



ORIGINAL

La influencia de las instituciones en los consejos locales de salud



Priscila Norié de Araujo^a, Fabiana Ribeiro Santana^b, Poliana Silva de Oliveira^a, José Renato Gatto Júnior^c, Felipe Lima dos Santos^{a,d}, Karen Silva Santos^{a,e} y Cinira Magali Fortuna^{a,f,*}

^a Programa de Posgrado Enfermería en Salud Pública, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

^b Departamento de Salud Colectiva, Instituto de Patología Tropical y Salud Pública, Universidad Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil

^c Departamento de Enfermería Psiquiátrica y Ciencias Humanas, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

^d Laboratoire École-Mutations-Apprentissages, CY Cergy Paris Université, Gennevilliers, Francia

^e Laboratoire Éducation et Diversité en Espaces Francophones, Université de Limoges, Limoges, Francia

^f Programa de Posgrado Enfermería en Salud Pública, Departamento de Enfermería Materno-Infantil y Salud Pública, Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

Recibido el 14 de junio de 2023; aceptado el 12 de septiembre de 2023

Disponible en Internet el 10 de octubre de 2023

PALABRAS CLAVE

Participación social;
Controles informales de la sociedad;
Consejos de salud;
Atención primaria de salud;
Sistema único de salud

Resumen

Objetivo: Analizar la influencia de las instituciones en el funcionamiento de los consejos locales de salud.

Diseño: Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio.

Emplazamiento: Dos servicios de atención primaria de salud de un municipio del interior del estado de São Paulo, Brasil.

Participantes: Veinticuatro miembros de los consejos locales de salud y 4 informantes clave.

Método: Basado en el marco teórico y metodológico del análisis institucional. Los datos fueron producidos a través de 28 entrevistas individuales con preguntas semiestructuradas, observación, participación en las actividades de los consejos y registro en el diario de investigación. Los datos fueron organizados por el proceso de transcripción, transposición y reconstrucción.

Resultados: Las instituciones actúan en los territorios representados por actores sociales que ocupan cargos y funciones dentro de los servicios de atención primaria de salud, evidenciando la perpetuación de la jerarquización con valorización de los discursos de los profesionales y gestores en detrimento de los pacientes y predominio de reuniones burocratizadas. Los actores sociales reproducen los ideales del colectivo al que pertenecen en estos espacios.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fortuna@eerp.usp.br (C.M. Fortuna).

Conclusión: No siempre los equipos de gestión de salud reconocen las diferentes fuerzas que actúan en el territorio de salud, sin embargo, estas fuerzas interfieren en las actividades desarrolladas y en la atención de la salud. Los grupos actúan tanto en espacios formales a través de representantes oficiales que se reúnen y discuten temas en colegiados como en espacios informales y constituyen fuerzas en disputa en el territorio de salud.

© 2023 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Social participation;
Health Councils;
Informal controls of
society;
Primary health care;
Unified health system

The influence of the institutions on local health councils

Abstract

Objective: To analyze the influences of the institutions in the operation of the Local Health councils.

Design: qualitative, descriptive and exploratory study.

Study setting: 02 Primary Health Care services of a municipality in the inland of the state of São Paulo, Brazil.

Participants: twenty-four members of the Local Health Councils and 4 key informants.

Methods: Supported by the theoretical methodological framework of Institutional Analysis. Data were produced through 28 semi-structured interviews, observation and participation in the activities of the councils and recording in the research diary. Data were organized and analyzed by the process of transcription, transposition and reconstitution.

Results: The institutions act in the territories represented by social actors who occupy positions and functions within the Primary Health Care services, evidencing the perpetuation of hierarchization with valorization of the speeches of professionals and managers to the detriment of patients and predominance of bureaucratized meetings. The social actors reproduce the ideals of the collective to which they belong in these spaces.

Conclusions: The health management teams do not recognize the different forces that act in the health territory, however, these forces interfere in the activities performed and in health care. The groups act both in formal spaces through official representatives who meet and discuss issues in collegiate meetings and in informal spaces, and constitute forces in dispute in the health territory.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En Brasil, la participación de la comunidad en la gestión del sistema único de salud (SUS) está garantizada por ley, en consejos y conferencias de salud¹. Dependiendo de la legislación, los municipios pueden organizar consejos locales de salud (CLS) destinados a la participación social en las áreas cubiertas por las unidades de atención primaria de salud (APS). Los CLS tienen como objetivo proporcionar una mirada calificada sobre las necesidades de salud de las comunidades, fiscalizando el uso de los recursos y las acciones en salud. Además, proporcionan una mayor participación de la población, promoviendo otras formas de estar en sociedad, y pueden romper con la lógica individualista y las regulaciones del mercado².

La participación social en la APS tiene desafíos, tales como el poco conocimiento de la población sobre: el SUS; la salud como derecho; la existencia de espacios de participación y la falta de sentido de pertenencia. Este tímido conocimiento de la población sobre estos aspectos promueve el distanciamiento, motivando la idea de ineficacia de estos espacios³. Otros obstáculos son los límites de la cultura política participativa de la población;

el funcionamiento de los consejos de salud; las debilidades en el compromiso de trabajadores y gestores para implementar deliberaciones y acuerdos; y los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad³. En este sentido, la participación directa de los usuarios, como ejemplo, la democracia sanitaria⁴ es una apuesta para superar la crisis de representatividad.

La democracia sanitaria es el resultado de la evolución de la democracia participativa y de la contestación de los pacientes⁵. Esta propone la participación directa a nivel individual y colectivo en materia de cuidados, con vistas a superar el paternalismo médico tradicional⁶. Así, el CLS puede ser iluminado por los preceptos de la democracia sanitaria, en lo que se refiere a la implicación de las personas/colectivos en la composición del propio tratamiento y no solo por la designación de representantes sociales.

Este trabajo se justifica por la necesidad de estudios que analicen la influencia de las instituciones en el funcionamiento de los CLS como posible apuesta a un poderoso dispositivo de resolución de los obstáculos identificados en la literatura para la toma de decisiones en salud a partir de las necesidades locales de la población. También se justifica por la utilización del marco teórico y metodológico

del análisis institucional (AI) y por otro aspecto importante no identificado en la literatura nacional que es la influencia ejercida por el narcotráfico en los CLS.

Partiendo de la premisa de que los CLS presentan modos de funcionamiento, es decir, procesos resultantes de la conjugación entre fuerzas instituyentes (movimientos de transformación, contradicción) y fuerzas instituidas (movimientos de permanencia, conservación)⁷, operados y atravesados por agentes sociales, el presente estudio pretende contribuir al avance de la comprensión de la realidad de los CLS, cuestionando: ¿Cuáles son las instituciones que influyen en el funcionamiento de los CLS? A partir del objetivo: Analizar la influencia de las instituciones en el funcionamiento de los CLS.

Método

Diseño del estudio

Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, apoyada en algunos criterios para investigaciones cualitativas⁸, siguiendo los criterios de rigor y representatividad según del AI, abordando los fenómenos que ocurrieron en los CLS a través de la escucha analítica y la observación.

En la investigación cualitativa, la saturación de los datos se refiere a la intensidad, no a la magnitud del fenómeno⁹. Las entrevistas y la observación permitieron que los participantes expresaran sus creencias, sus valores y sus prácticas dentro de los CLS.

El marco teórico y metodológico del AI posibilita el análisis de las instituciones, del contexto y de las interferencias institucionales. El AI se basa en la dialéctica de lo instituyente, lo instituido y la institucionalización⁷. Está vinculado al movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña y al campo de la salud colectiva¹⁰.

La institución es un sistema de definiciones de una determinada realidad social y de la forma como las personas se comportan, sus valores y decisiones pueden ser legitimados, discursivos y expresarse en costumbres y normas, y pueden materializarse en organizaciones, establecimientos y prácticas de los agentes¹¹.

Toda institución es el resultado de la articulación entre 3 momentos: el momento de lo instituido, en el que la institución es reconocida y nombrada; el momento de lo instituyente, por el que no deja de negar el momento anterior; y el de la institucionalización, que es el resultado de la relación dialéctica entre los dos momentos anteriores, por el que la institución se tensiona y se actualiza en la acción de los sujetos que la constituyen⁷.

Población y muestra

El estudio fue realizado en un municipio del estado de São Paulo, Brasil, con una población estimada de 698.259 personas¹². El SUS del municipio tiene 48 servicios de APS; de estos, 9 CLS estaban vigentes en el momento de la recolección de datos. Los 2 CLS más antiguos fueron seleccionados en base a la publicación de los boletines oficiales de acceso *online* y reuniones mensuales. Este criterio tuvo en cuenta el tiempo de actuación y la posible consolidación del CLS. La

[tabla 1](#) contiene la descripción con la composición y algunas características de los 2 CLS seleccionados.

Los respectivos gestores de las unidades de salud fueron informados sobre el objetivo de la investigación. La primera autora de este estudio participó de la reunión de ambos CLS, presentando la investigación, después de las aclaraciones, se solicitó la autorización de todos los presentes, no habiendo negativas.

La recolección de datos fue realizada por una enfermera, estudiante de maestría y actualmente de doctorado. Ocurrió en el período de septiembre de 2017 a enero de 2018, a través de entrevistas semiestructuradas, observación en reuniones y actividades desarrolladas en el CLS, y diario de investigación.

Las entrevistas se realizaron individualmente según la disponibilidad de los participantes en un espacio privado. Se realizaron un total de 28 entrevistas que duraron entre 32 y 65 min. Dentro de las cuales, 24 con miembros del CLS y 4 a informantes clave. Las [tablas 2 y 3](#) contienen los datos de los participantes de la investigación:

En la [tabla 3](#) se detalla la edad y el tiempo en años que el participante ha vivido en el territorio debido al propio concepto de informante clave¹³.

Procedimiento y análisis de los datos

Los datos se organizaron según los procesos de transcripción, transposición y reconstitución¹⁴, y se analizaron bajo el marco teórico del AI⁷. Los datos fueron entrelazados entre la observación, el análisis de las actas y las entrevistas individuales. El rigor y la fiabilidad de los datos e informaciones fue logrado a través de la triangulación por investigadores, en donde los datos fueron analizados por investigadores diferentes¹⁵.

La observación y el análisis de los datos fueron realizados por estudiantes de postgrado a nivel de máster y doctorado, docentes/investigadores con experiencia en investigación cualitativa y en la utilización del marco teórico/metodológico del AI, todos ellos con formación inicial en enfermería.

Para asegurar el rigor en el análisis de datos, se utilizó el análisis de implicación, según el marco teórico del AI. En el análisis de implicación, los investigadores se involucran en el análisis colectivo de sus relaciones con el objeto de investigación⁷. Se llevaron a cabo reuniones colectivas del grupo de investigación para analizar las implicaciones.

La [tabla 4](#) contiene los procedimientos realizados para organizar y analizar los datos.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de (extracto eliminado para no identificar a los autores) de número 66095517.4.0000.5393, 074/2017. Se han respetado todos los preceptos éticos según la resolución¹⁶.

Tabla 1 Composición y caracterización del CLS

| Composición del CLS | CLS1 | CLS2 |
|---|---|--|
| Compuesto por miembros con mandato de 2 años | Población con condiciones sociales y económicas desfavorables | Población con condiciones de clase media baja |
| Tres representantes elegidos por voto directo de las personas que viven en el área de cobertura de la unidad de salud (RP) | Viviendas precarias e irregulares como las favelas y algunas casas de albañilería | Casas de albañilería Barrio antiguo con población anciana |
| Tres representantes de asociaciones de vecinos que actúan en el área de cobertura de la unidad de salud (RAV) | Barrio con jóvenes, niños y mujeres embarazadas | |
| Cinco trabajadores de la salud y sus respectivos suplentes elegidos por sus pares (RT) | Gran parte de la población es migrantes, procedentes de regiones más pobres de Brasil, que buscaban nuevas oportunidades de trabajo y de vida | |
| Un gerente o su suplente, totalizando 17 miembros en cada CLS. De estos, 10 representantes no estaban activos, debido a problemas de salud, cambio de ciudad, horario de trabajo, desmotivación y no informados | | |

CLS: consejo local de salud; CLS1: consejo local de salud 1; CLS2: consejo local de salud 2; RAV: representantes de asociaciones de vecinos; RT: representantes de los trabajadores.

Tabla 2 Caracterización de los participantes en la investigación de los CLS

| Posición | Profesión/ocupación | Participación en otros grupos/organizaciones |
|-------------|-------------------------|--|
| <i>CLS1</i> | | |
| Gerente | Odontólogo | No participa |
| RT | Auxiliar de enfermería | Comité de ética municipal de salud |
| | ACS | Asociación de residentes; grupo católico |
| | Odontólogo | No participa |
| | Auxiliar de odontología | No participa |
| | Farmacéutico | Consejo de farmacia; aAsociación de fotógrafos; grupo católico |
| RP | Enfermero | Centro cultural afrobrasileño; consejo municipal de juventud |
| RAV | Jubilado | Grupo católico |
| <i>CLS2</i> | | |
| Gerente | Enfermero | No participa |
| RT | Auxiliar de enfermería | No participa |
| | Médico | Programa nacional para mejorar el acceso y la calidad de la atención primaria |
| | Médico | Centro brasileño de estudios de la salud; Partido Político Comunista Brasileño |
| | Odontólogo | Programa nacional para mejorar el acceso y la calidad de la atención primaria |
| | Agente administrativo | No participa |
| | Enfermero | Grupo católico |
| | Técnico de enfermería | No participa |
| RP | Trabajador social | Acciones sociales de una empresa privada |
| | Ama de casa | Gimnasia para la tercera edad |
| | Jubilado | Grupo religioso espiritista |
| RAV | Jubilado | No participa |
| | Periodista | Asamblea sindical; gobierno de barrio |
| | Vendedor | Consejo de la iglesia católica; federación de comercio |
| | Comerciante | Asociación comercial; afiliación política |

ACS: agente comunitaria de salud; CLS1: consejo local de salud 1; CLS2: consejo local de salud 2; RAV: representantes de asociaciones de vecinos; RP: representantes de las personas que viven en el área de cobertura de la unidad de salud; RT: representantes de los trabajadores.

Tabla 3 Caracterización de los informantes clave (IF)

| Años de residencia en el territorio | Años de edad | Profesión/ocupación | Participación en otros grupos/organizaciones |
|-------------------------------------|--------------|----------------------|--|
| 55 | 75 | Jubilado | Actividades sociales de barrio |
| 18 | 48 | Comerciante | No participa |
| 20 | 54 | Ama de casa | No participa |
| 48 | 48 | Peluquero y diarista | No participa |

Tabla 4 Procedimientos utilizados en la investigación

| | |
|--|---|
| Preguntas de las entrevistas | <p><i>Consejeros</i></p> <p>¿Cómo empezó a participar en el CLS? ¿Cómo funciona el consejo? Hábleme de su relación con los demás consejeros Hábleme de su relación con las personas a las que representa Hábleme de los aspectos facilitadores de ser consejero y de las dificultades En su opinión ¿cuáles son los principales problemas del territorio? Cuénteme alguna situación que considere exitosa en la actuación del consejo</p> <p><i>Informantes clave</i></p> <p>¿Ha sido tratado alguna vez en la unidad de salud de su barrio? En caso afirmativo, ¿cómo fue? En su opinión ¿cuáles son los principales problemas del territorio? ¿Sabe cómo funciona la unidad de salud? ¿Sabe qué es el consejo local de salud? ¿Sabes quién es el residente que es consejero? ¿Qué sugieres para mejorar la salud?</p> |
| Observación | <p>Durante la participación en reuniones y actividades desarrolladas por el CLS: campaña contra el dengue, visita al territorio, charla sobre salud en la sala de espera</p> <p>Observamos el contenido, gestos, expresiones faciales, miradas desviadas, centralidad del discurso de gestores y profesionales de salud, conversaciones en los pasillos antes y después de las reuniones, comportamiento y miedo durante las actividades en el territorio</p> |
| Diario de investigación | Registro de las impresiones, sentimientos y hechos del proceso de investigación |
| Análisis de los libros de actas de los 2 CLS | CLS1 con 25 páginas. CLS2 con 19 páginas Contenido de los órdenes del día; quién redactó las actas; número de reuniones; descripción de los debates y resolución |
| Organización de los datos | <p><i>Transcripción</i></p> <p>Las escenas observadas y expresadas por los participantes en la entrevista se transforman en textos, se utilizó Microsoft Word®</p> <p><i>Transposición</i></p> <p>Releer las notas, volver a escuchar los audios y añadir notas al texto con expresiones gestuales y faciales observadas por el investigador durante la entrevista; observaciones y notas en el diario de investigación</p> <p><i>Reconstitución</i></p> <p>Se identificaron las instituciones existentes y se desarrolló la discusión de los datos producidos con la literatura científica</p> |
| Análisis de datos | Los datos se analizaron a partir de los conceptos de instituido, instituyente y proceso de institucionalización |

CLS1: consejo local de salud 1; CLS2: consejo local de salud 2.

Tabla 5 Presentación de los resultados

| Instituciones | Discursos de los participantes, notas del diario de investigación y libro de actas |
|---------------------------------------|---|
| División técnica y social del trabajo | <p>[...] estos pacientes están ahí en la condición de comisión, pero hay una dinámica dentro de esa (unidad de salud), de cualquier derecho, tal vez de la propia jerarquía, y ahí no se considera importante, en esa solución. Yo noto eso muy fuerte en todas las reuniones (RP2-CLS1)</p> <p>[...] Por lo general, las reuniones se cancelan cuando el médico o [gerente] no pueden asistir o si están enfermos. [...] Incluso pienso que ellos [el médico y el gerente] tienen más autoridad para hablar de los casos porque los entienden mejor, porque están aquí adentro, viven el día a día, entonces cuando ellos dan su palabra, yo firmo abajo (RAV1-CLS2)</p> <p>[...] así que fue entonces cuando pedí la intervención «Así que vamos a dar objeto [bola de papel que simbolizaba el poder de la palabra] de palabra para poder escuchar a todo el mundo» (RP2-CLS1)</p> |
| Religión | <p>[...] No tenemos ninguna facilidad [en ser consejero], somos voluntarios, no ganamos nada por esto, no hay ninguna facilidad, al contrario, tenemos que dar un poco de nosotros mismos, del tiempo de venir, esta vez que venimos aquí es más, porque sé que es parte de nosotros, la forma en que nos gusta donar un poco (RP1-CLS1)</p> <p>[...] la RP quería hacer una clase entre semana sobre espiritismo, no hay mucha conversación, el estado no debe meterse en asuntos de religión, yo soy católica y no por eso quiero dar una conferencia sobre catolicismo, después de la tercera o cuarta reunión me desinteresé (RT5-CLS2)</p> |
| Política | <p>[...] una alegría sabes, porque la mayoría de los concejales [del ayuntamiento de la ciudad] son también mis amigos, sabes [...] así que hay varios candidatos allí que son mis amigos (RP1-CLS2)</p> <p>[...] médico de la unidad (miembro de dicha organización), que redacta esta acta, presenta un informe de la reunión donde miembros de diversas ramas de la sociedad civil, incluyendo pacientes, trabajadores de la salud, consejeros locales de salud, sindicatos y simpatizantes se reunieron para organizar el movimiento contra el cierre de una unidad de salud, en vista de la propuesta de cierre y el daño a la población que esto traería, presentando la propuesta de incluir el CLS como simpatizante y miembro del movimiento. Después de manifestaciones sobre el tema [...] todos aprueban por unanimidad el apoyo del consejo al movimiento (Libro de actas del 11/07/17 - CLS2)</p> |
| Narcotráfico | <p>[...] En la reunión del CLS dijeron que necesitan decirles [al jefe de la organización criminal] que habrá una campaña [actividad en el territorio], se acordó que la RP y la ACS hablarían con «ellos» (Diario de investigación)</p> <p>[...] vas a la dirección y hay un montón de tipos mirándote [...] pensaron que íbamos allí a investigar, a denunciar algo ilícito [...] dijeron que la persona que buscábamos era conocida suya, pero que él haría el contacto (Gerente-CLS1)</p> <p>[...] Te voy a decir la verdad [...] aquí cuando pasa algo en la unidad de salud vienen a hablar conmigo por mi conocimiento con todo el personal. Así, hace unos días pasó una cosa curiosa, la trabajadora (unidad de salud) tiene un horario establecido, pero la [paciente] no llegó a tiempo para recoger el medicamento [...] alguien que estaba allí vino a llamarme, y fui. Lo único que le expliqué fue: ¿por qué has necesitado 5 min? ¿Y por qué no has venido un poco antes? [...] las 2 cosas están mal (IF1-CLS1)</p> <p>[...] haciendo (visitas domiciliarias) hasta tuvimos que huir, entrar en casas ajenas por miedo. La policía corriendo detrás de los bandidos disparando [...] me quedé helada, no podía salir del lugar, la chica que estaba conmigo me jaló y entré a la casa de una mujer [...] tenía mucho miedo, pero así es la vida, verdad (RT2-CLS1)</p> |

ACS: agente comunitaria de salud; CLS1: consejo local de salud 1; CLS2: consejo local de salud 2; RAV: representantes de asociaciones de vecinos; RP: representantes de las personas que viven en el área de cobertura de la unidad de salud; RT: representantes de los trabajadores.

Resultados

A partir del análisis de los datos fue posible identificar 4 instituciones^{7,11}, que ejercen influencia sobre los CLS estudiados. En la [tabla 5](#) se presenta las instituciones identificadas.

La división técnica y social del trabajo se entiende como una institución debido a sus leyes, normas y reglas establecidas entre los individuos.

Esta institución configura fuerzas de poder en relación con el lugar, la función y la formación que el sujeto ocupa en la organización/establecimiento⁷. Los representantes de los

trabajadores son la mayoría dentro del CLS y se configuran en relación con el saber/poder, reproduciendo el gerencialismo y la jerarquización de las relaciones. Es posible notar movimientos de resistencia a lo establecido en estas relaciones que pueden indicar cambios. Estas acciones son llevadas a cabo por un representante con formación en asistencia social y que tiene una mirada para el colectivo, intentando dar voz y espacio al representante de las personas que viven en el área de cobertura de la unidad de salud (RP) y a los representantes de asociaciones de vecinos (RAV).

La institución religiosa pasa por varios representantes, manifestándose la participación a través de discursos en el sentido de: caridad; ayudar al establecimiento de salud; servir a un propósito. También hay resistencia por parte de los representantes de los trabajadores (RT) a utilizar el espacio de la unidad sanitaria para las enseñanzas religiosas.

La institución política está presente en el discurso y en las reuniones del CLS2 en relación con la solicitud de apoyo del CLS a los movimientos contra las decisiones de sustituir una unidad de urgencia por un centro de especialidades médicas. Tras el discurso sobre las razones del mantenimiento, no hubo discusión.

El narcotráfico, como institución, ejerce influencia en las actividades desarrolladas por el CLS, en la rutina de la unidad sanitaria y del equipo de salud. También se expresó en el discurso del RT sobre la situación de violencia vivida. Cuando se les preguntó sobre la influencia del narcotráfico, algunos RT prefirieron no expresar su opinión.

Discusión

Por tratarse de un aspecto legal de la organización del sector público de salud en Brasil, todas las unidades de APS deben contar con un CLS para la participación de la población, que permita la producción de análisis colectivo sobre las formas de funcionamiento del servicio y las necesidades locales de salud.

Por ser Brasil un país colonizado, con varios períodos de dictadura, existen dificultades para reconocer los diferentes saberes de los profesionales y de los representantes de la población atendida.

Así, la literatura científica señala dificultades para la implantación de la democracia deliberativa en la realidad sanitaria¹⁷, y el desafío que supone la participación de la comunidad y sus eficaces efectos organizativos, comunitarios e individuales¹⁸; algunos han destacado cómo la participación comunitaria ha fomentado el *engagement*¹⁹; otros han vinculado el aumento del *engagement* a la capacitación de los individuos²⁰.

Al analizar los datos producidos desde el punto de vista del AI, se nota la presencia de 4 instituciones, a través de acciones y discursos de los actores sociales que representan sus concepciones, ideologías y grupos dentro de los CLS e influyen en sus formas de funcionamiento.

Las instituciones pueden producir lo contrario del fin para el que fueron creadas; al mismo tiempo, fabrican sus agentes de proceso, normas y técnicas²¹. Este hecho puede ocurrir con los CLS, en lugar de promover la participación democrática para la planificación colectiva de las acciones de salud, generan acciones burocráticas y jerárquicas que preservan la distancia entre pacientes y trabajadores.

La profecía inicial que inauguró la participación social del SUS estuvo asociada a un proyecto de redemocratización política en Brasil, después de 21 años de dictadura que operó el control de clase y silenció las demandas sociales²². La participación social, en su momento fundacional de institucionalización, fue entendida como la participación de la población en la organización, gestión y control de los servicios y acciones de salud, a través de entidades representativas²².

En ese proceso de institucionalización, esa participación popular fue burocratizada y reglamentada, siendo una reproducción del modelo hegemónico del proceso de trabajo en salud en su vertiente gerencialista, con consecuente debilitamiento de los colectivos de trabajo y división entre la formulación y la ejecución de las acciones²³.

En la investigación, el gestor y los consejeros están al servicio de las lógicas instituidas en la sociedad, responden a los intereses prevalecientes y/o buscan mantener la dominación de un agente sobre otro o grupo. Esto demuestra una jerarquía asociada al conocimiento y al poder de las clases profesionales y de los gestores o al lugar que ocupan en las organizaciones. Las relaciones de poder y la cultura social, todavía fuertemente basadas en el modelo médico, invaden el funcionamiento de los espacios. Estos aspectos pueden generar un modelo impositivo e informativo, que está presente en los momentos colectivos y en los círculos de conversación, relacionados con la participación y la toma de decisiones colectivas²⁴.

Aunque los consejeros reproducen esta forma de funcionamiento, también observamos movimientos de resistencia que se expresan de forma velada, como las ausencias y discontinuidades de los miembros, los silencios y ruidos en el pasillo. Estas cosas tácitas que generan malestar en los establecimientos estudiados no se analizan ni problematizan. Esto puede amplificar la crisis de participación evidente en el contexto actual. En este sentido, se identifica la necesidad de que la población tenga derecho a recibir formación y capacitación para promover una participación transformadora en la salud²⁵.

El movimiento de resistencia se produce cuando un determinado grupo/colectivo realiza una oposición al poder. Corroboran la definición de resistencia como una fuerza social que se opone al poder en 2 polos: contra la opresión y/o el conservadurismo²⁶. En este estudio, la resistencia revela el modo de funcionamiento gerencialista y jerárquico del CLS. Las relaciones de poder identificadas pueden transformarse en posibilidades de comprender —despsicologizadas— las redes de relaciones y los engranajes que forman y transforman las instituciones (salud, política) desde adentro²⁷. Existe la posibilidad de deshacerse del sentimiento de alienación y recuperar una forma de poder²⁷. Este proceso dialéctico de lucha entre opuestos (instituido/instituyente) puede observarse en el movimiento de resistencia desencadenado por la RP2, que expresa el deseo de una mejor circulación de la palabra.

También se observa la presencia de un movimiento instituyente (transformación de lo que es) una organización política no partidista. El grupo ha tratado de politizar los debates del CLS, fomentando el fortalecimiento de la reformulación colectiva de la normativa municipal. Este proceso ha sido conflictivo, ya que hay grupos vinculados

a otra organización con intereses antagónicos y que se resisten a los cambios propuestos. La democracia sanitaria en este espacio puede ser un poder para la participación de otros actores sociales para ampliar el debate sobre las verdaderas necesidades sanitarias del territorio.

El narcotráfico está presente y es ejercido por agentes con influencia en el territorio. Las interferencias fueron observadas por los investigadores, como, por ejemplo, notificar sobre la llegada de profesionales de salud y voluntarios al territorio para la fuerza de tarea contra el dengue, intermediar informaciones para los residentes de la comunidad, ofrecer protección contra hurtos y robos, solicitar atención fuera del horario de atención de la unidad y mediar en conflictos entre trabajadores y pacientes.

El temor de los participantes hacia las personas supuestamente implicadas en actividades ilícitas se hace notar por la desviación del discurso y, en consecuencia, el no debate sobre el tema. Esta escena fue presenciada en una de las reuniones observadas y la negativa de dos participantes a abordar el tema durante la entrevista. Así, interfiere y regula la actuación de los trabajadores y gestores de la salud en el territorio. Al no ser debatido ni explicitado va componiendo modos de funcionamiento sometidos a un poder local en el que el Estado se omite y sus agentes (en este caso los trabajadores y usuarios que participan del CLS) se las arreglan como pueden para seguir desarrollando acciones de salud. El resultado es una violencia que puede influir en la participación social.

Todavía, creemos que la participación social es algo que puede y debe ser aprendido en la formación profesional, y que continua a desarrollar en el cotidiano profesional, pero sin olvidar la necesaria responsabilidad del estado también. Así, con lo complejo de esta cuestión, es necesario discutir de manera amplia la violencia en los territorios. Por ejemplo, un estudio que abordó la cuestión del conflicto armado en la APS, con los profesionales trabajando en zonas de riesgo, destacó la violencia en los territorios como un problema social y político y no solo como una laguna en la formación²⁸.

Los trabajadores de APS, especialmente los agentes comunitarios de salud (ACS), conviven con la violencia y, por vivir en la comunidad, tienen miedo de denunciarla a los organismos públicos²⁹. Ellos relatan situaciones de violencia durante su trabajo y una de las estrategias utilizadas en estas situaciones es la construcción de un vínculo con los usuarios, lo que limita las acciones de salud³⁰.

Consideramos que la resistencia acompaña los movimientos de la dialéctica institucional (instituido/institucionalización). Cada una de estas entidades opera en la otra, por la otra, para la otra, a partir de la otra, dando la característica principal de la resistencia en sus momentos defensivo, ofensivo e integrador²⁶. De cierta forma, se percibe un movimiento de resistencia ofensiva por parte de los CLS, cuando buscan establecerse como fuerza decisoria sobre la salud de la comunidad en sus barrios, mientras que se topan con una resistencia defensiva de las estructuras de poder local ya existentes y en funcionamiento, que buscan mantener su legitimidad frente a las decisiones tomadas en sus respectivos barrios.

Conclusiones

Las instituciones identificadas influyen en los modos de funcionamiento de los CLS, en el desarrollo de las acciones y en las relaciones entre los trabajadores de salud y los usuarios. Estas relaciones se han ido institucionalizando y materializando (en el sentido del AI) en las unidades de salud y expresan cómo ellas aún son capturadas por el saber-poder de los profesionales de la salud.

Las contribuciones del estudio están en reconocer, más allá de los modos oficiales instituidos de participación, otras formas presentes en los territorios y que compondrán modos de funcionar y constituir hacer y saberes. Se considera que la realidad brasileña puede iluminar la realidad de otros países con relación a la participación social en salud.

Las limitaciones del estudio se refieren a la ausencia de momentos de restitución, según el referencial del AI, para y con los participantes de la investigación. Este momento, de restitución se refiere a la sumisión del análisis realizado por el equipo de investigación a los participantes de la investigación, pudiendo así ampliar el análisis realizado y también producir otros ángulos de visión. En el estudio también no se exploraron las relaciones de género y raza.

El problema presentado en este estudio necesita ser explorado más ampliamente, por lo que sugerimos investigaciones que aborden estas interferencias y avancen en el debate.

¿Qué se sabe sobre el tema?

- La participación y el control social en el sistema público de salud en Brasil y en el mundo tienen desafíos para su efectividad (Freitas 2017; Haldane et al., 2019). Así, es necesario ampliar la participación y discusión sobre las instituciones existentes en los espacios en los que la población puede participar en la toma de decisiones en salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

- La presente investigación contribuye a la discusión sobre las instituciones que influyen en la toma de decisiones en salud en espacios colectivos, ampliando la mirada y el debate a las interferencias institucionales.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

- El marco teórico/metodológico del AI propone el análisis colectivo, así, apuesta por la democracia en salud para ampliar la participación social en los espacios de toma de decisiones en salud.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

No es posible compartir datos públicamente. Los datos contienen información personal y confidencial que puede identificar a los participantes en el estudio. Los participantes incluidos en este estudio han dado su consentimiento para que se utilicen únicamente de forma anónima. Los datos están disponibles para investigadores que cumplan los criterios de acceso establecidos por la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud de Brasil. Para obtener más información acerca de las restricciones y la disponibilidad de datos, póngase en contacto con el Comité de Ética para la investigación con sujetos humanos de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo: cep@eerp.usp.br.

Consideraciones Éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo de número 66095517.4.0000.5393, 074/2017. Se han respetado todos los preceptos éticos según la Resolución de Brasil.

Financiación

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) beca m'sster en el periodo 10/2016 a 01/2018 número 1657273. Esta investigación también fue financiada por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) Beca de Productividad en Investigación 1D Beca 317384/2021-0, CNPq n°26/2021, proceso número 402515/2022-6.

Autorías

Priscila Norié de Araujo: 1) la concepción y el diseño del estudio, la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los datos; 2) la escritura del artículo y su revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales; 3) la aprobación de la versión final para su publicación, y 4) la garantía de que todos los partes que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Fabiana Ribeiro Santana: 1) el análisis y la interpretación de los datos; 2) la escritura del artículo y su revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales; 3) la aprobación de la versión final para su publicación, y 4) la garantía de que todos los partes que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Poliana Silva de Oliveira: 1) el análisis y la interpretación de los datos; 2) la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales; 3) la aprobación de la versión final para su publicación, y 4) la garantía de que todos los partes que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

José Renato Gatto Júnior: 1) el análisis y la interpretación de los datos; 2) la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales; 3) la aprobación de la versión final para su publicación, y 4) la garantía de que todos los partes que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Felipe Lima dos Santos: 1) el análisis y la interpretación de los datos; 2) la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales; 3) la aprobación de la versión final para su publicación, y 4) la garantía de que todos los partes que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Karen da Silva Santos: 1) el análisis y la interpretación de los datos; 2) revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales; 3) la aprobación de la versión final para su publicación, y 4) la garantía de que todos los partes que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Cinira Magali Fortuna: 1) la concepción y el diseño del estudio, el análisis y la interpretación de los datos; 2) la revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales; 3) la aprobación de la versión final para su publicación, y 4) la garantía de que todos los partes que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los participantes en la investigación por compartir sus experiencias, sentimientos e historias.

Bibliografía

1. Consejo Nacional de Salud. Para entender o controle social na saúde. Ministerio de Salud de Brasil. 2014;178 [consultado 02 Jun 2023]. Disponible en: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_sau.de.pdf
2. Stotz EN. The course, limits and challenges of the social control of the SUS. Saúde em Debate (Londrina, Brazil), Rio de Janeiro, 2006; 30:149-160 [consultado 07 Jun 2023]. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345309003>
3. André AN, Ramos JVB, Cruz PJSC, Vasconcelos de ACCP. Difficulties of social participation in Primary Health Care: A systematic qualitative review. Revista Saúde em Redes. 2021;7:01-21, <http://dx.doi.org/10.18310/2446-48132021v7n2.3313g639>.
4. Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner". Les Tribunes de la santé. 2014;42:27-33.
5. Domin J. De la démocratie sociale à la démocratie sanitaire: une évolution paradigmatique? Les Tribunes de la santé. 2014;21-9.
6. Gama CAP, Figueiredo MD. Sanitary democracy: Advancements and resistance in the participation process of patients/users of the French healthcare system. Saúde Soc. 2021;30:e190713, <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902021190713>.

7. Lourau R. *A Análise Institucional*. 3th ed. Petrópolis: vozes; 2014.
8. dos Santos Souza VR, Palucci Marziale MH, Reis Silva GT, Nascimento PL. Traducción y validación al idioma portugués y evaluación de la guía COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34, eAPE02631.
9. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: Consensuses and controversies. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017;5:01–12 [consultado 10 Jun 2023]. Disponible en: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7429265/mod_resource/content/1/amostragem%20e%20saturac%CC%A7a%CC%83o%20pesq%20qualitat%20Minayo%202017.pdf
10. L'Abbate S. Introdução à análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. En: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, editores. *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 31–88.
11. Barenblitt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 6th ed. Belo Horizonte: FGB/IFG; 2012.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Brasil, São Paulo. [consultado 08 Jun 2023]. Disponible en: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp>
13. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: vozes; 2015.
14. Paille P, Muchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 3th ed. Paris: Armand Colin; 2012.
15. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. En: *Quality Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2002. p. 541–89.
16. Consejo Nacional de Salud. Resolução nº466, de 12 diciembre de 2012. Ministerio de Salud. Brasil. Autoriza a realização de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. *Diário Oficial da União, Brasília, Distrito Federal*, 13 de junio de 2013. p.59.
17. Safaei J. Deliberative democracy in health care: Current challenges and future prospects. *J Healthc Leadersh*. 2015;7:123–36, <http://dx.doi.org/10.2147/JHL.S70021>.
18. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One*. 2019;14:e0216112, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>.
19. Gibbons MC, Illangasekare SL, Smith E, Kub J. A community health initiative: Evaluation and early lessons learned. *Prog Community Health Partnersh*. 2016;10(1 Spring):89–101, <http://dx.doi.org/10.1353/cpr.2016.0011>.
20. Ferrera MJ, Sacks TK, Perez M, Nixon JP, Asis D, Coleman WL. Empowering Immigrant Youth in Chicago. Utilizing CBPR to Document the Impact of a Youth Health Service Corps Program. *Fam Community Health*. 2015;38:12–21, <http://dx.doi.org/10.1097/FCH.000000000000058>.
21. Fortuna CM, Monceau GRJ, Valentin S, Khadija LEM. Socioclinical research in France: Notes on institutional analysis. *Fractal (Niterói)*. 2014;26:255–66.
22. Consejo Nacional de Salud. 8.ª Conferencia Nacional de Salud: informe final. Ministerio de Salud, Brasil, 17 a 21 de marzo de 1986.
23. Campos GWS. *Um método para análise e cogestão de coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O método da roda*. 4th ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
24. Doricci GC, Caccia-Bava MCGG, Guanaes-Lorenzi C. Dinámica relacional de los equipos de salud de atención primaria y su impacto en la construcción de la cogestión. *Salud Colect*. 2020;16:e3094, <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2020.3094>.
25. Freitas C. Public and patient participation in health policy, care and research. *Porto Biomed J*. 2017;2:31–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pbj.2017.01.001>.
26. Monceau G. *Le concept de résistance en éducation. Pratiques de formation: Analyses*. 1997;33:47–57.
27. Soulière M. Rester critique et « faire avec »: Un usage de l'analyse institutionnelle dans la formation en travail social à l'université. *Éducation Permanente*. 2021;229:33–42, <http://dx.doi.org/10.3917/edpe.229.0033>.
28. Santos RS, Mourão LC, Almeida ACV, Santos KM. Armed conflict at primary care: Challenges for practice and training. *Rev Bras Enferm*. 2020;73, e20180179.
29. Alonso CMdoC, Béguin PD, Duarte FJ, de CM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: Meta-synthesis. *Rev Saude Publica*. 2018;52:14.
30. Almeida JF, Peres MFT, Lima TF. A violência no território e a construção de vínculos entre os agentes comunitários de saúde e os usuários em um serviço de atenção primária. *Revista EPOS*. 2016;7:92–109.