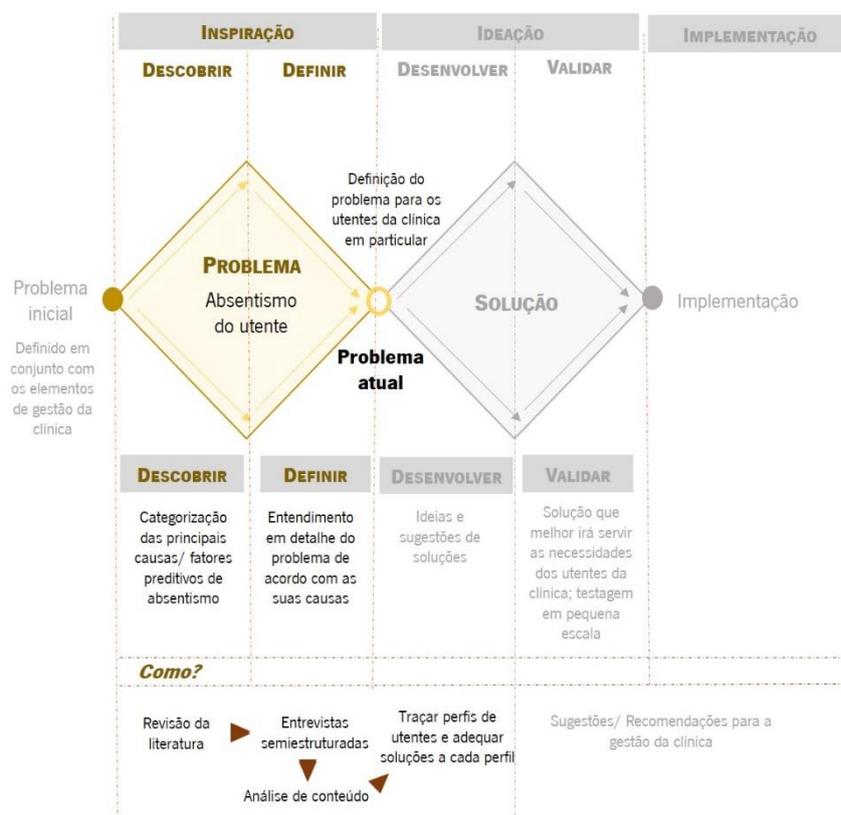


Figura 3: Esquemática da fase de Inspiração.

A análise de conteúdo fundamentou-se nos fatores preditivos e causas apontadas na literatura até ao momento que possam justificar o absentismo dos utentes. Inspirando-se nas categorias previamente mencionadas (pessoal, estrutural e financeira) descritas por Bhatia *et al.* (2018), integrou-se em cada uma delas múltiplos fatores de absentismo emergentes na literatura, daí resultando a Tabela 4.

Tabela 4: Categorias para análise de conteúdo relativas ao absentismo dos utentes.

<b>FATORES PREDITIVOS DE ABSENTISMO DOS UTENTES</b>	<b>Pessoal</b>	Assiduidade Prévia
		Esquecimento
		Estado de saúde
		Imprevistos no trabalho
		Idade*
		Estado Civil*
		Longevidade do processo clínico*
	<b>Estrutural</b>	Acesso a meios de transporte
		Estado do tempo
		Comunicação profissionais de saúde-utente
		Questões administrativas: agendamento/ confirmação de consultas
	<b>Financeira</b>	Problemas económicos
		Seguro de saúde*

\*Informação que será obtida a partir dos dados biográficos e secundários recolhidos dos utentes. As restantes informações serão integrantes da análise de conteúdo das entrevistas.

Os utentes faltam às consultas de medicina dentária por esquecimento, alterações no seu estado de saúde ou imprevistos no trabalho. Pacientes mais jovens, solteiros, menos vinculados à clínica e/ou que já faltaram previamente tendem a faltar mais. Em termos estruturais, a dependência do utente de meios de transporte que não o próprio e o estado do tempo agravado também podem influenciar negativamente as idas às consultas de medicina dentária. Por fim, falhas em procedimentos associados à clínica, tais como problemas ou erros de comunicação e nos processos de confirmação de consultas, também contribuem para elevadas taxas de absentismo dos utentes. No campo financeiro, pacientes economicamente desfavorecidos e/ou que não possuam seguro de saúde ou equivalente também tendem a ter comportamentos mais nefastos na sua assiduidade às consultas (Baptista et al., 2021; Bhatia et al., 2018; Jabalera Mesa et al., 2015; Machado et al., 2015; Reid et al., 2015; Stone et al., 1999).

Para cada uma das categorias e subcategorias definidas, expõem-se os seguintes resultados das entrevistas, com uma síntese da informação recolhida em cada entrevista e excertos retirados da gravação das mesmas para cada utente (Tabela 5, Tabela 6 e Tabela 7). A assiduidade prévia descrita foi avaliada mediante a perceção dos próprios utentes quanto às suas consultas de medicina dentária.

Tabela 5: Análise de conteúdo para a categoria pessoal dos fatores preditivos de absentismo dos utentes.

<b>Fatores Preditivos de Absentismo dos Utentes: Categoria <u>Pessoal</u></b>					<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Assiduidade Prévia</b>	<b>Esquecimento</b>	<b>Estado de saúde</b>	<b>Imprevistos no trabalho</b>	
<b>1</b>	Já faltou por imprevistos, com desmarcação. Não se recorda de faltar e não desmarcar.	Usa métodos próprios para garantir que não se esquece da consulta.	Nunca sucedeu faltar por estar doente.	Assume ser até ao momento a única causa que o levou a faltar.	<i>“Lembro-me de uma vez em que tive de ficar a trabalhar até mais tarde, e desmarquei”</i>
<b>2</b>	Já faltou várias vezes. Procura desmarcar, quando é possível.	Se a clínica não avisasse da consulta, provavelmente esquecer-se-ia.	Principal motivo quando falta.	Não se aplica nos últimos anos.	<i>“Sentia-me maldisposta e incapaz de ir à consulta”</i>
<b>3</b>	Já faltou sem avisar, por esquecimento.	Já se esqueceu da consulta.	Aconteceu com o filho doente.	Não se recorda de ter sucedido.	<i>“Já tinha feito a marcação há uns meses e esqueci-me”</i>
<b>4</b>	Faltou, porém desmarcou com dois dias de antecedência.	Não refere.	Não refere.	Não é usual acontecer, procura gerir o trabalho para o evitar.	<i>“Faltei porque tinha outras situações pendentes para resolver, mas desmarquei”</i>
<b>5</b>	Faltou poucas vezes, e desmarcou sempre.	Tem sempre o cuidado de anotar para si o dia e a hora da consulta.	Poderia ser um motivo, sobretudo pelas suas filhas doentes, mas nunca aconteceu.	Procura sempre gerir a hora da marcação com os dias livres no trabalho.	<i>“Sinceramente não me recordo de não conseguir desmarcar.”</i>
<b>6</b>	Não se recorda de não poder comparecer.	Não refere.	Não refere.	Consegue marcar em horários que não interferem com o trabalho.	<i>“Faço sempre o agendamento para o dia em que não trabalho da parte da tarde”</i>
<b>7</b>	Nos últimos anos não considera ter acontecido.	Não refere.	Nunca ocorreu.	Principal motivo para faltar, enquanto estava profissionalmente ativo. Atualmente não se aplica.	<i>“Posso ter faltado em tempos sempre por questões de natureza profissional”</i>

<b>Fatores Preditivos de Absentismo dos Utentes: Categoria <u>Pessoal</u></b>					<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Assiduidade Prévia</b>	<b>Esquecimento</b>	<b>Estado de saúde</b>	<b>Imprevistos no trabalho</b>	
<b>8</b>	Já faltou, mas procurou desmarcar sempre.	Não refere.	Já aconteceu, mas em consultas de outras especialidades.	Atrasou-se no trabalho e desmarcou a consulta.	<i>“Preferi não ir do que aparecer super tarde”</i>
<b>9</b>	Já faltou, mas não é frequente acontecer.	Não por esquecimento próprio, mas da mãe.	Nunca aconteceu.	Não aplicável.	<i>“A minha mãe leva-me às consultas e uma vez esqueceu-se.”</i>
<b>10</b>	Não se recorda de faltar ou ter de desmarcar.	Anota para si a data da consulta.	Nunca aconteceu.	Não se recorda de ter acontecido.	<i>“Aponto sempre no meu calendário em casa a data da próxima consulta.”</i>
<b>11</b>	Já faltou, mas procurou desmarcar sempre.	Não costuma acontecer.	Já aconteceu, por sobreposição com outras consultas.	Não aplicável.	<i>“Por vezes tenho afazeres que me impossibilitam de ir à consulta.”</i>
<b>12</b>	Nunca faltou.	Não refere.	Não refere.	Não interfere.	<i>“Tenho um horário flexível, não se justificaria faltar por causa disso no meu caso.”</i>
<b>13</b>	Nunca faltou.	Não refere.	Não se recorda de ter acontecido.	Não interfere.	<i>“Considero-me bastante assídua.”</i>

Tabela 6: Análise de conteúdo para a categoria estrutural dos fatores preditivos de absentismo dos utentes.

<b>Fatores Preditivos de Absentismo dos Utentes: Categoria <u>Estrutural</u></b>					<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Acesso a meios de transporte</b>	<b>Estado do tempo</b>	<b>Comunicação</b>	<b>Agendamento/ confirmação de consultas</b>	
<b>1</b>	Possui veículo próprio.	Não interfere.	Não se recorda que tenham existido falhas de comunicação com a clínica.	Sente-se confortável com o processo de agendamento e confirmação de consultas atual.	<i>“Nunca me aconteceu ter uma consulta agendada e não saber o motivo”</i>
<b>2</b>	Recorre a transportes públicos ou boleia de familiares.	-	Quando tem dúvidas procura esclarecimentos por chamada telefónica.	A chamada telefónica é o procedimento que considera mais confiável.	<i>“Sentia-me incapaz de apanhar um autocarro para ir lá”</i>

<b>Fatores Preditivos de Absentismo dos Utentes: Categoria <u>Estrutural</u></b>					<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Acesso a meios de transporte</b>	<b>Estado do tempo</b>	<b>Comunicação</b>	<b>Agendamento/ confirmação de consultas</b>	
<b>3</b>	Não possui veículo próprio, depende de outros.	Nunca impediu de se deslocar a uma consulta.	Por norma tem facilidade em comunicar com a clínica.	Uma imagem visual das vagas disponíveis no momento do agendamento seria o ideal.	<i>“Se tivesse visto a chamada da clínica não teria faltado”</i>
<b>4</b>	Tem veículo próprio e considera que a clínica tem bons acessos.	Se já tiver a marcação feita com antecedência, não altera por causa do estado do tempo.	A clínica facilita a comunicação, mesmo por vezes na hora de almoço.	Gosta do facto de que se não atender a chamada da clínica, esta deixar SMS com o motivo do contacto.	<i>“Uso a chamada telefónica para a marcação de consultas, é mais credível”</i>
<b>5</b>	Não conduz.	Consideraria a hipótese de adiar a consulta devido ao estado do tempo, se o tratamento não fosse urgente.	Satisfeita com os processos de comunicação com a clínica.	Gosta da SMS nestes processos pois funciona como uma “prova”.	<i>“Tenho tido sempre sucesso no contacto da clínica por telefone”</i>
<b>6</b>	Possui viatura própria.	Não é um fator que possa influenciar a ida à consulta.	Sente que tem uma relação de confiança com os profissionais da clínica em termos de comunicação.	O procedimento atual é suficiente, mas pode ser melhorado com as novas tecnologias e aplicações.	<i>“Tenho confiança na comunicação com os profissionais da clínica”</i>
<b>7</b>	Possui viatura própria e escolheu a clínica também pela sua localização (acessível de várias formas)	Não interfere.	Quando a chamada não é logo atendida, é depois retribuída. Não refere problemas neste campo.	A SMS ajuda a que fique gravada a data e hora da consulta; com a chamada telefónica pode haver mais mal-entendidos.	<i>“Uma mensagem pelo menos fica permanente no telemóvel”</i>
<b>8</b>	Possui veículo próprio.	Não interfere, por norma.	Usa sempre a chamada telefónica para comunicar com a clínica.	A chamada telefónica é o procedimento que considera mais confiável.	<i>“Ligo sempre para a clínica”</i>
<b>9</b>	Está dependente do transporte da mãe.	Não influencia.	É a mãe que comunica com a clínica, mas não vê problemas.	Gostava de receber ela própria também aviso de confirmação de consulta por SMS.	<i>“A clínica liga para a minha mãe, mas podiam enviar-me SMS também”</i>
<b>10</b>	Possui veículo próprio.	Não interfere.	Tem facilidade em comunicar por chamada telefónica.	Prefere que os processos sejam	<i>“Antigamente deslocava-me à</i>

<b>Fatores Preditivos de Absentismo dos Utentes: Categoria <u>Estrutural</u></b>					<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Acesso a meios de transporte</b>	<b>Estado do tempo</b>	<b>Comunicação</b>	<b>Agendamento/ confirmação de consultas</b>	
				efetuados por chamada telefónica.	<i>clínica para marcar, agora é por telefone</i>
<b>11</b>	Usa transportes públicos.	Se chover muito, adia a consulta.	Pede a algum familiar para ligar para a clínica quando necessita.	Se não for por chamada, não se sente à vontade.	<i>“A clínica às vezes envia mensagem para o meu marido”</i>
<b>12</b>	Possui veículo próprio.	Não interfere.	Considera fácil comunicar com a clínica.	Costuma receber chamada da clínica, mas SMS seria suficiente.	<i>“A comunicação por mensagens é super prática”</i>
<b>13</b>	Possui veículo próprio.	Não interfere.	Gosta dos processos de comunicação da clínica.	Por SMS ou chamada, é indiferente.	<i>“Desde que me avisem da consulta, não interessa o meio”</i>

Tabela 7: Análise de conteúdo para a categoria financeira dos fatores preditivos de absentismo dos utentes.

<b>Fatores Preditivos de Absentismo dos Utentes: Categoria <u>Financeira</u></b>		<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Problemas Económicos</b>	
<b>1</b>	Não refere preferência por período do mês específico para marcação.	<i>“O meu critério para marcação de consultas é a disponibilidade horária apenas”</i>
<b>2</b>	Não refere preferência por período do mês específico para marcação.	<i>“Como estou reformada procuro sempre ir ao dentista à tarde, mas o período do mês é indiferente”</i>
<b>3</b>	Prefere consultas ao sábado, independentemente da altura do mês.	<i>“Altura do mês não influencia, pós-laboral sim”</i>
<b>4</b>	Não refere a existência de preferência por dado período do mês para marcar.	<i>“Marco o dia do mês de acordo com o aconselhado pelo médico”</i>
<b>5</b>	Se tiver oportunidade escolhe o início do mês, mas não é um fator preponderante.	<i>“Por norma marco no início de cada mês, mas tento ver também uma altura em que seja mais fácil de me ausentar ao meu serviço”</i>
<b>6</b>	Não refere preferência por período do mês específico para marcação.	<i>“O dia do mês não influencia”</i>
<b>7</b>	Não refere período do mês específico para fazer a marcação.	<i>“Procuro agendar durante a manhã (...)”</i>
<b>8</b>	Não refere período do mês específico para fazer a marcação.	<i>“Marco para quando vejo que tenho disponibilidade”</i>
<b>9</b>	Não refere preferência por período do mês específico para marcação.	<i>“Não noto que haja um período específico do mês para ir à consulta”</i>

<b>Fatores Preditivos de Absentismo dos Utentes: Categoria <u>Financeira</u></b>		<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Problemas Económicos</b>	
<b>10</b>	Não refere período do mês específico para fazer a marcação.	<i>"Vou quando é necessário"</i>
<b>11</b>	Não refere período do mês específico para fazer a marcação.	<i>"Tenho em atenção evitar ter várias consultas de médicos na mesma semana"</i>
<b>12</b>	Não refere período do mês específico para fazer a marcação.	<i>"Como só costumo ir uma vez por ano, a altura do mês é indiferente"</i>
<b>13</b>	Não refere período do mês específico para fazer a marcação.	<i>"Marco quando tenho folga no trabalho"</i>

Toda a informação encontra-se compilada num quadro-síntese do conteúdo analisado (Tabela 8). Este quadro permite, assim, definir concretamente a problemática (absentismo dos utentes) de acordo com os seus fatores causais e/ou preditivos, enquadrando-a na realidade descrita pelos utentes da clínica.

Tabela 8: Quadro-síntese dos conteúdos apurados referentes aos fatores preditivos de absentismo.

<b>Fatores Preditivos de Absentismo dos Utentes: Quadro-síntese</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Pessoal</b>	
	Assiduidade	Apenas dois participantes referiram já ter faltado, sem desmarcação. A maior parte dos participantes referiu já ter faltado com desmarcação prévia. As desmarcações mencionadas foram efetuadas ou no próprio dia ou até dois dias antes.
	Prévia	
	Esquecimento	Apenas um participante admitiu o esquecimento como um dos fatores causais de ter faltado, sendo referente a uma consulta que já estava marcada há algum tempo. Outro referiu esquecimento de um familiar responsável pela sua deslocação à clínica.
	Estado de saúde	A maior parte dos participantes admite que poderia ser um motivo para faltar, porém não se recordam de tal ter sucedido. Os relatos de faltas por doença mencionados referem-se a filhos doentes e apenas um assumiu que alterações no seu próprio estado de saúde seriam o mais recorrente motivo para faltar. A sobreposição com consultas de outras especialidades externamente à clínica também foi mencionada.
	Imprevistos no trabalho	Um participante assumiu ser este o principal fator para desmarcar uma consulta muito perto da hora da realização da mesma. Os restantes referem procurar gerir a data da consulta para um período em que não exista a possibilidade de o trabalho interferir. Aos participantes atualmente em estado profissional inativo, não se aplica, mas consideram que em tempos possa ter sido um fator influente.
Idade	Os entrevistados encontram-se entre os 19 e os 70 anos de idade. Dentro deste intervalo, os mais jovens foram os que mencionaram o trabalho como fator causal de absentismo; já aqueles pertencentes ao limiar superior do intervalo de idades referem sobretudo o estado de saúde como causa de absentismo.	

<b>Fatores Preditivos de Absentismo dos Utentes: Quadro-síntese</b>	
	Estado civil A maior parte dos indivíduos entrevistados são casados, porém nenhum mencionou deslocar-se acompanhado do cônjuge às consultas. Já os indivíduos com agregados familiares maiores referem frequentemente que imprevistos com os filhos poderiam ser um motivo para faltar a uma consulta de medicina dentária.
	Longevidade do processo clínico Não se entrevistaram primeiras vezes. A maior parte dos entrevistados são já utentes da clínica há mais de dois anos.
<b>Estrutural</b>	Acesso a meios de transporte Foi descrito como uma limitação aos indivíduos que não possuem veículo próprio, pois encontram-se sempre dependentes da boleia de outros e dos imprevistos que poderão suceder aos responsáveis pelas suas boleias.
	Estado do tempo Nenhum utente relatou casos de faltar devido ao mau estado do tempo. Apenas dois assumiram essa possibilidade, e caso o tratamento a realizar não fosse de carácter urgente (ex. uma rotina).
	Comunicação profissionais de saúde-utente Nenhum entrevistado relata recordar-se de problemas de comunicação com a clínica. As chamadas telefónicas são por norma atendidas no imediato ou, em caso de impossibilidade, retribuídas. Não houve relatos de situações de mal-entendidos ou comunicações erróneas.
	Questões administrativas Apesar de terem opiniões ligeiramente divergentes quanto ao processo ideal de agendamento ou confirmação de consultas, os pacientes parecem satisfeitos com a metodologia utilizada. A chamada telefónica é sempre salientada como um método essencial nestes processos, contudo grande parte dos entrevistados começam já a preferir o uso de SMS para notificações de consultas agendadas.
<b>Financeira</b>	Problemas económicos Apenas um participante mencionou o período do mês como relevante no momento de escolher a data das suas marcações, mas não decisivo.
	Seguro de saúde Nenhum utente entrevistado possui seguro de saúde e/ou cheque dentista do SNS.

Quando confrontados com esta definição mais concreta e personalizada do problema, os elementos da gestão entenderam que alguns dos fatores que mais levam os utentes a faltar são totalmente independentes dos processos de funcionamento da clínica, como é o caso dos imprevistos no trabalho e do estado de saúde dos indivíduos. Considerou-se importante detalhar os processos de comunicação utente-clínica, a fim de se determinar conjuntos de soluções neste campo que estejam ao alcance da clínica alterar. Desta forma, já englobados na fase de Ideação, seguidamente apresentam-se os resultados de análise de conteúdo dos processos de comunicação utente-clínica, fulcrais na determinação de uma solução-chave.

### 5.3.2. Ideação

À semelhança da divergência-convergência derivada do Modelo do Duplo Diamante de HCD efetuada para a fase de Inspiração, a solução foi explorada de forma similar, procurando-se investigar formas de diminuir a falta de assiduidade dos utentes melhorando os processos de comunicação da clínica com os mesmos e de acordo com a perspetiva dos próprios. Os resultados obtidos para esta fase (esquematizada na Figura 4) serão seguidamente apresentados.

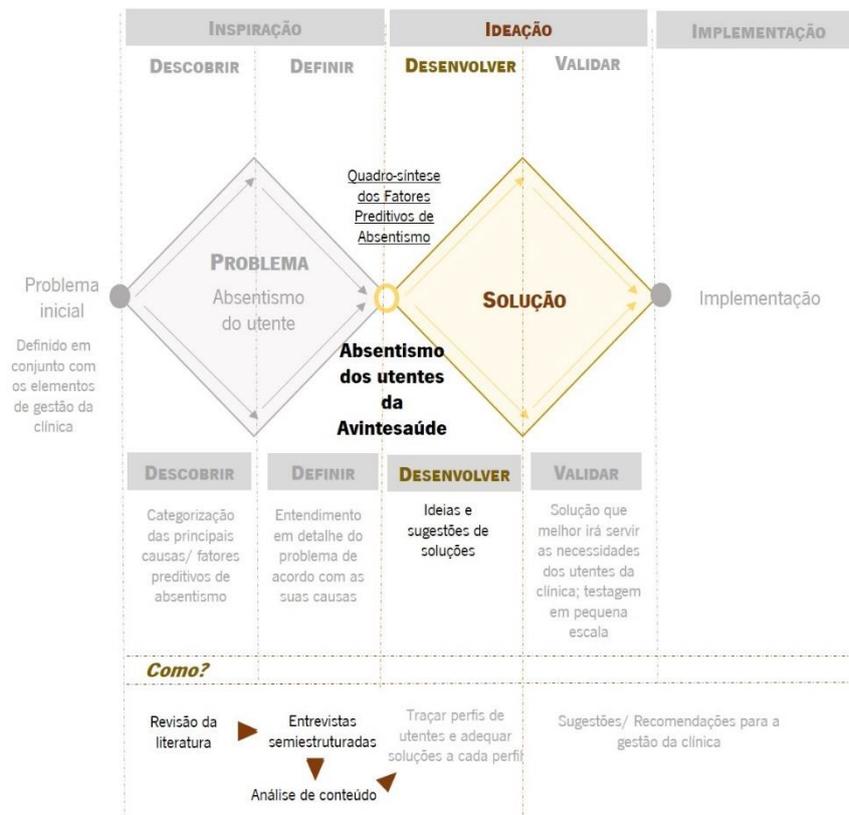


Figura 4: Esquematização da fase de Ideação.

Jabalera Mesa *et al.* (2015) sugerem duas abordagens distintas para diminuir o absentismo do utente: foco na análise causal simples do problema ou um estudo mais abrangente procurando-se novas metodologias de trabalho garantindo sempre que o utente é o centro do estudo. Como tal, inspirando-se nesta segunda abordagem, o conteúdo das entrevistas do presente estudo fora analisado também segundo categorias associadas aos procedimentos de comunicação clínica-utente. Consideraram-se os principais meios de comunicação utilizados para confirmação de consultas descritos por Huber (2020) e complementados com a experiência vivenciada na policlínica pelo investigador. Decorrente da experiência mencionada, e em concordância com três elementos da gestão da clínica, definiu-se como

relevante também perceber a opinião individual de cada utente quanto ao momento ideal de confirmação das consultas agendadas (com quanta antecedência relativamente às mesmas), o nº de vezes que deve ser feito este procedimento e que informações deverão ser transmitidas no mesmo (por exemplo, dados do utente, motivo da consulta, horário, especialidade). Procurou-se também perceber se a comunicação regular com a clínica, visando motivar o utente e educá-lo para a sua saúde dentária como forma de promoção do engajamento ativo do mesmo, poderá ser considerada como uma medida adicional na diminuição do absentismo dos utentes, à semelhança da hipótese investigada por Kershaw et al. (2022) em cuidados de saúde primários. Por fim, foi considerado pertinente pelo investigador incluir uma categoria para analisar as sugestões e/ou comentários adicionais deixados pelos participantes. Aqui, pretende-se relevar os pensamentos de HCD, já que as livres opiniões dos utentes foram consideradas neste processo de construção de uma solução para a problemática em estudo. Os conteúdos definidos para análise encontram-se resumidos na Tabela 9.

Tabela 9: Categorias para análise de conteúdo referentes aos procedimentos de comunicação com a clínica.

<b>Meios de comunicação preferenciais</b>	Chamada telefónica
	SMS
	Aplicação para o telemóvel
	Outros (sites, redes sociais)
<b>PROCEDIMENTOS DE COMUNICAÇÃO COM A CLÍNICA</b>	<b>Confirmação de consultas</b>
	Momento de confirmação
	Nº de confirmações
	Informação a transmitir
<b>Fomentação do engajamento ativo dos utentes</b>	Interesse em receber regularmente informações do seu processo clínico
	Interesse em receber regularmente informações da clínica sobre saúde dentária
<b>Sugestões e/ou comentários adicionais</b>	

Para cada uma das categorias e subcategorias definidas, expõem-se os seguintes resultados das entrevistas, com uma síntese da informação recolhida em cada entrevista e excertos retirados da gravação das mesmas para cada utente (Tabela 10).

Tabela 10: Análise de conteúdo para a categoria de procedimentos de comunicação com a clínica.

<b>Procedimentos de Comunicação com a clínica</b>					<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Meios de Comunicação Preferenciais</b>	<b>Confirmação de Consultas</b>	<b>Fomentação do engajamento ativo dos utentes</b>	<b>Sugestões e/ou comentários adicionais</b>	
<b>1</b>	Aplicação para o telemóvel em complemento da SMS.	Um dia antes e uma semana antes, por SMS, com informação apenas da data e hora. Acha a chamada telefónica dispensável.	Sente-se informado sobre o motivo da consulta. Uma aplicação permitiria um melhor acesso ao seu processo clínico.	Criação de um método de desmarcação de consultas mais prático.	<i>“Dou o exemplo do Trofa Saúde que tem já uma aplicação bastante desenvolvida que facilita toda a interação”</i>
<b>2</b>	Recorre sempre a chamada telefónica para contactar a clínica. Considera o processo mais fiável. Sente-se pouco à vontade com outros procedimentos.	Considera suficiente uma SMS, mas prefere chamada telefónica.	Prefere ver as informações sobre o seu processo clínico tratadas pessoalmente ou por chamada e apenas quando solicitadas.	Estaria recetiva a novos meios de comunicação (se lhe fossem individualmente explicados).	<i>“O médico explica-me sempre o motivo para um novo agendamento”</i>
<b>3</b>	Chamada telefónica ou SMS, sente-se pouco à vontade com outros meios.	Dois dias antes, pelo menos, por SMS.	A partilha de informações clínicas, se efetuada por outros meios que não a SMS ou chamada, não seria útil para si.	Não refere.	<i>“Para mim uma SMS com o dia e a hora é mais do que suficiente”</i>
<b>4</b>	Chamada telefónica e SMS.	Na véspera da consulta. Se houver outro reforço desta confirmação é benéfico.	Sente-se à vontade para experienciar novos meios de partilha de informação sobre a saúde dentária em geral.	Não refere.	<i>“Não acho necessário na SMS referirem o motivo da consulta, até porque pode mudar”</i>
<b>5</b>	Chamada telefónica e SMS, mas utilizaria qualquer outro novo meio.	No dia anterior à consulta ou no próprio dia. Gosta que seja incluída a informação sobre o médico que a vai atender.	Gostaria de ver mais informações sobre medicina dentária em geral numa plataforma onde pudesse explorar livremente o conteúdo.	Não refere.	<i>“Olhando aos dias de hoje, usar a tecnologia seria bastante benéfico (...) mais fácil do que um telefonema”</i>
<b>6</b>	Sabe da existência de outros meios de comunicação como as redes sociais, mas	SMS, dois dias antes apenas. Informação a constar: nome do utente,	Gostaria de receber informações pertinentes do seu processo clínico; outro tipo de	Todos os assuntos tratados com a clínica por chamada ou	<i>“Sou cliente do Trofa Saúde e da aplicação (...) Usaria a aplicação aqui na</i>

<b>Procedimentos de Comunicação com a clínica</b>					<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Meios de Comunicação Preferenciais</b>	<b>Confirmação de Consultas</b>	<b>Fomentação do engajamento ativo dos utentes</b>	<b>Sugestões e/ou comentários adicionais</b>	
	nunca usou. Prefere o telefone (chamada ou SMS).	do médico, data e hora da consulta.	informações a ser disponibilizadas com regularidade não considera relevante.	outros deveriam ser confirmados pelo envio de uma SMS.	<i>clínica se isso fosse possível"</i>
<b>7</b>	Para comunicar com a clínica prefere a chamada telefónica. Para confirmação de consultas prefere SMS.	Na véspera, com a identificação do remetente da mensagem, data e hora. Não vê grande utilidade num reforço desta confirmação com maior antecedência.	Gostaria de ter acesso a mais informação, nomeadamente de integração da medicina dentária com outras especialidades.	Garantir a fidelidade do cliente através de incentivos à assiduidade.	<i>"Poderiam criar um sistema de cartão de pontos com prémio pela assiduidade sob a forma de descontos futuros"</i>
<b>8</b>	Chamada telefónica.	Por SMS, um a dois dias antes.	Gostaria de receber informações sobre saúde oral com mais regularidade.	Não tem interesse em possível utilização de aplicação para o telemóvel.	<i>"Era uma mais-valia receber SMS regulares com informação sobre cuidados do dia-a-dia de saúde oral"</i>
<b>9</b>	SMS para si, e chamada telefónica para a mãe.	Uma semana antes.	Gostaria de receber informações adicionais sobre cuidados orais.	Ter em atenção quando os jovens ficam maiores de idade e atualizar os contactos nesse sentido.	<i>"Adorava saber mais sobre como cuidar dos dentes, por exemplo recebendo alertas semanalmente"</i>
<b>10</b>	Prefere chamada telefónica, mas também considera útil por SMS.	No dia anterior é suficiente.	Prefere ver as informações sobre o seu processo clínico tratadas apenas quando solicitadas.	Não refere.	<i>"Gosto do funcionamento com a clínica como está, mas claro que a tendência é evoluir"</i>
<b>11</b>	Chamada telefónica apenas.	Um a três dias antes.	Prefere apenas ser contactada pela clínica quando estritamente necessário.	Gosta de ver as novas tecnologias a evoluir, mas pede atenção a quem não estará à vontade com esses meios.	<i>"Gosto de me manter nos métodos tradicionais"</i>
<b>12</b>	SMS sempre que seja suficiente.	Na véspera considera fundamental. Se avisarem	Não sente necessidade de informação adicional,	Estaria recetivo e curioso quanto a	<i>"Não considero inoportuno avisarem"</i>

<b>Procedimentos de Comunicação com a clínica</b>					<b>Excertos da entrevista</b>
<b>Nº</b>	<b>Meios de Comunicação Preferenciais</b>	<b>Confirmação de Consultas</b>	<b>Fomentação do engajamento ativo dos utentes</b>	<b>Sugestões e/ou comentários adicionais</b>	
		também uma semana antes, seria uma mais-valia.	mas não vê inconveniente em recebê-la.	novos meios de comunicação.	<i>mais do que uma vez da consulta, pelo contrário</i>
<b>13</b>	Indiferente, aceita o que for mais eficiente para a clínica.	Com antecedência de pelo menos 24 horas.	Gostaria de ver a clínica mais ativa na promoção da saúde oral.	Mais partilha de conteúdo sobre medicina dentária em geral.	<i>“Poderiam usar as redes sociais para alertar mais as pessoas para os problemas nos dentes”</i>

Toda a informação encontra-se compilada num quadro-síntese do conteúdo analisado (Tabela 11), que representa parte integrante do conjunto de soluções para o problema em estudo.

Tabela 11: Quadro-síntese dos conteúdos apurados referentes aos procedimentos de comunicação com a clínica.

<b>Procedimentos de comunicação com a clínica: Quadro-síntese</b>			
<b>Categorias</b>	<b>Meios de comunicação preferenciais</b>	Chamada telefónica	Esta via de comunicação foi a mais mencionada quando os pacientes pretendem contactar a clínica. Mesmo quando recetivos a novas vias de comunicação, os entrevistados parecem não dispensar a presença da chamada telefónica como opção principal.
		SMS	Para a maior parte dos entrevistados, no que diz respeito a lembretes de consulta agendados, a SMS parece ser suficiente. Não consideram impessoal. Ademais, mencionam como um método “prático” e que serve de prova ou registo da informação.
		Aplicação para o telemóvel	A ideia de uma aplicação para o telemóvel parece ser bem aceite pelos utentes entrevistados mais jovens. Para outros, assumem que poderiam experimentar, mas que não dispensaria os métodos já existentes de comunicação.
		Outros (site, redes sociais)	Apesar de a clínica dispor de site e redes sociais, estes não parecem ser relevantes para os entrevistados, sobretudo no que diz respeito à comunicação com a clínica. Consideram útil na partilha de informações gerais sobre saúde ou saúde oral.
	<b>Confirmação de consultas</b>	Momento de confirmação	A maior parte dos utentes assume que a confirmação na véspera é suficiente. Contudo alguns assumem como positivo se essa confirmação for reforçada com mais antecedência.
Nº de confirmações		Quando confrontados com a possibilidade de um lembrete adicional uma semana antes, não consideram essencial, mas assumem como um ponto positivo a adicionar aos procedimentos já efetuados pela clínica.	

---

**Procedimentos de comunicação com a clínica: Quadro-síntese**

---

Informação a transmitir Foi considerado pertinente a inclusão das seguintes informações: identificação da clínica, nome do utente a quem se destina a consulta, especialidade, médico dentista que vai assegurar o tratamento, data e hora, complementado com um reforço da importância de desmarcar na impossibilidade de comparecer. Informações adicionais sobre o tratamento a realizar não foram consideradas relevantes nesta fase pelos utentes.

**Fomentação do engajamento ativo dos utentes:** Interesse em receber regularmente informações (...)

(...) do seu processo clínico Alguns utentes parecem relutantes quando questionados quanto à possibilidade de receber com mais regularidade informações sobre o seu processo clínico. Nota-se uma maior aceitação dessa ideia caso estas informações sejam expostas numa plataforma de consulta livre e individual.

(...) sobre saúde dentária Informações sobre saúde dentária foram consideradas, em geral, oportunas, ou mesmo a sua integração com informação de outras especialidades. Sugerem informações sobre como lidar com possíveis urgências de medicina dentária no dia-a-dia. Alguns participantes mostraram-se indiferentes a esta questão, mas não demonstraram rejeição.

**Sugestões e/ou comentários adicionais**

- Sugestão de criação de incentivos à assiduidade (ex. cartão com pontos por consulta efetuada por assiduidade que permite atingir “prémios” sob a forma de descontos em tratamentos futuros);
  - Consolidação dos processos de comunicação com a clínica, confirmando os mesmos sempre através de SMS para o utente com a informação acordada;
  - Salientar a possibilidade de desmarcação de consultas por outros meios mais práticos do que a chamada telefónica.
-

## CAPÍTULO 6

### Discussão e Recomendações

Ainda na etapa de Ideação (Figura 5), de acordo com o conteúdo analisado, desenvolveu-se um modelo adequado à realidade dos utentes da Avintesaúde Policlínica que poderá melhorar as taxas de absentismo no serviço de medicina dentária da clínica. Para o desenvolvimento desse modelo, comparou-se e integrou-se a informação obtida nos resultados supracitados com o que a literatura atual reflete. Será esse o foco do subcapítulo subsequente.

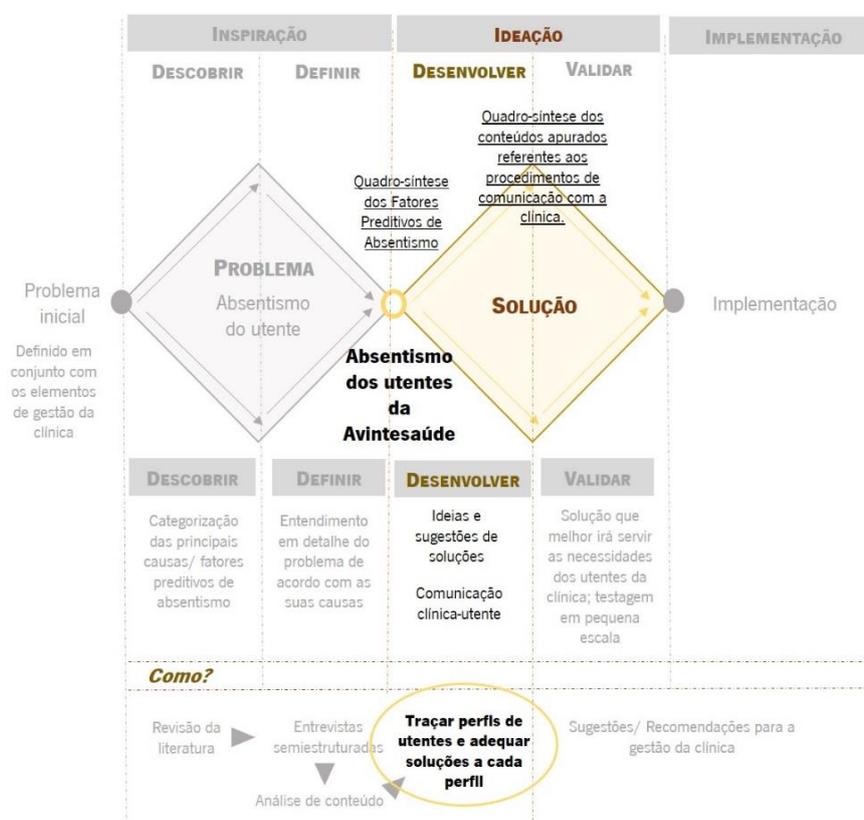


Figura 5: Aproximação da fase convergente da etapa de Ideação.

### 6.1. Desenvolvimento da solução (Ideação)

Mohammadi *et al.* (2018) estudaram utentes absentistas em unidades de saúde distintas, concluindo que cada uma reúne características particulares em termos de organização e em termos de utentes. Sugerem, assim, que qualquer medida adotada que vise diminuir o absentismo dos utentes deve ser adaptada às características de cada instituição em particular e do respetivo departamento dentro

da mesma. Assim, dos utentes entrevistados do serviço de medicina dentária da Avintesaúde, os fatores causais mais referidos de absentismo foram os imprevistos no trabalho, esquecimento, ausência de meio de transporte e estado de doença do próprio ou familiares. Os dois primeiros foram também salientados num estudo de absentismo em consultas de cuidados primários de saúde (Kaplan-Lewis & Percac-Lima, 2013). Mais de uma década antes, Stone *et al.* (1999) integraram a doença e os problemas de transporte no leque de principais causas de absentismo. Os problemas económicos não parecem ser um fator relevante para a população em estudo de acordo com a amostra. Contudo, o oposto foi apurado por Mohammadi *et al.* (2018) que, em concordância com estudos similares prévios, associaram características do estatuto socioeconómico dos utentes (como baixo salário, ausência de emprego) com mais consultas não realizadas por falta dos mesmos sem aviso prévio.

Dos quatro fatores supracitados, apenas o esquecimento será alvo de atenção na presente proposta de solução, já que os restantes mostram-se bastante independentes e menos influenciáveis por possíveis medidas que a clínica possa adotar. Relativamente a esse fator, a clínica possui já os seus métodos preventivos através da confirmação de consulta via chamada telefónica na véspera da consulta. A comunicação é apontada como um ponto de ação fulcral na minimização desta problemática (Machado *et al.*, 2015). Neste campo, parecem não existir problemas significativos de comunicação utente-clínica, diferentemente da realidade estudada por Jabalera Mesa *et al.* (2015), no absentismo em consultas externas de uma unidade de saúde em Málaga. No presente estudo apurou-se, ainda, que a maior parte dos utentes prefere que esta confirmação seja feita via mensagem de texto (SMS). Desta forma, a solução desenvolvida passa por uma sugestão de alteração dos meios e procedimentos de confirmação de consultas em vigor, com especial foco na personalização e individualização que a literatura atual fomenta. Ademais, em geral os entrevistados mostraram-se pouco envolvidos no que diz respeito a potenciais fatores que possam promover o seu engajamento ativo nos processos da clínica, porém recetivos aos mesmos. Desta forma, este ponto receberá um especial ênfase na proposta de solução. Em suma, destacam-se dois pontos de intervenção principais a trabalhar pela gestão da clínica a fim de se combater a problemática em estudo. São eles:

- Individualização e personalização dos procedimentos de confirmação de consultas de acordo com a tipologia de utentes da unidade de saúde;
- Promoção do engajamento ativo dos utentes.

Relativamente ao primeiro ponto, sabe-se que a confirmação de consultas continua a ser o método mais estudado e implementado que visa diminuir o absentismo dos utentes em saúde (Parikh *et al.*, 2010). Já em 2011 a Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu que as tecnologias móveis

viriam a ter um papel preponderante em transformar a prestação de cuidados de saúde mundialmente (Holeman & Kane, 2020), e este campo não é exceção. Chamada telefónica, e-mail, mensagens de texto ou aplicações para o telemóvel são atualmente as principais abordagens utilizadas para agendamento e confirmação de consultas (Huber, 2020). Ainda na década passada, Parikh et al. (2010) procuraram comparar a efetividade de sistemas automatizados com a tradicional confirmação individualizada efetuada pelo *staff* da clínica, ambos através de dispositivos móveis. Apesar de os sistemas automatizados parecerem economicamente mais favoráveis, foi a confirmação personalizada que exibiu melhorias mais significativas nas taxas de absentismo (Parikh et al., 2010). De acordo com Reid *et al.* (2015), considerar taxas de absentismo médias na construção de soluções para o absentismo dos utentes não constitui um bom princípio. Defendem, assim, a individualização do risco de absentismo dos utentes, de acordo com as suas características (Reid et al., 2015). Ademais, considerando o dispêndio de recursos acrescido perante a tomada de medidas adicionais para diminuir o absentismo dos utentes, torna-se fundamental dirigir os esforços aos utentes que tendencialmente faltarão mais (Hamilton, Round, & Sharp, 2002). Para estes utentes, os cuidados da clínica para lembrar as consultas deverão ser reforçados (Mohammadi et al., 2018) O estudo de Wong *et al.* (2009), onde procuraram identificar fatores de risco que permitissem reconhecer os pacientes mais tendenciosos a faltar a procedimentos agendados de endoscopia eletiva nesse serviço em particular, definiu esses pacientes como de “alto risco”. Com inspiração nesta nomenclatura, desenvolveu-se o Modelo do Perfil de Risco dos Utesntes apresentado na Figura 6, que deverá ser complementado com as recomendações enumeradas na Tabela 12. Foram traçados três perfis de utentes de acordo com as características-tipo apuradas nas entrevistas e corroboradas e complementadas com a literatura existente. Para cada perfil detalhou-se o procedimento de confirmação de consultas sugerido e medidas adicionais, quando necessárias.

Fatores Causais e/ou preditivos a considerar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utentes do serviço de medicina dentária na clínica há mais de dois anos;</li> <li>Com veículo próprio;</li> <li>Indivíduos reformados;</li> <li>Tratamento urgente (ex. dor)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utentes do serviço de medicina dentária na clínica há menos de dois anos;</li> <li>Sem veículo próprio;</li> <li>Indivíduos ativos profissionalmente;</li> <li>Indivíduos com problemas crónicos de saúde;</li> <li>Indivíduos que já faltaram uma vez;</li> <li>Caráter não urgente dos tratamentos (rotinas apenas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Primeiras consultas;</li> <li>Sem veículo próprio;</li> <li>Problemas económicos/ sem cheque dentista ou seguro de saúde;</li> <li>Indivíduos com registos múltiplos de absentismo.</li> </ul>
PERFIL DE RISCO	<b>RISCO BAIXO</b>	<b>RISCO MODERADO</b>	<b>RISCO ELEVADO</b>
Procedimento de confirmação de consultas a adotar	Envio de SMS <u>um dia antes</u> com a data, hora da consulta, nome do utente a quem se dirige e do médico dentista responsável	Envio de SMS <u>um dia antes</u> E <u>uma semana antes</u> com a data, hora da consulta, nome do utente a quem se dirige e do médico dentista responsável	Envio de SMS <u>uma semana antes</u> com a data, hora da consulta, nome do utente a quem se dirige e do médico dentista responsável E <u>ligar na véspera</u>
Medidas adicionais	Sem necessidade	Sensibilização do utente para a importância de comparecer à consulta	Sensibilização do utente para a importância de comparecer à consulta; testar a possibilidade de overbooking para quando os utentes com este perfil estão agendados
Sugestões adicionais		Criação de um sistema de bonificações pela assiduidade dos utentes (por exemplo, desconto após determinado número de consultas cumpridas com assiduidade); Fomentar o engajamento dos utentes	

Figura 6: Perfis de risco dos utentes, respetivos fatores preditos e medidas a adotar.

Quanto à seleção dos fatores preditivos a considerar, a falta de assiduidade prévia é um dos fatores de absentismo mais apontados na literatura (Mohammadi et al., 2018). Na amostra em estudo nenhum indivíduo referiu faltar às consultas com elevada regularidade. Ainda assim, dada a concordância na literatura quanto a este fator propiciador de absentismo, foi considerado na construção dos perfis de utentes de risco moderado e elevado.

A utilização de SMS parece ser um método efetivo na melhoria da assiduidade dos utentes (Downer et al., 2006). A confirmação de consultas através deste método foi implementada numa unidade de tratamento de distúrbios de abuso de substâncias, verificando-se uma melhoria da assiduidade dos utentes após a introdução deste método, comparativamente à ausência de confirmação de consultas (Gullo et al., 2018). Contraditoriamente a este estudo, num serviço de medicina dentária num hospital

público a SMS mostrou ser pouco efetiva na diminuição do absentismo (Emilia, Lasitha, Lemai, & Hanny, 2017). Neste caso particular, os autores assumem que o envio de SMS não deve ser meramente padronizado, mas sim personalizado e individualizado, para que se verifique a sua efetividade na diminuição da problemática em estudo. Como tal, e atentando a que a maior parte dos participantes na entrevista deste projeto referiram preferir receber uma SMS relativamente à chamada telefónica para esta finalidade, a SMS foi selecionada como o método principal para confirmação de consultas. Deverá dar-se especial relevância à sua individualização: na mesma deverá ser sempre incluído o nome do utente e do médico dentista responsável. Ademais, como será detalhado posteriormente neste trabalho, deverá procurar-se também recorrer às SMS como um método de engajamento ativo dos utentes.

Para pacientes de risco moderado e elevado incluíram-se medidas extraordinárias, sendo que a chamada telefónica foi considerada necessária apenas em pacientes de risco elevado. Deve também ser excecionalmente utilizada em utentes inaptos para a utilização do sistema de mensagens do telemóvel. Saliencia-se, neste processo, a importância de confirmação regular dos contactos dos utentes, já que a maior parte das falhas associadas a este método prendem-se com o envio de avisos de consulta por SMS para contactos errados ou inexistentes (Downer et al., 2006). Deve, assim, ser feito um reforço junto dos membros do *staff* da importância da atualização dos contactos dos utentes. Quanto ao momento em que deve ser enviada a SMS a lembrar a consulta agendada, este foi estruturado de acordo com as preferências e sugestões dos participantes entrevistados, em concordância com a experiência profissional clínica do investigador do projeto. No estudos existentes sobre o envio de SMS aos utentes a confirmar a consulta, apenas um refere que estas são, por norma, enviadas “alguns dias antes” da consulta (V. Wong et al., 2009). Bastante similar às medidas aqui sugeridas neste âmbito, foram as sugestões de Rashid *et al.* (2021) no seu projeto de diminuição do número de utentes absentistas em consultas de psiquiatria oncológica. Propôs-se efetuar a confirmação de consultas 7 dias antes e 2 dias antes (neste caso particular recorreu-se a sistemas de mensagem automáticos) (Rashid, Rickman, & Saraykar, 2021).

Tabela 12: Recomendações para a aplicação do Modelo de Perfis de Risco dos Utentes desenvolvido.

RECOMENDAÇÕES PARA A APLICAÇÃO DO MODELO DE PERFIS DE RISCO DOS UTENTES
<b>Processo de sinalização de perfil de risco</b>
Marcar as fichas dos utentes com as <b>cores</b> de acordo com o seu perfil de risco: <b>verde</b> , <b>amarelo</b> e <b>vermelho</b> para risco <b>baixo</b> , <b>moderado</b> e <b>elevado</b> , respetivamente.
Deverá ser sempre atribuído o perfil de maior risco em que o utente reúna <b>pelo menos dois</b> dos fatores integrantes desse mesmo perfil, caso contrário deverá considerar-se o perfil de risco imediatamente inferior.
A atribuição do perfil de risco é <b>flexível</b> , isto é, pode estar sujeita a alterações mediante alterações no comportamento e/ou circunstâncias do utente, pelo que deve ser alterada sempre que se considerar necessário.
As <b>primeiras vezes</b> devem ser consideradas de risco moderado, perante ausência de mais dados do utente que permitam inseri-lo noutra perfil de risco.
<b>Integração do perfil de risco nos procedimentos usuais da clínica</b>
Ao fazer a <b>marcação</b> do utente esta deve também ser assinalada na agenda das marcações de acordo com o perfil de risco evidenciado na ficha do mesmo.
No caso dos indivíduos de risco elevado, aconselha-se a testagem da possibilidade de <b>overbooking</b> . Por exemplo, atendendo a que as consultas são, por norma, agendadas de 45 em 45 minutos, aconselha-se a reservar apenas 30 minutos para os indivíduos com este perfil, a fim de se conseguir introduzir um outro utente nesse período horário, em caso de absentismo do primeiro.
O <b>sistema de bonificações</b> referido deverá ser interpretado como um incentivo à assiduidade destinado a todos os utentes e poderá ser implementado através da criação de um cartão individual e/ou familiar com sistema de carimbos onde cada carimbo corresponderá a uma consulta realizada. Completando um determinado número de carimbos definido pela clínica, o utente terá direito à bonificação definida (por exemplo, após dez consultas realizadas terá direito a dez por cento de desconto numa destararização para o portador do cartão).

A efetividade do processo de agendamento tem um impacto crítico na utilização de recursos, satisfação dos utentes e no absentismo dos mesmos (Barghash & Saleet, 2018). Neste campo, medidas como o *overbooking* devem ser consideradas apenas em situações particulares onde o risco de absentismo dos utentes é individualizado, diminuindo-se o risco de consequências nefastas para as clínicas, comumente descritos quando o *overbooking* é aplicado indiscriminadamente a todos os utentes e de forma rotineira (Reid et al., 2015). Esta medida poderá ser aplicada em indivíduos de risco elevado de absentismo (Mohammadi et al., 2018).

O sistema de bonificações sugerido na tabela supracitada vai de encontro aos conceitos explorados por Bai & Berg (2021) de gestão de contingência baseada em incentivos. Existe evidência da sua eficiência na diminuição do número de faltas a consultas agendadas dos utentes em contextos de abuso de substâncias, psiquiatria, consultas de controlo de hipertensão e diabetes. Os custos associados aos incentivos utilizados para diminuir o absentismo poderão ser compensados com o aumento da eficiência dos processos da clínica associados a diminuições das taxas de absentismo (Bai & Berg, 2021).

Resta salientar que as medidas propostas na literatura para diminuição do absentismo do utente são, na sua maioria, economicamente dispendiosas (Hamilton et al., 2002). Primeiramente, deverá procurar-se soluções que permitam otimizar os recursos disponíveis (Machado et al., 2015). Desta forma, a aplicação para o telemóvel, apesar de abordada nas entrevistas e considerada útil por alguns dos entrevistados, não foi tida em consideração no desenvolvimento desta proposta de solução. Com a elaboração do Modelo de Perfis de Risco de Utente visou-se o desenvolvimento de uma solução que não fosse economicamente significativa para a instituição de saúde em estudo em termos de despesas financeiras, considerando a pequena dimensão da mesma. Irá, ainda assim, exigir uma melhor coordenação e distribuição dos recursos, nomeadamente da assistente dentária e responsáveis da receção, e formação interna dos mesmos para os novos procedimentos a adotar, em caso de Validação e Implementação.

Quanto ao segundo ponto de intervenção, a promoção do engajamento ativo dos utentes, esta temática é abordada num estudo de Mohammadi *et al.* (2018), que demonstrou que indivíduos fumadores faltam mais às consultas. Apesar de não terem efetuado uma correlação direta deste comportamento com baixos níveis de engajamento dos utentes, esta hipótese é apontada e considerada relevante pelos autores (indivíduos fumadores preocupam-se menos com a sua saúde, pelo que melhorando os seus níveis de engajamento com as unidades de saúde e com a sua própria saúde poderia melhorar-se os seus níveis de absentismo). Rashid *et al.* (2021) também incorporaram no seu projeto medidas de engajamento dos utentes, educando-os para os benefícios dos tratamentos. Como resultado, obtiveram melhorias das taxas de absentismo (Rashid et al., 2021). Gullo *et al.* (2018) implementaram medidas de confirmação de consultas via SMS em consultas de distúrbios de abuso de substâncias, nomeadamente álcool, e apesar de não terem incluído no seu estudo medidas adicionais de engajamento dos utentes, abordam o tópico sugerindo fortemente a inclusão, na SMS de confirmação de consultas, de conteúdo personalizado e individualizado com essa finalidade. Por conseguinte, a questão do engajamento do utente também é considerada relevante neste projeto: utentes mais informados e mais ligados à unidade de saúde e à sua saúde oral poderão faltar menos. Os utentes deverão estar mais informados quanto às boas práticas na sua saúde individual (Mohammadi et al., 2018). Deverão, também, estar totalmente consciencializados de que a ida ao dentista não tem de ser uma experiência traumática (Ismail et al., 2011). As primeiras vezes deverão merecer especial atenção em termos de motivação para a saúde oral pelos profissionais de saúde (Tandon et al., 2016). No caso da Avintesaúde, pretende-se assim fomentar o desenvolvimento de utentes informados sobre a sua saúde oral e sobre

comportamentos preventivos. Também será importante alertá-los sobre a importância de comparecer a consultas agendadas (Jabalera Mesa et al., 2015). Os utentes deverão, ainda, ser instruídos a efetuar sempre que possível as suas desmarcações pelo menos dois dias antes da data prevista (Rashid et al., 2021). À semelhança de campanhas públicas exemplificadas no trabalho de Stone *et al.* (1999), sugere-se a adaptação da ideia à realidade e dimensão da Avintesaúde Policlínica, reforçando essa mensagem através do envio de SMS aos utentes ou mesmo na própria SMS de confirmação de consulta agendada enviada. A Tabela 13 reúne um conjunto de temáticas e exemplos ilustrativos passíveis de ser abordados pela clínica nesse âmbito, tendo por base a SMS como um dos meios atuais de promoção do engajamento ativo dos utentes (Lafferty et al., 2022). Os exemplos ilustrativos foram construídos meramente a título exemplificativo de acordo com a experiência profissional do investigador do projeto. Deverão ser discutidos, refinados e atualizados com regularidade pela gestão da clínica, futuramente.

Tabela 13: Engajamento ativo dos utentes: sugestão de temáticas a abordar.

TEMÁTICA A ABORDAR	EXEMPLO
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilização para a comparência às consultas;</li> </ul>	<p>“Se não puder comparecer à consulta mencionada, por favor entre em contacto connosco.”</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promoção de medidas preventivas de saúde oral gerais;</li> </ul>	<p>“Sabia que deve realizar uma destartarização pelo menos uma vez por ano? Qualquer dúvida na sua saúde oral, não hesite em contactar-nos”</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educação para a saúde oral: o que fazer em situações de urgência;</li> </ul>	<p>“O seu filho caiu e partiu um dente? Sabe o que deve fazer nessa situação? (...)”</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Divulgação de promoções/ bonificações do serviço de medicina dentária da clínica*</li> </ul>	<p>“Já conhece o nosso novo cartão com sistema de pontuação por consulta de medicina dentária realizada?”</p>

\*mediante autorização prévia por parte do utente

## 6.2. Limitações do estudo

A Avintesaúde Policlínica é uma clínica de pequenas dimensões, com uma contextualização mais familiar com os seus utentes, pelo que os mesmos, na sua maioria, reúnem também características similares. Desta forma, aqueles que acordaram a sua participação no estudo permitiram reunir um grupo de respostas às entrevistas bastante semelhantes entre si, sendo esta uma das principais limitações do presente estudo. Também a reduzida extensão da amostra deve ser mencionada, essencialmente por falta de concordância por parte dos utentes em participar no processo de entrevista. Sugere-se,

futuramente, a expansão do número de participantes nas entrevistas, selecionando indivíduos com características específicas claramente distintas dos entrevistados no presente projeto (por exemplo, primeiras vezes, desempregados, ou indivíduos que faltaram recentemente sem avisar). Ademais, não foi possível entrevistar aqueles utentes que, segundo a classificação solucionada, apresentariam risco elevado de absentismo, pelo que foi necessário compilar os resultados obtidos nas entrevistas com a informação obtida na literatura. Idealmente, as características deste perfil de risco deveriam ser confirmadas entrevistando pacientes integrantes desta mesma categoria, de forma a tornar o modelo o mais personalizado possível para as características padrão dos utentes da unidade de saúde em estudo.

Existem também limitações económicas que adstringiram o leque de soluções a implementar. Procurou-se essencialmente restringir as medidas a adotar àquelas que não implicassem gastos económicos significativos adicionais para a empresa.

Acrescentam-se, por fim, limitações temporais à realização do projeto, inibindo o acompanhamento das fases subsequentes do processo de Human-Centered Design. Estas serão sucintamente abordadas no subcapítulo que se segue.

### **6.3. Recomendações finais**

Apesar de ser notória uma crescente utilização das metodologias de Human-Centered Design em saúde nas últimas décadas (Nijagal et al., 2021), não existe um conjunto de metodologias padrão para a sua aplicação, sendo ainda vaga a literatura neste contexto, sobretudo no que diz respeito à prática clínica em ambulatório em unidades de saúde privadas. Não se encontraram referências ao estudo do absentismo dos utentes em medicina dentária recorrendo a metodologias de HCD. Por conseguinte, foi necessário um estudo aprofundado da temática e a construção de conexões e de uma metodologia baseadas num conjunto de estudos conceptualmente similares, mesmo tendo distintos objetos de estudo. Holeman & Kane (2020) salientam a importância da aplicação das metodologias em vários contextos empiricamente diferentes, assumindo a sua relevância no preenchimento desta lacuna na literatura (Holeman & Kane, 2020). O absentismo do utente, sendo considerado um problema complexo e multifatorial (Jabalera Mesa et al., 2015), exige também para a sua minimização a adoção de metodologias flexíveis que priorizem o indivíduo e a sua experiência individual na busca de soluções para a problemática. Por conseguinte, as metodologias de Human-Centered Design foram consideradas adequadas e exequíveis para o presente projeto. Dado o HCD ser um processo iterativo multifásico, a

esquematização e concreta definição das várias etapas do projeto permitiu, desta forma, manter a metodologia reproduzível.

Do ponto de vista académico, futuramente surge a necessidade de dar continuidade ao presente estudo, prosseguindo-se com as fases seguintes ao Desenvolvimento da solução na fase de Ideação do HCD. As etapas de Human-Centered Design a concretizar encontram-se ressaltadas na Figura 7.

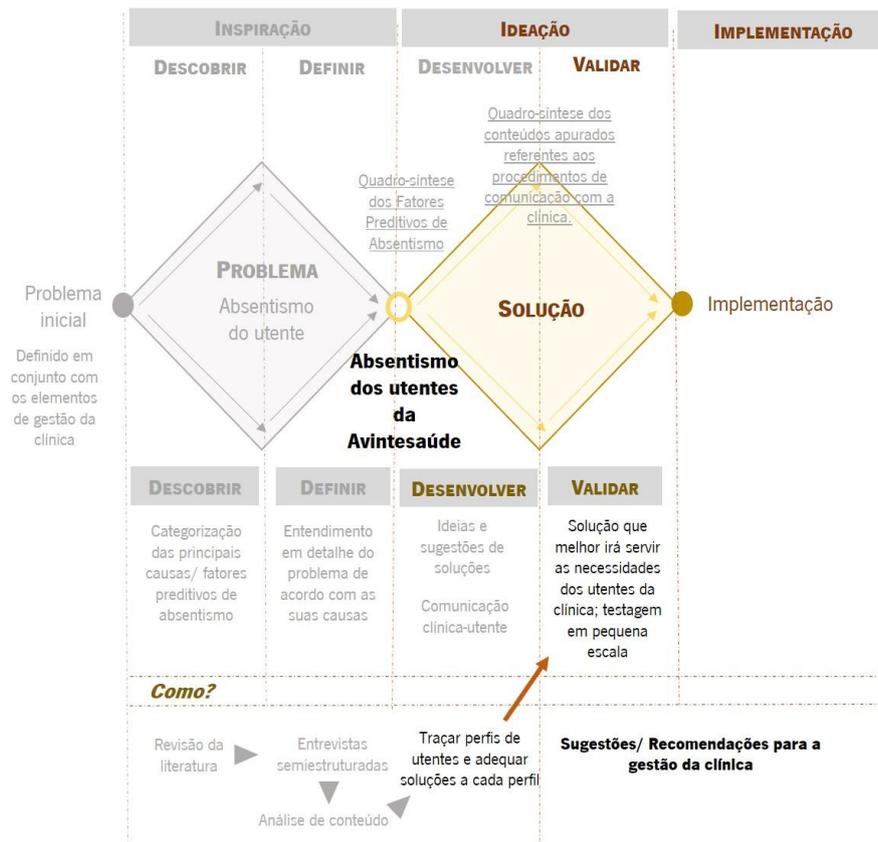


Figura 7: Etapas por finalizar no processo de HCD.

Recomenda-se, assim, de acordo com as metodologias de HCD, prosseguir com uma testagem em pequena escala da solução apresentada (Validar), atentando-se às seguintes considerações:

- Sugere-se testar o processo de classificação de utentes de acordo com os perfis determinados durante um período de tempo limitado, e avaliando diferentes pontos como a comparação das taxas de absentismo pré e pós-testagem; eficiência da utilização de recursos considerando-se os processos de confirmação de consultas adicionais sugeridos; *feedback* dos utentes quanto à alteração do processo de confirmação de consultas e à introdução do sistema de bonificações por assiduidade.
- Em caso de Validação da solução proposta, avançar para a sua Implementação.

- Atentar sempre às características iterativas das metodologias de HCD, isto é, na fase de Validar, qualquer ponto que suscite dúvida deverá ser repensado, mesmo que implique um retrocesso para qualquer uma das etapas prévias da metodologia delineada.

Numa perspectiva mais prática, o Modelo de Perfis de Risco desenvolvido no presente projeto fora apresentado à gestão da clínica e fora considerado praticável. Recomenda-se, assim, a adoção de medidas de confirmação de consultas e de engajamento dos utentes adaptadas às características dos mesmos. Este conjunto de ações permitirá dirigir os recursos da clínica aos utentes que mais potencialmente tenderão a faltar e, desta forma, diminuir as taxas de absentismo, daí resultando maior eficiência dos processos clínicos, com uma diminuição de desperdícios associados a recursos inutilizados quando um paciente falta e, conseqüentemente, minimizando-se as conseqüências económicas nefastas associadas a esta problemática. Salienta-se, contudo, que as medidas específicas aqui propostas para a gestão da clínica encontram-se limitadas pelo número e tipologia de utentes entrevistados. Outras medidas poderão e deverão ser futuramente consideradas se, mediante um alargamento da amostra, surgirem características ou tipologias de pacientes distintas daquelas aqui descritas.

## **CAPÍTULO 7**

### **Conclusão**

O desenvolvimento de ferramentas de gestão em saúde fiáveis para resolução de desafios complexos tem recebido atenção crescente nos últimos anos. O Human-Centered Design (HCD) é uma dessas ferramentas, e foi baseada na mesma que se procurou identificar, definir e solucionar o absentismo dos utentes no serviço de medicina dentária de uma instituição privada prestadora de cuidados de saúde em Portugal. Entendida como uma problemática que compromete não só a eficácia e eficiência dos processos na clínica, como também a qualidade dos serviços de saúde prestados e, em última instância, a saúde oral dos indivíduos, procurou-se integrar os utentes como o ponto central na construção de uma solução. Através de informação recolhida por meio de entrevistas semiestruturadas aos utentes do mesmo serviço, foi possível definir concretamente o absentismo para a realidade dos utentes da clínica em estudo de acordo com as suas causas – fase de Inspiração; destas, selecionou-se a comunicação e o engajamento ativo dos utentes como soluções-chave para esta problemática – fase de Ideação. Como resultado, para a amostra em estudo, imprevistos no trabalho, esquecimento, ausência de meio de transporte e estado de doença do próprio ou familiares constituem os principais fatores causais de absentismo. Em simultâneo, o engajamento dos utentes parece ser um aspeto a melhorar nos processos da clínica. Como solução construiu-se um Modelo de Perfis de Risco dos Utesntes, que permitirá sinaliza-los de acordo com o seu potencial de faltar e adequar medidas respetivas a cada perfil. Em adição, sugerem-se medidas adicionais de promoção de engajamento dos utentes, devendo os utentes ser motivados para a sua saúde oral. A solução apresentada possui baixo impacto económico na utilização acrescida de recursos e poderá efetivamente vir a diminuir as taxas de absentismo dos utentes. Com a minimização deste problema, a clínica beneficiará economicamente, haverá um aumento da eficiência dos seus processos, da satisfação dos profissionais de saúde, dos seus utentes e da qualidade de saúde oral dos mesmos. Futuramente, sugere-se à gestão da clínica avançar para as etapas de Validação e Implementação do processo de HCD, onde a solução proposta deverá ser testada em pequena escala e, posteriormente, colocada em vigor. Por fim, conclui-se que as metodologias de HCD foram consideradas adequadas e exequíveis para o presente projeto, permitindo o desenvolvimento de uma solução praticável, reproduzível e, acima de tudo, orientada para o utente.

## **CAPÍTULO 8**

### **Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses**

O autor do presente projeto declara sob compromisso de honra a inexistência de potenciais conflitos de interesse no que diz respeito ao estudo efetuado. Enquanto prestador de cuidados de saúde de medicina dentária em regime de prestação de serviços na instituição Avintesaúde – Policlínica, Unipessoal Lda, participa ativamente na gestão da mesma como responsável da Direção Clínica do Serviço de Medicina Dentária. Ademais, declara que a cedência dos dados da clínica e apresentados ao longo do presente Projeto foi acordada e aceite por todos os restantes membros integrantes da gestão da mesma.

## CAPÍTULO 9

### Referências Bibliográficas

- Adam, M., McMahon, S. A., Prober, C., & Bärnighausen, T. (2019). Human-Centered Design of Video-Based Health Education: An Iterative, Collaborative, Community-Based Approach. *J Med Internet Res*, *21*(1), e12128. doi:10.2196/12128
- Adhabi, E., & Anozie, C. (2017). Literature Review for the Type of Interview in Qualitative Research. *International Journal of Education*, *9*, 86. doi:10.5296/ije.v9i3.11483
- Alabdulkarim, Y., Almukaynizi, M., Alameer, A., Makanati, B., Althumairy, R., & Almaslukh, A. (2022). Predicting no-shows for dental appointments. *PeerJ. Computer science*, *8*, e1147. doi:10.7717/peerj-cs.1147. (Accession No. 36426240)
- Auernhammer, J. (2020). *Human-centered AI: The role of Human-centered Design Research in the development of AI*.
- Bai, Y., & Berg, B. P. (2021). Mitigating Nonattendance Using Clinic-Resourced Incentives Can Be Mutually Beneficial: A Contingency Management-Inspired Partially Observable Markov Decision Process Model. *Value in Health*, *24*(8), 1102-1110. doi:https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.03.014
- Baptista, S., Juliani, C., Lima, S., Martin, L. B., Silva, K., & Cirne, M. R. (2021). Patient absenteeism in outpatient consultations: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*, *55*, e20200380. doi:10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0380
- Barghash, M., & Saleet, H. (2018). Enhancing outpatient appointment scheduling system performance when patient no-show percent and lateness rates are high. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *31*(4), 309-326. doi:10.1108/IJHCQA-06-2015-0072
- Baskaradoss, J. K. (2016). The association between oral health literacy and missed dental appointments. *J Am Dent Assoc*, *147*(11), 867-874. doi:10.1016/j.adaj.2016.05.011
- Beres, L. K., Simbeza, S., Holmes, C. B., Mwamba, C., Mukamba, N., Sharma, A., . . . Ehrenkranz, P. D. (2019). Human-Centered Design Lessons for Implementation Science: Improving the Implementation of a Patient-Centered Care Intervention. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, *82*(3), S230-S243. doi:10.1097/QAI.0000000000002216
- Bhardwaj, P. (2019). Types of sampling in research. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*, *5*(3), 157-163. doi:10.4103/jpcs.jpcs\_62\_19

- Bhatia, R., E. C. V., & Panda, A. (2018). Pediatric Dental Appointments No-show: Rates and Reasons. *Int J Clin Pediatr Dent*, *11*(3), 171-176. doi:10.5005/jp-journals-10005-1506
- Chen, E., Leos, C., Kowitt, S. D., & Moracco, K. E. (2019). Enhancing Community-Based Participatory Research Through Human-Centered Design Strategies. *Health Promotion Practice*, *21*(1), 37-48. doi:10.1177/1524839919850557
- Chen, E., Neta, G., & Roberts, M. C. (2020). Complementary approaches to problem solving in healthcare and public health: implementation science and human-centered design. *Translational Behavioral Medicine*, *11*(5), 1115-1121. doi:10.1093/tbm/ibaa079
- Downer, S. R., Meara, J. G., Da Costa, A. C., & Sethuraman, K. (2006). SMS text messaging improves outpatient attendance. *Australian Health Review*, *30*(3), 389-396. doi:https://doi.org/10.1071/AH060389
- Emilia, B., Lasitha, D., Lemai, N., & Hanny, C. (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*(0). doi:10.3127/ajis.v21i0.1405
- Flood, M., Ennis, M., Ludlow, A., Sweeney, F. F., Holton, A., Morgan, S., . . . Moriarty, F. (2021). Research methods from human-centered design: Potential applications in pharmacy and health services research. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *17*(12), 2036-2043. doi:https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.06.015
- Göttgens, I., & Oertelt-Prigione, S. (2021). The Application of Human-Centered Design Approaches in Health Research and Innovation: A Narrative Review of Current Practices. *JMIR Mhealth Uhealth*, *9*(12), e28102. doi:10.2196/28102
- Griffie, D. (2005). Research Tips: Interview Data Collection. *Journal of Developmental Education*.
- Gullo, M. J., Irvine, K., Feeney, G. F. X., & Connor, J. P. (2018). Short message service (SMS) reminders improve treatment attendance in alcohol dependence, but are less effective for patients high in impulsivity. *Addictive Behaviors*, *87*, 97-100. doi:https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.06.025
- Hallberg, U., Camling, E., Zickert, I., Robertson, A., & Berggren, U. L. F. (2008). Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *International Journal of Paediatric Dentistry*, *18*(1), 27-34. doi:https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00867.x
- Hamilton, W., Round, A., & Sharp, D. (2002). Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with non-attendance: a cohort study. *British Journal of General Practice*, *52*(477), 317-319. Retrieved from https://bjgp.org/content/bjgp/52/477/317.full.pdf

- Harte, R., Glynn, L., Rodríguez-Molinero, A., Baker, P. M. A., Scharf, T., Quinlan, L. R., & ÓLaighin, G. (2017). A Human-Centered Design Methodology to Enhance the Usability, Human Factors, and User Experience of Connected Health Systems: A Three-Phase Methodology. *JMIR Hum Factors*, 4(1), e8. doi:10.2196/humanfactors.5443
- Hernández-Lara, A.-B., Sánchez-Rebull, M.-V., & Niñerola, A. (2021). Six Sigma in Health Literature, What Matters? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8795. Retrieved from <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/16/8795>
- Higgins, T., Larson, E., & Schnall, R. (2017). Unraveling the meaning of patient engagement: A concept analysis. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 30-36. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.002>
- Holeman, I., & Kane, D. (2020). Human-centered design for global health equity. *Information Technology for Development*, 26(3), 477-505. doi:10.1080/02681102.2019.1667289
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*, 15(9), 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Huber, C. (2020). *Cancellation and No Show Predictions Using Machine Learning in Dental Practices*. California State University, Northridge.
- Humble, Á. M. (2009). Technique Triangulation for Validation in Directed Content Analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3), 34-51. doi:10.1177/160940690900800305
- Ismail, A. I., Saeed, M. H., & Al-Silwadi, F. M. (2011). Missed dental appointments in the United Arab Emirates. *Journal of International Dental and Medical Research*, 4, 132-138.
- Jabalera Mesa, M. L., Morales Asencio, J. M., & Rivas Ruiz, F. (2015). [Determinants and economic cost of patient absenteeism in outpatient departments of the Costa del Sol Health Agency]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 38(2), 235-245. doi:10.23938/assn.0072
- Kaplan-Lewis, E., & Percac-Lima, S. (2013). No-show to primary care appointments: why patients do not come. *J Prim Care Community Health*, 4(4), 251-255. doi:10.1177/2150131913498513
- Kershaw, K., Martelly, L., Stevens, C., McInnes, D. K., Silverman, A., Byrne, T., . . . Hass, R. (2022). Text messaging to increase patient engagement in a large health care for the homeless clinic: Results of a randomized pilot study. *DIGITAL HEALTH*, 8, 20552076221129729. doi:10.1177/20552076221129729
- Kibiswa, N. (2019). Directed Qualitative Content Analysis (DQICA): A Tool for Conflict Analysis. *The Qualitative Report*. doi:10.46743/2160-3715/2019.3778

- Kwon, J., Choi, Y., & Hwang, Y. (2021). Enterprise Design Thinking: An Investigation on User-Centered Design Processes in Large Corporations. *Designs*, 5(3). doi:10.3390/designs5030043
- Lafferty, M., Strange, W., Kaboli, P., Tuepker, A., & Teo, A. R. (2022). Patient Sense of Belonging in the Veterans Health Administration : A Qualitative Study of Appointment Attendance and Patient Engagement. *Medical Care*, 60(9), 726-732. doi:10.1097/MLR.0000000000001749
- Lin, K. (2009). Behavior-Associated Self-Report Items in Patient Charts As Predictors of Dental Appointment Avoidance. *Journal of dental education*, 73, 218-224. doi:10.1002/j.0022-0337.2009.73.2.tb04657.x
- Listl, S., Moeller, J., & Manski, R. (2014). A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance. *European Journal of Oral Sciences*, 122(1), 62-69. doi:https://doi.org/10.1111/eos.12096
- Loch, S. (2019). Challenges and strategies in the management of Basic Health Units. *Saúde em debate*, 43.
- Lyon, A. R., Brewer, S. K., & Areán, P. A. (2020). Leveraging human-centered design to implement modern psychological science: Return on an early investment. *American Psychologist*, 75, 1067-1079. doi:10.1037/amp0000652
- Machado, A. T., Werneck, M. A. F., Lucas, S. D., & Abreu, M. H. N. G. (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.
- Marrone, N. L., Nieman, C. L., & Coco, L. (2022). Community-Based Participatory Research and Human-Centered Design Principles to Advance Hearing Health Equity. *Ear and Hearing*, 43(Supplement 1). Retrieved from https://journals.lww.com/ear-hearing/Fulltext/2022/07001/Community\_Based\_Participatory\_Research\_and.5.aspx
- Matheson, G. O., Pacione, C., Shultz, R. K., & Klügl, M. (2015). Leveraging Human-Centered Design in Chronic Disease Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(4), 472-479. doi:https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.10.014
- Melles, M., Albayrak, A., & Goossens, R. (2020). Innovating health care: key characteristics of human-centered design. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(Supplement\_1), 37-44. doi:10.1093/intqhc/mzaa127
- Mohammadi, I., Wu, H., Turkcan, A., Toscos, T., & Doebbeling, B. N. (2018). Data Analytics and Modeling for Appointment No-show in Community Health Centers. *J Prim Care Community Health*, 9, 2150132718811692. doi:10.1177/2150132718811692

- Musa, S., Baker, W., Muraikhi, H., Nazareno, D. K., Naama, A., & Dergaa, I. (2021). Wellness Program Within Primary Health Care: How to Avoid "No Show" to Planned Appointments? -A Patient-Centred Care Perspective. *Journal of Physical Activity and Health*, 5, 76-86. doi:10.5334/paah.90
- Nijagal, M. A., Patel, D., Lyles, C., Liao, J., Chehab, L., Williams, S., & Sammann, A. (2021). Using human centered design to identify opportunities for reducing inequities in perinatal care. *BMC Health Services Research*, 21(1), 714. doi:10.1186/s12913-021-06609-8
- Parikh, A., Gupta, K., Wilson, A. C., Fields, K., Cosgrove, N. M., & Kostis, J. B. (2010). The Effectiveness of Outpatient Appointment Reminder Systems in Reducing No-Show Rates. *The American Journal of Medicine*, 123(6), 542-548. doi:https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.11.022
- Priberam. Retrieved from <https://dicionario.priberam.org/absentismo>. Retrieved 13/09/2022 <https://dicionario.priberam.org/absentismo>
- Rashid, A., Rickman, K., & Saraykar, S. (2021). How to Reduce the No-Show Rate in the Psychiatric Oncology Clinic: Clinical Safety and Effectiveness Project. *Psychiatr Serv*, 72(5), 610-613. doi:10.1176/appi.ps.201900480
- Reid, M., Cohen, S., Wang, H., Kaung, A., Patel, A., Tashjian, V., . . . Spiegel, B. (2015). Preventing patient absenteeism: Validation of a predictive overbooking model. *The American journal of managed care*, 21, 902-910.
- Rocha, J. S., Arima, L. Y., Werneck, R. I., Moysés, S. J., & Baldani, M. H. (2018). Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. *Caries Research*, 52(1-2), 139-152. doi:10.1159/000481407
- Shabbir, A., Alzahrani, M., & Abu Khalid, A. (2018). Why Do Patients Miss Dental Appointments in Eastern Province Military Hospitals, Kingdom of Saudi Arabia? *Cureus*, 10(3), e2355. doi:10.7759/cureus.2355
- Shams, R., Vrontis, D., Belyaeva, Z., Ferraris, A., & Czinkota, M. R. (2021). Strategic agility in international business: A conceptual framework for "agile" multinationals. *Journal of International Management*, 27(1), 100737. doi:https://doi.org/10.1016/j.intman.2020.100737
- Skaret, E., Raadal, M., Kvale, G., & Berg, E. (2000). Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. *Eur J Oral Sci*, 108(3), 175-183. doi:10.1034/j.1600-0722.2000.108003175.x

- Sonney, J., Cho, E. E., Zheng, Q., & Kientz, J. A. (2022). Refinement of a Parent–Child Shared Asthma Management Mobile Health App: Human-Centered Design Study. *JMIR Pediatr Parent*, *5*(1), e34117. doi:10.2196/34117
- Stone, C. A., Palmer, J. H., Saxby, P. J., & Devaraj, V. S. (1999). Reducing non-attendance at outpatient clinics. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *92*(3), 114-118. doi:10.1177/014107689909200304
- Tandon, S., Duhan, R., Sharma, M., & Vasudeva, S. (2016). Between the Cup and the Lip: Missed Dental Appointments. *J Clin Diagn Res*, *10*(5), Zc122-124. doi:10.7860/jcdr/2016/17400.7842
- Teo, A. R., Forsberg, C. W., Marsh, H. E., Saha, S., & Dobscha, S. K. (2017). No-Show Rates When Phone Appointment Reminders Are Not Directly Delivered. *Psychiatr Serv*, *68*(11), 1098-1100. doi:10.1176/appi.ps.201700128
- Vechakul, J., Shrimali, B. P., & Sandhu, J. S. (2015). Human-Centered Design as an Approach for Place-Based Innovation in Public Health: A Case Study from Oakland, California. *Maternal and Child Health Journal*, *19*(12), 2552-2559. doi:10.1007/s10995-015-1787-x
- Wang, K., Wang, C., Xi, L., Zhang, Y., Ouyang, Y., Lou, H., . . . Zhang, L. (2014). A randomized controlled trial to assess adherence to allergic rhinitis treatment following a daily short message service (SMS) via the mobile phone. *Int Arch Allergy Immunol*, *163*(1), 51-58. doi:10.1159/000356317
- Wang, N. J., & Aspelund, G. O. (2009). Children who break dental appointments. *Eur Arch Paediatr Dent*, *10*(1), 11-14. doi:10.1007/bf03262660
- Wong, V., Zhang, H.-B., & Enns, R. (2009). Factors associated with patient absenteeism for scheduled endoscopy. *World journal of gastroenterology : WJG*, *15*, 2882-2886. doi:10.3748/wjg.15.2882