

* **Pesquisa em Desenvolvimento**

O uso de audiovisual na construção compartilhada de conhecimento em saúde: uma experiência na emergência psiquiátrica.

Clarice Moreira Portugal

Bolsista TCT4 – Faperj, membro do grupo de pesquisa de prevenção do suicídio e psicóloga
clariceportugal@gmail.com

Isabel Cardoso Salles

Estudante de graduação em Psicologia e bolsista de Iniciação Científica – Faperj
isabel_salles88@hotmail.com

Ana Cláudia Filgueiras Barrense

Psicóloga e colaboradora do grupo de pesquisa de prevenção do suicídio – ICICT/Fiocruz
anafilgueirasbarrense@gmail.com

Verônica Miranda de Oliveira

Mestranda do PPGICS/ICICT/Fiocruz, membro do grupo de pesquisa de prevenção do suicídio e psicóloga
veronica.oliveira@uol.com.br

Andrea Brandão Siciliano

Médica da SMSDC, membro do grupo de pesquisa de prevenção do suicídio – ICICT/Fiocruz
absiciliano@uol.com.br

Mariana Bteshe

Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; Doutoranda do PPGICS/ICICT/Fiocruz, membro do grupo de pesquisa de prevenção do suicídio e psicóloga
marianabteshe@gmail.com

Carlos Estellita-Lins

Pesquisador do LABCITIES/ICICT/UERJ, coordenador do grupo de prevenção do suicídio e psiquiatra
cefestellita@alternex.com.br

DOI:10.3395/reciis.v5i2.492pt

Resumo

O presente artigo é produto de um desdobramento da pesquisa: “Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na AP1&3 através de um serviço de emergência psiquiátrica”, desenvolvida no ICICT/Fiocruz. Trata-se de pesquisa-ação com apresentação de vídeos em saúde na sala de espera de um dos polos de emergência psiquiátrica do RJ. A exibição de vídeos em saúde deu visibilidade a questões pertinentes à construção compartilhada do conhecimento, ou seja, ao encontro da informação técnica com a experiência cotidiana social. Foi possível observar que a criação desse espaço possibilitou uma discussão sobre outras formas de produzir e organizar as informações sobre saúde, não somente entre a equipe da pesquisa, mas no interior da própria instituição. Fez-se notar, contudo, que há pouco investimento na produção de vídeos em saúde com qualidade, como na utilização de recursos tecnológicos e audiovisuais para ações em saúde mental. A utilização do audiovisual como ferramenta para fomentar a produção de novos tipos de conhecimento que possam democratizar informações no campo da saúde merece maior investigação.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Saúde Mental; Emergência Psiquiátrica; Vídeo em Saúde, Informação.

Esta pesquisa investiga o dispositivo da Emergência Psiquiátrica, equipamento criado para tratar de situações de sofrimento psíquico que requeiram atenção imediata, com espera mínima. O presente artigo é um desdobramento do projeto de pesquisa “Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na AP1&3 através de um serviço de emergência psiquiátrica” desenvolvida pelo ICICT/Fiocruz, com financiamento da FAPERJ e apoio da VideoSaúde/FIOCRUZ. O serviço em questão situa-se próximo ao centro empresarial da cidade do Rio de Janeiro e constitui uma “porta de entrada” na assistência em saúde mental, junto com outras três unidades municipais.

Pode-se destacar três conjuntos de problemas diretamente vinculados à inoperância deste dispositivo: as deficiências de treinamento em emergência geral, especialmente em emergência psiquiátrica, na formação assistencial no Brasil (médicos, psicólogos e enfermeiros); a ausência de modelos psicopatológicos de crise dirigidos para a incidência de casos, em detrimento da ênfase na prevalência de transtornos crônicos/cronificados; e a necessidade de implantar uma rede de intervenções de urgência na Reforma Psiquiátrica que ultrapassem a proposta meramente antimanicomial parcialmente consumada. A literatura mostra-se limitada, inexistindo estudos epidemiológicos de observação (nem transversal nem longitudinal), ou mesmo estudos ecológicos. Pesquisas qualitativas têm revelado a prática sistemática do "pronto-atendimento", substituindo e obliterando o atendimento de urgência qualificado. Novas maneiras de pensar a emergência têm sido propostas, valorizando o cuidado preventivo no que diz respeito à violência, destacando a atuação móvel, domiciliar e de suporte parcial.

Os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) têm se esgotado na lotação dos equipamentos substitutivos ao modelo asilar, com mau aproveitamento do dispositivo emergencial, o que potencialmente evitaria o curso dispendioso, sofrido e extenuante dos transtornos mentais, geralmente tratados de modo inadequado, desumanizado e descuidado quanto às evidências epidemiológicas disponíveis. Dicotomias falsas ou ingênuas, de caráter corporativo, ainda são muito encontradas no campo, a saber: psicoterapia *versus* psicofarmacoterapia; tratamento domiciliar *versus* instituição em tempo parcial; reabilitação *versus* abrigo/proteção; escamoteando uma formação universitária fragmentada e tendenciosa, com inadequação dos currículos e inexistência de treinamento adequadamente supervisionado.

Situações de atendimento caracterizadas por pessoas em crise, com agudo grau de sofrimento psíquico, dispendendo de profissionais de saúde à sua espera, são incomuns. Um diretor de unidade estimou em 3/30 a taxa de atendimento diária dos casos realmente elegíveis em sua opinião. O que muitas vezes se vê no espaço de uma emergência psiquiátrica é um contingente muito maior de usuários e familiares a aguardar "pronto-atendimento", que consiste em atendimento de caráter ambulatorial, com longo tempo de espera e curtíssimo tempo de consulta. Mostra-se importante observar que o nível de compreensão e capacidade de utilização de intervenção emergencial em saúde mental por usuários, que procuram assistência em saúde mental pública, é bastante variável, seja em função de "mental health literacy" (grau de instrução) insuficiente, seja por algum problema de saúde mental gerando prejuízo cognitivo.

A pesquisa maior envolvia a realização de grupos focais e entrevistas semi-estruturadas, versando sobre a experiência de suicídio, bem como trabalho de observação e relatos de campo. O ambiente da sala de espera revelou-se mais importante a partir da triangulação metodológica, o que exigiu observação mais aprofundada do seu espaço e das relações que ali se configuravam. Este projeto de exibição de vídeos educativos em saúde mental na emergência psiquiátrica possui conexão com a pesquisa de prevenção do suicídio (CAAE - 0011.0.408.000-09), na qual se iniciou a construção de uma micro-etnografia do balcão e um estudo dos scripts de atendimento.

A recepção para pacientes que chegam em busca de atendimento - também é paradoxalmente conhecida como sala de espera da emergência - é um ambiente amplo, onde se verifica a livre-demanda para consultas de emergência, diariamente, 24 horas por dia. O grau de complexidade dos atendimentos é bastante variável, abrangendo expectativas simples, como a prescrição de receitas ou reajuste de dose de medicamentos, até situações de caráter indiscutivelmente emergencial, envolvendo pacientes psicóticos, esquizofrênicos ou maníacos, deprimidos com ou sem risco de suicídio. Os usuários comparecem ao serviço sozinhos, ou acompanhados por familiares e/ou amigos (muitos são vizinhos); por vezes, conduzidos na ambulância, em crise ou em deslocamento interinstitucional. Dessa forma, reúnem-se pessoas, que podem estar aguardando atendimento, buscando informações, assim como mantendo uma variedade de vínculos indiretos com o sujeito demandante ou com a unidade assistencial.

De maneira geral, pode-se caracterizá-la como um ambiente instável, no que diz respeito a uma análise quali-quantitativa da frequência. A sala pode subitamente encher-se e também se achar esvaziada nos mais variados momentos do dia, não havendo necessariamente um determinado horário ou dia da semana mais ou menos estável, excetuando o final do expediente após as 17 horas, quando o movimento diminui muito. Da mesma maneira que a presença de um paciente em grande agitação psicomotora - consolidando uma atmosfera de tensão, como é de se esperar em situações de crise - pode caracterizar o ambiente da recepção em um determinado momento, pode-se dar lugar a um ambiente extremamente calmo, com pacientes à espera de transcrição de receitas ou reajuste da medicação, ou mesmo pessoas sem nenhuma demanda de atendimento.

A partir dos depoimentos de pacientes e acompanhantes nos grupos focais e entrevistas, percebeu-

se a sala de espera como um ambiente passível de utilização para maior e mais sistemática circulação de informação sobre saúde. A pesquisa qualitativa sugere interesse dos usuários daquela unidade pela exibição de vídeos como meio de comunicação e divulgação de informação sobre saúde mental. Bastos (2010) adverte sobre a subutilização do espaço das salas de espera, onde circulam e permanecem por algum tempo usuários desprovidos de informação de qualidade sobre saúde mental, organização da rede e agravos mais prevalentes.

A iniciativa de implantar uma sessão regular de vídeos e avaliar sua repercussão enquanto estratégia de promoção da saúde, alternativa aos impressos mais tradicionais como cartilhas e folderes, mostrou-se pertinente e oportuna, buscando transformar a espera destes pacientes em um momento de educação e saúde. Ferry (2008) enuncia a importância do uso do audiovisual como suporte em ações de intervenção social na área da saúde; admitindo que vídeos produzidos para intervir socialmente, ao integrar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, viabilizam o acesso à informação e a síntese de novas formas de pensar e agir. Houve uma aposta nesse espaço “de fazer nada/de esperar” como potencialmente capaz de receber um tipo específico de intervenção, como a oficina de vídeo.

Partindo de um elenco de vídeos oferecidos pela VídeoSaúde Distribuidora, em parte provenientes do Projeto Viva Legal (Ministério da Saúde), supostamente desenhados para exibição aos usuários, e vídeos de conteúdo, com duração e linguagem variados, foi realizada uma seleção por curadores independentes que passaram dos títulos temáticos à análise dos vídeos, totalizando vinte títulos iniciais. Os vídeos iam desde assuntos gerais, como ‘alimentação saudável’, ‘dengue’ e ‘envelhecimento’ até assuntos mais específicos, como ‘depressão’ e ‘abuso de drogas lícitas e ilícitas’. Ficou patente a insuficiência de títulos e abordagens em saúde mental, psiquiatria clínica, psicologia e cuidados ao paciente crítico.

Foram necessárias reuniões com a direção do hospital, para que fossem expostos os objetivos do projeto. Algumas questões foram colocadas como possíveis dificuldades, por exemplo: aspectos técnicos, como a grande distância entre a TV e os pacientes e a inadequação do som; a pertinência da abordagem de temas de Saúde Mental entre os pacientes de uma emergência; e aspectos do grau de instrução e de compreensão dos pacientes, considerando a diversidade sociocultural da clientela. Optamos por iniciar a exibição dos vídeos mesmo em face às dificuldades, uma vez por semana, a título de experimentação. Oferecemos ao hospital uma cópia dos vídeos reproduzidos, para que fosse implantada uma futura videoteca, e solicitamos que assistissem aos vídeos e atribuíssem uma nota a cada um, de forma a avaliarmos em conjunto o melhor perfil de vídeos a serem exibidos.

Aproveitamos a TV já instalada na sala de espera, num suporte alto, procurando não modificar muito o ambiente já oferecido aos pacientes. A possibilidade de instalação de outra TV mais próxima, num suporte de pé, foi descartada de início. Isso porque sua localização física poderia, de certa forma, pela própria proximidade, impor a programação exibida aos pacientes que estivessem esperando atendimento; também foi importante considerar que muitos pacientes em crise colocariam em risco o equipamento e que não estariam estáveis nem para a concentração demandada pelo vídeo, nem para ouvir e absorver seu conteúdo de forma apropriada, ou seja, poderiam até desenvolver reações contrárias ou se sentirem incomodados.

Apesar do som não se apresentar muito adequado, conseguimos instalar o DVD com êxito e apresentar os filmes. Como a altura em que a TV se encontrava instalada era muito grande (maior do que três metros), precisávamos da escada para conectar o DVD à tomada. Assim, de rotina, pegávamos o aparelho de DVD na Administração - onde, por gentileza, era guardado - solicitávamos a ajuda da manutenção para instalar o DVD, ajustávamos o som e exibíamos os vídeos. Sempre que possível, realizávamos a intervenção em número de duas pessoas do projeto, de forma a facilitar a observação e o registro das situações que se apresentavam.

A iniciativa ocorria duas ou três vezes por semana, durante aproximadamente 60 minutos. Não havia um critério para a escolha dos títulos dos filmes, sendo aberta a sugestões dos usuários, familiares e até profissionais do hospital. A atenção aos discursos e ações de todos os presentes - como também a abertura para a aproximação - permitia e mesmo incentivava a ocorrência de conversas mais aprofundadas com os sujeitos presentes no campo que se mostravam interessados.

Foram elaborados pelos pesquisadores mapas de presença, circulação de usuários e atenção aos vídeos, cuja configuração obedecia basicamente ao formato de tabelas que cruzavam duas variáveis fundamentais: composição da audiência e atenção dos presentes. Utilizávamos como ferramentas de registro também fotografias e filmagens. Posteriormente às intervenções - no máximo 48h depois - elaborava-se o diário de campo, no qual constavam descrições individuais detalhadas contendo acontecimentos, observações, hipóteses e interpretações. Este material passou a constituir dados, que eram compartilhados com os demais integrantes do grupo de pesquisa utilizando o Google Docs.

Quizenalmente havia reuniões coletivas de discussão de campo para análise dos dados coletados.

Foi realizado um total de 26 sessões, sendo 11 delas realizadas em dupla e as outras 15 restantes, individualmente. Durante todo o período de nove meses em que se deu a iniciativa (setembro de 2009 a junho de 2010), participaram 4 pesquisadores.

Considerando-se as diferenças individuais e dependendo do dia em que os vídeos eram exibidos, um maior ou menor grau de interesse pelos temas se manifestava entre os usuários. Em alguns momentos, todos detinham seus olhares no vídeo, em outros, nenhum se interessava; conversavam, choravam, olhavam para o chão, passavam os olhos na TV, deslocavam-se inquietos. Os usuários constantemente se endereçavam aos pesquisadores, para falar sobre a qualidade da apresentação (som, formato, etc.) e conteúdo dos vídeos, ou mesmo em busca de escuta e orientação. Observou-se, ainda, maior interesse pelos vídeos que tratavam de assuntos relacionados às suas experiências (depressão, uso de drogas, automedicação, etc.); impressão que gerava um sentimento de entusiasmo, manifesto nos relatos e nas reuniões de campo.

Em uma das exibições, logo nas primeiras vezes, observamos todos os pacientes e acompanhantes se interessando pelo vídeo sobre transtornos depressivos (número de catálogo). Até mesmo os funcionários do balcão e os médicos que transitavam pela sala paravam e se detinham por algum tempo olhando o programa. Neste dia, em particular, havia silêncio na sala, os pacientes não configuravam nenhuma emergência, e o som estava adequado e claro.

Nos dias em que as situações de crise aconteciam notava-se grande instabilidade por parte de todos, desde os funcionários até os pacientes que esperavam; muitas vezes os gritos do paciente acolhido na ambulância invadiam todos os ambientes, inclusive a sala de espera, enquanto todos ficavam meio paralisados, perplexos, aguardando que a situação se concluísse logo e a rotina se instalasse novamente. Nesses momentos, o contexto se apresentava impróprio para os vídeos, sendo preciso diminuir o volume do som e aguardar. Por vezes, mesmo a audiência mais regular de certos acompanhantes minguava, demonstrando preocupação, distração ou não conseguindo sustentar a atenção por mais de alguns minutos.

Frequentemente, os funcionários e a equipe de assistência à saúde se mostravam solícitos às demandas técnicas, perguntando sobre os temas abordados e assistindo a trechos dos vídeos. Esta situação, contudo, muitas vezes dava lugar a episódios marcados pela desconfiança ou pelo desconforto dos mesmos em relação a nossa presença regular. Havia mesmo momentos em que jovens estagiárias da pesquisa foram alvo de brincadeiras por parte dos profissionais da sala de espera, o que não ocorreu, em nenhum momento, com usuários e acompanhantes.

Os assuntos mais comentados nas reuniões de campo foram o eventual desinteresse e baixo grau de compreensão dos pacientes; observações sobre o processo depressivo dos usuários; e o precário desempenho do áudio da TV. Tornou-se nítida a impressão de que pacientes se interessam menos do que acompanhantes. Admitiu-se a hipótese provisória de prejuízo cognitivo circunstancial dos pacientes paralelo ao concernimento prático na busca de soluções, por parte dos acompanhantes. No que concerne ao posicionamento da audiência, opiniões favoráveis foram frequentes, embora predominasse o silêncio ou o desinteresse. Muitos relatavam, sempre espontaneamente, que a sessão dos vídeos estava muito boa, que os assuntos abordados eram pertinentes, que gostariam que passássemos mais vezes os vídeos e que trouxéssemos outros temas.

O vídeo em saúde não deve ser um fim em si mesmo, ou seja, um mero instrumento transmissor de informações a um receptor supostamente neutro. Não se trata, portanto, de um uso do vídeo com fins a enviar uma dada informação de maneira verticalizada, o que dificulta a troca entre os interlocutores (BASTOS, 2010). A utilização do audiovisual para a educação em saúde deve ser marcada por sua horizontalidade, sem admitir uma hierarquia prévia entre os interlocutores. O entendimento busca a forma compartilhada para facilitar o alcance de objetivos verdadeiramente comuns (OLIVEIRA, 2000).

Nossas observações evidenciam também a necessidade de discussão sobre outras formas de produzir e organizar informações sobre saúde mental, assim como pensar o processo de mediação comunicativo, não somente na equipe da pesquisa, mas especialmente no interior das instituições de saúde mental como CAPS, ESF e unidades básicas. A coerência com as propostas institucionais e o engajamento da equipe no desenho da intervenção educativa mostram-se fatores essenciais para a ampliação de seu potencial. A regularidade, capacidade de reprodução e sustentabilidade emergem como aspectos igualmente relevantes, derivados de campanhas em saúde pública. Esse tipo de iniciativa, ampliando a comunicação entre profissional e população, "deve ser utilizado em permanente avaliação, para que seja *mais uma opção*, um espaço que amplie o acesso a informações e às possibilidades de comunicação e compreensão dos problemas de saúde individuais e

coletivos e das possibilidades de lidar com os mesmos” (REIS, 2006). Não se deve praticar a informação-comunicação centrada em um único canal ou mídia, nem implementar ações desvinculadas do contexto local, e tampouco admiti-la sem autocrítica permanente.

Ferrari et al. (2009) colocam que os materiais educativos em saúde não precisam somente ser claros e objetivos, mas devem ter seu uso aliado a discussões coletivas que deem visibilidade às dúvidas e práticas da comunidade, incluindo informações que vão de encontro às necessidades dos sujeitos e dos coletivos que ali se configuram. A rigor, os presentes em uma sala de espera não se conhecem e nem mantêm um vínculo estável. A instalação de uma atividade educativa, no entanto, pode formar “um trabalho de grupo, de modo singular e específico para aquele contexto. A composição das pessoas em grupo é mantida, naquele momento, pela iniciativa dos expositores que iniciaram o processo participativo de educação em saúde” (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

A análise dos dados coletados na pesquisa ainda se encontra em andamento, mas é possível enunciar alguns pontos iniciais de reflexão acerca dos resultados. A exibição de vídeos em saúde deu visibilidade às questões relativas à construção compartilhada do conhecimento, ou seja, ao encontro da informação técnica com a experiência cotidiana socialmente compartilhada. A noção de experiência de doença e os problemas de narrativa do adoecimento ganham ênfase. O importante é que sua produção e uso estejam integrados às ações e programas em saúde.

Outra problemática importante concerne ao baixo investimento na produção de vídeos em saúde de qualidade no país, assim como na utilização de recursos tecnológicos e audiovisuais para ações em saúde mental, especialmente visando à educação, literacia e promoção de saúde (comportamentos saudáveis em relação às drogas). A produção audiovisual em saúde mental, além de incipiente, provisória e contestada por atores do próprio campo, permanece ainda excessivamente restrita ao formato documentário, que longe de ser um padrão para a comunidade, exige ações de formação de plateia. O desenvolvimento de material ligado à intervenção em saúde mental deveria ser incentivado, pois seu potencial mobilizador (FERRY, 2008) pode se delinear como uma ferramenta de grande valor para seu público, cuja luta pela inclusão permanece necessária.

Certamente, há de se considerar aspectos de ambiência e de humanização do acolhimento dos pacientes que chegam aos serviços de emergência psiquiátrica. Educar em saúde não depende somente do espaço físico em que se acolhe estes pacientes, mas das atitudes adotadas para que os usuários se sintam empoderados, informados e compreendidos. Conforme observamos ao longo da pesquisa, vem se apresentando como uma demanda importante a questão da informação em saúde mental e evidentemente na saúde em geral.

Uma tela de TV/vídeo como veículo de informação em unidades assistenciais mostra-se recurso de grande praticidade, pressupondo relação custo-benefício ótima e conseguindo atingir a população em seus variáveis graus de instrução. Trata-se de disponibilizar informação na vida cotidiana de usuários do serviço de saúde buscando nexos, contextos e oportunidades. Informar integra o conceito de acolhimento humanizado, dentro das propostas do SUS, e educar em saúde, ainda é uma atitude preventiva essencial para que a qualidade de vida da população tenha seus alicerces solidificados. Neste sentido, as diferenças culturais, juntamente com sua relevância, precisam ser levadas em conta nos materiais de informação e prevenção. A utilização do audiovisual como ferramenta para fomentar a produção de novos tipos de conhecimento que possam democratizar informações no campo da saúde merece maior investigação.

Referências Bibliográficas

BARROS, R. E. M. et al. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. 71-77, 2010.

BARROS, R. E. M. et al. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 145-151, 2010.

BASTOS, G. B. P. **Comunicação e saúde**: utilizando recursos tecnológicos como estratégia para esclarecimento dos usuários do SUS. 2010. Monografia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FERRARI, M. et al. Health materials and strategies for the prevention of immigrants' weight-related problems. **Qualitative Health Research**, v. 19, n. 9, p. 1259-1272, 2009.

MARTELETO, R. M.; VALLA, V. V. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 8, n. 1, p. 8-21, 2003.

- MORAES, A. F. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, n. 27, p. 811-822, out./dez. 2008.
- MORAES, A. F. et al. Abordando a epidemiologia do risco de suicídio na Ap 1 e 3 através do serviço de emergência psiquiátrica do CPRJ/SES: intervenções a partir de pesquisa qualitativa. **Revista ICICT**, Rio de Janeiro, p. 4-63, 19 set. 2009.
- OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e ação social. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Organização do cuidado a partir de problemas**: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família. Brasília, 2000. p. 65-74. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_4.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2011.
- PONTE, C. M. M. et al. Projeto sala de espera: uma proposta para educação em diabetes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 197-202, 2006.
- REIS, I. N. C. Modelos de comunicação utilizados no espaço coletivo de um centro de saúde. In: ENCICLOPÉDIA DO PENSAMENTO COMUNICACIONAL LATINO-AMERICANO. **Biblioteca virtual**: comunicação e saúde. 2004. Disponível em: <http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/1/10/GT3-texto9-_Modelos_de_comunicacao-_Ines.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2011.
- SOUSA, F. S. P. et al. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 796-802, 2010.
- TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera; território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.
- ZEALBERG, J. J. The depersonalization of health care. **Psychiatric Services**, v. 50, n. 3, p. 327-328, 1999.