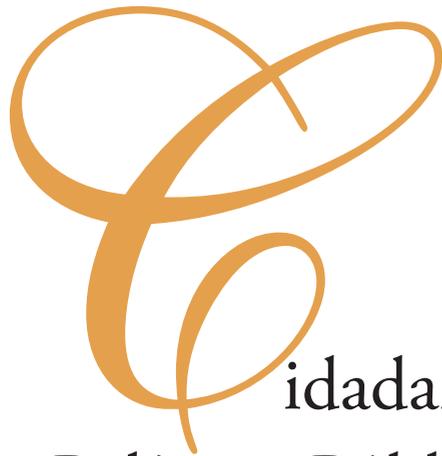


Sílvia Portugal
Paulo Henrique Martins
Organização



idania,
Políticas Públicas
e Redes Sociais

REDES SOCIAIS E SAÚDE MENTAL

Introdução

A agenda das reformas do sistema de saúde conta com um capítulo importante, o da reforma do sistema de saúde mental. Desde a década de 60 diversos países do mundo inteiro empreendem tentativas de introduzir novas práticas no tratamento dos portadores de transtorno mental. As denúncias de Goffman e Foucault, deslocando o foco do discurso psiquiátrico e sua prática terapêutica, para uma abordagem humanística, integradora e, conseqüentemente, que tivesse a preocupação com o indivíduo em sua totalidade – não aquele classificado, medicalizado e naturalmente circunscrito aos diversos campos da área médica são o estopim do processo.

Com as reformas no sistema de **atenção aos portadores de transtorno mental**, reintroduz-se o indivíduo na sociedade, convidando outros atores para a participação no processo de seu tratamento. Reconhece-se a importância das redes sociais, dos apoios sociais conseqüentes desta inserção em campos de sociabilidade mais amplos, tanto do ponto de vista da reconstrução de um cotidiano, muitas vezes perdido pelo sofrimento psíquico, e também como importante auxiliar no tratamento, a partir dos diversos dispositivos de apoio e de solidariedade oferecidos por atores não inscritos no campo médico.

Há um elemento a considerar, o da construção social do doente mental. É sabido que os “loucos” no passado eram simplesmente isolados do convívio social, seja pela pura e simples expulsão da comunidade¹, passando pelas casas de internamento e até pela terapêutica moderna, inaugurada por Pinel, onde o asilo, local de tratamento era também local de confinamento e de exclusão. O sentido do internamento, embora as instituições se tenham mantido relativamente inalteradas, começa a mudar. A loucura é agora compartimentalizada em campos discursivos próprios, é instrumentalizada por técnicas terapêuticas. Mas o doente mental ainda é objeto de exclusão, isolamento e até condenação moral. O doente mental, isolado em um manicômio, lentamente é acometido do que Goffman chama de “morte social”: desestruturação completa de seus laços de sociabilidade, interiorização dos padrões institucionalizados da rotina hospitalar, a ponto de louco e hospital se confundirem.

¹ “Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” (Foucault, 2005: 9).

Analisar redes sociais de portadores de transtorno mental significa levar em consideração a particularidade do estigma da doença mental e o processo de (des)estruturação social resultante da trajetória do doente mental. Significa incorporar o campo institucional (os profissionais de saúde e suas instituições: os hospitais, os manicômios, os centros de atendimento) porque nestes espaços passam a acontecer parte significativa do cotidiano dessas pessoas, o campo das sociabilidades secundárias destas pessoas e de seus cuidadores²: associações de moradores, ONGs, Igrejas; os campos de sociabilidade primária dos doentes mentais: amigos, parentes, colegas de trabalho, vizinhos. Pessoas com quem se relacionam e de onde retiram apoio para o enfrentamento de seu sofrimento psíquico.

Apoio social ou como as pessoas constroem solidariedade

As redes de apoio dos portadores de transtorno mental estão bastante ancoradas na sociedade civil (associações, ONGs,) e na esfera privada (famílias, amigos, redes primárias de forma geral), que inclui, deste modo, além dos profissionais do campo médico, familiares, amigos, associações e grupos de apoio.

Na literatura consultada, encontramos uma rica discussão sobre o fenômeno da “solidariedade”: sobre como se manifesta este fenômeno, como em diversas civilizações acontece esta prática³. Em literatura mais específica sobre cuidados com portadores de transtorno mental, encontramos um debate sobre apoio social, refletindo sobre como o fenômeno da solidariedade se manifesta neste campo de sociabilidade particular. Apresentamos, aqui, de forma sumária, um breve relato deste debate⁴.

Contemporaneamente, as ações estruturadoras da solidariedade se localizam principalmente no mercado e no estado, definindo as ações sociais dominantes, calcadas na racionalidade instrumental: o dinheiro e o poder (Habermas, 1978). Os intercâmbios estabelecidos entre os atores não se dão de forma pontual e localizada, como é o caso das situações de troca de mercado entre consumidores, ou nas relações do Estado na provisão de serviços públicos, caracterizando também uma relação localizada entre o produtor de bens e o detentor de direitos (o cidadão). As ações não estabelecidas pela racionalidade instrumental, entretanto, sempre estiveram presentes e se constituem em instrumento indispensável à manutenção do tecido social. Localizando-se na esfera do mundo da vida (e definidas operacionalmente pela racionalidade substantiva), estas ações produzem solidariedade de outro nível. A solidariedade produzida na esfera do mundo da vida se dá a partir de trocas não circunscritas em um espaço de tempo, traduzindo-se antes de tudo pela reafirmação de laços sociais que se prolongam por uma trajetória de sociabilidade não necessariamente inscrita na contabilidade da equivalência de objetos que se intercambiam. A troca se dá a partir do dom.

² Os cuidadores, quando existem, são membros da família, com forte presença feminina (mães, esposas e filhas).

³ Neste caso, a importante discussão de Mauss, com o seu ensaio sobre a dádiva, que ainda hoje inspira muitos acadêmicos.

⁴ Já apresentamos, em outro local (Fontes: 1999) uma revisão da literatura sobre redes sociais e solidariedade. Introduziremos aqui algum comentário sobre este assunto, ligando-o à literatura sobre apoio social (*social support*), de origem predominantemente norte-americana, que procura explicar a importância dos vínculos sociais para a saúde das pessoas, e também para o enfrentamento das adversidades.

Os processos de solidariedade originários a partir do fenômeno do dom e ancorados no cotidiano se constituem em elemento fundamental na estruturação do vínculo social. Primeiro, como nos mostra Godbout, a partir da transformação do indivíduo em pessoa, "sujeito que se posiciona em uma série de atos de direitos e obrigações, de dívidas e créditos, que desenham sua existência concreta, que estabelece o lugar real, simbólico ou imaginário, onde as pessoas entram em interação... lugar de interconhecimento direto e concreto seja efetivas – relações face a face ou simplesmente virtuais" (Godbout, 1992: 197). Depois, o estabelecimento da reciprocidade e da interdependência mútua que caracteriza a estruturação da sociedade, como nos mostra Gouldner (1960). Este processo de certa forma complementa as atividades inscritas na esfera econômica, onde o padrão de troca, levado a cabo a partir da divisão do trabalho, é realizado, resultando na interdependência entre as pessoas.

Como funcionam estes mecanismos de solidariedade? Desde Durkheim, em seu clássico "da divisão do trabalho social", os processos geradores de solidariedade, fundamentais para a manutenção do laço social, estão associados à interdependência entre os indivíduos em suas atividades cotidianas. Deste modo, as instituições sociais, locais de desempenho dos papéis sociais, seriam o *locus* das práticas de solidariedade. Das práticas de solidariedade, identificadas por Mauss (2003) enquanto produtoras de "dádiva", ou aquelas encontradas no mercado, não haveria diferenças significativas no que diz respeito às suas características básicas (geradoras de interdependência, estabelecedoras de vínculo social, etc.). A localização destes processos de sociabilidade, entretanto, se daria de maneira diferente.

Nas sociedades modernas, aparentemente, haveria uma predominância das práticas sociais orientadas pelo dinheiro ou pelo poder, segundo a tese de Habermas⁵. As outras práticas (estruturadas no mundo da vida), entretanto, não desaparecem; inclusive, são de vital importância para o funcionamento destas sociedades (é a tese de Godbout). Estas práticas se estruturam a partir da construção de redes sociais centradas nos processos de sociabilidade vivenciados pelos indivíduos em seu cotidiano.

No campo dos cuidados de saúde, estes não se restringem aos profissionais da área médica. Como vimos, parte importante dos atores está localizada em campos de sociabilidade da sociedade civil (associações voluntárias, ONGs) e na esfera privada (as redes de sociabilidade primária – família, vizinhos, amigos). Existe uma intensa literatura que trata do assunto, descrevendo este fenômeno pelo nome de "Apoio Social", que pode ser definido como "o conjunto de provisões instrumentais ou expressivas, reais ou percebidas, levado pela comunidade, redes sociais e amigos íntimos" (Peña, 2003). Segundo Peña, devem ser considerados três níveis de análise dos mecanismos que ativam o Apoio social: (a) a comunidade; (b) as redes sociais; (c) as ligações mais íntimas, que proporcionam um vínculo mais estreito (Peña, 2003).

O apoio social está ligado ao fenômeno do dom, de manifestação mais larga que cuidados a pessoas. É uma forma de circulação de recursos aportada por práticas de sociabilidade fora do mercado e do Estado. Em uma manifestação mais particular, a de cuidados a doentes ou pessoas com necessidades, ou a atenção e conforto psicológico resultantes desta relação, o apoio social tem efeitos muitos conhecidos na saúde das pessoas e, indiscutivelmente, não pode ser substituído pela atenção proporcionada pelo Estado.⁶

⁵ Esta progressiva interdependência entre os indivíduos, ao lado de uma individualização crescente, provocada pela economia monetária, é exemplarmente analisada em Simmel (1983).

⁶ Consultar a respeito Badura (1986).

O apoio social mobiliza recursos na forma de apoio emocional ou de cuidados para o tratamento e acompanhamento da doença que podem ser alocados na esfera privada, a partir das redes primárias de sociabilidade (amizade, família, vizinhos) ou no campo da sociedade civil, a partir das redes secundárias (ONGs, associações de apoio, etc.). Os vínculos sociais estabelecidos entre as pessoas, resultam em uma prática que não se ancora em uma racionalidade típica do mercado ou do Estado, a instrumental. Trata-se de um campo específico, que denominamos de redes sócio-humanas, que fazem parte do complexo sistema que estrutura o cuidado e atenção à saúde (ao lado das redes sócio-técnicas e sócio-institucionais), mas com uma lógica própria.

Insisto no fato de que estas sociabilidades se desenvolvem com uma lógica própria, não sendo, portanto, passível serem substituídas por outras lógicas, e que a sua existência é indispensável a uma prática adequada de cuidados a pessoas que mereçam atenção especial (doentes e idosos, por exemplo). A literatura sobre portadores de transtorno mental é bastante clara a este respeito: os benefícios do apoio social sobre a saúde física e mental das pessoas não são aportados de outra forma a não ser a partir da complexa relação estabelecida a partir do vínculo ancorado no dom.

Sobre os cuidados com os portadores de transtorno mental: a reforma psiquiátrica e o desasileamento

Na década de 60, na Europa, inicia-se um movimento que põe em questão a até então dominante prática de tratamento dos doentes mentais, o asilamento, o isolamento em manicômios. Beneficiadas de certa forma pela revolução do tratamento provocada pela descoberta e aperfeiçoamento de uma série de medicamentos, estas pessoas podiam mais facilmente controlar suas crises e, portanto, ter a oportunidade de uma assistência domiciliar. Abre-se a possibilidade de questionar o modelo terapêutico dominante, fortemente autoritário: pessoas isoladas do convívio social, estigmatizadas e, segundo os críticos mais mordazes, cada vez mais assujeitadas à cultura manicomial.

As causas da doença mental são agora também atribuídas, ao lado dos processos de natureza biológicas, a processos sociais. O internamento em manicômios, desconsiderando esta questão, poderia exercer efeitos contrários ao esperado, o de controle e cura da doença. Defende-se agora o tratamento domiciliar, a reconstrução das redes sociais e o empoderamento do doente mental. Este processa-se a partir do momento em que o indivíduo se põe em contato mais intenso com a família, com os amigos, enfim, quando cada vez mais se aproxima de uma rotina de sociabilidade “normal”⁷.

No Brasil, a reforma psiquiátrica é resultado de um longo processo onde não somente os aspectos mais específicos da organização dos serviços de saúde mental são considerados, mas o sistema de saúde como um todo. Podemos afirmar que o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil faz parte do movimento pela reforma sanitária, que culminou na implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) no início da década de 90.

A reforma sanitária faz parte de um grande processo descentralizador, com origens na Europa na década de 1970, chegando à América Latina na década seguinte, com a crise de legitimação dos regimes militares. Inaugura-se no continente uma vaga descentralizadora, e o poder local se converte em um denominador comum: é a principal bandeira de luta dos

⁷ Consultar a respeito Legewie e Wiedermann (1986).

movimentos populares, de todos os partidos de esquerda, assim como dos projetos políticos conservadores e também apoiado por agências internacionais de desenvolvimento.

Participação popular e descentralização são os ingredientes de uma fórmula mágica, espécie de panacéia para as frequentes crises de legitimação experimentadas pelas democracias ocidentais, com a consequente deslegitimação de seus instrumentos de organização política mais importantes, os partidos e os sindicatos. Os novos atores sociais passam a ser os principais agentes desta nova ordem política, instituída enquanto projeto restaurador dos ideários da democracia. Trata-se, na verdade, de um projeto que pretende encontrar uma fórmula que, de certo modo, corrija os vícios da democracia representativa (sem descartá-la), resgatando o princípio da universalidade, da possibilidade de existência de um foro para todos os segmentos da sociedade civil.

A ação descentralizadora, vista como um processo administrativo cujo objetivo é o aumento da eficiência com o aproveitamento racional dos recursos públicos disponíveis deve considerar a esfera pública (lugar por excelência para a decisão sobre a produção de bens públicos) como um instrumento potencialmente poderoso para lograr a justiça social. Neste sentido, o processo descentralizador surge indissolúvelmente ligado ao componente participativo, ferramenta de ampliação do acesso da sociedade civil à tomada de decisões.

A gestão participativa tem o conteúdo particularmente ancorado no local. Argumenta-se que as questões locais afetam mais diretamente o cotidiano das pessoas e que, portanto, devem ser resolvidas localmente. A esfera político-administrativa local, o município, deve organizar padrões de gestão onde o componente participativo seja o principal instrumento. A transferência, pois, de competência decisória a comunidades locais é o ingrediente fundamental do processo descentralizador, significando distribuição de poderes.

No Brasil, as experiências das décadas de 70 e 80 mostram que, muito além de meras declarações de princípios, as práticas de participação popular na gestão urbana se propagaram de forma impressionante por todas as partes. Entretanto, mesmo conduzidas por atores sinceramente empenhados em fazer valer os princípios de uma prática verdadeiramente democrática, estas experiências geraram também novos problemas. **Examinando a literatura** destas décadas, e comparando com escritos mais recentes, verificamos uma significativa contradição: de um lado, o otimismo, apoio e entusiasmo em relação à funcionalidade destes novos sistemas de gestão; por outro, certo descontentamento ao constatar que as coisas não funcionam tão bem como se previa.

A reforma Sanitária e a consequente descentralização do Sistema de Saúde talvez seja uma das mais bem sucedidas experiências de descentralização. Com amplitude nacional, e fortemente regulamentada – garantindo desta forma recursos, base institucional para execução e consequente diminuição do risco de descontinuidade das políticas – esta reforma é o resultado de um intrincado jogo político, com atores se enfrentando na regulação de um sistema complexo – o da gestão de políticas de saúde – envolvendo interesses frequentemente em conflito. É o resultado da mobilização dos militantes da saúde pública, inconformados com uma prática médica dominante ancorada na especialização, fortemente orientada para ações curativas e com cada vez mais presença de interesses privados. A luta pela reforma sanitária traz como principal tópico da agenda o da universalização do acesso, de um lado, e uma ênfase em práticas de promoção de saúde, de outro.

O desenho do modelo é bastante complexo: desde a base (os municípios) até ao topo da hierarquia administrativa brasileira (a Federação) são introduzidos mecanismos de partici-

pação popular, com os Conselhos de Saúde, formados por representantes da sociedade civil. Estes Conselhos e as Conferências de Saúde, definem a agenda da saúde pública do país.

O conteúdo pleno desta prática de cuidados de saúde envolve, conseqüentemente, não somente um modelo de gestão descentralizada e participativa – que no sistema de saúde se estrutura para a definição das agendas a partir dos Conselhos e das Conferências – mas também uma intensa relação entre a equipe de saúde da municipalidade e a população, a partir das redes das comunidades onde habitam, vivem e constroem seus cotidianos. A saúde não é mais objeto de atenção do indivíduo e seu corpo com o cuidador: é o cuidado do corpo, do estado de sanidade, incorporado à promoção da saúde, à participação da comunidade e suas associações e também ao envolvimento das famílias, dos vizinhos. Trata-se, portanto, de uma concepção onde a construção e o resgate destas redes comunitárias e primárias são o conteúdo principal.

Em 6 de Abril de 2001 é promulgada a Lei n. 10.216, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Esta lei se baseia em um projeto do Deputado Paulo Delgado, que tramitou no Congresso Nacional por mais de uma década. A sua versão final foi apresentada a partir de um substitutivo do Senador Sebastião Rocha. Esta Lei formaliza uma prática que há algum tempo tem sido adotada em algumas cidades brasileiras⁸, a de oferecer um modelo de assistência diverso do até então existente, o do internamento hospitalar, e a de estimular o apoio da comunidade e dos laços primários do assistido enquanto instrumento central do tratamento. Com efeito, o artigo 2, Parágrafo Único, IX afirma ser direito fundamental da pessoa portadora de transtorno mental “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental; o artigo 4., §3 veda a internação de pacientes portadores de transtorno mental em instituições com características asilares”.

O modelo de assistência e de tratamento segue o mesmo padrão ditado pelas diretrizes da reforma sanitária: territorialização, participação comunitária e ambiente multidisciplinar. Para o caso dos portadores de transtorno mental, instituem-se os CAPs (Centros de Atenção Psicossocial), com as seguintes características:

“...devem oferecer condições que inexistem nos ambulatórios, no sentido de uma atenção diária e integral; devem ser regionalizados e oferecer um tratamento dito comunitário ou territorializado; isto é, que não retire o paciente de seus vínculos sociais e baseie-se não apenas nos recursos da instituição mas nos recursos comunitários; devem oferecer possibilidades expressivas, relacionais, de atividades e de convivência diversificadas e devem incorporar à ação terapêutica iniciativas de ajuda concreta à existência global do paciente antes tidas como extraclínicas”(Tenório, 2002: 50).

Como consequência principal, o declínio do número de leitos em hospitais psiquiátricos, que passa de 72.514 em 1996 para 53.180 em 2003, um decréscimo de 26,6%, com a progressiva instalação dos CAPs e a inauguração de uma nova prática terapêutica. Como consequências secundárias, os autores têm apresentado alguns efeitos às vezes inesperados ou não desejados, seja pelo não cumprimento integral do modelo, seja por inadequações da nova proposta de intervenção aos ditames da resistência cultural ou mesmo dos profissionais de saúde mental. Alguns pontos merecem ser considerados:

(a) *a descentralização e as interfaces entre os diversos níveis político-administrativos*. Silva (2003) afirma que “a implementação dos princípios do SUS – como a descentralização da

⁸ Por exemplo, a experiência de Santos, do NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial), tem início na década de 90.

gestão, a atenção integral e a participação da comunidade – desencadeia tantos processos político-administrativos, gerando conflitos entre recursos e responsabilidades. Esse processo de descentralização acaba encarregando mais do que empoderando municípios, serviços e profissionais”.

(b) *O desengajamento do Estado* – já há algum tempo os especialistas alertam que os processos descentralizadores podem resultar em transferência de responsabilidades desacompanhadas de recursos adequados e que este fato implica concretamente em uma oferta dos serviços reduzida. A mesma questão tem sido apontada por especialistas da reforma psiquiátrica: “deve-se ter o cuidado para que o Estado não se exima por completo de sua responsabilidade, ao transferir o atendimento a pacientes psiquiátricos para unidades fora de sua rede. A transferência do cuidado dos usuários de saúde mental para CAPs municipais e até para aqueles administrados por organizações da sociedade civil não pode significar a desresponsabilização do Estado. Para o Ministério da Saúde é cômodo e econômico tirar dos hospitais os pacientes internados, como acontece com os beneficiados pelo Programa de Volta para Casa⁹. Neste caso, o usuário dos serviços de saúde mental recebe um benefício de um salário mínimo. Caso continuassem os internamentos, o MS gastaria cerca de 3,5 vezes mais por cada paciente (Mattar, 2004). Também deve ser considerado o fato de que em países de baixo ou médio desenvolvimento, o Estado do Bem Estar Social não se desenvolve de forma satisfatória, o que faz com que as famílias ou grupos da sociedade civil sejam os provedores principais dos cuidados. Há um risco bastante alto que com a reforma, a desinstalação dos manicômios não seja acompanhada pela substituição dos serviços antes ofertados por outros, o que resulta na maior presença do que Alves (1998) denomina Sociedade-Providência:

“A Política de Saúde Mental em Portugal é analisada a partir do conhecimento dos modos de produção de respostas na saúde mental. ... Portugal é uma sociedade semi-periférica, e a sociedade providência [é constituída de modo particular] em que as redes de solidariedade que se processam na base de laços de parentesco (a família) aparecem como forma de resposta social aos problemas que a doença mental coloca.

A nossa hipótese anuncia a contradição encontrada a nível das Políticas de Saúde Mental entre o definido legalmente (Psiquiatria Comunitária de Inserção social) e a realidade prática (exclusão social) e introduz as famílias e portanto a sociedade-providência como fundamental nesta análise” (Alves, 1998, pp. 6-7).

(c) Finalmente, deve-se considerar se efetivamente há um ambiente sócio-cultural ao estabelecimento de práticas previstas na reforma psiquiátrica. De um lado, se há efetiva densidade associativa, conseqüentemente, se as condições de participação são preenchidas; se as comunidades dispõem de densidade adequada de capital social, permitindo, desta forma uma efetiva participação. Por outro, se os diversos atores envolvidos diretamente nos cuidados (profissionais de saúde em geral, membros das redes primárias dos pacientes envolvidos diretamente na sua assistência) assimilam o conteúdo ou a filosofia desta nova prática, incorporando-a sem resistências, ou se, diante de um quadro institucional novo, velhas mentalidades ainda persistem. Se, por exemplo, as famílias – por conta da difícil tarefa de lidar com o preconceito, o estigma e a exclusão – julgarem mais adequada a prática tradicional do asilamento e que, na impossibilidade prática de internar o portador de

⁹ Programa que dispõe sobre auxílio monetário aos portadores de transtorno mental, ou seu representante legal instalado a partir da Lei n. 10708 de 31 de julho de 2003.

transtorno mental, o isole em sua residência e o exclua do convívio social; ou se a equipe de saúde ainda considere mais eficaz o tratamento medicamentoso, utilizando-o preferencialmente a outro que se apresente como alternativo.

112

Referências Bibliográficas

- ALVES, Maria de Fátima Pereira – *A família como suporte da política de saúde mental em Portugal*. Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 1998 (Dissertação de Mestrado).
- BADURA, Bernhard – “Social networks and the quality of life”. In: FRICK, Dieter (Ed.) *The quality of urban life. Social, psychological and physical conditions*. Berlin: Walter de Gruyter, 1986, pp. 55-61.
- FONTES, Breno Augusto Souto Maior – “Capital Social e Terceiro Setor: Sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias”. *Cadernos do CRH*, 30/31, 1999, pp. 239-264.
- FOUCAULT, Michel – *História da Loucura*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2005.
- GODBOUT, Jacques – *L'esprit du don*. Paris: Edition la Découverte, 1992.
- GOULDNER, Alvin – “The norm of reciprocity: a preliminary statement”. *American Sociological Review*, nº 25, 1960, pp. 161-178
- HABERMAS, Jürgen – *Raison et légitimité. Problèmes de légitimation dans le capitalisme avancé*. Paris: Payot, 1978.
- LEGEWIE, Heiner; WIEDERMANN, Peter M. – “Part E: Mental Health – Introduction”. In FRICK, Dieter (Ed.) *The quality of urban life. Social, psychological and physical conditions*. Berlin: Walter de Gruyter, 1986, pp. 219-227.
- MATTAR, Maria Eduarda – “Mais reforma em mente”. *La insignia*. 10 de outubro de 2004.
- MAUSS, Marcel – *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naïf, 2003.
- PEÑA, Roser Fernandes – “Redes Sociales, apoyo social y salud”. *Periferia*. nº 3, 2003. (disponível no site www.periferia.name)
- SILVA, Pedro Luiz Barros – “Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década”. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1), 2003, pp. 69-85.
- SIMMEL, Georg – “Sociabilidade – um exemplo da sociologia pura ou formal”. In FILHO, Evaristo Morais (organizador da coletânea). *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983, pp.165-181.
- TENÓRIO, Fernando – “A reforma psiquiátrica brasileira na década de 80 aos dias atuais”. *História, Ciências, Saúde*. Vol. 9(1), 2002, pp. 25-59.