

ACCESO ABIERTO

Autoría

Isaac de Souza Faria^{1*}

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

*Correspondiente: isaacshj@gmail.com

Institución

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

Cómo citar este artículo • Derechos de autor[©]

Faria IS. La Salud como Derecho Humano: Memoria, Participación Social y Transformación en el Territorio 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 Jefe

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

André Ramalho • Editor Científico

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

Sumisión

03-09-2026

Aprobación

08-09-2026

Artículo de Reflexión

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

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

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.

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.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Único de Salud (SUS) es uno de los mayores logros sociales de la democracia brasileña, resultado de décadas de luchas por la construcción de un modelo de salud que reconociera la atención médica como un derecho de todos y no como un privilegio de unos pocos. Antes de su creación, el acceso a la atención se caracterizaba por la desigualdad y estaba, en gran medida, vinculado a la Seguridad Social, lo que dejaba a millones de brasileños dependientes de servicios públicos limitados, instituciones filantrópicas o de sus propios recursos. La literatura sobre la formación del sistema de salud brasileño confirma este cambio de un modelo segmentado a un sistema orientado hacia la universalidad del derecho a la salud⁽¹⁻²⁾.

A principios del siglo XX, las políticas de salud se centraban principalmente en la lucha contra las epidemias y la protección de las ciudades. En 1923, la Ley Eloy Chaves creó las Cajas de Jubilaciones y Pensiones, dando inicio a un modelo de protección social vinculado a determinadas categorías profesionales. Décadas más tarde, en 1977, se creó el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS), a cargo de la asistencia médica de la seguridad social, pero aún lejos de un sistema verdaderamente universal. Este recorrido histórico ayuda a comprender por qué la Reforma Sanitaria Brasileña fue un cambio político y social, y no solo administrativo^(1,3).

Fue durante las décadas de 1970 y 1980 cuando el Movimiento por la Reforma Sanitaria cobró fuerza, reuniendo a profesionales de la salud, investigadores, intelectuales y movimientos sociales que defendían un cambio profundo en la forma en que el Estado abordaba la salud pública. En 1986, la 8.ª Conferencia Nacional de Salud se convirtió en un hito de esa transformación al defender la salud como un derecho de ciudadanía y una responsabilidad del Estado. Los estudios sobre la Conferencia muestran que la universalidad se discutió en relación directa con el concepto ampliado de salud y con la redemocratización del país⁽³⁻⁴⁾.

Esta lucha alcanzó su principal logro en la Constitución Federal de 1988, que estableció, en su artículo 196, que la salud es un derecho de todos y un deber del Estado. Los artículos 196 a 200 sentaron las bases del SUS, posteriormente reguladas por las Leyes n.º 8.080 y n.º 8.142, de 1990. A partir de ahí, Brasil comenzó a construir un sistema basado en la universalidad, la integralidad, la equidad, la descentralización y la participación social. Estos principios transformaron la relación entre ciudadanía, acceso y responsabilidad pública en materia de salud^(2,5).

Más que una política pública, el SUS representa un cambio histórico en la relación entre el Estado y el ciudadano. Está presente en la vacunación, la atención básica, la vigilancia sanitaria, los trasplantes, los tratamientos de alta complejidad y en innumerables acciones que a menudo no percibimos en la vida cotidiana. La Atención Primaria de Salud (APS), organizada de manera territorial y vinculada a un sistema universal, tiene una relación directa con la materialización del derecho a la salud y con la reducción de las desigualdades de acceso⁽⁶⁾.

Dicho esto, el objetivo de esta comunicación científica es reflexionar sobre el SUS como derecho humano, articulando su construcción histórica con las transformaciones vividas en el territorio de M'Boi Mirim, con énfasis en la movilización comunitaria, la expansión de la Salud Familiar y la aproximación de los servicios públicos a las necesidades de la población.

MÉTODO

Tipo de estudio y contexto

Se trata de un artículo de reflexión elaborado a partir de la memoria autobiográfica del autor y del contenido de textos sobre el SUS como derecho humano. La reflexión toma como eje la construcción histórica del SUS y su concreción en el territorio de M'Boi Mirim, con énfasis en las experiencias vividas por el autor, en la movilización popular y en los cambios percibidos en la red local de salud.

Para sustentar el diálogo entre la experiencia local y el conocimiento científico, se utilizaron artículos científicos relacionados con la historia del SUS, la reforma sanitaria, el derecho a la salud, la APS, la Estrategia de Salud Familiar, los agentes comunitarios, la participación social, la violencia urbana y los modelos de gestión en salud. La selección de la bibliografía fue intencional y no sistemática, guiada por la pertinencia temática con respecto al contenido del manuscrito y por la existencia de publicaciones científicas verificables.

Al tratarse de una reflexión autobiográfica, sin recopilación de datos con participantes, intervención, acceso a expedientes médicos ni uso de información personal identificable de terceros, no se presentó ante un Comité de Ética en Investigación. Las referencias se emplearon para contextualizar y respaldar la reflexión, sin convertir el artículo en una revisión bibliográfica.

DESARROLLO

El SUS como logro de la democracia brasileña

Su historia demuestra que los derechos sociales no son concesiones, sino logros construidos por la sociedad. Defender el SUS es defender la idea misma de que la salud debe ser un derecho de todos y no un privilegio de quienes pueden pagarla. Esta comprensión adquiere otro significado cuando la mirada se aleja de la historia nacional y se acerca a un territorio donde las desigualdades sociales se vivían en el día a día.

El abrazo que ayudó a transformar la salud en M'Boi Mirim

Era un día nublado, el 19 de junio de 2003, en un terreno abierto donde hoy se encuentra la Terminal Jardim Ângela. Ese día, adultos y niños se tomaron de las manos para dar un gran abrazo simbólico al terreno, exigiendo la construcción del tan soñado y necesario Hospital M'Boi Mirim.

Aunque era solo una niña, guardo en mi memoria ese momento y la fuerza de esa movilización popular. No era solo un abrazo a un terreno, sino un abrazo a la esperanza de una población que durante años enfrentó dificultades para tener acceso a la salud, a los tratamientos y a los servicios públicos necesarios para vivir con dignidad.

En ese período, la región de M'Boi Mirim, especialmente el barrio Jardim Ângela, cargaba con el peso de profundas desigualdades sociales. Por cierto, en 1996, Jardim Ângela llegó a ser señalada como una de las regiones más violentas del mundo. Estudios posteriores sobre la violencia en el distrito muestran la intensidad de los homicidios y los cambios observados a partir de la década de 2000, relacionando estos cambios con las condiciones de vida, la movilización comunitaria y las políticas públicas⁽⁷⁾.

La movilización a favor del hospital formaba parte de una lucha mucho más amplia por la transformación del territorio. La salud debía dejar de llegar solo cuando la enfermedad ya se había instalado y comenzar a estar presente a diario en la vida de las familias, a través de la prevención, el seguimiento y la atención cercana a las comunidades.

Fue en este proceso donde la implementación del Programa de Salud Familiar, posteriormente consolidado como Estrategia de Salud Familiar, representó un cambio importante para el territorio. La presencia de los equipos de salud en las comunidades acercó el servicio público a las familias y fortaleció la atención básica, la prevención y el seguimiento de los residentes. En las grandes ciudades brasileñas, la expansión de la Estrategia de Salud Familiar se produjo de manera desigual, pero modificó la organización de la atención primaria y el acceso a los servicios⁽⁸⁻¹¹⁾.

La construcción del Hospital M'Boi Mirim y la expansión de la atención primaria demuestran que las grandes transformaciones de una ciudad también surgen de la organización popular. Ese abrazo de 2003 sigue siendo un símbolo de una comunidad que decidió no aceptar la ausencia del Estado y demostró que, cuando la población se organiza y reivindica sus derechos, la historia puede empezar a cambiar.

Hoy, al mirar el territorio y recordar aquel día nublado, me doy cuenta de que ese abrazo representaba mucho más que un gesto simbólico. Era el abrazo de toda una población en defensa de la vida, la salud y la dignidad. Una historia construida por muchas manos, muchas voces y, sobre todo, por la esperanza de que el futuro pudiera ser diferente.

Participación social y organización de la red de salud

En este proceso de estructuración de la red, también cobró importancia el modelo de las Organizaciones Sociales de Salud, que comenzaron a actuar en colaboración con el gobierno en la gestión y ejecución de los servicios de salud. Sin embargo, este modelo no dejó de ser objeto de evaluación por parte de los representantes de la participación social del territorio, quienes realizaron reflexiones críticas sobre el modelo y aportaron su voz para lograr mejoras en la ampliación y organización de la red del SUS⁽¹²⁾.

La importancia de estas alianzas dentro de la lógica del SUS debe estar bajo la mirada social de quienes habitan en el territorio donde las Organizaciones Sociales de Salud prestan sus servicios. El gobierno sigue siendo responsable de la formulación de políticas, el financiamiento, la supervisión y la garantía del derecho a la salud, mientras que las organizaciones aliadas pueden participar en la gestión y ejecución de los servicios de acuerdo con contratos y directrices públicas. La literatura sobre las Organizaciones Sociales de Salud en São Paulo muestra que este modelo exige regulación, seguimiento de los resultados e integración sistémica en la red pública⁽¹³⁻¹⁴⁾.

No hay duda de que la llegada de las Organizaciones Sociales de Salud a nuestro territorio trajo consigo un gran desafío y, al mismo tiempo, una importante misión: promover la salud y contribuir a que el SUS se hiciera realidad en una región donde, hasta ese momento, gran parte de la población tenía escaso acceso a los servicios de salud. Era un territorio marcado por profundas desigualdades sociales y por la falta de infraestructura básica, pero también por una comunidad que nunca dejó de luchar y organizarse para transformar su realidad.

En la memoria del territorio que sustenta esta reflexión, en 2002 contábamos con solo seis centros de salud. En 2007, ese número había llegado a veinte centros. Esta expansión significó más equipos, más profesionales, mayor cercanía con las familias y la posibilidad de llevar la atención a lugares donde antes el acceso era limitado.

Pero los desafíos eran enormes. Además de la falta de equipos y la precariedad de la infraestructura, enfrentábamos la violencia y la ausencia o insuficiencia de saneamiento básico. Promover la salud en un territorio con estas características significaba comprender que la salud no se construye solo dentro de un centro de salud, sino también con vivienda digna, saneamiento, educación, seguridad, alimentación y condiciones de vida adecuadas.

Al mismo tiempo, había una fuerza que surgía de la propia comunidad. La gente se organizaba en las iglesias, las asociaciones, los movimientos sociales y los espacios comunitarios para reivindicar sus derechos. Un ejemplo importante fue la labor de la Comunidad Santos Mártires, con el padre Crowe, quien desempeñó un papel significativo en la organización popular y en la defensa de las políticas públicas para la región.

También comenzaba a cobrar fuerza la participación popular a través de los Consejos Gestores, creando espacios para que los propios residentes pudieran seguir, debatir y participar en las decisiones relacionadas con los servicios de salud. Estudios realizados en zonas periféricas de São Paulo, incluyendo M'Boi Mirim, muestran la relación entre las trayectorias de movilización comunitaria y el funcionamiento de los consejos locales de salud, con efectos sobre la participación y el debate de las políticas públicas⁽¹²⁾.

La expansión de la red, la labor de los profesionales de la salud, la colaboración con instituciones serias y, sobre todo, la organización de la comunidad formaron una combinación importante para transformar la realidad de la salud en la región. No fue una construcción de arriba hacia abajo. Fue un proceso que involucró al gobierno, a los trabajadores de la salud, a las organizaciones sociales, a las iglesias, a los líderes comunitarios y a los residentes.

Cuando miro esta historia, me doy cuenta de que hacer realidad el SUS en el territorio significaba mucho más que abrir centros de salud. Era necesario forjar vínculos, ganarse la confianza de las familias y reconocer que la población tenía conocimiento de sus propios problemas y también la capacidad de participar en las soluciones. La salud comenzó, entonces, a construirse junto con la comunidad.

Derechos escritos y derechos vividos en el territorio

Si el 19 de junio de 2003 el cielo estaba nublado mientras la población se unía en un abrazo simbólico por un futuro mejor para la salud del territorio, puedo afirmar que, en 2026, el tiempo se despejó. O, mejor aún, el sol comenzó a iluminar una realidad construida a lo largo de décadas mediante la movilización popular, las políticas públicas, los trabajadores de la salud y las alianzas que ayudaron a que el SUS se hiciera realidad en el territorio.

La trayectoria de la salud en M'Boi Mirim demuestra en la práctica el logro de los principios fundamentales del SUS. La integralidad significa comprender que la atención no termina en una consulta, sino que implica prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y promoción de la salud. La equidad significa reconocer que los territorios históricamente vulnerables

necesitan políticas capaces de enfrentar sus desigualdades. La descentralización acerca la gestión a los municipios y a los territorios, mientras que la participación social permite que la población forme parte de la construcción de las políticas públicas^(5,6).

Y si aquel 19 de junio de 2003 el cielo estaba nublado, hoy podemos mirar hacia el territorio y ver un panorama diferente. Un ejemplo de esta transformación es el Complejo de Salud de Jardim Vera Cruz, que reúne diferentes instalaciones y amplía las posibilidades de atención a la población. Entre ellos se encuentra la Unidad Básica de Salud que lleva el nombre y el legado del Dr. Fernando Proença de Gouvêa, vinculado a la historia de la salud en el territorio, además del Hospital de Día, con atención especializada, el Centro de Especialidades Odontológicas y la Unidad de Atención de Urgencias.

Esta estructura representa un cambio profundo para una población que, durante mucho tiempo, enfrentó dificultades para acceder a servicios de salud cercanos a sus hogares. Lo que antes parecía lejano pasó a formar parte de la vida cotidiana del territorio. La atención básica, la atención de urgencias, las especialidades y la atención odontológica pasaron a integrar una red más cercana a las necesidades de los residentes.

Es importante reconocer que esta transformación no ocurrió de manera aislada. Es el resultado de la labor de las autoridades públicas, los trabajadores de la salud, las organizaciones sociales, los líderes comunitarios, las iglesias, los consejos de gestión y, sobre todo, de una población que nunca dejó de reclamar sus derechos. El SUS se fortalece cuando existe un compromiso institucional y cuando la comunidad participa, supervisa, propone y ayuda a construir las políticas públicas.

Hoy, en 2026, puedo decir que el horizonte se ha aclarado. No porque se hayan resuelto todos los problemas, sino porque el territorio ha avanzado y ha logrado una red de salud mucho más estructurada. La población de M'Boi Mirim ahora cuenta con una presencia más efectiva del SUS en su vida cotidiana, con equipos, profesionales y servicios más cercanos a sus necesidades.

El SUS se ha acercado más a las personas, y estas también han comenzado a ocupar con mayor presencia los espacios de construcción del SUS. Este es tal vez uno de los mayores logros: comprender que la salud consiste en cuidar, prevenir, tratar, escuchar y participar. Es transformar los derechos escritos en la Constitución en derechos que se viven en el territorio. La continuidad de esta construcción depende de la preservación del enfoque comunitario de la Estrategia de Salud Familiar, del financiamiento público y de la capacidad de coordinación de la red, cuestiones que aún están presentes en el debate científico sobre la atención primaria⁽¹⁵⁾.

Limitaciones del estudio

Esta reflexión se basa en la memoria autobiográfica, la experiencia territorial y la literatura científica, sin pretender ofrecer una reconstrucción documental exhaustiva de la historia de M'Boi Mirim.

Cierta información local, como la evolución del número de unidades de salud, la participación de instituciones y la configuración actual de los equipamientos, se mantuvo conforme al texto base y a la memoria del autor.

Estos registros no se sometieron a una validación documental sistemática. La naturaleza reflexiva del manuscrito tampoco permite establecer relaciones causales entre la movilización social, la expansión de la red y los cambios en los indicadores de salud.

Aportes a la ciencia

El artículo acerca la historia nacional del SUS a la experiencia vivida en un territorio periférico de la ciudad de São Paulo. Esta perspectiva permite discutir el derecho a la salud a partir de la forma en que se percibe en la vida cotidiana, en las distancias recorridas para recibir atención, en la presencia de los equipos de Salud Familiar y en la participación comunitaria.

Para la ciencia de la salud colectiva, esta reflexión refuerza la utilidad de articular la memoria social, el territorio y la literatura científica en el análisis de la materialización de los derechos. También indica que los estudios futuros pueden contrastar las narrativas locales con series históricas sobre la cobertura, la estructura de la red, la participación social y los indicadores de salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Cuando miro a esa niña que un día vivió las dificultades de acceso a la salud y recuerdo aquel 19 de junio de 2003, me doy cuenta de que la ocupación del terreno representaba mucho más que una reivindicación por un hospital. Era una lucha por la dignidad, por el derecho a la salud y por un futuro diferente.

La historia de M'Boi Mirim demuestra que las políticas públicas cobran fuerza cuando se encuentran con una población organizada y dispuesta a participar. La expansión de las unidades, el trabajo de los equipos de Salud Familiar, la acción de los movimientos comunitarios y las alianzas para la prestación de servicios formaron parte de un mismo camino: transformar un territorio marcado por la exclusión en uno donde el derecho a la salud pudiera, cada vez más, convertirse en realidad.

Si aquel día el cielo estaba nublado, hoy podemos decir que el sol salió para iluminar una historia construida por muchas manos. Una historia que aún se está escribiendo y que nos recuerda que la lucha por una salud pública, universal y de calidad nunca termina, porque defender el SUS es defender la vida, la ciudadanía y la dignidad de cada persona que vive en este territorio.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Transparencia en la contribución de los autores según la taxonomía [CRediT](#).

Conceptualización	Isaac de Souza Faria
Curación de datos	Isaac de Souza Faria
Análisis formal	Isaac de Souza Faria
Captación de fondos	No Aplicable
Investigación	Isaac de Souza Faria
Metodología	Isaac de Souza Faria
Administración del proyecto	Isaac de Souza Faria
Recursos	Isaac de Souza Faria
Software	No Aplicable
Supervisión	Isaac de Souza Faria
Validación	Isaac de Souza Faria
Visualización	Isaac de Souza Faria
Redacción - borrador original	Isaac de Souza Faria
Redacción - revisión y edición	Isaac de Souza Faria

DECLARACIONES

Conflictos de intereses	No Aplicable
Financiamiento	No Aplicable
Aprobación ética	No Aplicable
Agradecimientos	No Aplicable
Preprint	No Aplicable
Inteligencia Artificial	No Aplicable

TRADUCCIÓN

La traducción de este artículo ha sido realizada con la ayuda de la inteligencia artificial [DeepL Translator](#) a partir de la versión original escrita en portugués (Brasil). La versión traducida fue sometida a la supervisión del equipo editorial, que consistió en una revisión editorial de alcance limitado. Las traducciones asistidas por inteligencia artificial pueden presentar variaciones en el idioma nativo.

REFERENCIAS

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>