

Andrea Cornwall
Silvia Cordeiro
Nelson Giordano Delgado

*Direitos à saúde e lutas em favor da transparência em
um conselho municipal de saúde brasileiro*

Introdução

‘Saúde é um direito de todos e um dever do estado’ era o *slogan* da 12ª Conferência Nacional de Saúde do Brasil, realizada em Brasília no ano de 2003. Reunindo mais de 3.000 delegados, representando deliberações que envolvem mais de 300.000 pessoas por todo esse imenso país, a conferência de saúde foi convocada pelo governo brasileiro para estabelecer a agenda da política nacional de saúde. O direito à saúde está assegurado na Constituição do Brasil de 1988, a mais longa do mundo e apelidada “constituição cidadã”, por formalizar as demandas da luta

Andrea Cornwall é antropóloga, Fellow do Institute of Development Studies da University of Sussex, Grã-Bretanha. Silvia Cordeiro é médica, feminista, Diretora do Centro das Mulheres do Cabo, de Cabo de Santo Agostinho/PE. Nelson Giordano Delgado é professor da UFRRJ/CPDA (nelsongd@terra.com.br)..

pela democratização. Isso se reflete nas reuniões mensais dos conselhos de saúde, nos níveis municipal, estadual e nacional, em que representantes da sociedade civil se juntam aos profissionais de saúde e aos representantes do governo municipal para fazer auditoria nos gastos de saúde e para aprovar planos de saúde, e nas conferências periódicas de saúde (a cada dois ou quatro anos) que juntam um grupo mais representativo da sociedade para deliberar sobre políticas de saúde. Dotadas de poder para tomar decisões obrigatórias, essas instituições têm um mandato legal para aprovar orçamentos, planos e contas antes que o dinheiro seja liberado dos cofres federais.

O Brasil é um país com aproximadamente 300 milhões de pessoas, um país marcado por desigualdades persistentes, pobreza extrema e riqueza, em que um próspero setor privado de saúde proporciona tratamento para os que têm possibilidade de sair de um sistema nacional de saúde fraco. O direito à saúde existe na lei, mas permanece um terreno de lutas intensas por transparência. Como um recurso, a saúde oferece um caso particularmente interessante para se examinar as ligações entre direitos e transparência. De um lado, a saúde da população é um recurso fundamental para a nação, e a manutenção de sistemas de saúde nacionais que possam prestar serviços para a massa da população, especialmente para aqueles que menos podem arcar com tratamento, muitas vezes tem uma importância simbólica e política. Por outro lado, o fornecimento de serviços de saúde exige investimentos significativos de recursos e, conseqüentemente, requer gerenciamento de grandes somas de dinheiro, estabelecimento de prioridades que, inevitavelmente, favorecem algumas áreas de provisão em detrimento de outras, e decisões difíceis sobre a alocação de orçamentos cada vez menores. Inclua as complicações de um sistema de saúde misto, em que o estatuto reconhece os limites da prestação de serviços pelo Estado e a necessidade de contratar serviços particulares

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

do setor privado, e adicione a descrença histórica por parte dos cidadãos sobre a probidade dos burocratas, e a interação entre o reconhecimento de direitos e as demandas por transparência se torna ainda mais complicada.

Este artigo é sobre como em uma pequena cidade do Nordeste brasileiro, os cidadãos buscaram realizar o direito à saúde através de esforços para exigir transparência do governo municipal. Ele conta a história da evolução do Conselho Municipal de Saúde da cidade e reflete sobre alguns dos desafios ainda existentes para o alcance dos direitos à saúde. O artigo começa com a apresentação dos conselhos de saúde, suas estruturas, funções, e o contexto a partir do qual eles emergiram. Em seguida, são explorados as origens e o desenvolvimento do Conselho Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, no estado de Pernambuco. Focalizando alguns dos sucessos e das falhas em termos de transparência, este artigo reflete sobre alguns dos desafios enfrentados pelos cidadãos-atores na busca pelo direito à saúde através de 'espaços convidados' (Cornwall 2002, 2004) tais como essas instituições.¹

¹ Este artigo é baseado em pesquisa participativa feita em colaboração entre os três autores – a diretora de uma ONG local, o Centro das Mulheres do Cabo, e ex-presidente do Conselho Municipal de Saúde do Cabo, um economista da Universidade Rural do Rio de Janeiro e uma antropóloga da IDS, Sussex – e membros do conselho de saúde do Cabo e da administração municipal. Ele valeu-se das experiências de Silvia Cordeiro com o conselho de saúde durante um período de dez anos, de uma oficina participativa com conselheiros de saúde envolvendo os três autores (da observação de Andrea Cornwall em cinco reuniões do conselho de saúde e de cerca de 45 entrevistas realizadas por Andrea Cornwall e Nelson Delgado, guiadas pelas perguntas provocadas pelas reflexões críticas de Silvia Cordeiro sobre o envolvimento com o conselho. Fragmentos deste artigo foram extraídas de um *paper* maior (Cordeiro, Cornwall e Delgado, 2004), preparado co-

Conselhos de saúde do Brasil: novos espaços democráticos?

A participação popular na governança de serviços de saúde tem ocupado a agenda internacional da saúde desde os anos 1970 (Loewenson 1999; Cornwall et al, 2000). Em muitas das instituições co-gerenciadas e de consulta estabelecidas como parte das reformas do setor de saúde, os cidadãos têm a oportunidade de se envolver em discussões, e às vezes em tomada de decisões, sobre a efetividade dos serviços de saúde. Em casos menos comuns, algumas instituições oferecem aos cidadãos um papel na deliberação sobre políticas de saúde e sobre a natureza da provisão do serviço de saúde, assuntos freqüentemente tidos como de função do Estado. Ainda mais raras são as instituições que dotam os atores sociais – não somente cidadãos individuais mas também os representantes de associações civis organizadas – com o direito legal de aprovar orçamentos e planos de saúde, e com o dever de assegurar a governança responsável. Essa é a função dos inovadores conselhos de saúde participativos do Brasil (Coelho 2004, Coelho e Nobre 2004, Coelho et al. 2005). Operando em todos os três níveis de governo – municipal, estadual e nacional – os conselhos de saúde dão forma a um conjunto de normas e arranjos institucionais para a provisão e governança de cuidados com a saúde que proporcionam novas oportunidades para o engajamento direto de cidadãos na prestação de contas do governo. Cada governo municipal e estadual no país é obrigado a ter um conselho de saúde, com uma estrutura que é predeterminada por decreto nacional.

O sistema de saúde brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS) procura abranger os princípios básicos de universalidade, igualdade, descentralização e controle social, um termo que constitui apenas parte do que a palavra ‘*accountability*’ passou a

mo parte do projeto DFID-ActionAid Olhar Crítico (‘A Critical Gaze at Practices of Citizenship and Participation in Brazil’).

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

significar em inglês. Os conselhos de saúde são órgãos de *accountability* em vários sentidos. Eles são um espaço para a busca de transparência fiscal, em que os representantes dos cidadãos podem literalmente fazer uma auditoria nas contas do governo local, detectar e procurar qualquer anomalia. Eles também são espaços de responsabilização, como instituições da esfera pública para as quais os ocupantes de cargos públicos são obrigados a prestar contas e explicações sobre despesas com saúde. E eles são espaços que proporcionam aos grupos de cidadãos uma interface direta com os responsáveis pelas decisões sobre políticas de saúde em todos os níveis, e que servem – ao menos em tese – para manter a transparência sobre esses agentes para os diversos públicos. Esses espaços são abertos aos membros do público e, embora apenas os representantes eleitos tenham o direito ao voto, todos os presentes possuem o direito de falar: um direito que também é recurso nestes cenários, já que as habilidades retóricas e de argumentação exercidas pelos participantes sem direito a voto podem alterar significativamente as deliberações e, às vezes, funcionam para evitar que questões sejam colocadas em votação.²

Os conselhos de saúde do Brasil representam uma forma de instituição de governança que tem alcançado considerável popularidade nos últimos anos como espaços para “co-gerenciamiento” (Ackerman, 2003). Escrevendo sobre os desafios enfrentados nessas novas instituições de governança para ampliar a transparência, Cornwall et al (2000) sugerem que um dos maiores desafios é superar as hierarquias tão enraizadas no setor de saúde, especialmente na constituição de *expertise* e ‘ignorância’. No Brasil, uma confluência incomum de aspectos tornou essas dinâmicas mais complexas. Para a geração de pro-

² Ver Young (1996) sobre o significado de retórica para democracia deliberativa.

fissionais que estão ocupando cargos no sistema de saúde pública e em organizações de saúde não-estatutárias, o sistema de saúde nacional e suas instituições participativas foram o fruto de uma longa e intensa luta travada pelos movimentos radicais de saúde pública dos anos 1970 e 1980, dos quais muitos deles fizeram parte como estudantes de medicina. Um comprometimento profundo com a saúde pública e com o direito à saúde emergiu desse movimento e inspirou uma geração de médicos visionários, cujas ações têm sido cruciais em todos os níveis na busca pelo sucesso das reformas para democratizar a saúde.

O sistema de conselhos de saúde participativos foi pensado pelos reformadores radicais da saúde, que obtiveram sucesso na sua institucionalização na Constituição brasileira, como um meio para criar uma interface da sociedade civil com o governo, mas também como um meio político para democratizar a sociedade brasileira, através do estímulo à participação de associações, movimentos e outras formas de organização popular no processo de governança. Os conselhos eram vistos como um complemento do sistema representativo democrático, envolvendo um tipo diferente de representação – organizações da sociedade civil, em vez de políticos eleitos. Os conselhos são compostos de acordo com normas rígidas de paridade. As organizações da sociedade civil constituem 50% dos representantes do conselho. Eles são eleitos por delegados da sociedade civil em conferências municipais ou em assembleias municipais. Vinte e cinco por cento dos membros do conselho são representantes dos trabalhadores de saúde, e incluem enfermeiras auxiliares e contemplam trabalhadores, médicos e trabalhadores especializados. Os restantes 25% são compostos por representantes da secretaria municipal de saúde e por prestadores de serviços contratados, que compreendem o Secretário de Saúde e administradores dos hospitais municipais, e clínicos dos setores público e privado.

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

A idéia de *controle social* representa imediatamente a idéia do povo controlando o que é legalmente dele e a participação do público na auditoria dos gastos de saúde. O termo é frequentemente utilizado para estender ao cidadão o engajamento na política e no planejamento para saúde, bem como para representar o direito à participação em todos os níveis e aspectos das tomadas de decisão do setor de saúde. Contudo, na prática, conforme iremos sugerir, existem limites para a participação dos cidadãos, que restringem as possibilidades de envolvimento a um estreito papel na auditoria. Aqui, nós sugerimos que o grau de potencialidade para democratização passa a depender tanto de mudanças na configuração dentro da sociedade civil, quanto da eficácia dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil, tais como ONGs e sindicatos, para mediar e amplificar a voz do cidadão. A realização do direito à participação que afirma o direito à saúde envolve uma luta multidimensional para o alcance do potencial desses espaços como instituições políticas, bem como para as novas práticas culturais que a genuína governança participativa demanda.

Contexto

O município de Cabo de Santo Agostinho, com uma população urbana de pouco mais de 150.000 pessoas, é localizado na área do Grande Recife, no estado de Pernambuco. A cidade é um centro econômico importante por conta de sua localização estratégica, suas instalações industriais e seu setor de serviços em expansão, especialmente o turismo, a saúde e o setor varejista. Apesar dessas potencialidades econômicas, o Cabo de Santo Agostinho tem baixos níveis de desenvolvimento humano e de desenvolvimento infantil, uma quantidade substancial de pessoas abaixo da linha de pobreza e um taxa de analfabetismo de 21%. O município possui um perfil epidemiológico misto, refletindo as doenças ligadas à pobreza e aquelas associadas à vida

urbana, tais como doenças cardiovasculares e degenerativas. Os serviços de saúde são prestados em postos de saúde comunitários e em hospitais municipais e privados na cidade do Cabo de Santo Agostinho. O sucesso da implementação de um programa nacional de saúde primária – que envolve equipes de agentes de saúde comunitários, ligados aos postos de saúde que dispõem de médico e enfermeiras, fazendo visitas regulares às casas – tem trazido melhorias notáveis em uma gama de resultados, de uma queda na taxa de mortalidade infantil de 41/1.000 para 18/1.000 à redução nos números de hospitalizações.

O Cabo possui uma rica história de mobilização de movimentos sociais, desde as lutas agrárias, o envolvimento da igreja católica progressista durante o período de ditadura e o forte movimento feminista com ligações regionais e nacionais. O Cabo foi um dos primeiros municípios no país a ter uma liderança democrática nos anos de transição para a democracia. Logo após o restabelecimento da democracia, um partido progressista democrático ocupou o governo municipal até pouco depois da primeira onda de implementação dos conselhos. Existe uma diversidade de movimentos sociais, ONGs e atores sociais empresariais, tanto na área urbana quanto na rural do município. Algumas dessas organizações existem há muito tempo, apoiadas pelo trabalho da igreja católica progressista com as comunidades de base. Outras nasceram como resultado da primeira onda de democratização no final dos anos 1980, com o apoio do governo municipal, e continuam a se beneficiar das subvenções do governo local (literalmente subsídios, recursos para assistir suas atividades). Outras ainda são diretamente contratadas pelo governo municipal por meio de convênios, acordos estatutários, para o provimento de serviços sociais e de saúde. Existem cerca de 130 organizações da sociedade civil registradas no município, e muitas outras organizações menores nas comunidades, tratando de questões de sua localidade imediata. O cará-

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

ter do Estado e da sociedade civil, a natureza de dependências mútuas e das ligações transversais que existem entre suas fronteiras, mediadas pela igreja e pelos partidos políticos, é extremamente significativo para dar sentido às lutas por transparência no município.

Conselho Municipal de Saúde do Cabo: leis, estruturas e objetivo

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi oficialmente inaugurado pela Lei Municipal 1.687, em 12/5/1994, de acordo com as Leis Federais 8.080/90 e 8.140/90. Ele foi estabelecido com os seguintes objetivos:

1. Definir as prioridades da saúde municipal;
2. Estabelecer as diretrizes a serem seguidas quando da elaboração do Plano Municipal de Saúde;
3. Atuar na definição de estratégias e no controle da aplicação da política de saúde;
4. Propor critérios para planejamento financeiro e orçamentário e para a aplicação do Fundo Municipal de Saúde, fiscalizando as transferências e o uso de recursos;
5. Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde fornecidos à população por instituições públicas e privadas com contratos de serviço com o SUS no Cabo;
6. Definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados no SUS;
7. Convocar a Conferência Municipal de Saúde a cada dois anos, junto com o Executivo, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde.

O CMS do Cabo é composto por 20 membros e 20 substitutos, distribuídos da seguinte maneira: dez usuários; cinco profissionais de saúde; três gestores públicos; dois representantes dos

serviços privados contratados pelo SUS. O CMS é dirigido pelo Regulamento Interno, baseado nas Leis Federais 8.080 e 8.140, bem como pela Lei Orgânica Municipal. O seu *status* legal é o de um corpo coletivo de administração pública ligado ao braço executivo do governo. O CMS se reúne uma vez por mês durante três a cinco horas, as reuniões são abertas para o público geral e acontecem em um local central no Cabo, em um prédio – a Casa de Conselhos – disponibilizado pelo governo municipal.

O CMS foi estabelecido no Cabo assim que o progressista PMDB perdeu o governo para o conservador PFL. Em seus anos iniciais, havia pouca oportunidade para desenvolver o seu potencial. Assim como em muitas partes do Brasil, o conselho passou a ser uma extensão do governo municipal, preenchido com indicações feitas pelo governo e servindo como um mecanismo para ratificar as decisões do governo. Esse período de crise foi extremamente importante para estruturar o atual CMS. Os movimentos populares, os interesses da igreja progressista, os sindicatos e o movimento feminista juntaram forças em uma frente popular para pressionar o governo municipal no sentido de democratizar o conselho de saúde. O retorno do governo progressista, em 1997, foi acompanhado pelo recrutamento de um reformista radical e enérgico para a posição de secretário de Saúde, pela revitalização do CMS e pelas reformas no sistema de saúde que levaram ao que hoje é o SUS no município.

Enquanto os cidadãos podem comparecer e têm o direito de falar nas reuniões do Conselho de Saúde, os conselheiros são eleitos como representantes das organizações da sociedade civil. Os mandatos são de dois anos, renováveis por mais um termo. Em 2000, o Conselho de Saúde elegeu seu primeiro presidente da sociedade civil – um dos primeiros no Brasil. De 2000 a 2002, discussões intensas dentro do CMS deram origem aos regulamentos internos que buscavam ampliar a democratização das ações do conselho. As regras de representação foram expandi-

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

das para garantir uma diversidade de comunidades, de lugares e de interesses, com metade dos assentos da sociedade civil sendo destinada para os representantes das associações comunitárias e a metade restante, para aqueles representantes de grupos de interesses particulares, tais como o movimento das mulheres, o movimento negro e pessoas portadoras de deficiência. Esses esforços culminaram na maior Conferência Municipal de Saúde até aquele ano de 2003, na qual novos conselheiros foram eleitos por centenas de delegados que tinham sido eleitos nas pré-conferências em quatro regiões do município. Com a idade variando de 20 até mais de 60 anos, a maioria dos conselheiros do Cabo é da classe média baixa ou da classe trabalhadora, que em média não possui mais do que a educação secundária. De 2003 a 2005, o complemento da sociedade civil do Conselho consistiu em organizações da sociedade civil tão diversas quanto um centro cultural afro-brasileiro, uma ONG de medicina fitoterápica, uma associação de evangélicos progressistas, um movimento de trabalhadores católicos e uma ONG feminista, em conjunto com a associação de moradores de todo o município. A fim de expandir ainda mais o escopo do Conselho, tem havido empenho para que sejam inaugurados os conselhos de saúde locais nas comunidades do município.

O Conselho de Saúde é idealmente autônomo em relação ao governo municipal. Na prática, entretanto, ele é dependente dos recursos fornecidos pelo secretário de Saúde para funcionar eficientemente, inclusive do pagamento dos custos associados com o apoio administrativo. Esse apoio é fundamental para a viabilização do Conselho, já que, além de manter os registros das reuniões, o administrador prepara documentos para que os conselheiros leiam, faz a convocação para as reuniões, avisa os conselheiros sobre as reuniões e lhes informa sobre qualquer mudança de política nos níveis estadual e nacional transmitida pelos conselheiros envolvidos com esses níveis, bem como ajuda na organização de treinamento, no transporte de conselhei-

ros e na logística para participação em eventos, tais como conferências. Responsável por funções que exigem investimento significativo de dinheiro e de tempo, essa infra-estrutura e o apoio dos recursos são críticos – e a sua ausência solapa tanto a possibilidade do Conselho ser capaz de exercer o controle social eficazmente, quanto a confiança depositada pelos membros na seriedade com que seus trabalhos são considerados pelo governo.

Os membros do Conselho são incumbidos de exigir o acesso às contas da saúde pública e de cobrar explicações sobre certas decisões de investimento e de despesa, bem como de fazer visitas às clínicas, unidades de saúde e hospitais para encaminhar vistorias. Um comitê de auditoria, composto por dois conselheiros do CMS e um membro do público, é encarregado de desempenhar várias dessas vistorias, examinando os estoques em armários para checar se os remédios estão bem condicionados e dentro da validade e inspecionando as instalações. Entretanto, o mandato dos conselheiros se estende para além da função de inspeção, na medida em que suas funções representam interesses mais amplos das comunidades. Uma de suas tarefas é consultar amplamente os seus constituintes sobre os planejamentos para a saúde local e se envolver diretamente na organização de conferências semestrais de saúde, nas quais são discutidos largamente esses planejamentos. A percepção dos conselheiros sobre o que é necessário para ser um membro do CMS varia significativamente, como também a maneira pela qual concebem seus papéis em relação ao dever de exigir a prestação de contas do governo. Em uma oficina participativa, os conselheiros definiram as funções do Conselho de Saúde da seguinte forma:³

³ Derivado dos cartões produzidos em um *workshop* participativo ocorrido no Cabo em 12 de abril de 2004, que incluiu os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde. Os administradores da saúde optaram por não comparecer.

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

- Facilitar a participação popular nas políticas públicas de saúde para estabelecer prioridades, fazer auditoria dos recursos e avaliar os resultados.
- Desenvolver projetos, bem como fazer auditoria naquilo que foi aprovado pelo Conselho.
- Promover o controle social, com a participação democrática e popular.
- Contribuir para a melhoria do funcionamento do sistema, com a participação popular.
- Reforçar os direitos do povo já garantidos pelo SUS.
- Fazer auditoria nas demandas dos usuários para o bom serviço.
- Exercitar o controle social através de organizações da sociedade civil, desempenhando um papel central e direcionando as políticas públicas para o setor.
- Discutir conjuntamente e estabelecer os melhores caminhos (entre os participantes).
- Elaborar propostas e acompanhar as políticas públicas.
- Ser um corpo deliberativo em que os membros têm a chance de fazer auditoria e de contribuir para as políticas de saúde.
- Fornecer as condições para os cidadãos participarem das políticas públicas de saúde na comunidade.
- Contribuir para a gestão, auditoria e construção de políticas de saúde.

A falta de clareza sobre qual deveria ser o papel do Conselho, e sobre seus limites reais é um dos fatores que obstruem o seu trabalho. Os conselheiros recém-indicados são encaminhados para cursos de treinamento, de várias qualidades, que ensinam o básico a respeito de suas funções e os instruem sobre os vários procedimentos técnicos que fazem parte do planejamento e do orçamento de saúde. No entanto, esse é um aprendizado bastante rudimentar, já que os custos para prestar tais treina-

mentos são significativos. Os conselheiros falaram sobre como é útil e importante para eles o treinamento que haviam recebido e sobre como davam valor às oportunidades de participar de outros cursos e de comparecer aos eventos em Recife, incluindo as conferências estaduais que englobam uma gama de temas ligados à saúde. Para aqueles que tiveram a chance de aproveitar essas oportunidades, consideraram-nas de imenso valor para o crescimento pessoal e profissional, expandindo seus horizontes e colocando-os em contato com pessoas semelhantes de outros municípios. No entanto, nem todos são capazes ou se interessam em aproveitar essas oportunidades, e existe um sentimento geral no Conselho de que as pessoas não têm muita idéia sobre o que elas exatamente devem fazer.

As pessoas entram no Conselho com expectativas formadas pelas suas experiências anteriores – seja em partidos políticos, movimentos sociais ou em suas comunidades. Suas próprias interpretações sobre o que é controle social têm importância para a definição de quais são as preocupações apropriadas do conselho, bem como de quais são os limites de suas intervenções nesse espaço. Como essas percepções diferentes sobre as funções do Conselho de saúde acontecem na prática?

Exploramos a seguir algumas das dinâmicas do dia-a-dia do Conselho de Saúde, bem como o sentido de transparência e de direitos que os representantes dos cidadãos, os trabalhadores de saúde e os gerentes levam para seu envolvimento com o Conselho de Saúde.

Transparência na prática

O trabalho rotineiro do CMS varia de assistir às apresentações das organizações que prestam serviços a se informar sobre os planos do secretariado municipal de saúde, discutir sobre incidentes específicos na provisão dos serviços de saúde que te-

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

tenham sido relatados pelos membros do público. Há pouca deliberação sobre assuntos de políticas de saúde; os planejamentos de saúde são elaborados pelo governo, sem nenhum esforço para envolver a participação dos conselheiros de saúde na sua formulação, e são apresentados ao Conselho para aprovação, junto com apresentações periódicas das contas. Existe igualmente pouca expectativa por parte dos conselheiros de saúde de que eles estarão envolvidos nas políticas de saúde e nos processos de planejamento, apesar de alguns acharem que isso faz parte de sua responsabilidade.

O exame das minutas do CMS dos últimos três anos revela uma série de padrões de interação entre os burocratas da saúde, os cidadãos e os profissionais de saúde. Um deles é o padrão de fornecimento de informações seguido de perguntas e respostas, que em geral envolve um dos administradores, e, mais comumente, o secretário de Saúde. Com frequência, há pouca ou nenhuma deliberação sobre as questões trazidas para consulta, nem aparenta haver alguma expectativa de uma discussão mais ampla: elas são apresentadas como fatos, as perguntas são feitas e o assunto é encerrado. Essa é a forma pela qual os planejamentos de saúde do município tendem a ser tratados. Um outro padrão é o de esclarecimento e contestação da forma pela qual as coisas estão sendo feitas, através – como no exemplo anterior – de debate sobre se algo deveria estar na agenda, se o Conselho precisa ter uma posição ou uma política e assim por diante. Algumas vezes, parece que o Conselho está explorando os limites do que deveria fazer, outras vezes parece encontrar maneiras de trabalhar mais eficientes. Outro padrão é o de uma interação mais antagonista, geralmente envolvendo denúncias sobre a qualidade do tratamento ou sobre a falta de serviços disponíveis nas unidades de saúde pública, mas também se estendem à crítica sobre algum funcionário em particular ou sobre falhas na provisão de certos serviços. Raramente, isso se trans-

forma em um debate construtivo sobre o que fazer, levando a um padrão mais previsível de fazer uma reclamação e essa ser registrada.

As minutas das reuniões sustentam as impressões que tivemos de nossas conversas com os representantes. Os usuários falaram da necessidade de persistência, de vencer uma burocracia relutante até que cedam às demandas; os administradores falaram sobre a frustração de lidar com usuários que claramente não entendiam dos assuntos técnicos ou das questões mais gerais; e os trabalhadores falaram sobre as dificuldades que enfrentavam nas reuniões, incapazes de contestar os administradores, mas igualmente sentindo as críticas levadas pelos usuários nas denúncias sobre a provisão dos serviços de saúde. Essas tensões se desenrolam no espaço da reunião. Os estilos de interação ecoam os diferentes propósitos a que serve o Conselho, da postura desacreditada e antagonista dos representantes dos usuários em disputa com o Estado, até a postura de consulta, com usuários e trabalhadores escutando e perguntado aos administradores, passando por um relacionamento de colaboração, com usuários e trabalhadores dando sugestões juntos, e administração concordando com eles. Esses objetivos diferentes são mantidos em permanente tensão e criam paradoxos significativos sobre o que a participação no Conselho vem a significar para os diferentes membros.

Suas deliberações freqüentemente parecem ser menos sobre conteúdo do que sobre procedimento; muito do que os conselheiros realmente entendem sobre deliberação revela mais sobre o papel percebido por eles na auditoria e na autorização de decisões, do que na deliberação sobre a natureza da política de saúde e no conteúdo dos planejamentos de saúde, como mostra a seguinte fala de um representante dos usuários:

Nós não somos um corpo consultivo; nós somos um corpo deliberativo. [AC: O que significa deliberativo?] O adminis-

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

trador dispõe de uma equipe de planejamento própria ... ele ou ela elabora seus planos de ação, o que será gasto em saúde ... ele ou ela vem aqui e nos apresenta o que será gasto dentro do plano para cada conta. O plano chega a nós, nós damos uma boa olhada e depois dizemos se aprovamos ou não. Se for aprovado, o governo pode dar prosseguimento, pode gastar o dinheiro aprovado ... depende de mim, como um conselheiro, a cada três meses, dizer em que ele tem avançado, porque as contas são entregues a cada três meses ... O Conselho faz uma detalhada auditoria, tem o direito de ir dar uma olhada por conta própria; se estiver errado, nós podemos parar os gastos. Esse é o papel do Conselho.

Colocado dessa forma, a realização do direito à Saúde envolve assegurar que a secretaria municipal de saúde e os funcionários empregados façam seu trabalho: as discussões raramente se desviam do formato em que aquele trabalho é definido pelo governo. Existem regras rígidas estabelecidas pelo Governo Central sobre a proporção de dinheiro que deve ser gasto com cuidado primário, e diretrizes e modelos para a provisão de cuidados naquele nível que os governos municipais podem optar, mas ao fazê-lo devem apresentar os riscos políticos que são melhor evitados. As secretarias municipais de Saúde podem, no entanto, contratar uma proporção maior de cuidados secundários e terciários do setor privado, se desejarem, e buscar planejamento de saúde que dê menos prioridade aos direitos à saúde dos pobres. Conforme indicou um ativista sindical, ex-representante no Conselho de Saúde, e uma figura assídua e franca nas reuniões, era dever do CMS exigir a prestação de contas do governo sobre as resoluções tomadas na Conferência de Saúde, e não fazer as políticas. No entanto, até mesmo ele admitiu que a longa lista de promessas que constituíam essas resoluções exigia o estabelecimento de prioridades, e que a falta de envolvimento nesse processo potencialmente enfraquecia as perspectivas que os cidadãos tinham de exigir a prestação de contas do governo para concretizar seus direitos à saúde.

Na maior parte das vezes, os mundos do burocrata e do cidadão tendem a se cruzar em questões de probidade e, muito raramente, em questões que podem ser consideradas como técnicas. Tem havido exceções notáveis. O atual presidente pesquisou o relatório epidemiológico dos anos anteriores e encontrou uma grande quantidade de casos não tratados de uma condição predominante, que ele trouxe como uma preocupação para o Conselho de Saúde. Entretanto, essa não foi uma preocupação debatida: ele simplesmente os informou que havia feito uma carta às autoridades notificando a incidência dessa condição e solicitando para que se preste mais atenção ao fornecimento efetivo dos tratamentos médicos. Era evidente que o seu conhecimento técnico não era suficiente para estabelecer qual deveria ser exatamente o tratamento – diferente dos ativistas de tratamento em outros contextos, incluindo partes do Brasil, que seriam capazes de exigir um medicamento específico. O que importava, para ele, era registrar que não se estava fazendo o suficiente: uma forma de interação com as autoridades que lhe era tão familiar, do seu antecedente como ativista, assim como para inúmeros de seus colegas conselheiros. É preciso lembrar que ele, como muitos outros representantes dos usuários, tem educação rudimentar e não vem de um contexto de médico. Iniciar uma questão como essa já é uma prova dos tipos de mudança que o CMS tornou possível. No entanto, isso é uma exceção: muitos dos desafios mais efetivos para a secretaria municipal de Saúde tendem a vir das pessoas com treinamento médico, que são capazes de seguir diretamente linhas de argumentação que simplesmente não estão disponíveis aos cidadãos comuns.

Fazendo a diferença

Apesar das dificuldades e das contradições, os atores do CMS têm sido relativamente capazes de tomar iniciativas, manifestar-se, expressar suas críticas, propor e resistir no papel de re-

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

presentantes da sociedade civil. Agindo de forma autônoma, eles têm procurado aliados no movimento social e nos poderes do estado para avançar em suas ações no sentido de reverter situações, tais como a terceirização de serviços. As simpatias políticas comuns – como os sentimentos antiprivatização – criam pontes dentro do Conselho de Saúde, e têm permitido fortalecer o poder do CMS na procura de se opor à maré de “mercantilização” que ameaça o sistema público de saúde. Onde as políticas dos governos municipais estão voltadas para os interesses dos membros mais pobres da comunidade – e isso poderia ser dito, de maneira geral, para o governo do PPS que estava no poder quando nós realizamos esta pesquisa – esse papel de auditoria, dentro do âmbito mais amplo do SUS que cumpre suas promessas de equidade e igualdade, faz sentido tanto administrativo quanto político. Não obstante, muito depende da característica individual do burocrata, bem como da agenda mais ampla do governo municipal. O escopo para conflito e coopção está tão presente nesses espaços quanto o para colaboração, e os representantes da sociedade civil podem adotar uma gama de estratégias para o engajamento, que os colocam em conflito entre eles.

As mudanças nas alianças e nas identidades entre os representantes dos burocratas, dos trabalhadores da saúde e dos usuários complicam as tentativas de categorizar os atores como parte de grupos de interesse bem delimitados. Essas alianças tomam forma em outros espaços – o espaço do partido, da igreja, e da vizinhança onde os conselheiros moram. A filiação partidária pode fazer uma grande diferença no que se refere a determinadas questões; pertencer a uma crença religiosa comum pode ser mais importante em relação a outras. Os debates no espaço do Conselho apelam para essas lealdades e para estilos culturais familiares a outros espaços. São caracterizados, com frequência, não tanto pelo tipo de argumento racional com dis-

tanciamento sugerido nos escritos dos adeptos da democracia deliberativa, mas por outros processos de persuasão que estão impregnados de relações de poder – mesmo que associadas à lealdade pessoal ou à crença religiosa ou à crença no conhecimento superior e na *expertise* – e de táticas e estratégias políticas que tornam o CMS uma arena intensamente política.

Quando os conselheiros foram perguntados sobre que diferença o Conselho realmente fez para o bem-estar do povo no município, as respostas foram muitas vezes expressas em termos dos tipos de sucesso reivindicados pela secretaria municipal de Saúde. Os burocratas da saúde enfatizaram a importância do CMS na criação da ponte com a sociedade civil, tanto quanto alguns reconheceram as limitações que os representantes da sociedade civil tinham para entender as complexidades do fornecimento dos serviços de saúde. Para muitos dos representantes dos usuários, os sucessos do CMS eram intimamente identificados com a percepção do funcionamento de um sistema de saúde: eles declararam os sucessos do CMS no tratamento das demandas, tais como a garantia da provisão de serviços e a melhoria da atenção, conseqüentemente contribuindo para o alcance dos planos municipais de saúde e melhorando as unidades de tratamento básico, o acesso aos testes, os centros especializados para pacientes de ambulatório, a mobilização social para as conferências municipais e o estabelecimento dos Conselhos Locais de Saúde.

Parece haver um amplo reconhecimento pelos atores envolvidos de que a existência do Conselho tem trazido algumas contribuições, apesar de pequenas, para a redução da prática do clientelismo e da troca de favores como as formas predominantes para o acesso aos serviços de saúde no Cabo. Igualmente, tem havido um aumento do reconhecimento público e da identificação de privilégios existentes no setor, bem como das possibilidades de combatê-los. Não obstante, alguns representantes

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

atuais e passados foram muito mais prudentes quanto aos sucessos do CMS. Sim, dizem eles, houve alguns ganhos: o Conselho é uma instituição valiosa. Mas eles destacaram uma ampla gama de preocupações, desde a “partidarização” do espaço do Conselho, passando pelos acordos entre o governo e os representantes dos usuários beneficiários dos contratos de serviço que complicam as perspectivas de transparência, até a falta de voz para os membros mais marginalizados, silenciados pelo medo das repercussões e também pela própria falta de confiança sobre aquilo que terão que falar. Para alguns, esses fatores neutralizaram o potencial do Conselho como um mecanismo de controle social; para outros, eles eram uma parte inevitável, algo que exigia vigilância constante e estratégias ativas para a ampliação da democratização do conselho.

Uma dimensão adicional de reflexões sobre as falhas do Conselho diz respeito à lacuna entre os ideais do SUS e as realidades de recursos escassos, e as dificuldades de superar as barreiras de acesso experimentadas por aqueles em condições complexas, e caras, que simplesmente não puderam ser efetivamente tratados nesse nível por conta das falhas na articulação dos serviços. Esses levantaram preocupações maiores sobre a forma de organização do SUS e sobre as tensões entre a democratização na definição das prioridades e as exigências médicas com as quais os planejadores da saúde pública têm que lidar para serem capazes de contribuir para a garantia do direito à saúde.

Compreendendo o CMS como um espaço de transparência

Mesmo quando a prática de instituições de governança participativa não alcança as expectativas que foram criadas como parte da luta política que levou à sua institucionalização, a maioria dos estudos de caso conduzidos no Brasil reforça o impacto positivo no processo de construção de cultura mais democrática na sociedade brasileira (Dagnino 2002:162). Isso não pode ser

subestimado em um país com tradição autoritária tão forte, que combina a centralização do Estado com o clientelismo local e em que uma boa dose de modernização econômica e a sua inserção no capitalismo internacional têm sido conduzidas sob um regime autoritário, piorando seu caráter elitista e excludente. Espaços participativos institucionalizados, como o CMS, contribuem, de maneira geral, para o esforço político coletivo no sentido de democratizar a implementação das políticas públicas no Brasil, já que a) confronta as concepções elitistas de democracia, b) desafia as concepções autoritárias a respeito da primazia dos técnicos e do que é técnico nos processos de tomada de decisões no Estado, c) desafia o monopólio estatal sobre a definição do que é público e do que deveria ser a agenda pública, e d) contribui para a redução do clientelismo e para maior transparência das ações do governo (Dagnino, 2002).

Pelo que coletamos no Cabo, a criação de espaços para a prestação de contas indica que tem havido alguns efeitos na cultura política, com a esperança tendo sido expressa por alguns conselheiros de que a expansão dos conselhos locais servirá para uma futura abertura, e ampliação, de espaços para a participação. É evidente, entretanto, que a criação pura e simples de espaços para participação dos cidadãos não é uma garantia de que as práticas políticas antigas não serão simplesmente reproduzidas nesses espaços (Cornwall 2002). No entanto, ao mesmo tempo, outras práticas começam a ser introduzidas – especialmente através de programas de treinamento – que oferecem formas de reformular as interações dentro do espaço do Conselho. O Conselho é um espaço intermediário – que se encontra entre uma série de outros espaços, associações, burocracia, provedores de serviços de saúde, partidos políticos e uma gama de outros atores sociais e governamentais. É um emaranhado de relacionamentos, de alianças político-partidárias, de relações de clientelismo e de tensões. Os atores sociais que representam a

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

sociedade civil estão longe de ter autonomia do governo municipal, que repassa para muitos deles uma pequena quantia para apoiar suas atividades e possui contratos com outros para prestar serviços. Nem a “sociedade civil” nem “o Estado” podem ser pensados como formados por blocos homogêneos; e entre as organizações da “sociedade civil” do Cabo existe uma grande diversidade de capacidades de engajamento nesses espaços, tanto quanto na democracia interna, na prestação de contas e na exigência de legitimidade, que complicam ainda mais a interação dentro do espaço do conselho.

Para serem efetivos na exigência de prestação de contas por parte do Estado, os conselhos necessitam de uma gama de recursos – e a provisão de tais recursos está além da capacidade e da responsabilidade dos membros da sociedade civil. São necessários fundos para apoiar o funcionamento diário do Conselho, para proporcionar um espaço de reunião, alguém para organizar as reuniões, manter os registros e notificar os conselheiros sobre qualquer mudança pertinente nas políticas ou sobre eventos que exigem suas atenções. Também há necessidade de recursos financeiros para apoiar o treinamento dos representantes, não só do segmento dos usuários – que para serem efetivos demandam informações sobre a estrutura e sobre o funcionamento dos sistemas de saúde, e sobre a interpretação das contas e orçamentos – mas também dos segmentos dos trabalhadores da saúde e dos administradores, para os equipar com as capacidades para participar nesse tipo de fórum. Além desses recursos materiais, existem outros recursos técnicos e simbólicos que são de muita importância para o desenvolvimento dos conselhos. A participação ativa dos usuários e dos representantes dos trabalhadores da saúde não encontra semelhança com o compromisso dos administradores, que, pela falta de ação e pela falta de respeito aos conselheiros, diminui o potencial do CMS como espaço para prestação de contas.

Apesar das profissões de intenção e dos elogios sobre a importância da participação dos cidadãos no controle social, frequentemente apoiados pelos administradores, suas condutas revelam uma atitude diferente, de acordo com a percepção de muitos representantes dos usuários. O governo municipal foi acusado de falha no fornecimento adequado e em tempo de informações, visando passar planejamentos e orçamentos sem anúncio prévio, dando aos conselheiros pouca chance para decifrar e debater o que eles requerem, e exercendo “pressão” em momentos-chave na tomada de decisão. Existe um consenso significativo entre os representantes dos usuários – compartilhado por alguns conselheiros trabalhadores da saúde – de que a falta de valorização do CMS por parte da burocracia atua como um freio crítico sobre sua efetividade. Existe entre os burocratas uma tensão real com relação à legitimidade que o CMS os oferece, e uma percepção de que o Conselho quer ser o administrador, tomando o lugar do que vêem como suas prerrogativas na tomada de decisão sobre saúde pública.

As disputas sobre o significado de controle social se inserem no centro do relacionamento ambivalente entre administradores, trabalhadores e usuários no CMS. Os conflitos e tensões entre os usuários e os administradores podem ser interpretados em termos de uma contestação sobre duas concepções distintas, porém não inteiramente incompatíveis, concernentes à prestação de contas através da participação. Uma concepção (normalmente adotada pelos administradores) vê a participação como um modelo para o gerenciamento de políticas públicas e uma outra (geralmente a dos usuários) entende a participação como um processo de democratização dessas políticas. Claro que isso não quer dizer que os administradores não estão interessados na democratização do processo ou que os usuários não vêem como relevante o gerenciamento. No entanto, isso explica porque a demarcação de temas como “técnicos” se torna tão

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

importante nos conflitos que emergem nos espaços de controle social sobre as políticas públicas, e isso se relaciona precisamente com as lutas pela efetividade do compartilhamento de poder entre o Estado e os atores da sociedade civil nesses espaços. Por um lado, o reconhecimento da legitimidade da “politização” do técnico é uma forma de atores da sociedade civil exigirem o compartilhamento de poder. Por outro lado, a constante reafirmação do caráter essencialmente técnico das decisões é um argumento poderoso da burocracia estatal para manter a maior parte possível daquele poder. O sentido em que penderá a balança dependerá da força política dos atores em cenários distintos, e o resultado é sempre provisório.⁴

Conclusão

Para todas as falhas que as pessoas identificaram – e foram muitas – todos aqueles com que falamos, sem exceção, viam o CMS como fundamental para a possibilidade de transparência e como uma instituição que valia a pena preservar, não importando as dificuldades enfrentadas para torná-la efetiva. Uma diversidade de pessoas, desde o diretor de uma clínica de maternidade até a auxiliar temporária de saúde, um trabalhador do programa para jovens negros, o fundador de um centro de medicina fitoterápica, todos sentiram que fazer parte dessa instituição tinha lhes proporcionado as oportunidades de escutar novas perspectivas, aprender novas coisas e contribuir para a melhoria da saúde pública no Cabo. O fato de ser uma instituição nova, e sua natureza de contracultura em um contexto político marcado pelo autoritarismo perverso e pelo clientelismo, significa que o potencial de mudança só poderá ser alcançado

⁴ Em países de cultura política autoritária como o Brasil, é provavelmente mais realista assumir que a balança tem uma atração fatal para os atores do Estado.

em um período bem mais longo. Os desafios são muitos, desde a mudança do próprio arranjo da sociedade política até a transformação dos relacionamentos em um setor marcado pela hegemonia das hierarquias de *expertise*. Mas existem todas as indicações de que lentamente o CMS está começando a fazer diferença, transformando os usuários em cidadãos conscientes de que o acesso a serviços de saúde decentes não é um favor, ou um privilégio, mas um direito, e transformando uma cultura de clientelismo em uma cultura de transparência e prestação de contas.

A realização desses direitos e a promoção das mudanças culturais necessárias para a transparência exigem esforços contínuos para mudar as relações de poder que possibilitam aos administradores ajustar as consultas e controlar a agenda, que negam aos trabalhadores de mais baixo nível uma voz, que trabalham para diminuir a possibilidade de democratização do planejamento e da política de saúde. A superação desses obstáculos representa um desafio que requer formas novas e criativas para quebrar e remodelar os antigos padrões culturais que limitam o exercício da cidadania. Como colocou um conselheiro:

Quando você começa a alcançar os direitos que tem, e o caminho para buscar esses direitos sem a necessidade de um intermediário, sem favores ou barganhas político-partidárias, aí você muda o caráter da vida de uma sociedade para uma em que os cidadãos são conscientes, em que você sabe qual o seu direito.

Para cumprir o seu potencial de democratização, as instituições de governança participativa como os conselhos de saúde requerem mais do que a conscientização e o envolvimento ativo dos cidadãos, muito embora isso – e a ampliação da democratização da esfera pública que propiciaria maior legitimidade e representatividade para as organizações civis seja uma precondição vital para seu papel no esforço para fazer o controle social efetivo. Um Estado ativo, engajado e capacitado também é crítico,

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

um Estado no qual os burocratas reconheçam o papel da transparência na governança democrática e respeitem suas obrigações na criação das condições e no fornecimento dos recursos que podem facilitar o envolvimento do cidadão – tanto material quanto simbólico. Por um lado, os esforços para aprimorar a transparência precisam ser ajustados não somente a um modelo freqüentemente idealizado de “participação da sociedade civil”, mas às configurações particulares e mutáveis das relações entre Estado e sociedade, e ao grau em que tais configurações condicionam as possibilidades de transparência e exigem uma gama de estratégias potenciais da parte dos atores sociais – seja dentro de “espaços abertos”, tais como o Conselho de Saúde, ou em “espaços populares” fora deles. Por outro lado, esses esforços precisam considerar não só as possibilidades apresentadas pela capacitação legislativa e das estruturas institucionais, mas a cultura política prejudicial. Em resumo, não existem receitas fáceis e para todas as condições propícias que parecem existir nesse caso – um legislativo apoiador, um governo municipal que ao menos forneça apoio material e tenha um compromisso público com a participação, sociedades civis organizadas e fortes – a luta pela transparência no Cabo continua.

Referências bibliográficas

- Ackerman, J. Co-governance for accountability beyond "exit" and "voice", *World Development*, vol. 32, no.3, 2004, p. 447-63.
- Coelho, Vera S. e Nobre, Marcos. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: 34 Letras, 2004
- Coelho, Vera S. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: Vera Coelho e Marcos Nobre, *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: 34 Letras, 2004.

Andrea Cornwall et alli

- Coelho, V., Pozzoni, B, and Cifuentes, M. Participation and public policies in Brazil. In: J. Gastil and P. Levine, *The Deliberative Democracy Handbook*. San Franscico: Jossey Bass, 2005
- Cordeiro, Silvia, Cornwall, Andrea and Nelson Giordano Delgado. A luta pela participação e pelo controle social: o caso do Conselho Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco: ActionAid/DFID, 2004.
- Cornwall, Andrea. Making Spaces - working paper IDS, 2002.
- Cornwall, Andrea, 2004, Spaces for Change? The politics of institutionalised participation', *IDS Bulletin*, 2004.
- Cornwall, Andrea, Henry Lucas and Kath Pasteur, 2000, Accountability through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector, *IDS Bulletin*.
- Dagnino, Evelina. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In: Mario Fuks e Renato Perissinotto (eds.). *Democracia. Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.
- Goetz, A. M. and Jenkins, R. *Reinventing Accountability: Making Democracy Work for Human Development*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004.
- Loewenson, Rene. IDS working paper on Public Participation in Health, 1999.
- Young, Iris Marion. Communication and the other: beyond Deliberative Democracy'. In: Seyla Benhabib, ed., *Democracy and Difference: Contesting the Boundaries of the Political*, Princeton: Princeton University Press, 1996.

Direitos à saúde e lutas em favor da transparência...

CORNWALL, Andrea et al. Direitos à saúde e lutas em favor da transparência em um conselho municipal de saúde brasileiro. *Estudos Sociedade e Agricultura*, abril 2006, vol 14 no. 1, p. 114-142. ISSN 1413-0580.

Resumo. Este artigo é sobre como em uma pequena cidade do Nordeste brasileiro os cidadãos buscaram realizar o direito à saúde por meio de esforços para exigir transparência do governo municipal. Ele conta a história da evolução do conselho municipal de saúde da cidade, e reflete sobre alguns dos desafios ainda existentes para o alcance dos direitos à saúde. O artigo começa com a apresentação dos conselhos de saúde, suas estruturas, funções, e o contexto a partir do qual eles emergiram. Em seguida, são exploradas as origens e o desenvolvimento do conselho municipal de saúde do Cabo de Santo Agostinho (PE).

Palavras-chave: Participação social; conselhos municipais de saúde; transparência social (accountability); controle social; direitos sociais; políticas públicas; políticas sociais.

Abstract. (*Health care rights and the fight for transparency in a Brazilian municipal health council*). This paper is about how in a small north-eastern Brazilian town, citizens have sought to secure their rights to health care through efforts to exact accountability from their municipal government. It tells the story of the evolution of the town's municipal health council, and reflects on some of the persistent challenges for the observance of health rights. The paper begins by introducing the health councils, their structure, functions, and the political context out of which they arose. It then goes on to explore the origins and evolution of the municipal health council in Cabo de Santo Agostinho, in the north-eastern state of Pernambuco.

Key words. Institutionalised participatory spaces; municipal health council; accountability; social rights; public policy; social policy.