

ACESSO ABERTO

Autoria

Isaac de Souza Faria^{1*}

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6434-334X>

*Correspondente: isaacshj@gmail.com

Instituição

¹Secretaria Municipal de Habitação (Cohab-SP), São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo • Direitos autorais[©]

Faria IS. Saúde como Direito humano: Memória, Participação Social e Transformação no Território de M'Boi Mirim. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650057. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650057>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Chefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Submetido

03-09-2026

Aceito

08-09-2026

Artigo de Reflexão

Saúde como Direito humano: Memória, Participação Social e Transformação no Território de M'Boi Mirim

Health as a Human Right: Memory, Social Participation, and Transformation in the M'Boi Mirim Region

La Salud como Derecho Humano: Memoria, Participación Social y Transformación en el Territorio de M'Boi Mirim

Resumo

Objetivo: refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) como direito humano, articulando sua construção histórica às transformações vividas no território de M'Boi Mirim, na cidade de São Paulo. **Método:** artigo de reflexão construído a partir da memória autobiográfica do autor, do texto-base elaborado sobre a história local e de diálogo com artigos científicos sobre o SUS, a Estratégia Saúde da Família, participação social, violência urbana e modelos de gestão. **Resultados:** a reflexão mostra que a concretização do direito à saúde no território ocorreu de forma progressiva, com ampliação da atenção primária, presença de agentes comunitários, organização popular, conselhos gestores e estruturação de uma rede assistencial mais próxima das famílias. A experiência de M'Boi Mirim também mostra que o SUS ganha sentido concreto quando a universalidade e a equidade deixam o plano normativo e passam a ser vividas nas ruas, nas unidades de saúde e nos espaços de participação comunitária. **Conclusão:** compreender o SUS como direito humano exige reconhecer sua origem democrática e sua realização cotidiana nos territórios. A memória local permite observar que políticas públicas, trabalhadores e participação social podem transformar condições de acesso e fortalecer a cidadania.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Direito à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Participação Social; Saúde da Família.

Abstract

Objective: to reflect on the Brazilian Unified Health System (UHS) as a human right, linking its historical construction to transformations experienced in the M'Boi Mirim territory in São Paulo. **Method:** reflection article based on the author's autobiographical memory, the original text about local history, and dialogue with scientific articles on UHS, the Family Health Strategy, social participation, urban violence, and management models. **Results:** the reflection indicates that the right to health became progressively concrete in the territory through the expansion of primary health care, community health workers, popular organization, health councils, and a care network closer to families. The M'Boi Mirim experience also shows that UHS acquires concrete meaning when universality and equity move from normative principles into everyday life. **Conclusion:** understanding UHS as a human right requires recognition of its democratic origin and its daily realization in territories. Local memory shows how public policies, health workers, and social participation can change access conditions and strengthen citizenship.

Descriptors: Unified Health System; Right to Health; Primary Health Care; Social Participation; Family Health.

Resumen

Objetivos: reflexionar sobre el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño como derecho humano, articulando su construcción histórica con las transformaciones vividas en el territorio de M'Boi Mirim, en São Paulo. **Método:** artículo de reflexión basado en la memoria autobiográfica del autor, en el texto original sobre la historia local y en el diálogo con artículos científicos sobre el SUS, la Estrategia Salud de la Familia, participación social, violencia urbana y modelos de gestión. **Resultados:** la reflexión indica que el derecho a la salud se concretó progresivamente en el territorio mediante la expansión de la atención primaria, la presencia de agentes comunitarios, la organización popular, los consejos de salud y una red asistencial más cercana a las familias. La experiencia de M'Boi Mirim muestra que el SUS adquiere sentido concreto cuando universalidad y equidad pasan al cotidiano de la población. **Conclusión:** comprender el SUS como derecho humano exige reconocer su origen democrático y su realización diaria en los territorios. La memoria local permite observar cómo las políticas públicas, los trabajadores y la participación social pueden modificar las condiciones de acceso y fortalecer la ciudadanía.

Descriptores: Sistema Único de Salud; Derecho a la Salud; Atención Primaria de Salud; Participación Social; Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores conquistas sociais da democracia brasileira, resultado de décadas de lutas pela construção de um modelo de saúde que reconhecesse o atendimento como um direito de todos e não como privilégio de poucos. Antes de sua criação, o acesso à assistência era marcado pela desigualdade e estava, em grande parte, vinculado à Previdência Social, deixando milhões de brasileiros dependentes de serviços públicos limitados, instituições filantrópicas ou de recursos próprios. A literatura sobre a formação do sistema de saúde brasileiro confirma essa mudança de um modelo segmentado para um sistema orientado pela universalidade do direito à saúde⁽¹⁻²⁾.

No início do século XX, as políticas de saúde estavam concentradas principalmente no combate às epidemias e na proteção das cidades. Em 1923, a Lei Eloy Chaves criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões, dando início a um modelo de proteção social ligado a determinadas categorias profissionais. Décadas depois, em 1977, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica previdenciária, mas ainda distante de um sistema verdadeiramente universal. Esse percurso histórico ajuda a compreender por que a Reforma Sanitária Brasileira foi uma mudança política e social, e não apenas administrativa^(1,3).

Foi durante as décadas de 1970 e 1980 que o Movimento da Reforma Sanitária ganhou força, reunindo profissionais da saúde, pesquisadores, intelectuais e movimentos sociais que defendiam uma mudança profunda na forma como o Estado tratava a saúde pública. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde tornou-se um marco dessa transformação ao defender a saúde como direito de cidadania e responsabilidade do Estado. Estudos sobre a Conferência mostram que a universalidade foi discutida em vínculo direto com o conceito ampliado de saúde e com a redemocratização do país⁽³⁻⁴⁾.

Essa luta encontrou sua principal conquista na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu, em seu artigo 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Os artigos 196 a 200 estabeleceram as bases do SUS, posteriormente regulamentadas pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. A partir daí, o Brasil passou a construir um sistema baseado na universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Esses princípios alteraram a relação entre cidadania, acesso e responsabilidade pública pela saúde^(2,5).

Mais do que uma política pública, o SUS representa uma mudança histórica na relação entre Estado e cidadão. Está presente na vacinação, na atenção básica, na vigilância sanitária, nos transplantes, nos tratamentos de alta complexidade e em inúmeras ações que muitas vezes não percebemos no cotidiano. A Atenção Primária à Saúde (APS), organizada de forma territorial e vinculada a um sistema universal, tem relação direta com a efetivação do direito à saúde e com a redução das desigualdades de acesso⁽⁶⁾.

Dito isto, o objetivo desta comunicação científica é refletir sobre o SUS como direito humano, articulando sua construção histórica às transformações vividas no território de M'Boi Mirim, com ênfase na mobilização comunitária, na expansão da Saúde da Família e na aproximação dos serviços públicos das necessidades da população.

MÉTODO

Tipo de estudo e cenário

Trata-se de um artigo de reflexão construído a partir da memória autobiográfica do autor e do conteúdo de textos sobre o SUS como direito humano. A reflexão toma como eixo a construção histórica do SUS e sua concretização no território de M'Boi Mirim, com ênfase nas experiências vividas pelo autor, na mobilização popular e nas mudanças percebidas na rede local de saúde.

Para sustentar o diálogo entre a experiência local e o conhecimento científico, foram utilizados artigos científicos relacionados à história do SUS, Reforma Sanitária, direito à saúde, APS, Estratégia Saúde da Família, agentes comunitários, participação social, violência urbana e modelos de gestão em saúde. A seleção da literatura teve caráter intencional e não sistemático, orientada pela pertinência temática ao conteúdo do manuscrito e pela existência de publicação científica verificável.

Por se tratar de reflexão autobiográfica, sem coleta de dados com participantes, intervenção, acesso a prontuários ou utilização de informações pessoais identificáveis de terceiros, não houve submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. As referências foram empregadas para contextualização e sustentação da reflexão, sem transformar o artigo em revisão de literatura.

DESENVOLVIMENTO

SUS como conquista da democracia brasileira

Sua história demonstra que direitos sociais não são concessões, mas conquistas construídas pela sociedade. Defender o SUS é defender a própria ideia de que a saúde deve ser um direito de todos e não um privilégio de quem pode pagar. Essa compreensão ganha outro significado quando o olhar deixa a história nacional e se aproxima de um território onde as desigualdades sociais foram vividas no cotidiano.

O abraço que ajudou a transformar a saúde no M'Boi Mirim

Era um dia nublado, aos 19 de junho de 2003, em um terreno de campo aberto onde hoje está localizado o Terminal Jardim Ângela. Naquele dia, adultos e crianças se deram as mãos para realizar um grande abraço simbólico ao terreno, reivindicando a construção do tão sonhado e necessário Hospital M'Boi Mirim.

Ainda criança, guardo na memória aquele momento e a força daquela mobilização popular. Não era apenas um abraço a um terreno, mas um abraço à esperança de uma população que durante anos enfrentou dificuldades para ter acesso à saúde, aos tratamentos e aos serviços públicos necessários para viver com dignidade.

Naquele período, a região do M'Boi Mirim, especialmente o Jardim Ângela, carregava o peso de profundas desigualdades sociais. A propósito, em 1996, o Jardim Ângela chegou a ser apontado como uma das regiões mais violentas do mundo. Estudos posteriores sobre a violência no distrito mostram a intensidade dos homicídios e as mudanças observadas a partir dos anos 2000, relacionando essas mudanças a condições de vida, mobilização comunitária e políticas públicas⁽⁷⁾.

A mobilização pelo hospital fazia parte de uma luta muito maior pela transformação do território. A saúde precisava deixar de chegar apenas quando a doença já estava instalada e passar a estar presente diariamente na vida das famílias, por meio da prevenção, do acompanhamento e do cuidado próximo das comunidades.

Foi nesse processo que a implantação do Programa Saúde da Família, posteriormente consolidado como Estratégia Saúde da Família, representou uma mudança importante para o território. A presença das equipes de saúde nas comunidades aproximou o serviço público das famílias e fortaleceu a atenção básica, a prevenção e o acompanhamento dos moradores. Nas grandes cidades brasileiras, a expansão da Estratégia Saúde da Família ocorreu de forma desigual, mas modificou a organização da atenção primária e o acesso aos serviços⁽⁸⁻¹¹⁾.

A construção do Hospital M'Boi Mirim e a expansão da atenção básica demonstram que as grandes transformações de uma cidade também nascem da organização popular. Aquele abraço realizado em 2003 permanece como símbolo de uma comunidade que decidiu não aceitar a ausência do Estado e mostrou que, quando a população se organiza e reivindica seus direitos, a história pode começar a mudar.

Hoje, ao olhar para o território e lembrar daquele dia nublado, percebo que aquele abraço representava muito mais do que um gesto simbólico. Era o abraço de uma população inteira em defesa da vida, da saúde e da dignidade. Uma história construída por muitas mãos, muitas vozes e, sobretudo, pela esperança de que o futuro poderia ser diferente.

Participação social e organização da rede de saúde

Nesse processo de estruturação da rede, também ganhou importância o modelo de Organizações Sociais de Saúde, que passaram a atuar em parceria com o poder público na gestão e execução de serviços de saúde. No entanto, esse modelo não deixou de ser objeto de avaliação de representantes da participação social do território, que fizeram reflexões críticas sobre o modelo e contribuíram com a sua voz por melhorias na ampliação e organização da rede do SUS⁽¹²⁾.

A importância dessas parcerias dentro da lógica do SUS deve estar sob o olhar social dos que habitam no território onde as Organizações Sociais de Saúde operacionalizam seus serviços. O poder público permanece responsável pela formulação das políticas, pelo financiamento, pela fiscalização e pela garantia do direito à saúde, enquanto organizações parceiras podem participar da gestão e execução de serviços segundo contratos e diretrizes públicas. A literatura sobre as Organizações Sociais de Saúde em São Paulo mostra que esse modelo exige regulação, acompanhamento de resultados e inserção sistêmica na rede pública⁽¹³⁻¹⁴⁾.

É indubitável que a chegada de Organizações Sociais de Saúde ao nosso território trouxe um grande desafio e, ao mesmo tempo, uma importante missão: promover saúde e contribuir para fazer o SUS acontecer em uma região onde, até aquele momento, grande parte da população tinha pouco acesso aos serviços de saúde. Era um território marcado por profundas desigualdades sociais e pela ausência de infraestrutura básica, mas também por uma comunidade que nunca deixou de lutar e se organizar para transformar sua realidade.

Na memória do território que sustenta esta reflexão, em 2002 contávamos com apenas seis unidades de saúde. Em 2007, esse número havia chegado a vinte unidades. Essa ampliação significou mais equipes, mais profissionais, maior proximidade com as famílias e a possibilidade de levar o cuidado para lugares onde antes o acesso era limitado.

Mas os desafios eram enormes. Além da falta de equipamentos e da precariedade da infraestrutura, enfrentávamos a violência e a ausência ou insuficiência de saneamento básico. Promover saúde em um território com essas características significava compreender que saúde não se faz apenas dentro de uma unidade, mas também com moradia digna, saneamento, educação, segurança, alimentação e condições adequadas de vida.

Ao mesmo tempo, havia uma força que vinha da própria comunidade. As pessoas se organizavam nas igrejas, nas associações, nos movimentos sociais e nos espaços comunitários para reivindicar seus direitos. Um exemplo importante foi a atuação da Comunidade Santos Mártires, com o Padre Crowe, que teve papel significativo na organização popular e na defesa das políticas públicas para a região.

Também começava a ganhar força a participação popular por meio dos Conselhos Gestores, criando espaços para que os próprios moradores pudessem acompanhar, discutir e participar das decisões relacionadas aos serviços de saúde. Estudos realizados em áreas periféricas de São Paulo, incluindo M'Boi Mirim, mostram a relação entre trajetórias de mobilização comunitária e o funcionamento de conselhos locais de saúde, com efeitos sobre a participação e o debate das políticas públicas⁽¹²⁾.

A expansão da rede, a atuação dos profissionais da saúde, a parceria com instituições sérias e, sobretudo, a organização da comunidade formaram uma combinação importante para transformar a realidade da saúde na região. Não foi uma construção feita de cima para baixo. Foi um processo que envolveu poder público, trabalhadores da saúde, organizações sociais, igrejas, lideranças comunitárias e moradores.

Quando olho para essa história, percebo que fazer o SUS acontecer no território significava muito mais do que abrir unidades de saúde. Era necessário construir vínculos, conquistar a confiança das famílias e reconhecer que a população tinha conhecimento sobre seus próprios problemas e também capacidade para participar das soluções. A saúde começou, então, a ser construída junto com a comunidade.

Direitos escritos e direitos vividos no território

Se, no dia 19 de junho de 2003, o céu estava nublado enquanto a população se unia em um abraço simbólico por um futuro melhor para a saúde do território, posso afirmar que, em 2026, o tempo clareou. Ou, melhor ainda, o sol passou a iluminar uma realidade construída ao longo de décadas por meio da mobilização popular, das políticas públicas, dos trabalhadores da saúde e das parcerias que ajudaram a fazer o SUS acontecer no território.

A trajetória da saúde em M'Boi Mirim, demonstra na prática, a conquista de princípios fundamentais do SUS. Integralidade significa compreender que o cuidado não termina em uma consulta, mas envolve prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde. Equidade significa reconhecer que territórios historicamente vulnerabilizados precisam de políticas capazes de enfrentar suas desigualdades. A descentralização aproxima a gestão dos municípios e dos territórios, enquanto a participação social permite que a população seja parte da construção das políticas públicas^(5,6).

E se naquele 19 de junho de 2003 o tempo estava nublado, hoje podemos olhar para o território e enxergar um cenário diferente. Um exemplo dessa transformação está no Complexo de Saúde do Jardim Vera Cruz, que reúne diferentes equipamentos e

amplia as possibilidades de atendimento à população. Entre eles está a Unidade Básica de Saúde que carrega o nome e o legado do Dr. Fernando Proença de Gouvêa, ligado à história da saúde no território, além do Hospital Dia, com atendimento especializado, do Centro de Especialidades Odontológicas e da Unidade de Pronto Atendimento.

Essa estrutura representa uma mudança profunda para uma população que, durante muito tempo, enfrentou dificuldades para acessar serviços de saúde próximos de suas casas. Aquilo que antes parecia distante passou a fazer parte do cotidiano do território. A atenção básica, o atendimento de urgência, as especialidades e o cuidado odontológico passaram a compor uma rede mais próxima das necessidades dos moradores.

É importante reconhecer que essa transformação não aconteceu de forma isolada. Ela é resultado da atuação do poder público, dos trabalhadores da saúde, das organizações sociais, das lideranças comunitárias, das igrejas, dos conselhos gestores e, principalmente, de uma população que nunca deixou de reivindicar seus direitos. O SUS se fortalece quando existe compromisso institucional e quando a comunidade participa, fiscaliza, propõe e ajuda a construir as políticas públicas.

Hoje, em 2026, posso dizer que o céu clareou. Não porque todos os problemas foram resolvidos, mas porque o território avançou e conquistou uma rede de saúde muito mais estruturada. A população de M'Boi Mirim passou a ter uma presença mais efetiva do SUS em seu cotidiano, com equipamentos, profissionais e serviços mais próximos de suas necessidades.

O SUS chegou mais perto das pessoas, e as pessoas também passaram a ocupar mais os espaços de construção do SUS. Essa talvez seja uma das maiores conquistas: compreender que fazer saúde é cuidar, prevenir, tratar, ouvir e participar. É transformar direitos escritos na Constituição em direitos vividos no território. A continuidade dessa construção depende da preservação da orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família, de financiamento público e de capacidade de coordenação da rede, questões ainda presentes no debate científico sobre a atenção primária⁽¹⁵⁾.

Limitações do Estudo

Esta reflexão parte de memória autobiográfica, experiência territorial e literatura científica, sem pretensão de produzir uma reconstrução documental exaustiva da história do M'Boi Mirim.

Algumas informações locais, como a evolução do número de unidades de saúde, a participação de instituições e a configuração atual de equipamentos, foram mantidas conforme o texto-base e a memória do autor.

Esses registros não foram submetidos a validação documental sistemática. A natureza reflexiva do manuscrito também não permite estabelecer relações causais entre mobilização social, expansão da rede e mudanças nos indicadores de saúde.

Contribuições para a Ciência

O artigo aproxima a história nacional do SUS da experiência vivida em um território periférico da cidade de São Paulo. Essa perspectiva permite discutir o direito à saúde a partir da forma como ele é percebido no cotidiano, nas distâncias percorridas para atendimento, na presença das equipes de Saúde da Família e na participação comunitária.

Para a ciência da saúde coletiva, a reflexão reforça a utilidade de articular memória social, território e literatura científica na análise da efetivação de direitos. Também indica que estudos futuros podem confrontar narrativas locais com séries históricas de cobertura, estrutura da rede, participação social e indicadores de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando olho para aquela criança que um dia viveu as dificuldades de acesso à saúde e lembro daquele 19 de junho de 2003, percebo que o abraço ao terreno representava muito mais do que uma reivindicação por um hospital. Era um abraço pela dignidade, pelo direito à saúde e por um futuro diferente.

A história do M'Boi Mirim demonstra que políticas públicas ganham força quando encontram uma população organizada e disposta a participar. A expansão das unidades, o trabalho das equipes de Saúde da Família, a atuação dos movimentos comunitários e as parcerias na execução de serviços fizeram parte de uma mesma caminhada: transformar um território marcado pela exclusão em um território onde o direito à saúde pudesse, cada vez mais, tornar-se realidade.

Se naquele dia o céu estava nublado, hoje podemos dizer que o sol nasceu para iluminar uma história construída por muitas mãos. Uma história que ainda está sendo escrita e que nos lembra que a luta por saúde pública, universal e de qualidade nunca termina, porque defender o SUS é defender a vida, a cidadania e a dignidade de cada pessoa que vive neste território.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Transparência na contribuição dos autores segundo a Taxonomia [CRediT](#).

Conceitualização	Isaac de Souza Faria
Curadoria de dados	Isaac de Souza Faria
Análise formal	Isaac de Souza Faria
Aquisição de financiamento	Não aplicável
Investigação	Isaac de Souza Faria
Metodologia	Isaac de Souza Faria
Administração do projeto	Isaac de Souza Faria
Recursos	Isaac de Souza Faria
Software	Não aplicável
Supervisão	Isaac de Souza Faria
Validação	Isaac de Souza Faria
Visualização	Isaac de Souza Faria
Escrita - esboço original	Isaac de Souza Faria
Escrita - revisão e edição	Isaac de Souza Faria

DECLARAÇÕES

Conflitos de interesse	Não aplicável
Financiamento	Não aplicável
Aprovação ética	Não aplicável
Agradecimentos	Não aplicável
Preprint	Não aplicável
Inteligência Artificial	Não aplicável

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-1797. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
2. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-356. doi:10.1016/S0140-6736(19)31243-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)

3. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*. 2008;18(4):625-644. doi:10.1590/S0103-73312008000400003. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400003>
4. Rosário CA, Baptista TWF, Matta GC. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde Debate*. 2020;44(124):17-31. doi:10.1590/0103-1104202012401. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012401>
5. Souza RR. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(spe):765-770. doi:10.1590/S0080-62342007000500004. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500004>
6. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3):e00012219. doi:10.1590/0102-311X00012219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>
7. Ruotti C, Regina FL, Almeida JF, Nasser MMS, Peres MFT. A ocorrência de homicídios no município de São Paulo: mutações e tensões a partir das narrativas de moradores e profissionais. *Saude Soc*. 2017;26(4):999-1014. doi:10.1590/S0104-12902017170254. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170254>
8. Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1389-1398. doi:10.1590/1413-81232015215.24842015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>
9. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1903-1914. doi:10.1590/1413-81232018236.05592018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
10. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet*. 2021;26(suppl 1):2543-2556. doi:10.1590/1413-81232021266.1.43952020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
11. Morosini MVGC, Fonseca AF, Vieira-Meyer APGF. Agentes Comunitários na Estratégia Saúde da Família: 30 anos de resistência e avanços. *Cien Saude Colet*. 2025;30(12):e08222025. doi:10.1590/1413-812320253012.08222025. <https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.08222025>
12. Coelho VSP, Ferraz A, Fanti F, Ribeiro M. Mobilização e participação: um jogo de soma zero? Um estudo sobre as dinâmicas de conselhos de saúde da cidade de São Paulo. *Novos Estud CEBRAP*. 2010;(86):121-139. doi:10.1590/S0101-33002010000100007. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002010000100007>
13. Ibañez N, Bittar OJNV, Sá ENC, Yamamoto EK, Almeida MF, Castro CGJ. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2001;6(2):391-404. doi:10.1590/S1413-81232001000200009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200009>
14. Coelho VSP, Greve J. As Organizações Sociais de Saúde e o desempenho do SUS: um estudo sobre a atenção básica em São Paulo. *Dados*. 2016;59(3):867-901. doi:10.1590/00115258201694. <https://doi.org/10.1590/00115258201694>
15. Giovanella L, Mendonça MHM, Campos EMS, Vilasbôas ALQ, Aquino R, Facchini LA. Thirty years of the Family Health Strategy in the Brazilian Unified National Health System: milestones, advances, setbacks and challenges. *Cad Saude Publica*. 2026;42:e00206025. doi:10.1590/0102-311XEN206025. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN206025>