

ABSENTEÍSMO EM CONSULTAS ODONTOLÓGICAS PROGRAMÁTICAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Marília Beatriz FERREIRA¹

Anne Caroline LOPES²

Marieta Toledo LION³

Daniela Coelho de LIMA⁴

Denismar Alves NOGUEIRA⁵

Alessandro Aparecido PEREIRA⁶

¹Cirurgiã-dentista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG – mariliabferreira@hotmail.com

²Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG - anne_carol_lopes@hotmail.com

³Cirurgiã-dentista pela Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG – marietalion@yahoo.com.br

⁴Cirurgiã-dentista, Doutora em Odontologia, Professora Adjunto da Disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de odontologia da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG – danielaclunifal@gmail.com

⁵Doutor em Estatística e Experimentação Agropecuária, Professor Adjunto de Estatística do Instituto de Ciências Exatas da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG - denismar.nogueira@unifal-mg.edu.br

⁶Cirurgião-dentista, Doutor em Odontologia Preventiva e Social, Professor Adjunto da Disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de odontologia da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG

Recebido em: 07/10/2015 - Aprovado em: 07/01/2016 - Disponibilizado em: 30/07/2016

RESUMO

As faltas às consultas odontológicas programáticas podem gerar prejuízos na assistência e resolubilidade das demandas, além do aumento na fila de espera e das urgências. Objetivo: Determinar os motivos que contribuíram para essas faltas na Estratégia Saúde da Família. Metodologia: Trata-se de um estudo observacional, quantitativo e descritivo. A população foi de 125 usuários que faltaram a, pelo menos, uma consulta entre junho e julho de 2013. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas em visitas domiciliares. Resultado: Cerca de 69,6% dos usuários eram do sexo feminino com média de 28,2 anos de idade, onde 59,2% possuíam renda de 1,1 a 3 salários mínimos. Ao aplicar o Teste Exato de Fisher com significância de 5% observou-se que a renda não influenciou os motivos para não as faltas à consulta ($p=0,7953$). Sobre os motivos do agendamento das consultas 36,8% relataram dor, outros 36,8% prevenção/manutenção. O esquecimento foi o motivo mais citado para a ausência à consulta (28%). O tempo mediano de espera foi de sete dias e não influenciou para o absentismo ($p=0,516$). Conclusão: A gestão deve atuar junto à comunidade com ações que fortaleçam sua autonomia, melhorem o fluxo de informações, e assim prevenir os fatores que levam às faltas dos usuários em consultas.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo; saúde bucal. Agendamento de consultas. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

LACK OF ATTENDANCE WITHIN DENTAL COVERAGE PROGRAM FROM FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: Introduction: A considerable amount of absences for programmatic dental appointments that can lead to losses in the continuity of care and resolution of health demands has been discovered, as well as the increase in waiting list and emergency demands. This lack of attendance can cause a decrease in efficiency leading to health impacts and costs to the health system. Objective: To pinpoint the reasons that lie behind patients' non-attendance to programmatic dental appointments from Family Health Strategy. Material and Methods: This was an observational study, which

counts as a theoretical quantitative and descriptive research. The population studied included 125 users who failed to make it to the dental appointment at least once between June and July 2013. Data were collected through home visits via semi-structured interviews. Results: About 69.6% were female gender - average 28.2 years of age, most of them (59.2%) had a monthly family income ranging from 1.1 to 3 minimum wage. On the grounds for scheduling for dental appointments 36.8% reported pain, 36.8% reported prevention/maintenance procedures. "Failing to remember the appointment" was the most cited reason for the absence itself. Conclusion: It was found that lack of attendance is not only the product of a single reason and that several factors may contribute to it. Therefore, there is need for improvement of certain organizational aspects to prevent absence, then reducing damage to the Family Health Strategy program.

KEYWORDS: Absenteeism. Oral health.Appointments and Schedules.Primary Health Care.Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) introduziu grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil. A Constituição de 1988, de maneira inédita trouxe consigo uma seção exclusiva sobre a saúde, garantindo assim, dignidade neste setor, uma vez que a Lei 8080/90 assegura a saúde como um direito de todo cidadão, devendo o Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990).

Para tanto, o Ministério da Saúde (MS), lançou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação da prática da atenção à saúde. Concebida dentro da vigência do SUS, o PSF representa um novo modo de trabalhar a saúde tendo a família como centro da atenção (BRASIL, 1998).

O programa prioriza as ações de promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, tendo como objetivo a prática da vigilância em saúde. Esta estratégia destina-se, entre outras coisas, a: intervir nos fatores de risco, favorecer o desenvolvimento de ações Inter

setoriais, prestar assistência integral, promover a participação da comunidade, e humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de vínculo entre profissionais da saúde e população (BRASIL, 1998).

De programa passou a denominar Estratégia Saúde da Família (ESF), por se tornar prioritário dentro dos modelos propostos para a atenção básica e fugir da ideia dos programas já criados pelo MS. Trata-se de uma proposta à incorporação de mudança na assistência, buscando garantir os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade da assistência. Pretende também promover a participação e controle social, a intersetorialidade, a resolutividade, a saúde como direito e humanização do atendimento. Cada equipe de saúde da família deve conhecer a realidade das famílias adstritas em seu território e planejar junto à comunidade, um plano local que vise o enfrentamento dos determinantes do processo saúde doença (PAIM, 2012; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

A Unidade de Saúde da Família (USF) é a base operacional desse novo sistema que tem como um de seus princípios a equipe

multiprofissional que inicialmente era formada por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). É possível ainda incluir outros profissionais na equipe de saúde ou formar equipes de apoio (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, para ampliar o atendimento odontológico na atenção básica, a qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e diminuir os índices epidemiológicos de saúde bucal, o MS publica a Portaria 1.444, de 28/12/ 2000. A partir de então, a odontologia passa a ser incluída definitivamente na ESF, com repasse de recursos para os municípios financiarem essa inserção. Este fato possibilitou que as equipes de saúde bucal atuassem mais próximas da realidade, reorientando o processo de trabalho do dentista dentro dos serviços de saúde e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades (BRASIL, 2004).

As formas de acesso nas USF são:

- Urgências – nos casos de dor, traumatismo, infecções, hemorragias, dentre outros;
- Encaminhamentos internos – trabalhadores da própria unidade fazem a solicitação para o atendimento;
- Agendamento de crianças – realizado pelo cirurgião- dentista ou pelo ACS após triagem executada nas escolas;

- Agendamento nas microáreas – realizado pelo ACS (idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais, portadores de patologias crônicas);
- Livre demanda – busca pelo serviço baseado na necessidade percebida pelo usuário;
- Retornos programados – após a primeira consulta, o CD faz um apazamento para o retorno, baseado na necessidade ou risco do usuário;
- Levantamento de necessidades em reuniões coletivas;
- Outros – encaminhamentos externos (Secretaria de Saúde, contra-referência, outros serviços de saúde).

Paradoxalmente a incessante procura pelo serviço, tem sido observada uma relevante quantidade de faltas às consultas odontológicas programadas desses usuários, o que pode gerar aumento de tratamentos incompletos com seus impactos à saúde e custos ao sistema. Esta prática, denominadaabsenteísmo prejudica sobremaneira os serviços de saúde que trabalham com a lógica do agendamento (JANDREY; DREHMER, 1999; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010).

Além da perda de recursos gerada no serviço pela ausência do usuário agendado, diminuição de produtividade, Bender, et al. (2010) ressaltaram como conseqüências desta prática prejuízos na

continuidade da assistência e resolubilidade das demandas de saúde, bem como o aumento na fila de espera e das demandas por urgência.

O absenteísmo dos usuários nas ESF e em particular nas consultas de Saúde Bucal interfere no bom funcionamento do fluxo de atendimentos, tratamentos concluídos, além de prejuízos nos recursos do sistema.

O presente estudo teve como objetivo verificar os motivos que contribuíram para que pacientes adscritos em doze USF de Alfenas-MG faltassem às consultas odontológicas agendadas.

MATERIAL E MÉTODO

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFAL-MG, obtendo parecer favorável (Protocolo 270.589).

Local de investigação

O presente estudo foi desenvolvido em 12 Unidades de Saúde da Família do Município de Alfenas/MG.

A unidade de saúde da zona rural não foi incluída no estudo, uma vez que, não trabalha com a lógica do agendamento. A escolha do cenário deu-se em razão de ser em parte campo de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e terem sido observados repetidos episódios de absenteísmo para as consultas odontológicas.

As unidades trabalham com o conceito de territorialização e adscrição da clientela: as atividades de atenção são desenvolvidas para atender a população residente em um território definido, baseado no mapeamento e na segmentação da população por território. As famílias residentes na área são cadastradas pela equipe de Saúde da Família e seus dados são registrados em um Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e em um prontuário de família, mantidos em um sistema de arquivos de saúde. O território de abrangência de cada unidade é subdividido em micro-áreas, ficando cada uma delas sob responsabilidade de um agente comunitário de saúde.

Seleção dos pacientes e Coleta de dados

Nas unidades de saúde estudadas a oferta de consultas aos usuários é disponibilizada principalmente através de consultas pré-agendadas e de consultas de urgência nos casos de dor. Esses atendimentos são realizados por um profissional (cirurgião-dentista) distinto para cada USF. Cada profissional possui uma agenda com horários distintos. As agendas estão sempre abertas para marcação de consultas, durante o horário de funcionamentos das unidades e ao longo de toda a semana, exceto final de semana.

Quando a consulta é agendada marca-se na respectiva agenda do profissional, o nome do usuário que esta agendando a consulta e este recebe um cartão de

identificação com o agendamento para lembrá-lo.

A relação dos pacientes faltantes foi adquirida através da marcação feita pelos cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário no período junho e julho de 2013.

Foram incluídos no estudo todos os pacientes que faltaram às consultas agendadas no período estabelecido e residiam nas áreas de abrangência da USF.

A partir dessa lista foram definidos os participantes da pesquisa, obtendo o total de 238 pacientes, no entanto 13 pacientes não residiam na área de abrangência da USF e foram excluídos do estudo, obtendo como amostra 225 pacientes.

Através das informações contidas nos prontuários odontológicos de cada paciente foram obtidos os endereços dos mesmos, e em seguida, aplicou-se um questionário aos pacientes faltantes, por meio de visita domiciliar, a fim de investigar as razões da ausência à consulta odontológica programática. Os sujeitos da pesquisa foram comunicados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada pela autora no período de setembro de 2013 a maio de 2014 nas áreas de abrangência das USF incluídas no estudo. Anteriormente, foi realizado um estudo piloto, com 05 famílias no bairro Vila Formosa, no município de

Alfenas para verificar a aplicabilidade do instrumento de coleta dos dados adotado.

Para os pacientes que não foram encontrados na primeira visita, foram realizadas mais duas tentativas com a finalidade de localizá-los.

Os dados foram tabulados através do programa estatístico Epi-info 2000, versão 3.5.2.⁸, foram aplicados o Teste Exato de Fisher e o Teste de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Dos 225 pacientes selecionados para entrevista que faltaram às consultas odontológicas nas USF, 99 não foram encontrados nas duas tentativas e 1 faleceu. Portanto, obtendo um total de 125 entrevistas.

Do total de entrevistados, 69,6% pertenciam ao gênero feminino 30,4% ao gênero masculino com média de 28,2 anos de idade.

No que se refere à moradia, a maioria 73,6% dos pacientes possuíam casa própria, 16% alugavam, 8% possuíam moradia cedida e 2,4% moradia própria em aquisição.

Quanto à ocupação, 40% eram estudantes, 19,2% eram do lar, 17,6% eram empregados, 8% eram aposentados, 8% autônomos e 7,2% dos pacientes eram desempregados.

Analisando os dados sobre o nível de escolaridade, 36% possuíam ensino

fundamental incompleto, 20% ensino médio completo, 16,8 % ensino médio incompleto, 12% ensino fundamental completo, 11,2% nenhum estudo, 3,2% ensino superior completo e apenas um indivíduo possuía pós-graduação (0,8%).

Com relação ao estado civil dos pacientes 56% solteiros, 24% casados, 10,4% estão em união estável, 6,4% separado e 3,2% viúvo.

Quanto à condição socioeconômica, verificou-se que a maioria (59,2%) dos indivíduos possuía rendimento familiar mensal de 1,1 a 3 salários mínimos, 29,6% dos indivíduos recebiam até 1 salário mínimo e 11,2% recebiam de 3,1 a 5 salários mínimos.

Sobre os motivos do agendamento para consulta odontológica 36,8% relataram a dor, outros 36,8% a prevenção/manutenção, depois aparecem ascavidades 19,2%, seguido do sangramento gengival 6,4% e fendas, caroços ou manchas 0,8%.

A mediana para o tempo de espera para o atendimento foi sete dias. Verificou-se que não houve tempo de espera para 27,2% dos entrevistados, 22,4% esperaram por 7 dias, 13,6% não lembraram o tempo de espera.

Quando questionados sobre quem realizou o agendamento, 60% fizeram seu próprio agendamento, 36,8% alegaram que foi o responsável (pais, avôs e tios), 1,6% tinham sido agendados pela escola, apenas 0,8%

foram agendados pelo dentista da USF e 0,8% pelo agente comunitário de saúde.

A respeito dos motivos do absenteísmo houve a prevalência do esquecimento (28%); 18,4% alegaram trabalho; 17,6% relataram estar cuidando dos filhos, motivo de estudo, horário inadequado ou viagem; a doença totalizou 12,8% dos pesquisados; 9,6% não puderam ser acompanhados pelo responsável; 8,8% por desistência, insatisfação com o tratamento ou procurar tratamento particular e 4,8% afirmaram que sentiram medo.

Ao serem questionados se possuíam falta em outras consultas odontológicas na USB de sua área, 52% dos entrevistados relataram já ter faltado e 48% disseram não possuir faltas. Quando a pergunta foi se possuíam falta em consultas de outros profissionais da UBS, a maioria 92,8% disse não ter faltado e apenas 7,2% dos pacientes alegaram ter faltado.

DISCUSSÃO

Ao aplicar o Teste Exato de Fisher observou-se que a renda mensal dos indivíduos não afetou os motivos para não comparecimento à consulta ($p=0,7953$), portanto, discordando de Almeida et al. (2009), onde o nível econômico é um fator relevante no que concerne à utilização dos serviços de saúde.

A dor e a prevenção/manutenção foram os primeiros motivos para agendamento às consultas odontológicas sugerindo que os usuários não apenas procuraram o atendimento em situações de dor, contradizendo o que é apontado pela literatura (JANDREY; DREHMER, 1999). Neste contexto, de acordo com Lisboa et al. (2006), indivíduos com menor renda procuram o dentista somente em casos de dor, enquanto que os indivíduos de maior renda procuram o dentista a cada período de seis a dois anos.

Ao comparar, através do Teste de Kruskal-Wallis, o tempo mediano de espera com os motivos de absenteísmo, verificou-se que não houve diferença estatística ($p=0,516$). Neste âmbito, alguns autores verificaram que quanto maior o tempo de espera, maior a tendência a faltar a consultas (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; ALMEIDA, et al., 2009), porém notou-se que a medição do tempo pode ser influenciada pela natureza ou urgência do motivo da busca pelo serviço. O elevado tempo de espera pode ainda contribuir para o esquecimento, como também associado a outros fatores – medo, baixa interferência do problema de saúde na qualidade de vida – pode favorecer a procrastinação (HAMASAKI; KERBAUY, 2001; LAWRENCE, 2005).

O esquecimento do paciente ou do seu responsável foi o motivo mais citado entre os entrevistados para o não comparecimento à

consulta, concordando com os achados de outros autores (BENDER; MOLINA; MELLO, 2009; ALMEIDA, et al., 2009; MELO, 2011).

Neste estudo, o medo parece não influenciar na falta à consulta odontológica. No entanto, segundo alguns autores, o medo como fator inibitório ao tratamento odontológico configura um causa importante de absenteísmo (LAWRENCE, 2005; ARMFIELD; STEWART; SPENCER, 2007). Lawrence (2005), ao discorrer sobre os efeitos do medo na saúde bucal, mostrou que o comportamento do indivíduo temeroso e sua postura diante dos cuidados com a saúde podem variar, sendo este sentimento responsável por causar tanto a aversão ao tratamento e a negligência com a saúde bucal, como também pode constituir-se em um fator motivador do cuidado e da prevenção do adoecimento.

A impossibilidade de ser acompanhado pelos pais ou responsável legal denota a omissão dos pais, os quais negligenciam o cuidado com a saúde de seus filhos, bem como, com frequência, transferem suas responsabilidades de cuidar e orientar para os serviços de saúde (MELO, 2011).

Sugere-se que certos aspectos organizacionais do serviço devam ser explorados, a fim de que se possa diminuir a quantidade de faltas, como o aviso prévio realizado por ACS; a prática do contato por meio telefônico com o intuito de confirmar a

consulta, semelhante ao que foi encontrado em alguns trabalhos (HAYNES; SWEENEY, 2006; CHEN, et al., 2008) o reforço da orientação ao usuário que, na impossibilidade do comparecimento, este avisasse o quanto antes à UBS, visto que o prejuízo é total ante a perda de oportunidade de inserir outro usuário na vaga, demonstrado pelo cálculo relativo aos gastos gerados por esta ausência (LIRA et al., 2001; PINTO; ARAÚJO; GALLIANI, 2005), podendo esse recurso ser realocado – seja para aplicação em outra demanda de saúde, seja para a manutenção ou elaboração de outro serviço de saúde vital para a população (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010).

Destaca-se também a necessidade de questionar o usuário sobre a razão que o levou a faltar à consulta, com vistas a orientá-lo e a suportá-lo em alguma dificuldade (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010).

Além disso, a redução do tempo de espera pelas consultas e o fortalecimento do diálogo com a comunidade. Este último ponto população adstrita com ações que fortaleçam a autonomia da comunidade, melhorem o fluxo de informações e comunicação, dessa forma prevenindo os fatores que levam às faltas dos usuários em consultas.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei Federal n. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

ressalta a importância da educação em saúde como ferramenta na construção da autonomia dos usuários, facilitando o reconhecimento de seus deveres de co-responsabilização no cuidado com a saúde (MELO, 2011).

E, além disso, há de se pensar também na ampliação dos horários de atendimento das UBS. Desse modo, pacientes trabalhadores que não se adequam aos horários de costume funcionamento tenham oportunidade.

CONCLUSÃO

O absenteísmo é um problema relevante que causa reflexos significativos para a ESF, não sendo somente produto de um motivo isolado, vários elementos podem colaborar para sua manifestação.

A Unidade Básica de Saúde, por si só, apresenta limitações para a operacionalização de soluções ao absenteísmo. Portanto, deve ser mais bem explorado por todos os envolvidos. A gestão deve assumir seu papel e responsabilizar-se, atuando junto à

Diário Oficial da União, Poder Executivo.
Brasília: Distrito Federal; 20 set. 1990.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia

para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Distrito Federal; 1998.

3. PAIM, J.S. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: ISC - **Instituto de Saúde Coletiva**; 2002.

4. VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 443-453, 2007.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Distrito Federal; 2004.

6. JANDREY, C. M.; DREHMER, T.M. Absenteísmo no atendimento clínico odontológico: o caso do módulo de serviço comunitário do Centro de Pesquisas em Odontologia Social – UFRGS. **Rev. Fac. Odontol.**, v. 40, n. 1, p. 24-28, 1999.

7. BENDER, A. S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Rev. Espaço para a Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.

8. Centers Disease Control. Centers for disease control and prevention 2008. Programa EPI-INFO 2000 versão 3.4. Disponível em: <http://www.cdc.gov/epiinfo/>. Acesso em: 12 Fev. 2010.

9. ALMEIDA, G. L. et al. Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odontológicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto/SP. **Cienc.Odontol. Bras.**, v. 12, n. 1, p. 77-86, 2009.

10. LISBOA, I. C.; ASBEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Epidemiol. Serv. Saúde, v. 15, n. 4, p. 29-39, 2006.

11. HAMASAKI, E. I. M.; KERBAUY, R. R. Será o comportamento de procrastinar um problema de saúde? **Rev. Bras.Ter.Comport. Cogn.**, v. 3, n. 2, p. 35-40, 2001.

12. LAWRENCE, S. M. **Dental Values as a Factor Affecting Attendance among Patients with high Dental Fear**. (Dissertação de Mestrado). Morgantown (WV): West Virginia University; 2005. 48p.

13. Melo VBCA. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. Universidade Federal da Paraíba. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 5, n. 3, p. 309-318, 2011.

14. ARMFIELD, J.M.; STEWART, J. F.; SPENCER, A. J. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. **BMC Oral Health.**, v.7, n. 1, p. 1-15, 2007.

15. HAYNES, J. M, SWEENEY, E. L. The Effect of Telephone Appointment-Reminder Calls on Outpatient Absenteeism in a Pulmonary Function Laboratory. **Respir Care.**, v. 5, n. 1, p. 36-39, 2006.

16. CHEN, Z. et al. Comparison of an SMS text messaging and phone reminder to improve attendance at a health promotion center: a randomized controlled trial. **J Zhejiang UnivSci B**, v. 9, n. 1, p. 34-38, 2008.

17. LIRA, R. P. C. et al. Suspensão de cirurgia de catarata e suas causas. **Rev Saúde Pública.**, v. 35, n. 5, p.487-489, 2001.

18. PINTO, T. V.; ARAÚJO, I. E. M.; GALLIANI, M. C. B. J. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. **Rev. Latino-am Enfermagem.**, v. 13, n. 2, p.208-215, 2005.