

Controle da política pública de saúde por intermédio do monitoramento orçamentário: exemplos práticos de atuação coletiva pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro¹

Control of public health policy through budget monitoring: practical examples of collective action by the Public Defender's Office and the Public Ministry of the State of Rio de Janeiro

Tháisa Guerreiro de Souza*

Sumário

1. Introdução. 2. Controle de Políticas Públicas por intermédio do monitoramento orçamentário: um campo teórico e prático em construção. 2.1. A conexão entre os ciclos orçamentário e das políticas públicas e o caráter vinculante do planejamento: bases para um salto qualitativo no controle da política pública. 2.2. Limites à discricionariedade administrativa na alocação de recursos públicos de saúde: um diálogo entre o Direito Financeiro, Sanitário, Constitucional e Administrativo. 2.3. A complexidade da efetivação do controle orçamentário da política pública de saúde. 3. Exemplos práticos de atuação coletiva pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro no controle judicial da política pública de saúde por intermédio do monitoramento orçamentário. 3.1. A Ação Civil Pública nº 0298494-15.2017.8.19.0001, em curso na 16ª Vara de Fazenda Pública da Comarca da Capital do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. 3.2. A Ação Civil Pública nº 0311224-24.2018.8.19.0001, em curso na 8ª Vara de Fazenda Pública da Comarca da Capital do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. 3.3. A Ação Civil Pública nº 0081261-21.2019.8.19.0000, em curso na 7ª Vara de Fazenda Pública da Comarca da Capital do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. 4. Conclusão. Referências bibliográficas.

¹ Artigo científico apresentado como exigência de conclusão do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Políticas Públicas e Tutela Coletiva do Instituto de Educação e Pesquisa do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro - IEP/MPRJ. Orientador: Prof. Fabrício Bastos.

* Doutoranda em Saúde Coletiva pelo IESC/UFRJ. Pós-graduanda em Políticas Públicas e Tutela Coletiva pelo Instituto de Educação e Pesquisa do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro - IEP/MPRJ. Mestre em Saúde Coletiva pela ENSP/FIOCRUZ. Graduada em Direito pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Defensora Pública do Estado do Rio de Janeiro.

Resumo

Este artigo aborda a importância de se avançar em um controle da política pública, em especial da política pública de saúde, que, com base no monitoramento orçamentário e valendo-se da força normativa do orçamento e do caráter vinculante do planejamento como principais estratégias para a contenção da discricionariedade alocativa do gestor, contribua, de modo pedagógico, para a retroalimentação do planejamento e para a efetividade do Direito à Saúde. Para tanto, analisam-se o referencial teórico multidisciplinar em construção, a escassez de estudos e pesquisas sobre o tema e, como contribuição empírica, as ações civis públicas propostas pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2017, 2018 e 2019, em face do Município do Rio, que configuram exemplos de atuação coletiva no controle judicial da política pública de saúde por intermédio do monitoramento orçamentário.

Abstract

This article discusses the importance of advancing in public policy control, especially public health policy, which, based on budgetary monitoring and taking advantage of the normative force of the budget and the binding nature of planning as the main strategies for containment of the manager's allocative discretion, contribute, in a pedagogical way, to the planning feedback and to the effectiveness of the Right to Health. To this end, we analyze the multidisciplinary theoretical framework under construction, the scarcity of studies and research on the subject and, as an empirical contribution, the public civil actions proposed by the Public Defender's Office and the Public Ministry of the State of Rio de Janeiro, in the years of 2017, 2018 and 2019, in the face of the Municipality of Rio, which are examples of collective action in the judicial control of public health policy through budget monitoring.

Palavras-chave: Direito à saúde. Planejamento. Orçamento. Controle de políticas públicas. Efetividade do direito à saúde.

Keywords: *Right to health. Planning. Budget. Public policy control. Effectiveness of the right to health.*

1. Introdução

Direito e Ética sempre impuseram que o Poder Executivo implementasse as suas políticas públicas conforme o seu planejamento, definido à luz das necessidades sociais e do real interesse público. Em outras palavras, sempre foi exigível que o gestor aderisse e cumprisse o que foi por ele mesmo planejado, não só para que haja coerência entre os seus atos (*nemo potest venire contra factum proprium*), mas sobretudo porque somente assim confere-se legitimidade e qualidade ao gasto público, sob a perspectiva de um gasto bem planejado. (PINTO, 2018)

Essa necessária aderência entre o executado e o planejado possui amplo respaldo no ordenamento jurídico, a partir de um rico diálogo entre o Direito Financeiro, Constitucional, Administrativo e Sanitário.

No Direito Administrativo, essa necessidade de compatibilização entre o executado e o planejado pelo gestor é, em essência, um exercício do controle da discricionariedade da Administração Pública pela já conhecida teoria dos motivos determinantes (o gestor se vincula aos motivos justificadores do ato declinado) e pela teoria do desvio de finalidade (o ato administrativo não pode ser praticado em desacordo com a sua finalidade e, sobretudo, em dissonância com o legítimo interesse público) (BUCCI, 2002). Afinal, lembre-se, tanto o ciclo da política pública quanto o ciclo orçamentário são materializados por uma sucessão de atos administrativos que, embora discricionários, se sujeitam a limites de legalidade (juridicidade) e legitimidade. Ademais, considerando o dever de motivação, transparência, acesso à informação, publicidade e eficiência administrativa, assegura-se, em qualquer circunstância, a possibilidade de cotejo dos fundamentos do ato atacado com a motivação apresentada. (BUCCI, 2009)

Não há, portanto, irrestrita discricionariedade do gestor no cumprimento dos programas de trabalho inscritos na lei orçamentária, com base no planejamento setorial, e que viabilizam, na prática, as políticas públicas consideradas prioritárias pelo próprio Administrador Público.

No campo da saúde coletiva, este dever exsurge de forma qualificada, haja vista que as normas específicas sobre o planejamento e a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) são categóricas ao afirmar que deve haver compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão), as leis orçamentárias (Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA) e a sua execução. Fosse pouco, sob a perspectiva de que, no Brasil, as despesas em saúde se destinam, em regra, à concretização do seu núcleo essencial, assim consideradas as indispensáveis à garantia da fruição da vida em condições mínimas de dignidade (denominadas demandas de primeira necessidade por Duarte, 2020), elas assumem, efetivamente, caráter obrigatório. Em outras palavras, trata-se de despesas que devem ser sempre realizadas com prioridade, de modo que, somente depois de realizá-las é que o Poder Público poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em que outros programas deverá investir.

É sob esta *ratio*, inclusive, que o Supremo Tribunal Federal, de modo contundente, adverte que a cláusula da reserva do possível não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade.

Diante de um cenário de austeridade fiscal e de congelamento e contenção dos gastos públicos com políticas públicas sociais (EC nº 95/2016), e no qual se amplia

a defesa a argumentos em prol a uma agenda neoliberal, é preciso, mais do que nunca, reforçar, com base no monitoramento orçamentário, a força normativa do orçamento e o caráter vinculante do planejamento como principal estratégia para a contenção da discricionariedade do gestor na execução orçamentária e para um efetivo e necessário salto no controle da política pública (PINTO, 2018). Em especial, no que interessa a este trabalho, da política pública de saúde e da efetividade do Direito à Saúde.

Veja-se que um forte e firme monitoramento da execução orçamentária permite identificar, de antemão, os desvios de rota do gestor à luz do seu planejamento setorial e orçamentário, permitindo aos órgãos de controle uma atuação estratégica preventiva de intervenção para adequação e retroalimentação do planejado, com enfrentamento dos atos imotivados e abusivos da execução orçamentária. E capaz, portanto, de induzir um ciclo virtuoso de aperfeiçoamento da política pública (PINTO, 2018) e de prevenção a importantes violações ao direito humano e fundamental à Saúde.

Tal controle, no entanto, é tarefa complexa, não só pelo caráter técnico e multidisciplinar dos conhecimentos envolvidos (nas temáticas da política pública e do ciclo orçamentário), mas sobretudo pela rapidez e dinamismo com que o gestor dribla, na prática, o orçamento público. São diversas as manobras de flexibilização orçamentária utilizadas pelo gestor para se desvincular do seu planejamento setorial e orçamentário. Trata-se, portanto, de um campo teórico e prático em construção.

Nesse passo, não foram encontrados estudos e pesquisas que, de modo pragmático, didático e empírico, apresentassem, a partir de experiências anteriores, aportes teóricos e metodológicos para a realização de tal controle.

Nos anos de 2017, 2018 e 2019, a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro conseguiu identificar, de modo empírico, algumas dessas manobras que conduziram a uma elevada e progressiva redução dos investimentos realizados pelo Município do Rio de Janeiro em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e que culminaram, em dezembro de 2019, com a paralisação de diversas unidades de saúde, substancial diminuição da cobertura da atenção básica no território e gravíssima insuficiência de medicamentos e insumos de saúde para atendimento às necessidades de saúde da população carioca.

Para combater a postura ilícita e ilegítima do gestor municipal, a Defensoria Pública ajuizou três ações civis públicas, em 2017, 2018 e 2019, sendo esta última em parceria com o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

As ações civis públicas demonstraram que, nos anos de 2017, 2018 e 2019, a alegada crise financeira, o velho discurso da austeridade fiscal e o alegado cenário de escolhas trágicas foi criado artificialmente pelo Poder Público como reiterado subterfúgio para ocultar, na verdade, escolhas políticas ilegítimas que não encontravam aderência no planejamento setorial e orçamentário da saúde, e não atendiam, portanto, à Constituição Federal. Com isso, o poder público municipal manipulava e desconfigurava as suas peças orçamentárias, em um processo antidemocrático que

se distanciava cada vez mais do seu próprio planejamento e das reais necessidades de saúde da população.

As ações propostas, como se verá, apresentam algumas limitações. Todavia, podem ser consideradas exemplos práticos de aquecimento para o necessário avanço em busca de um controle da política pública de saúde que, prestigiando a força normativa do orçamento e as prioridades alocativas legítimas, supere a tese de escassez financeira e de reserva do possível cada vez mais sedutora ao Poder Judiciário em um contexto liberal.

Diante de um campo prático, ainda em evolução, acredita-se que este trabalho, ao analisar as três ações civis públicas propostas pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, em 2017, 2018 e 2019, como exemplos empíricos de atuação coletiva no controle judicial da política pública de saúde por intermédio do monitoramento orçamentário, pode contribuir para o aprimoramento e o consequente avanço do controle das políticas públicas no Brasil e para a efetividade do Direito à Saúde.

2. Controle de Políticas Públicas por intermédio do monitoramento orçamentário: um campo teórico e prático em construção

O presente trabalho articula abordagens teóricas dos campos da Saúde Coletiva, da Economia e do Direito, especialmente referenciais dos Direitos Humanos, Constitucional, Administrativo, Financeiro, Sanitário e da Sociologia, com enfoque nos conceitos centrais de direito à saúde, políticas públicas, planejamento e gestão em saúde e processo orçamentário.

A revisão da literatura baseou-se, fundamentalmente, em artigos de revistas científicas, teses, dissertações e livros, utilizando-se os descritores: “políticas públicas”, “orçamento”, “direito à saúde”, “controle de políticas públicas” e “direitos humanos”.

Como se verá adiante, são poucos os estudos e pesquisas que se dedicaram a analisar e sistematizar, teórica e empiricamente, os limites e as possibilidades do controle de políticas públicas por intermédio do monitoramento orçamentário, em especial, da política pública de saúde. Este trabalho insere-se, portanto, no contexto de um campo teórico e prático em construção.

2.1. A conexão entre os ciclos orçamentário e das políticas públicas e o caráter vinculante do planejamento: bases para um salto qualitativo no controle da política pública

Política pública é um termo equívoco e são inúmeros os esforços doutrinários para a sua conceituação.

Segundo Frey (2000) *apud* Barreiro e Furtado, que faz uma análise dos estudos já existentes de um modo geral sobre políticas públicas, a vertente de pesquisa em ciência política começa a se instituir, nos Estados Unidos, no início da década de

1950, conhecida como *policy science*. Na Europa, especificamente na Alemanha, a preocupação com determinados campos de políticas se inicia nos anos 1970. Já no Brasil, os estudos sobre políticas públicas foram realizados apenas recentemente.

Souza (2006), que buscou rever as principais formulações teóricas e conceituais próximas da literatura específica sobre políticas públicas para contribuir com as pesquisas brasileiras, avalia que alguns fatores conduziram a uma maior e recente visibilidade das abordagens no tema, destacando-se: (i) a adoção de políticas restritivas de gasto para ajuste fiscal; (ii) as consequentes restrições impostas à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais; e (iii) toda a complexidade inerente à formação de uma coalizão política capaz de compatibilizar o desenvolvimento econômico com a promoção da inclusão social de grande parte da população.

Ainda segundo a autora, o estudo das políticas públicas nasce como uma subárea da ciência política norte-americana para entender como e por que os governos optam por determinadas ações.

Após discorrer sobre diversas definições sobre políticas públicas, destacando os conceitos de Mead (1995), Lynn (1980), Peters (1986), Dye (1984) e Laswell (1936), a autora sintetiza política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). Assim, continua, políticas públicas constituem-se no estágio em que os governos democráticos traduzem os seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

O conceito traz um aspecto crucial que diz respeito à relação entre as promessas eleitorais e as políticas públicas no contexto da Democracia. De fato, considerando que todo o poder emana do povo (art. 1º, parágrafo único, da CRFB/88), que custeia a atividade financeira do Estado, e, partindo-se do pressuposto de que o povo elege os seus representantes com base em suas propostas eleitorais, o correto, à luz da ética e dos princípios e diretrizes constitucionais mais basilares (moralidade, probidade e regime democrático), é que estas propostas orientem o planejamento, a execução das políticas públicas e a alocação dos recursos públicos, em busca dos resultados almejados pelo povo e dos objetivos fundamentais da República (bem-estar social, erradicação da pobreza e redução das desigualdades sociais e regionais – art. 3º da CRFB/88).

Com efeito, nas palavras de Ricardo Lobo Torres:

Em termos políticos, a evolução histórica do orçamento público é dignitária de todos os êxitos da luta da sociedade pela democracia e controle dos poderes do Estado em matéria financeira... Com o orçamento público, os povos conquistaram o direito de dominar as finanças do Estado e, ao mesmo tempo, o de controlar as escolhas democráticas, ante as preferências reveladas no processo eleitoral, no

que concerne à realização contínua dos fins do Estado, da efetividade dos direitos e da apuração do cumprimento dos programas dos governantes eleitos pelo voto popular. (TORRES, 2014)

Rodrigues (2014), invocando os ensinamentos de Maria Paula Dallari Bucci, aponta as dificuldades e os riscos de se tentar atribuir um conceito rigoroso e hermético para as políticas públicas, uma vez que podem escapar aspectos relacionados com ora a sua formulação, ora a sua execução e/ou controle. A exemplo, pode-se compreender políticas públicas tanto como o processo de escolha do objeto da atuação estatal e dos meios que serão utilizados para alcançar um determinado fim ou como o produto acabado desse processo, o programa de ação em si. De um modo geral, conclui que é possível compreender políticas públicas como uma atividade no sentido de normas e atos direcionados a determinado fim.

Entre os diversos modelos de formulação e análise de políticas públicas categorizados por Souza (2006), destaca-se, pela sua aplicação à linha de raciocínio aqui proposta, o do ciclo da política pública. Sob esta abordagem, a política pública é vista como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios (definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação), em um processo dinâmico e de aprendizado. Esta abordagem, por sua vez, parece mitigar as preocupações invocadas por Rodrigues (2014), na medida em que consideraria as fases de formulação, execução e controle da política.

Para melhor compreensão dessa abordagem, segue o esquema representativo de Secchi (2010), que, dialogando com a doutrina de Souza (2006), representa visualmente a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes:

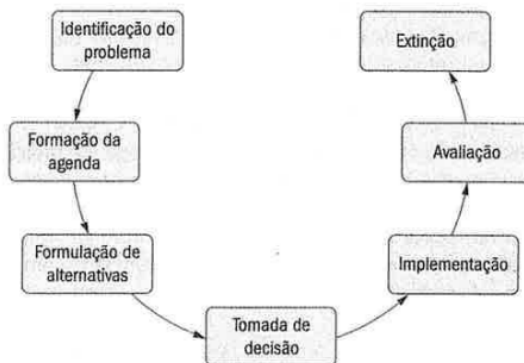


Figura 3.1 - Ciclo de políticas públicas.

Fonte: Secchi, 2010.

Secchi (2010) alerta, no entanto, que o ciclo da política pública não é linear e estanque, raramente reflete a real dinâmica ou vida de uma política pública, e as fronteiras entre as fases, em regra, não são nítidas. Algumas vezes, exemplifica, a fase de identificação do problema está mais relacionada ao fim do processo; as fases de avaliação geralmente acontecem antes do escrutínio do problema; e as soluções muitas vezes nascem antes da identificação daqueles. Apesar das críticas, continua o autor, o ciclo de políticas públicas tem uma grande utilidade, pois ajuda a organizar as ideias e ajuda políticos, administradores e pesquisadores a criar um referencial comparativo para análise e aplicação em casos heterogêneos.

Pinto (2018), traduzindo esta abordagem para o Direito, afirma que “a noção de política pública corresponde a um ciclo decisório, finalística e processualmente voltado ao cumprimento dos ditames constitucionais, organizado em torno dessas três grandes fases: planejar, executar e controlar”.

Para a autora, esta noção de política pública pode ser antevista – direta ou indiretamente – a partir do artigo 6º do Decreto-Lei nº 200/1967, que dispõe sobre a obrigatoriedade de as atividades da Administração Pública obedecerem aos princípios fundamentais do planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle, os quais podem ser sintetizados nas fases de planejamento, execução e controle.

A teor do referido diploma, o planejamento compreende o plano geral de governo e os programas gerais, setoriais e regionais, de duração plurianual, os quais, por sua vez, destaque-se, devem orientar não só a elaboração dos programas de trabalho definidos na lei orçamentária (art. 7º, “b” e “c”, 15, 16 e 18 do DL nº 200/67), como a sua própria execução. Para melhor compreensão, transcrevem-se os artigos 15 a 18 do DL de 67:

Art. 15. A ação administrativa do Poder Executivo obedecerá a programas gerais, setoriais e regionais de duração plurianual, elaborados através dos órgãos de planejamento, sob a orientação e a coordenação superiores do Presidente da República.

§ 1º Cabe a cada Ministro de Estado orientar e dirigir a elaboração do programa setorial e regional correspondente a seu Ministério e ao Ministro de Estado, Chefe da Secretaria de Planejamento, auxiliar diretamente o Presidente da República na coordenação, revisão e consolidação dos programas setoriais e regionais e na elaboração da programação geral do Governo.

§ 2º Com relação à Administração Militar, observar-se-á a finalidade precípua que deve regê-la, tendo em vista a destinação constitucional das Forças Armadas, sob a responsabilidade dos respectivos Ministros, que são os seus Comandantes Superiores.

§ 3º A aprovação dos planos e programas gerais, setoriais e regionais é da competência do Presidente da República.

Art. 16. *Em cada ano, será elaborado um orçamento-programa, que pormenorizará a etapa do programa plurianual a ser realizada no exercício seguinte e que servirá de roteiro à execução coordenada do programa anual.*

Parágrafo único. Na elaboração do orçamento-programa serão considerados, além dos recursos consignados no Orçamento da União, os recursos extra-orçamentários vinculados à execução do programa do Governo.

Art. 17. Para ajustar o ritmo de execução do orçamento-programa ao fluxo provável de recursos, o Ministério do Planejamento e Coordenação Geral e o Ministério da Fazenda elaborarão, em conjunto, a programação financeira de desembolso, de modo a assegurar a liberação automática e oportuna dos recursos necessários à execução dos programas anuais de trabalho.

Art. 18. *Toda atividade deverá ajustar-se à programação governamental e ao orçamento-programa e os compromissos financeiros só poderão ser assumidos em consonância com a programação financeira de desembolso. (Destacamos)*

A ratificar a necessidade de integração entre a execução orçamentária e o planejamento, o art. 75 da Lei nº 4.320/64 (Normas Gerais do Direito Financeiro) dispõe expressamente que o controle da execução orçamentária compreende, para além de um exame de legalidade dos atos que importam em arrecadação de receitas e realização de despesas, a análise da fidelidade funcional dos agentes da administração e do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e de realização de obras e prestação de serviços.

É sob este ângulo que Pinto (2018) afirma existir uma importantíssima conexão entre o ciclo das políticas públicas e o ciclo orçamentário. Veja-se: o planejamento setorial da política pública (como os planos de saúde e educação, por exemplo) deve ser traduzido nos programas de trabalho² das mais diversas funções do Estado (acesso à Justiça, legislativa, educação, saúde, entre outras). E os programas de trabalho, por sua vez, estão consignados no plano plurianual e na lei orçamentária que compõem o ciclo orçamentário previsto na Constituição Federal (com destaque para os arts. 165 e seguintes e 35 do ADCT) e na Lei nº 4.320/64. Abaixo, para melhor visualização,

² Segundo a Portaria STN nº 42/99, que estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, entende-se por programa “o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual” (art. 2º, “a”).

reproduz-se o esquema utilizado por Giacomoni (2007) *apud* Sousa (2008) para representar o processo integrado de planejamento e orçamento:

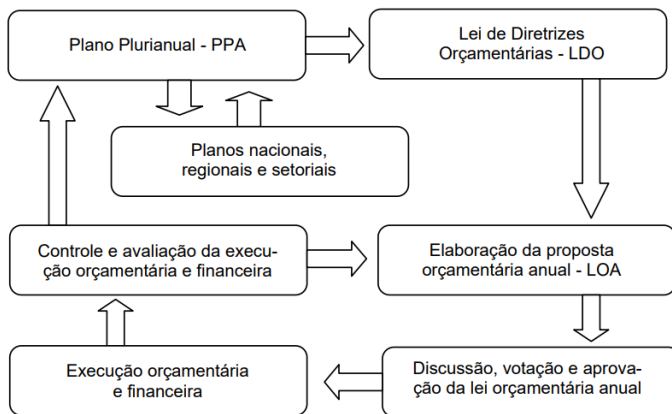


Diagrama 2 – O Processo Integrado de Planejamento e Orçamento

Fonte: Adaptado – James Giacomoni – UnB (FACE/CCA) STJ/TST (2008) – Slide 7, Color. – e Giacomoni (2007, p. 209).

Em contrapartida e de modo instrumental, a execução orçamentária deve nortear a execução dos programas de trabalho que compõem a política pública, a fim de realizá-la. Por isso, quando se verifica, de antemão, no controle e na avaliação da execução do ciclo orçamentário, que o gestor se distanciou do seu próprio planejamento, abre-se uma potente possibilidade de intervenção preventiva na política pública. O desvio de rota pode e deve ser prontamente considerado e reparado na avaliação da política, retroalimentando o seu planejamento e a revisão das peças orçamentárias.

Tudo, repare-se, de modo a restaurar o eixo inaugural, qual seja, a necessária aderência entre o planejado e o executado, contribuindo, assim, para a construção efetiva da política pública mediante uma oferta adequada das atividades e serviços programados com um gasto público de qualidade (no sentido de que foi planejado e sua execução não se distanciou desse planejamento – PINTO, 2018). No ponto, vale transcrever, pela singular clareza, trecho da obra citada de Élide Graziani:

Tanto nas etapas do planejamento, da execução e do controle, o eixo é a integração clara, consistente, nuclear do planejamento setorial com a previsão e a execução dos recursos orçamentários correspondentes.

Porque todo o restante, os processos licitatórios, os contratos celebrados, os convênios, a contratação de mão de obra (seja por concurso para provimento de cargos, empregos e funções públicas, como contratos temporários quaisquer, terceirização), enfim, quaisquer opções, *tudo isso decorre desse eixo inicial*. Mais ou menos atuação direta, mais ou menos parceria com o terceiro setor, mais ou menos renúncias fiscais como fomento indireto à atuação do mercado *são consequências que decorrem dessa escolha inaugural feita no plano setorial de cada política pública em cada ente da federação*. (Destacamos)

Nesse passo, sustenta a autora, para conferir eficiência à política pública e ao gasto público, é preciso avançar em um controle da política pública que, atento ao caráter vinculante do planejamento setorial e orçamentário, seja pautado não apenas por aspectos formais, mas sobretudo pela avaliação do cumprimento de seus programas de trabalho em termos de realização de obras e prestação de serviços, metas e alcance dos resultados, sob o prisma da economicidade e da legitimidade (art. 70 da CRFB/88).

Em outras palavras, é necessário investir em um controle efetivo da política pública que busque não apenas a correção dos desvios, mas, sobretudo, em um esforço pedagógico, uma atuação preventiva para a retroalimentação do seu planejamento. Por exemplo, Defensoria e Ministério Público poderiam, a partir da identificação de um contingenciamento abusivo (art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal), ou seja, sem correspondência em uma efetiva frustração de receitas, exigir, inclusive judicialmente, a recomposição do valor contingenciado em desacordo com o planejamento setorial e orçamentário. A recomposição, por sua vez, evitaria a redução da oferta de serviços públicos essenciais à população, prevenindo importante dano coletivo.

Nesse sentido, assinala Barros (2008) *apud* Duarte (2020) que o controle jurisdicional deve ser efetuado em virtude de seu efeito pedagógico à Administração, que restará com o sentimento de que o planejamento não é simples promessa constitucional.

Segundo Pinto (2018), este é um papel extremamente importante e subutilizado na tutela coletiva pelos atores do Sistema de Justiça: “Se queremos dar um salto qualitativo no controle de políticas/públicas, precisamos exigir o cumprimento do planejamento setorial, considerando suas metas e estratégias formalmente como obrigações legais de fazer e, portanto, exigíveis no ciclo orçamentário”. Ou seja, é preciso perseguir a máxima efetividade do ciclo orçamentário como o eixo garantidor da eficiência das políticas públicas e dos direitos fundamentais.

Esse salto qualitativo é ainda mais importante quando se trata do controle de políticas públicas sociais que se destinam à concretização dos direitos humanos e fundamentais, de alto valor axiológico na Carta Fundamental de nosso Estado. Para Barcellos (2018), o efetivo respeito, proteção e promoção dos direitos fundamentais

dependem sobretudo dos resultados concretos de políticas públicas existentes acerca desses direitos e não apenas da existência de normas ou mesmo de decisões judiciais esparsas sobre o tema. Para a autora, a existência de sistemas de monitoramento no contexto de políticas públicas de direitos fundamentais deve ser considerado um dever jurídico-constitucional.

Daí porque, de fato, associando os ensinamentos expostos, alinhar a tutela judicial e extrajudicial dos direitos fundamentais ao controle orçamentário da política pública representa dar um salto qualitativo na busca da concretização dos fundamentos e objetivos do Estado Democrático de Direito (arts. 1º e 3º da CRFB/88) e da efetividade da Constituição. É esse salto que, a nosso ver, precisa ser perseguido pelos órgãos de controle, em especial, Tribunais de Contas, Defensorias e Ministérios Públicos.

Nos próximos itens, este trabalho busca analisar como este referencial teórico do Direito Financeiro pode ser explorado e aperfeiçoado no campo da Saúde Coletiva, em diálogo com outros ramos do Direito, e os desafios para a sua utilização empírica em busca da efetividade do direito humano e fundamental à saúde.

2.2. Limites à discricionariedade administrativa na alocação de recursos públicos de saúde: um diálogo entre o Direito Financeiro, Sanitário, Constitucional e Administrativo

Como se viu, está posto, por expresse e cogente arcabouço legal no Direito Financeiro, que o planejamento (setorial e orçamentário) deve nortear a execução do orçamento. Não há irrestrita discricionariedade do gestor quanto ao que foi por ele mesmo planejado. Ou seja, quanto ao cumprimento dos programas de trabalho (inscritos na lei orçamentária conforme as metas e estratégias do planejamento setorial) que concretizam e operacionalizam as políticas públicas consideradas prioritárias pelo próprio Administrador Público.

O gestor deve cumprir o que planejou, pois, do contrário, seus atos são considerados nulos, dado o arcabouço normativo que veda, em homenagem à confiança depositada no cidadão e à necessária preservação da segurança jurídica, o comportamento contraditório da Administração Pública (*nemo potest venire contra factum proprium*). A preocupação normativa com a efetivação da segurança jurídica pode ser extraída a partir de uma leitura sistemática do ordenamento jurídico (art. 1º c.c. XXXVI, da CRFB/88, art. 2º da Lei nº 9.784/1999 e arts. 23, 24 e 30 da LINDB, a exemplo).

No campo da Saúde Coletiva e do Direito Sanitário, esse dever de coerência do Administrador e de necessária aderência entre a execução orçamentária e o planejamento é reforçado, pois há expressa previsão no microsistema específico sobre o planejamento e a gestão no SUS (art. 36 da Lei nº 8080/90, arts. 15 e 16 do Decreto nº 7.508/2011, art. 30 da LC nº 141/2011 e arts. 94, 95, 96 e 97 da Portaria de Consolidação nº 01/2017 do Ministério da Saúde), no sentido de que deve haver compatibilização entre os instrumentos de planejamento em saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão), as leis orçamentárias (Plano

Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e a Lei Orçamentária Anual - LOA), e, conseqüentemente, a sua execução. Há, portanto, específico e reforçado tripé legal que não pode ser ignorado.

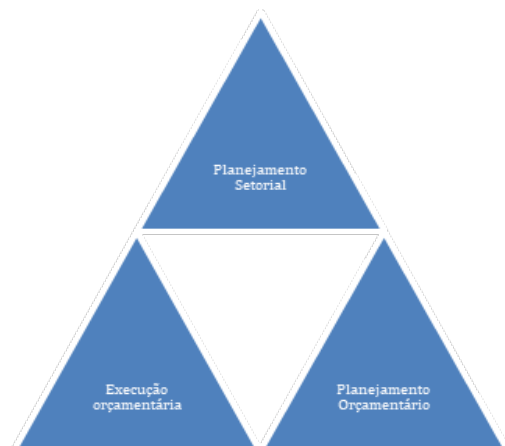


Figura 1 – Tripé da Aderência entre Planejamento e Execução Orçamentária

Fonte: elaboração própria

No Direito Administrativo, essa necessidade de compatibilização entre o executado e o planejado pelo gestor é, em essência, expressão de algumas das vias de controle do ato discricionário da Administração Pública. Para compreendê-lo, é preciso atentar que tanto o ciclo da política pública quanto o ciclo orçamentário são materializados por uma sucessão de atos administrativos sujeitos a regime jurídico de direito público e, portanto, a controle para sua adequação aos limites da legalidade e legitimidade (juridicidade).

Sob esta *ratio*, Bucci (2002) capta importante potencial na análise das políticas públicas: como a sua formulação e, portanto, planejamento, pressupõe a apresentação dos pressupostos materiais que informam a decisão, elas funcionam como uma espécie de controle prévio da discricionariedade do gestor. Nessa lógica, o processo de elaboração da política seria propício a explicitar e documentar os pressupostos da atividade administrativa e, dessa forma, tornar viável o controle posterior dos motivos.

Perfilhando-se a lógica de Bucci (2002) e associando-a à tese da necessária integração entre o ciclo da política pública e da execução orçamentária vista acima, conclui-se que seria possível controlar a formulação e a execução orçamentária da política pública por intermédio do exame de sua adequação e compatibilidade aos pressupostos de fato e de direito e à finalidade pública originariamente expostos

pelo gestor nos documentos, estudos e bases do planejamento setorial (art. 2º, “d” e “e” da Lei nº 4.717/65).

De forma simples, o que se quer afirmar é que o exame de compatibilidade entre a execução orçamentária e o planejamento, que contém os pressupostos de fato e de direito que motivaram a atividade administrativa, é, ao fundo, um exercício de controle do ato discricionário da Administração Pública pela já conhecida e vetusta teoria dos motivos determinantes (o gestor se vincula aos motivos justificadores do ato declinados) e pela teoria do desvio de finalidade (o ato administrativo não pode ser praticado em desacordo com a sua finalidade e em dissonância com o legítimo interesse público). Abaixo, também será incorporada a teoria do controle pelo princípio da razoabilidade (juridicidade).

Fosse pouco, considerando o dever de motivação (art. 5º, XXXIII, LIV e LV, e 93, IX, da CRFB/88), transparência, acesso à informação (Lei nº 12.527/2011), publicidade e eficiência administrativa (art. 37, *caput*, da CRFB/88), assegura-se, em qualquer circunstância, a possibilidade de cotejo dos fundamentos do ato atacado com a motivação apresentada. (BUCCI, 2007)

À luz de tais fundamentos, é plenamente exigível que, por exemplo, ao expedir decretos de contingenciamento/limitações de empenho, de remanejamento de despesas e qualquer outro ato de natureza orçamentária e/ou financeira que acarrete a alteração do planejamento posto nos planos setoriais e na lei orçamentária, o Chefe do Poder Executivo exponha, de forma clara e transparente, as razões de fato e de direito que o conduziram a tanto (art. 37 da CRFB/88), sob pena de nulidade dos seus atos, por flagrante e odioso desvio das finalidades sociais do processo orçamentário previsto na Constituição Federal.

Não se ignora, é claro, a existência de doutrina clássica, inspirada em uma interpretação literal do art. 165, § 8º, da CRFB/88 (quanto ao termo “fixação de despesas”) e do art. 48, “b” da Lei nº 4.320/64 c.c. art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal (que autorizam o contingenciamento de despesas para alcançar o equilíbrio fiscal), no sentido de que a lei orçamentária, ainda em seu sentido de orçamento-programa,³ é meramente autorizativa (TORRES, 1993; HARADA, 2014) e não impositiva.

Segundo esta doutrina, embora os gestores só possam realizar as despesas que estejam previstas no orçamento, eles não estariam obrigados a efetivá-las, e existiria uma margem de discricionariedade na execução orçamentária para ajustar os gastos públicos às necessidades e contingências advindas no exercício financeiro (PASCOAL, 2016; PISCITELLI, 2012). Daí, inclusive, a possibilidade do contingenciamento.

³ Compreende-se como Orçamento Programa, em contraposição a um conceito clássico e estático, de mera previsão de receita e fixação de despesas, uma metodologia de elaboração do orçamento público, adotada pela Lei nº 4.320/1964, que expressa, financeira e fisicamente, os programas de trabalho de governo, possibilitando a integração do planejamento com o orçamento, a quantificação de objetivos e a fixação de metas, as relações insumo-produto, as alternativas programáticas, o acompanhamento físico-financeiro, a avaliação de resultados e a gerência por objetivos.

Não existiria, portanto, um direito subjetivo à implementação das despesas previstas no orçamento.

Felizmente, sob os auspícios democráticos da Constituição Federal de 1988, a doutrina mais moderna e a jurisprudência brasileira caminham no sentido de reconhecer no orçamento público caráter impositivo, conferindo-lhe força normativa (ABRAHAM, 2018). Segundo Abraham (2018), a teoria clássica do orçamento adviria da dogmática de Paul Laband dos fins do século XIX, de essência autoritária. Segundo narra o autor, a doutrina foi elaborada para validar juridicamente, entre os anos de 1860-1866, a soberania do monarca prussiano que, mesmo sem a aprovação, pelo Parlamento, das elevadas despesas alocadas com fins bélicos no projeto de lei orçamentária, iniciou a execução da reforma militar pregada por Otto Von Bismarck.

Assim, conforme alerta e critica o autor:

[p]assados mais de 200 anos de construção democrática dos dois lados do Atlântico, e alcançada democratização perene no Brasil, não se compreende bem a que serviria hoje a teoria do orçamento como lei formal, a não ser para, como na origem, servir para submeter os demais Poderes à preeminência desmedida do Executivo e para justificar a impune maquiagem orçamentária. (DOMINGUES, 2008, apud ABRAHAM, 2018)

Nesse sentido, Dallari (2011), Pinheiro (2011), Oliveira (2014), Meirelles (1998) e Domingues (2008) sustentam que o orçamento possui caráter impositivo, ou seja, o gestor deve executar o que planejou e previu na lei orçamentária, salvo efetiva comprovação de não realização das receitas, quando, então, diante de uma escassez natural, poderá ser realizado de forma motivada o contingenciamento.

Em uma construção teórica intermediária, Abraham (2018) sustenta que o orçamento é híbrido: parcialmente impositivo, na parte cuja execução é obrigatória (despesas constitucionais e legais, além das previstas nas emendas parlamentares impositivas, instituídas pelas Emendas Constitucionais 86 de 2015, 100 e 102 de 2019) e, em parte autorizativo, na parcela remanescente, passível de contingenciamento e de não execução. De fato, ao dispor sobre a possibilidade de o gestor realizar contingenciamentos para fins de ajuste fiscal, o art. 9º, §2º, da LC nº 101/2000 veda a limitação das despesas que constituam obrigações constitucionais e legais do ente, confirmando, assim, a existência de despesas públicas cuja execução é vinculante para o gestor.

Mendonça (2010), de forma didática, propõe, ainda, que deve haver uma impositividade mínima à lei orçamentária, pois o Executivo não pode redefinir tudo e seguir uma pauta própria de prioridades, sem nem mesmo estar obrigado a motivar as suas escolhas. Haveria, portanto, duas modalidades de vinculação ao gestor: a primeira, decorrente dos princípios constitucionais, denominada de vinculação

autêntica. E a segunda, relativa ao dever do gestor de motivar eventuais desvios da rota planejada, uma obrigação de dar satisfações sobre os motivos que justificariam a decisão, chamada de vinculação mínima.

Nesse sentido, da existência de uma impositividade mínima da lei orçamentária, a importante decisão prolatada pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da medida liminar postulada na ADI nº 4.663, ao afirmar expressamente que as normas orçamentárias ostentam, segundo a lição da moderna doutrina financeira, a denominada força vinculante mínima, a ensejar a imposição de um dever *prima facie* de acatamento, ressalvada a motivação administrativa que justifique o descumprimento com amparo no postulado da razoabilidade.

Aqui, volta-se, mais uma vez, ao dever do gestor de motivação dos atos administrativos e do controle pela teoria dos motivos determinantes, desvio de finalidade e, conforme bem acrescenta a Corte Maior, razoabilidade (juridicidade).

Nota-se, de um modo geral, que, tal como nos demais ramos do Direito que passaram por um processo de constitucionalização, o Direito Financeiro caminha para uma releitura constitucional do orçamento, que é erigido a *status* de verdadeira garantia constitucional e tratado como relevante instrumento para a concretização dos direitos fundamentais e das políticas públicas essenciais correlatas previstas na Constituição.

Ora, os direitos fundamentais exibem, para além de uma dimensão subjetiva, voltada aos seus titulares, uma dimensão objetiva direcionada ao Poder Público, contendo uma ordem de concretização e realização permanente e progressiva, sob pena de odioso retrocesso social.

Portanto, ao menos enquanto em vigor o Estado Democrático de Direito (art. 1º da CRFB/88), não se pode conceber como lícito e/ou legítimo que o gestor possa livremente ignorar os programas de trabalho previstos no orçamento, à luz de seu planejamento setorial, e dele fazer letra morta, frustrando a sua normatividade. Sobretudo sem uma motivação sólida, transparente e razoável.

Sendo a gênese do orçamento uma autorização do povo para a utilização dos recursos públicos, não é errado concluir que, ao não se efetivar sua aplicação conforme consentida, estar-se-á agindo à revelia daquilo que foi autorizado e, portanto, ao arrepio do próprio regime democrático, que exige a subsunção dos governantes aos objetivos e fundamentos constitucionais. (OLIVEIRA; FERREIRA, 2017)

Em outras palavras, em um Estado que se qualifique “democrático de direito”, não se deve conceber com naturalidade a possibilidade de o Executivo ignorar todo o processo legislativo ao qual foi submetida a lei orçamentária, permitindo que este possa não cumprir suas disposições sem nenhum ônus argumentativo. (TAVEIRA; MARÇAL, 2013)

Com maior razão, quando a execução orçamentária diz respeito a despesas públicas de saúde, para as quais a Constituição destina um microsistema específico de tutela de custeio (COMPARATO; PINTO, 2015) com previsão de receita vinculada

(vinculação autêntica) e percentuais mínimos de investimento (art. 198, §§ 2º e 3º, da CRFB/88), a margem de discricionariedade do gestor é ainda mais reduzida, e o seu dever de motivação, qualificado. Como indica a própria Carta Fundamental do Estado, são despesas que se destinam à concretização do direito fundamental à saúde e aos objetivos fundamentais da República, de elevada envergadura axiológica (arts. 3º, 6º e 196 da CRFB/88), e, portanto, com inegável prioridade constitucional alocativa. É intuitivo que, diante de inúmeras necessidades sociais, o gestor deve priorizar o investimento em ações e serviços públicos de saúde.

E mais: quando as despesas de saúde se destinam à concretização do seu núcleo essencial, assim consideradas as indispensáveis à garantia da fruição da vida em condições mínimas de dignidade (consideradas por Duarte, 2020, como demandas de primeira necessidade), elas assumem, efetivamente, caráter obrigatório. Ou seja, independentemente da ponderação com outros direitos, inclusive sociais, e princípios financeiros, elas vinculam os poderes públicos a sua concreção. Estas, a nosso ver, são as despesas de saúde obrigatórias e insuscetíveis de contingenciamento a que se referem a normativa fiscal (art. 9º, §2º, da LC nº 101/2000).

Esta compreensão é de fundamental importância porque, ainda que tais despesas ultrapassem o percentual mínimo formal de investimento em saúde previsto na Constituição (art. 198, §2º, da CRFB/88 c.c. Lei Complementar nº 141/2012), elas devem vincular o gestor, eis que, pela sua íntima conexão com o direito constitucional à vida e à dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB/88), compõem o mínimo material de investimento em saúde. (Pinto, 2017)

Com efeito, nessas hipóteses, como corretamente afirmou o Supremo Tribunal Federal no julgamento da ADPF 45, invocando Ana Paula de Barcellos, as despesas públicas de saúde constituem alvos prioritários dos gastos públicos. E “apenas depois de atingi-los é que se poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em que outros projetos dever-se-á investir. O mínimo existencial, como se vê, associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias, é capaz de conviver produtivamente com a reserva do possível.” Ou seja, enquanto não realizadas as demandas de saúde prioritárias, ainda que o Poder Público invoque uma análise econômica do Direito, a tese da reserva do possível é falha, pois a escassez de recursos é artificial.

Invoca-se, ainda, no ponto, a doutrina de Galdino (2005), citada por Duarte (2020), cujo trecho, pela sua clareza, merece transcrição:

A despeito de sua concepção decorrente da aceitação da “teoria dos custos dos direitos”, Galdino (2005, p. 234) alerta para as muitas oportunidades em que os custos são “maquiavelmente” suscitados como óbices para a realização dos direitos com escusos objetivos ideológicos, enquanto são obstáculos, em certa medida, passíveis de superação. Assim, o autor refuta o argumento de que o orçamento pode não suportar determinada despesa, analisando

que o fenômeno de captação de recursos é incessante e que, dessa forma, um orçamento posterior poderá absorver despesas não pagas pelo primeiro. *Delata o autor que o que frustra a efetivação de um determinado direito não é a exaustão do orçamento, mas a opção política.*

É sob esta *ratio*, que o Supremo Tribunal Federal, de modo contundente, adverte que a cláusula da reserva do possível não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade.

Diversamente da Alemanha, da qual se importou a teoria da reserva do possível, aqui, no Brasil, ainda não estão asseguradas condições mínimas de existência e muito menos realizadas demandas de saúde de primeira necessidade. Inúmeros estudos científicos de análise de demandas judiciais de saúde comprovam que grande parte dos pedidos conduzidos ao Poder Judiciário é composta por medicamentos, inclusive básicos, e serviços de saúde incorporados em políticas públicas como necessários à fruição da vida em condições mínimas de dignidade. (SOUZA, 2018)

Por isso, em terras brasileiras, o direito à saúde se confunde, em regra, com o próprio direito à vida e à dignidade humana (arts. 5º e 1º, III, da CRFB/88) (DUARTE; CANEDO, 2022), e são inúmeras as ações judiciais que, com acerto, devem ser acolhidas, sob pena de completo esvaziamento e nulificação da condição humana. Nesse contexto, a teoria da reserva do possível deve ceder frente à impositiva necessidade de preservação do mínimo existencial (STJ, REsp nº 1.389.952-MT, Rel. Min. Herman Benjamin, julgamento em 3/6/2014).

Na cátedra de Cunha Junior (2004):

Transladar para o direito brasileiro essa limitação da reserva do possível criada pelo direito alemão, cuja realidade socioeconômica e política difere radicalmente da brasileira, é negar esperança àquele contingente de pessoas que depositou todas as suas expectativas e entregou todos os seus sonhos à fiel guarda do Estado Social do Bem-Estar. Obstáculos como esses, transplantados de ordens jurídicas de paradigmas diversos, só vêm robustecer a flagrante contradição entre a pretensão normativa dos direitos sociais e o fracasso do Estado brasileiro como provedor dos serviços públicos essenciais à efetivação desses direitos, garantidores de padrões mínimos de existência para a maioria da população. Assim, as discussões travadas nos chamados países centrais sobre os limites do Estado Social e a redução de suas prestações e a contenção dos respectivos direitos subjetivos a

prestações não podem, em absoluto, ser carreadas para a realidade brasileira, onde o Estado Providência ainda não foi efetivamente implantado. (Destacamos)

Por isso, sustenta-se que, no Brasil, com maior razão, quando diante de despesas públicas de saúde, o Chefe do Poder Executivo não possui discricionariedade em realizá-las. A execução orçamentária deve seguir conforme o planejado no orçamento e no próprio plano setorial por ele mesmo elaborado. E que contém, segundo o seu próprio diagnóstico e racionalidade sanitária, as obrigações de fazer consideradas indispensáveis à realização das políticas públicas de saúde eleitas como prioritárias à promoção do bem-estar da população.

É, portanto, neste rico diálogo ente o Direito Financeiro, Constitucional, Administrativo e Sanitário, que é possível fincar as bases teóricas para o necessário salto qualitativo no controle das políticas públicas sociais, em especial, para este trabalho, da política pública de saúde.

Trata-se, de fato, em um cenário jurídico que clama por maior discricionariedade decisória (a pretexto de segurança jurídica e eficiência), impulsionado recentemente pela Lei nº 13.655/2018, de importantíssimo eixo teórico interdisciplinar que embasa a possibilidade de um avanço no controle (judicial e extrajudicial) da política pública de saúde por intermédio do seu monitoramento orçamentário.

Veja-se, inclusive, que, nesse caso, o controle jurisdicional supera, inclusive, a velha crítica de que impõe a realização de despesas ilegítimas e intervém nas escolhas alocativas do administrador público, em violação à separação de poderes, causando perigosa desorganização das contas públicas. Exatamente porque, em sentido diametralmente oposto, este controle intervém perante hipóteses nas quais é o próprio Administrador Público que, de forma arbitrária, manipula o orçamento com base em prioridades alocativas pessoais e, portanto, ilegítimas, desviando-se do seu próprio planejamento setorial e orçamentário.

Nesse tipo de controle, a intervenção judicial opera exatamente a favor da Saúde Coletiva, dos princípios do equilíbrio orçamentário, da segurança jurídica do processo de orçamentação e da força normativa do orçamento público, na medida em que requer exatamente que sejam observadas as escolhas alocativas realizadas pela própria Administração Pública de acordo com o devido processo legal, em seu planejamento setorial e orçamentário.

Nesse impulso da dogmática liberal, é preciso, mais do que nunca, impor ao gestor maiores ônus argumentativos em relação aos desvios de rota na execução orçamentária e ao não atingimento dos resultados e finalidades planejadas. (PINTO, 2018)

Afinal, é sempre importante retomar, todo o poder emana do povo, e o orçamento é, em essência, uma limitação do Poder Executivo no manejo dos recursos públicos. O mínimo que se espera do gestor, portanto, é que motive alocações financeiras discrepantes da lei orçamentária e do seu próprio planejamento.

2.3. A complexidade da efetivação do controle orçamentário da política pública de saúde

Infelizmente, a despeito do inegável avanço doutrinário, magistrados de todo o país ainda resistem ao caráter impositivo das despesas públicas de saúde e ao controle judicial da política pública de saúde, cedendo à atual agenda da austeridade fiscal e da necessidade de se conferir maior discricionariedade ao gestor na realização dos gastos em respeito ao princípio da separação de poderes. Tudo sob a pressão argumentativa da existência de uma eterna crise financeira e da necessidade de atendimento a uma reserva do possível imprescindível à prevenção de um alegado caos nas contas do erário, com ameaça à ordem e economia públicas. Cenário este, como se viu, muitas vezes criado artificialmente pelo gestor para mascarar suas reais escolhas políticas.

Em tal cenário, é crucial o já abordado salto qualitativo no controle da política pública de saúde, para desconstruir o argumento da reserva do possível, desnudando a execução orçamentária de modo a revelar a indevida manipulação do orçamento e as ilegítimas escolhas alocativas do gestor público.

Tal controle, como se viu acima, encontra bases sólidas em diversos campos científicos e ramos do Direito e permitiria, ainda, sob um viés pedagógico (subutilizado na tutela coletiva, como se viu, segundo Pinto), a retroalimentação do planejamento, acerca das suas falhas e insuficiências, adequando-o, de modo preventivo, às promessas plasmadas nas leis orçamentárias.

Trata-se, no entanto, de controle complexo, não só pela necessidade de conhecimentos multidisciplinares e técnicos, envolvendo o ciclo de políticas públicas e o ciclo orçamentário, mas sobretudo pela dinamicidade com que o gestor dribla o seu próprio orçamento.

A partir de sua experiência prática, como Procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo, Pinto (2018) aponta que o ponto mais frágil do ciclo das políticas públicas reside exatamente na transição do planejamento para a execução, haja vista a utilização de inúmeras manobras pelo gestor para a flexibilização da lei orçamentária e, conseqüentemente, do seu planejamento setorial.

Oliveira e Ferreira (2017) também apontam que, à margem de cumprir rigorosamente o orçamento, é comum ao Executivo promover inúmeras alterações na sua execução, as quais se efetuam, por exemplo, mediante remanejamento de dotações, pelo cancelamento de despesas ou pela mera inexecução das dotações. Várias manobras acabam, então, por frustrar a expectativa inicial estabelecida na lei orçamentária, instaurando-se uma efetiva crise no âmbito das finanças públicas no Brasil e uma constante tensão entre os poderes na esfera da gestão orçamentária.

Talvez, por isso, não tenham sido encontrados estudos que abordassem, a partir de experiências anteriores, como a realização deste controle pode ser realizada na prática pelos legitimados coletivos, em especial a Defensoria Pública e o Ministério Público, no controle da política pública de saúde.

Silva (2012) já havia alertado para um vácuo científico maior, relativo à notória carência de estudos dedicados a processos e metodologias de avaliação em geral de políticas públicas no Brasil. E cita as pesquisas de Farias (2009) e Heerdt (2010), que estudaram a evolução das despesas orçamentárias no município de Florianópolis, entre 2003 e 2008, e no município de São Paulo, no período de 2005 a 2009, como tentativas de preenchimento de tal lacuna.

Como nova contribuição e com o objetivo de demonstrar que o orçamento público é uma ferramenta que permite avaliar a execução das políticas públicas e identificar setores mais ou menos beneficiados na distribuição de recursos e na execução orçamentária, Silva (2012) analisa, a partir de dados levantados no SIGA BRASIL, a evolução das despesas públicas federais, segundo a classificação funcional estabelecida na Portaria MPO nº 42/1999, no período de 2001 a 2011.

Pinto (2017), que analisou o cumprimento dos patamares mínimos de gasto nas ações e serviços públicos de saúde e na manutenção e desenvolvimento do ensino público pela União, Estado de Minas Gerais e pelos 26 (vinte e seis) municípios mineiros que, em 2007, contavam com mais de 100 mil habitantes, destacou que a ocorrência de desvios ou ineficiências que não afetem o cumprimento dos pisos mínimos constitucionais é tema que, por si só, está a merecer outros esforços de pesquisa ainda não enfrentados.

De fato, conforme assinala Barcellos (2006) *apud* Duarte (2020), a averiguação do cumprimento do piso mínimo constitucional de saúde é a modalidade de controle mais simples e objetiva, relacionada, tão somente, com a verificação do investimento do valor relativo ao piso em ações e serviços públicos de saúde.

Queiroz (2018) analisou a execução orçamentária dos exercícios financeiros de 2011-2015 do governo federal para, a partir da comprovação do forte descompasso existente entre o previsto na lei orçamentária e o efetivamente executado em despesas de investimento relacionadas à concretização de direitos sociais, contribuir para o aprimoramento do controle externo a ser realizado pelos Tribunais de Contas.

A premissa lógica do autor é de que o grau de aderência entre o que foi planejado e executado no tocante a despesas públicas sociais espelha o grau de comprometimento do gestor com os auspícios da Constituição e, portanto, a legitimidade de suas decisões alocativas (art. 70, *caput*, da CRFB/88). Nesse passo, afirma que o controle da legitimidade das contas públicas pelos Tribunais de Contas deve ser aprimorado, e pode ser realizado quando da análise das contas do governo, no tópico relativo ao nível de execução orçamentária, do julgamento das contas de gestão (art. 71, II, da CRFB/88) e do acompanhamento dos Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária, que, segundo o §3º do art. 165 da CF/88, devem conter o demonstrativo das despesas e ser publicados pelo Poder Executivo em até 30 dias após o encerramento de cada bimestre.

Duarte e Canedo (2022), por sua vez, analisaram a execução orçamentária do Município de Simão Pereira, em Minas Gerais, entre os anos de 2013 a 2016 e 2017 a

2020, para demonstrar que, quanto maior o percentual de execução das despesas previstas na lei orçamentária anual com saúde pública, menor o número de demandas judiciais em saúde. O que, por sua vez, reflete positivamente na diminuição dos gastos com o fenômeno da judicialização da saúde.

É diante deste campo prático, ainda em evolução, que o presente trabalho, ao analisar exemplos empíricos de atuação coletiva da Defensoria Pública e do Ministério Público no controle judicial da política pública de saúde por intermédio do monitoramento orçamentário, pode contribuir para o aprimoramento e o consequente avanço do controle das políticas públicas no Brasil e para a efetividade do Direito à Saúde.

3. Exemplos práticos de atuação coletiva pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro no controle judicial da política pública de saúde por intermédio do monitoramento orçamentário

3.1. A Ação Civil Pública nº 0298494-15.2017.8.19.0001, em curso na 16ª Vara de Fazenda Pública da Comarca da Capital do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

A Ação Coletiva nº 0298494-15.2017.8.19.0001 foi a primeira de três ações civis públicas propostas pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro que objetivaram o controle da política pública de saúde a partir do monitoramento orçamentário.

Como narra a inicial, naquele ano, dada a divulgação nas campanhas eleitorais do novo governo de promessas audaciosas frente à complexidade e às históricas celeumas que envolvem o setor saúde (a exemplo: aumentar em R\$ 250 milhões os investimentos em saúde, criar o Programa Clínica de Especialistas com 20 unidades implantadas até o final de 2020, municipalização de 16 UPAs, adequação do Programa Cegonha Carioca),⁴ a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de sua Coordenadoria de Saúde e Núcleo de Fazenda Pública e Tutela Coletiva da Comarca da Capital, monitorou atentamente o desempenho das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) do Município do Rio (clínicas da família, centros de atenção psicossocial, hospitais, entre outros).

Já em agosto de 2017, a rede pública municipal de saúde deu sinais de que o caminho da expansão em ações e serviços de saúde não se concretizaria. Ao contrário: não só o prometido à população no programa de governo não foi cumprido como também os direitos e o patrimônio de saúde já realizados, conquistados e subjetivamente adquiridos pela população mais vulnerável do Município passaram a ser ameaçados, em nítido retrocesso.

⁴ <https://oglobo.globo.com/politica/promessas-de-campanha-para-cobrar-de-marcelo-crivella-20388003#ixzz4uNSX6ykX>.

O cenário na rede municipal de saúde, ao final de 2017, era extremamente grave: faltavam insumos, medicamentos, recursos humanos, alimentação suficiente e adequada para profissionais de saúde e pacientes. Na rede hospitalar, o destaque era a superlotação, o pagamento dos profissionais de saúde em atraso e a suspensão de inúmeros contratos com serviços terceirizados, como de manutenção, maqueiros e segurança. Na atenção psicossocial, diversos leitos de cuidado em saúde mental foram fechados, inclusive de atendimento à urgência e emergência. Os meios de comunicação denunciavam a desassistência em massa, como demonstram alguns exemplos abaixo:

03/10/2017 – Sem remédios e materiais, UPA Madureira restringe atendimento a pacientes graves (<https://extra.globo.com/noticias/rio/sem-remedios-materiais-upa-madureira-restringeatendimento-pacientes-graves-21900478.html>);

14/10/2017 – Prefeitura faz corte na Saúde e pacientes já relatam falta de atendimento e remédios (<https://extra.globo.com/noticias/rio/prefeitura-faz-corte-na-saude-pacientes-ja-relatamfalta-de-atendimento-remedios-rv1-1-21946441.html>). *Gasto de 2017 está abaixo do que foi investido em Saúde em 2016. Com base no portal Rio Transparente, o vereador Paulo Pinheiro, membro da Comissão de Saúde da Câmara, constatou que, até o dia 9 de outubro, a Secretaria municipal de Saúde havia empenhado R\$ 4,296 bilhões. Desse total, já foram pagos R\$ 3,262 bilhões. – Os hospitais da administração direta não podem, desde o dia 10, empenhar mais nada para compras e renovação de contratos. Por força de um decreto do prefeito, o que não foi empenhado e pago até essa data só poderá ser feito em março, salvo se ele publicar um decreto de excepcionalidade. Sem pagar fornecedores, os hospitais estão ficando desabastecidos e já temos cirurgias eletivas (que não são de emergência) sendo canceladas, leitos fechados. Nas unidades administradas por OSs, que estão recebendo repasses com atrasos, já vemos crise de abastecimento e profissionais com salários atrasados. Os hospitais estão funcionando à base de escambo, pegando emprestado material e remédios, principalmente com a rede federal, para manter o mínimo de atendimento – relata Pinheiro;*

18/10/2017 – Rio: funcionários da saúde protestam por salários atrasados no Rio 5 (<http://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2017-10-18/funcionarios-da-saude-protestam-por-salariosatrasados-no-rio.html>);

19/10/2017 – Hospitais do município sofrem com superlotação e falta de medicamentos (<https://extra.globo.com/noticias/rio/hospitais-do-municipio-sofrem-com-superlotacao-faltade-medicamentos-21964847.html>);

20/10/2017 – Rio: martírio na saúde municipal (<http://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2017-10-20/martirio-na-saude-municipal.html>). *Secretaria de Saúde precisa de R\$ 600 milhões este ano. O secretário municipal de Saúde (SMS), Marco Antonio de Mattos, informou que vai precisar de R\$ 600 milhões até o fim do ano para manter a rede do município funcionando. Mas não sabe se vai dispor da verba, já que os repasses estão condicionados à arrecadação municipal, que despencou. “A arrecadação de 2016 para 2017 caiu muito, dificultando a execução e pagamentos dos serviços realizados pela SMS”, afirmou Mattos. Mattos, que é médico, se disse profundamente incomodado com a crise da saúde e destacou que sua pasta não tem a chave do cofre. “A gente tem o orçamento, mas o dinheiro quem libera é a Secretaria de Fazenda”. O secretário alegou ainda que herdou da administração anterior um déficit de R\$ 400 milhões referente à ampliação da rede primária e mais R\$ 266 milhões de empenhos cancelados pelo ex-prefeito Eduardo Paes;*

15/11/2017 – Tribunal de Contas do Município cobra esclarecimentos da prefeitura sobre cortes na saúde. Suspensão de serviços em clínicas da família por atrasos de pagamentos a OSs é um dos principais sintomas da crise (<https://oglobo.globo.com/rio/tribunal-de-contas-do-municipio-cobra-esclarecimentos-da-prefeiturasobre-cortes-na-saude-22071294>). O relatório mostra, como O GLOBO revelou ontem, que a dívida da prefeitura com organizações sociais chega a R\$ 460 milhões, se levados em conta restos a pagar do ano passado. *Outro dado curioso é que os cortes foram feitos em um compasso bem maior que a queda de receitas: enquanto os repasses federais e estaduais do SUS caíram 5,28% na comparação com o exercício de 2016, a despesa empenhada pela prefeitura na Saúde sofreu queda de 10,77%. Sem dinheiro, o número de contratos emergenciais (60), segundo o TCM, representa 35% dos 173 documentos assinados este ano. (...) Também ontem o secretário municipal de Saúde, Marco Antonio de Mattos, se reuniu com vereadores e disse que, se não conseguir recursos para fechar o ano sem dívidas em 2017, vai precisar de R\$ 1 bilhão, além do que está previsto no orçamento do ano que vem, que é de R\$5,4 bilhões. Para chegar até o fim de 2017, ele afirma precisar de R\$ 600 milhões.*

Note-se que, conforme declarações públicas do Secretário Municipal de Saúde à época, a causa para a crise instalada (e para a garantia da saúde e da vida de toda a população carioca) consistia na falta de verbas. Segundo ele, a situação só poderia ser normalizada com a regularização dos repasses para o Fundo Municipal de Saúde de, no mínimo, R\$ 600 milhões. E finalizou: há “orçamento, mas o dinheiro quem libera é a Secretaria de Fazenda”.

Em síntese, mais uma vez, o Poder Público invocava a velha desculpa da escassez de recursos, traduzida para o Direito como princípio da reserva do possível, para justificar a falta de investimentos na saúde e a conseqüente suspensão e interrupção de ações e serviços públicos essenciais à preservação da vida em condições mínimas de dignidade. Ou seja, alegava-se a reserva do possível frente a demandas de saúde de primeira necessidade, o que não se pode admitir em um Estado Democrático de Direito, como se viu.

De outro lado, também conforme noticiado nos meios de comunicação, o Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro denunciava que a redução nas despesas empenhadas em saúde era desproporcional à queda na arrecadação das receitas. Havia ali, portanto, fortes indícios de que o gestor municipal, ao que tudo indicava, Prefeito e Secretário de Fazenda, se distanciou do planejamento setorial e orçamentário, remanejando verbas destinadas à saúde para outras funções, e a alegada escassez, mais uma vez, não se sustentava como argumento legítimo para a restrição ao mínimo existencial.

Com efeito, estudo técnico do Tribunal de Contas do Município do Rio enviado à Defensoria Pública comprovou que a alegada crise econômica e a queda nas receitas não justificavam os cortes nos investimentos destinados, por lei orçamentária, à área de atuação saúde. Isso porque, segundo o estudo, o contingenciamento na saúde (de aproximados R\$ 540 milhões – 10,77%) foi feito de forma desproporcional à redução das receitas vinculadas à saúde (em 5,28%) para aplicação em setores outros, não prioritários, como Secretaria de Fazenda, Gabinete do Prefeito, Secretaria Municipal de Conservação e Meio Ambiente. Afirma categoricamente o relatório:

Entre os anos de 2017/2016, a receita realizada foi reduzida em 5,28%, porém a despesa empenhada em saúde sofreu queda mais significativa de 10,77% (R\$ 4.086.475.710,56 ÷ 4.579.968.008,18), não obedecendo a mesma proporção de diminuição da receita. Ou ainda, a queda de receitas vinculadas ao Demonstrativo das Receitas e Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde foi reduzida aproximadamente em R\$ 220 milhões, porém a dotação contingenciada do orçamento da saúde foi em torno de R\$ 547 milhões. (Destacamos)

Ainda conforme o estudo técnico, já no início de 2017, o Município do Rio de Janeiro contingenciou na pasta da saúde, cujo orçamento inicial era de aproximadamente R\$ 5,3 bilhões, cerca de R\$ 543 milhões, ou seja, valor bem próximo ao quantitativo de R\$ 600 milhões considerados necessários pelo Secretário Municipal de Saúde para a manutenção da rede do município funcionando até o final do ano de 2017.

Ora, tal postura, à luz dos ensinamentos acima abordados, configura uso abusivo da prerrogativa do contingenciamento por frustração de receita prevista no art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal, e desconfigurou o orçamento aprovado pelo

Poder Legislativo com base no planejamento setorial pelos legítimos representantes da vontade popular (art. 1º, parágrafo único, da CRFB/88).

Havia, portanto, falha grave no tocante ao dever de aderência entre o planejado e o executado, corroborando o sustentado por Galdino (2005) de que o que frustra a efetivação de um determinado direito não é a exaustão do orçamento, mas a opção política.

Para combater tal quadro, e calcada no estudo técnico do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, foi ajuizada, ao final de 2017, a Ação Civil Pública nº 0298494.15.2017.8.19.0001, objetivando que o Município do Rio de Janeiro repassasse/ transferisse (mediante remanejamento de verbas, utilização de reserva de contingência, abertura de créditos suplementares ou qualquer outro recurso contábil, financeiro e orçamentário), ao Fundo Municipal de Saúde, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, o valor de R\$ 543.570.700,00 (quinhentos e quarenta e três milhões, quinhentos e setenta mil e setecentos) reais, e autorizasse, até 31/12/2017, a emissão de todos os empenhos, liquidações e pagamentos necessários ao funcionamento ininterrupto da rede municipal de saúde e ao custeio integral das ações e serviços públicos de saúde previstos na função “Saúde” da Lei Orçamentária Anual de 2017 (Lei nº 6.122/2016).

Na ação, a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro analisou a execução orçamentária à luz do planejamento setorial e orçamentário e demonstrou que (i) a despeito de uma diferença, o valor destinado à saúde na Lei Orçamentária (LOA – Lei nº 6.122/2016), R\$ 5.468.981.064, encontrava certa correspondência no total de recursos (R\$ 5.719.862.468,60) estimados para a função saúde em seu planejamento setorial, qual seja, Programação Anual de Saúde e Plano Municipal de Saúde; (ii) todavia, ao longo da execução orçamentária, sem qualquer motivação, o Poder Executivo adulterou a LOA, realizada à luz do planejamento setorial, frustrando a sua normatividade, em manifesta afronta ao disposto no art. 36 da Lei nº 8080/90, arts. 15 e 16 do Decreto nº 7.508/2011 e arts. 94, 95, 96 e 97 da Portaria de Consolidação nº 01/2017 do Ministério da Saúde.

Considerando que os instrumentos de planejamento setorial contêm as despesas consideradas necessárias para o cumprimento das obrigações legais de fazer que materializam os direitos fundamentais à saúde, à vida e à dignidade humana, e integram, portanto, o gasto mínimo material em saúde, era previsível (e até previsto) que nova redução de R\$ 543.570.700,00, em desacordo com o planejamento, afetaria a estrutura e a própria subsistência da rede municipal de saúde.

Para corroborar o estudo técnico do Tribunal de Contas, a Defensoria Pública analisou o portal de transparência do Município do Rio (<http://www.rio.rj.gov.br/web/contasrio#Resp>) e logrou demonstrar, por intermédio de uma tabela comparativa entre o orçamento inicial, planejado, e o atualizado que, diferentemente do que ocorreria no setor saúde, houve aumento de investimentos ao longo da execução orçamentária em funções e setores não prioritários. Confira-se:

Órgão	Orçamento Inicial	Orçamento Atualizado
Secretaria Municipal de Conservação e Meio Ambiente	R\$60.086.055,00	R\$268.696.684,77 Não houve contingenciamento. E sim aumento do orçamento na pasta de mais de R\$ 200 milhões
Controladoria Geral do Município	R\$61.194.686,00	R\$58.564.829,68 Contingenciamento de cerca de 4%, inferior ao da saúde
Secretaria Municipal de Desenvolvimento, Emprego e Inovação	R\$13.739.248,00	R\$54.473.880,76 Não houve contingenciamento. E sim aumento do orçamento na pasta
Secretaria Municipal de Fazenda	R\$307.258.765,00	R\$1.296.086.477,49 Não houve contingenciamento. E sim aumento do orçamento na pasta de mais de R\$ 988 milhões
Gabinete do Prefeito (Gabinete do Prefeito)	R\$ 36.142.318,00	R\$ 102.171.111,86 Não houve contingenciamento. E sim aumento do orçamento na pasta de mais de R\$ 66 milhões
Fundação Instituto de Geotécnica do Município do Rio de Janeiro GEO-RIO	R\$162.041.869,00	R\$155.485.928,05 Contingenciamento de cerca de 4%, inferior ao da saúde
Guarda Municipal do Rio de Janeiro	R\$526.363.505,00	R\$509.973.126,25 Contingenciamento de cerca de 3%, inferior ao da saúde
Secretaria Municipal de Ordem Pública	R\$32.097.305,00	R\$90.086.752,34 Não houve contingenciamento. E sim aumento do orçamento na pasta de mais de R\$ 57 milhões
Fundação Planetário da Cidade do Rio de Janeiro	R\$10.819.391,00	R\$11.194.440,77 Não houve contingenciamento. E sim aumento do orçamento na pasta
Reserva de Contingência	R\$75.071.522,00	R\$97.586.050,50 Houve aumento da reserva de contingência, demonstrando a disponibilidade financeira para aplicação na saúde
Empresa Municipal de Urbanização - RIORUBE	R\$33.851.941,00	R\$37.323.731,01 Não houve contingenciamento. E sim aumento do orçamento na pasta

Concluiu-se, portanto, que o Município do Rio reduziu as despesas no setor saúde além da queda da arrecadação das receitas vinculadas ao custeio do setor e priorizou investimentos em setores não prioritários de acordo com a Carta Constitucional, o que, como se viu, configura conduta ilícita e ilegítima à luz do ordenamento jurídico.

A gravidade da conduta municipal é ainda maior quando se observa, cotejando-se as provas técnicas, que houve indevido remanejamento e/ou bloqueio de receitas vinculadas ao custeio das ações e serviços públicos de saúde e que deveriam ficar sob a gestão exclusiva do Fundo Municipal de Saúde (art. 33 da Lei nº 8.080/90, art. 4º da Lei nº 8.142/90, art. 2º, parágrafo único, da LC nº 141/12 e arts. 71 e seguintes da Lei nº 4.320/1964).

Em dezembro de 2017, foi realizado acordo judicial, no qual o Município do Rio se comprometeu a investir, comprovadamente, até 31.12.2017, mais R\$ 100 milhões na aquisição de insumos e medicamentos, assim como R\$ 123 milhões na regularização do pagamento dos salários em atraso dos trabalhadores da saúde, de modo a cumprir os compromissos também assumidos junto ao Tribunal Regional do Trabalho. Atualmente, o processo encontra-se em fase de execução, pois não houve demonstração do cumprimento integral do acordo pelo Município, corroborado por levantamento do próprio Tribunal de Contas do Município do Rio.

3.2. A Ação Civil Pública nº 0311224-24.2018.8.19.0001, em curso na 8ª Vara de Fazenda Pública da Comarca da Capital do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Em 2018, o quadro agravou. Uma das maiores unidades municipais de saúde, o Hospital Ronaldo Gazzolla, chegou a funcionar com apenas 7% de sua capacidade operacional de leitos, e o seu ambulatório de especialidades médicas, com capacidade para a oferta de 16.500 consultas mensais, suspendeu as suas atividades por falta de repasses da Secretaria Municipal de Saúde.⁵ De outro lado, inúmeros prestadores do serviço de hemodiálise ambulatorial se descredenciaram, em razão da ausência de repasse do custeio federal correspondente pelo Município do Rio de Janeiro.⁶

Com efeito, nos autos da segunda Ação Civil Pública nº 0311224-24.2018.8.19.0001 proposta pela Defensoria Pública do Rio (suspensa, até hoje, para a tentativa de realização de acordo), estudos da equipe técnica da instituição apontaram que:

(i) a despeito da maior arrecadação de receitas públicas vinculadas à saúde (em relação a 2017), o Município, logo no início de 2018, contingenciou, novamente em desacordo com o planejamento orçamentário e sem qualquer motivação, investimentos da ordem

⁵ <https://extra.globo.com/noticias/rio/paciente-tem-alta-sem-tratamento-em-acari-upa-madureira-serve-arroz-feijaoenoura-23152979.html>; <https://extra.globo.com/noticias/rio/calamidade-na-saude-publica-do-rio-real-para-pacientes23180406.html>; <https://extra.globo.com/noticias/rio/prefeitura-deve-30-milhoes-ao-hospital-de-acari-que-nao-pagasalarios-23160730.html>.

⁶ <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/11/30/pacientes-enfrentam-dificuldades-parafazer-tratamento-de-hemodialise-no-rio.ghtml>; <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/11/28/sem-pagamentomotoristas-que-transportam-pacientes-de-hemodialise-na-zona-oeste-estao-sem-trabalhar.ghtml>; *link do vídeo de transporte da terapia renal*: <https://globoplay.globo.com/v/7198249/programa/>.

de R\$ 367 milhões, equivalentes a uma redução de 6,12% na verba originalmente prevista para a Saúde;

(ii) ao longo da execução orçamentária, foram expedidos diversos decretos de abertura de crédito suplementar em razão do aporte de recursos advindos de Incorporação de Excesso de Arrecadação e Incorporação de Superávit Financeiro e Recursos não Previstos na LOA e Recursos com Destinação Específica, no valor aproximado de R\$ 750 milhões de reais. Todavia, apesar dos recursos adicionais, seis órgãos continuaram com dotação atualizada menor daquela aprovada pela LOA. Dentre esses seis órgãos, estava a Secretaria Municipal de Saúde, cuja dotação atualizada encontrava-se reduzida em R\$ 229 milhões (equivalente à uma redução de 3,81% da dotação original), sendo o órgão a sofrer a maior redução de dotação. Dentre os órgãos mais beneficiados, encontram-se a Procuradoria Geral do Município do Rio de Janeiro, que teve um aumento superior a 25% da sua dotação original. Ou seja, após o contingenciamento inaugural, houve aumento da arrecadação de receitas. Mas, em afronta ao disposto no art. 9, §1º, da Lei de Responsabilidade Fiscal, o aumento na receita não importou em recomposição proporcional das dotações cujos empenhos foram anteriormente limitados;

(iii) em decorrência, na Secretaria de Saúde, a diferença entre a dotação aprovada na LOA 2018 e a dotação atualizada aumentou, “passando de uma redução de 3,6% em 2017 para uma redução de 8% em 2018, reflexo dos decretos de contingenciamento dos recursos da pasta”. Com isso, a Saúde foi a pasta que sofreu a maior redução em valores absolutos em relação ao orçamento aprovado;

(iv) a despeito da estimativa de um aumento de receita 0,9% maior em relação a 2018, a PLOA de 2019 previa um corte de R\$ 725 milhões para a Secretaria Municipal de Saúde, equivalente a uma redução de 12,1% em dotação orçamentária. Para encaixar o planejamento setorial no orçamentário, foi necessária a redução de, pelo menos, 184 equipes de saúde da família.

O estudo técnico demonstrou, ainda, que, tanto em 2017 quanto em 2018, os decretos do Poder Executivo desviaram recursos de Programas de Saúde considerados estratégicos pelo próprio Município em seu planejamento setorial e no Projeto de Lei Orçamentária. E concluiu que:

A análise da execução orçamentária e financeira do Município do Rio de Janeiro em 2017 e em 2018 verificou que o Município do

Rio de Janeiro tem sido responsável por cerca de 57% do total das receitas para a Saúde. Também foi observada uma queda nas receitas totais para a Saúde desde 2015. A principal responsável por essa queda foram as receitas provenientes de operações de crédito e rendimentos, que entre 2013 e 2015 foram responsáveis por cerca de 25% das receitas. *Dessa forma, a redução das receitas da Saúde que vem ocorrendo desde 2016 não pode ser creditada a outros entes que não o próprio Município do Rio de Janeiro, uma vez que a União tem mantido seus repasses ao Município sem grandes alterações.*

Ainda assim, a Lei Orçamentária Anual de 2018 apresentou para a Saúde um aumento da sua dotação de 9,9%, o sexto maior aumento entre os órgãos da administração pública.

(...)

No entanto, em meados de fevereiro, ainda no início do exercício de 2018, foram publicados decretos de contingenciamento de recursos de diversos órgãos da administração. Embora baseado na crise financeira enfrentada pelo Município, o contingenciamento foi brutal em algumas pastas, como a de Assistência Social e Direitos Humanos, de Desenvolvimento, Emprego e inovação e da Saúde, enquanto aumentou a dotação inicial de pastas como de Transportes e o Gabinete do Prefeito. Na Saúde, o programa Clínica de Especialidades, indicado como prioritário pelo governo, sofreu uma redução de 26%, enquanto a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica tiveram suas dotações reduzidas em torno de 7,5%. O Hospital Ronaldo Gazolla, originalmente beneficiado com um aumento de sua dotação, passou a ter uma dotação inferior à de 2017.

Entre a publicação do Decreto nº 44.253, que redefiniu o detalhamento da despesa do Município para 2018 e 16 de outubro, foram publicados 552 decretos de abertura de créditos suplementares, que entre as alterações, reduziram o contingenciamento da Saúde para R\$ 229 milhões. Por outro lado, embora em meio à uma crise financeira, a Prefeitura aumentou a dotação de Desportos e Lazer em R\$ 23 milhões, valor superior à dotação destinada ao funcionamento anual dos hospitais municipais Philippe Pinel (R\$ 13 milhões), Miguel Pedro (R\$ 11 milhões), Álvaro Ramos (R\$ 8,9 milhões), Nossa Senhora do Loreto (R\$ 17 milhões) e Barata Ribeiro (R\$ 22 milhões). Também aumentou a dotação de Publicidade, Propaganda e Comunicação Social em R\$ 28 milhões, *a despeito dos cortes em áreas prioritárias.*

Os dados analisados mostram que a crise financeira que atingiu o Município vem afetando de forma desigual às atividades da Prefeitura, sendo a Secretaria Municipal de Saúde prejudicada de

forma diferenciada, seja no corte de recursos como no atraso dos pagamentos. O contingenciamento e cortes de dotações da Saúde se refletem na execução financeira da Secretaria Municipal de Saúde, que vem atrasando os pagamentos às OSS e, com isso, prejudicando a qualidade da atenção à Saúde do Município.

A insuficiência na arrecadação das receitas que compõem a fonte de recursos 100, responsável pelo pagamento de cerca de 56% das despesas do Município, não pode ser utilizada como justificativa para o contingenciamento da Saúde, pois, como demonstrado, sua arrecadação já alcançou 90,3% do valor indicado pela LOA (...). Além disso, comparando-se a arrecadação das receitas vinculadas à Saúde de janeiro a agosto dos anos 2017 e 2018 verifica-se um aumento de 8,8%, o que contradiz a tese de insuficiência de recursos para custeio das ações de Saúde, que no mesmo período tiveram uma redução de 5,6% nos empenhos realizados.

A perspectiva para 2019 é que a Saúde tenha sua dotação reduzida em R\$ 725 milhões, uma redução de 12% em relação a 2018. Dada a insuficiência de recursos para manter a qualidade da atenção à saúde no Município vivenciada em 2018, essa redução pode aprofundar ainda mais a crise na Saúde. Analisando as distribuições dos cortes da Saúde, a atual gestão optou por reduzir os recursos destinados à Atenção Básica, o que virá a impactar no curto prazo, com o aumento da procura dos pacientes por atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e emergências hospitalares; e no médio e longo prazo, com o aumento de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária.

Demonstrou-se, assim, que fatores alheios ao volume da receita pública conduzem ao contingenciamento de verbas na Saúde, ao arrepio, mais uma vez, do comando do art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal. Esta, aliás, foi a conclusão a que chegou a pesquisa “Política de Austeridade no Município do Rio de Janeiro e seus impactos no orçamento das políticas de Saúde”, depositada no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Em outras palavras, repita-se, o Município não só ignorou o caráter pedagógico do controle judicial realizado em 2017, como fez pior: aumentou, e novamente sem qualquer motivação idônea, a redução de investimentos na saúde em 2018, retirando da pasta valores indispensáveis para a manutenção da rede do município. Por fim, para encaixar o enxuto orçamento da saúde proposto no Projeto de Lei Orçamentária de 2019 ao planejamento setorial, impôs, em inadmissível contramão conforme a dinâmica normativa do planejamento (planejamento setorial orienta o planejamento orçamentário), substancial redução na cobertura da atenção básica em saúde, o que, a longo prazo, contraditoriamente, conduz ao aumento das despesas em saúde

mediante a consequente necessidade do aumento da oferta hospitalar para dar conta das demandas de saúde agravadas com a redução do papel e da resolutividade da atenção primária.

Daí, a propositura da Ação Civil Pública nº 0311224-24.2018.8.19.0001, em 11.12.2018, em face do Município do Rio de Janeiro, objetivando que, em caráter liminar: a.1) seja determinado as autoridades acima elencadas, que se abstenham de publicar outros decretos genéricos de contingenciamento do orçamento destinado à saúde pública (como os decretos: nº 44.248, nº 44.250 e nº 44.253), sem justificar expressamente as necessidades de cada política pública e sem observar o art. 9, §2, da LRF; a.2) a suspensão da validade dos decretos: nº 44.248, nº 44.250 e nº 44.253 na parte que se referem ao contingenciamento das despesas com saúde por violação do art. 9, §2, da LRF e o artigo 77, II, da Constituição Federal, aos princípios da proibição do retrocesso social, legalidade, moralidade e eficiência, por aplicação da teoria dos motivos determinantes, determinando as autoridades acima elencadas, que por ato próprio, até 31 de dezembro de 2018, efetuem o empenho do valor de R\$ 229.053.581.07 milhões de reais contingenciados no ano de 2018 através dos Decretos nº 44.248, 44.250 e 44.253/2018; a.3) dado o dever constitucional do Estado de financiamento adequado e progressivo das políticas públicas de saúde, requer, até final da lide, seja cominado ao município a obrigação de fazer consistente na comunicação ao juízo, mês a mês, dos resultados do monitoramento da produção das ESF, bem como o acompanhamento da alimentação do sistema de regulação com as solicitações de procedimentos de acesso às especialidades (atenção secundária, média e alta complexidade), determinando-se, desde logo, o acréscimo das equipes de saúde da família, por AP, à medida que os atendimentos ou as pendências pelo acesso às especialidades superem em 20% o patamar atual, que também deverá ser informado pela municipalidade.

Como se antecipou, o feito foi suspenso, a pedido do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, para a tentativa de realização de acordo judicial, ainda não entabulado frente à resistência da Secretaria Municipal de Fazenda.

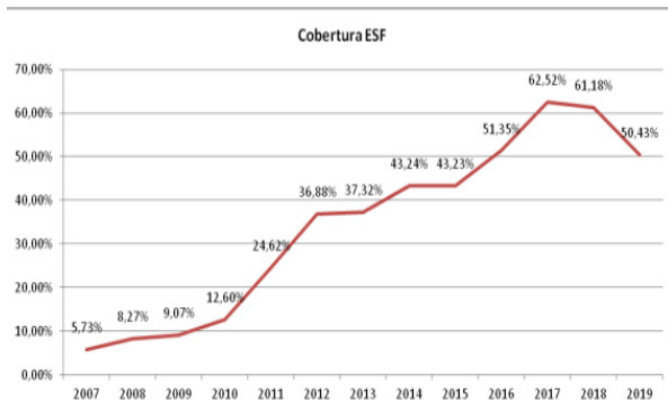
3.3. A Ação Civil Pública nº 0081261-21.2019.8.19.0000, em curso na 7ª Vara de Fazenda Pública da Comarca da Capital do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

Em 2019, mais uma vez, o quadro não se alterou. Novamente, com a manipulação do orçamento no decorrer da execução orçamentária, os parcos investimentos em saúde não sustentaram o funcionamento da rede municipal de saúde até o fim do ano.

Em novembro de 2019, o cenário de precarização consome novamente as unidades municipais de saúde. Além das denúncias veiculados nos mais diversos meios de comunicação sobre a falta de medicamentos, insumos, materiais básicos e profissionais para o atendimento digno da população, com a consequente interrupção de serviços essenciais de saúde e aumento da taxa de mortalidade hospitalar, ofício encaminhado pelo Sindicato dos Médicos e vistorias realizadas em conjunto pelo

Ministério Público e pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, nos dias 25 e 26 de novembro, corroboraram o contexto caótico e grave denunciado pela imprensa.

Durante os dois dias da operação conjunta, foram identificadas situações como insuficiência de leitos, superlotação das emergências, óbitos, desabastecimento expressivo de insumos e medicamentos e suspensão de cirurgias eletivas. De outro lado, relatório técnico da Defensoria Pública apontava, com base em dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, a expressiva redução da cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF) e da cobertura da Atenção Básica no Município do Rio no período de 2007 a 2019:



Por fim, ofício encaminhado à Defensoria Pública pelo próprio Município do Rio de Janeiro reconhece que um dos motivos que conduzem ao crescimento da fila do Sistema Municipal de Regulação (SISREG) consiste na redução da oferta de consultas e exames em razão da limitação orçamentária, sobretudo nas unidades

municipais e nas privadas conveniadas com o Município, destacando-se o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, clínicas da família e maternidades. Complementa que os esforços de ampliação do Projeto Corujão das cirurgias eletivas não recuperaram o patamar da oferta dos anos anteriores a 2017.

Daí, a necessidade da propositura de nova ação civil pública (0081261-21.2019.8.19.0000) pra denunciar e cessar os abusos praticados pelo Chefe do Poder Executivo Municipal no transcurso da execução orçamentária. Devido à postura ilícita, antidemocrática e recalcitrante do Chefe do Poder Executivo Municipal, à época, foi necessária a formulação de pleitos com caráter estrutural, preventivos e pedagógicos, na linha de Pinto (2018). A título de tutela de urgência postulou-se que o Município do Rio de Janeiro:

i) A fim de evitar a desestruturação diária e a paralisação da rede municipal de saúde, instaure, imediatamente, um Gabinete de Crise interinstitucional (pois que o setor Saúde interage diariamente com outras pessoas jurídicas, como a RioUrbe, a Comlurb, Organizações Sociais, RioSaúde, dentre outras) e intersetorial, com participação necessária das Secretarias Municipais de Saúde e Fazenda e de representantes dos órgãos com autonomia plena para tomar decisões pela gestão, com funcionamento ininterrupto até que seja superada a crise na rede municipal de saúde (não podendo ser inferior a março de 2020, tendo em conta que somente então serão sentidos os efeitos da abertura do novo orçamento), para, dentre outras medidas, a criação e execução de um plano de contingência que adote medidas emergenciais destinadas ao restabelecimento do funcionamento adequado, contínuo e ininterrupto de todas as unidades municipais de saúde assim como à mitigação e contenção dos impactos da crise na população, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

a) o prazo de vigência do plano;

b) as unidades de saúde que estão com todos os serviços em regular funcionamento, identificando os serviços ofertados;

c) as unidades de saúde que se encontram com alguma restrição/suspensão/paralisação no atendimento, identificando o motivo e os serviços afetados assim como as medidas adotadas para o restabelecimento célere e regular do funcionamento das unidades;

d) qual o mecanismo utilizado para comunicação entre a unidade de saúde e a regulação em caso de restrição/suspensão/paralisação do atendimento, sobretudo de urgência e emergência (*email*, *Whatsapp*, *telefone*), e o transporte a ser utilizado para eventuais transferências;

- e) apresentação de um protocolo único adotado por todas as unidades de acolhimento, classificação de risco e definição dos locais de atendimento destinados aos pacientes verdes e azuis;
 - f) apresentação de um protocolo único de referenciamento dos pacientes que não forem atendidos nas unidades de urgência e emergência, contendo o meio de formalização do encaminhamento dos pacientes por escrito, com assinatura e matrícula do servidor responsável, a previsão de transporte/transferência quando necessário e a indicação da unidade responsável pelo acolhimento;
 - g) garantia de que todas as unidades se responsabilizem pelo redirecionamento, referenciamento e/ou transferência do paciente quando for o caso;
 - h) previsão de reativação célere dos serviços paralisados, inclusive os serviços ambulatoriais e de atenção básica, e término da restrição de atendimento;
 - i) identificação das equipes e seus integrantes responsáveis pela fiscalização do cumprimento do plano em cada unidade, com os respectivos telefones de contato;
 - j) medidas destinadas à manutenção do abastecimento regular das unidades de saúde com medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares;
 - l) medidas destinadas à recomposição das equipes de recursos humanos, sobretudo aos finais de semana e datas festivas de fim de ano (Natal – 24 e 25/12 e Ano Novo – 31/12 e 01/01);
 - m) valor dos recursos destinados a cada unidade no período de contingência, fonte dos recursos, data de pagamento e previsão da forma de quitação dos valores devidos.
- ii) Dê ampla publicidade ao Plano de Contingência pelos diversos meios de comunicação, e informe, diariamente, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, por e-mail, as unidades de saúde que se encontram com alguma restrição/suspensão/paralisação no atendimento, identificando o motivo e os serviços afetados assim como as medidas adotadas para o restabelecimento célere e regular do funcionamento das unidades;
 - iii) Também objetivando evitar a paralisação da rede municipal de saúde, repasse/transfira (mediante remanejamento de verbas, utilização de reserva de contingência, abertura de créditos suplementares ou qualquer outro recurso contábil, financeiro e orçamentário), ao Fundo Municipal de Saúde, no prazo máximo

de 24 (vinte e quatro) horas, o valor de R\$ 284 milhões, e autorize, até 31/12/2019, a emissão de todos os empenhos, liquidações e pagamentos necessários ao funcionamento ininterrupto da rede municipal de saúde e ao custeio integral das ações e serviços públicos de saúde previstos na função “Saúde” da Lei Orçamentária Anual de 2019;

iv) Antes de implementar qualquer decisão no sentido do bloqueio, contingenciamento, cancelamento ou qualquer outra forma de restrição ou limitação ao poder de gasto ou repasse de recursos pelos órgãos municipais relativos a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) ou a qualquer ação ou programa previstos no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde ou na Lei Orçamentária Anual como referente à Função de Governo Saúde, decline, mediante publicação nos meios oficiais de comunicação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, em linguagem clara, didática e objetiva, passível de compreensão pelo cidadão comum, as suas motivações para tanto, explicitando, no mínimo:

a) as razões que tornam a decisão proposta imprescindível, incluindo a comprovação efetiva dos fatores concretos que conduziram à frustração de receitas e o risco de afetação das metas de resultado nominal e primário e, conforme o caso, a justificativa para o erro de previsão de receita ou despesa feita para os meses remanescentes do exercício financeiro;

b) os valores nominais e percentuais de dotações de cada Função de Governo e unidade orçamentária correspondendo às alterações de poder de gasto – para mais ou menos – por força da decisão proposta;

c) informação se as alterações de poder de gasto (para mais ou para menos) atingiram de forma uniforme todas as demais Secretarias assim como todas as subfunções, programas e ações da função Saúde;

d) detalhamento e quantificação de ações e seus programas de trabalho que deixariam de ser implementados por força da decisão proposta;

e) impactos negativos esperados a partir dos efeitos da mudança da programação detalhada nos itens acima;

f) ao menos 3 (três) alternativas de restrições de menor magnitude quanto ao poder de gasto afetado para as ações e programas previstos no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde ou na Lei Orçamentária Anual como referente à Função de Governo Saúde;

g) justificativa sobre como o saldo de bem-estar social esperado a partir da decisão proposta é maior do que as alternativas relacionadas no item acima, levando em conta a equidade na distribuição dos efeitos da decisão;

h) quais os dados e sua análise que embasam as estimativas e justificativas previstas nos dois itens anteriores;

i) quais os indicadores, e como será seu monitoramento, que permitam o fiel e tempestivo acompanhamento dos efeitos e impactos produzidos a partir da decisão proposta, para averiguar se e enquanto são compatíveis com as estimativas e justificativas relacionadas nos itens e) e f) acima;

j) declaração de que a decisão não importará em nova redução dos serviços de saúde já ofertados à população nem impactará sua fiel execução;

v) atualize, publique nos meios oficiais de comunicação e apresente nos autos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, nos moldes da Resolução SMS nº 3074/2016 (publicada no Diário Oficial do Município de 19/09/2016), o inventário dos serviços de saúde ofertados na rede municipal (própria, contratada e conveniada), identificando com precisão o quantitativo de unidades de saúde (de todos os níveis de complexidade), de servidores e profissionais de saúde contratados, de exames, consultas, cirurgias e procedimentos em geral, de leitos de urgência/emergência e leitos hospitalares) e equipamentos existentes em janeiro de 2017, assim como os serviços que sofreram redução até a data de apresentação do inventário atualizado, destacando-se os existentes na atenção básica e nas redes temáticas e prioritárias de atenção à saúde (Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência);

vi) se abstenha de realizar qualquer redução no quantitativo de unidades de saúde, de servidores e profissionais de saúde e serviços de saúde (consultas, exames, cirurgias, procedimentos, leitos de urgência/emergência e leitos hospitalares) ofertados à população que não aqueles que já sofreram redução conforme atestado no inventário a ser publicado e apresentado conforme item anterior;

vii) apresente, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, plano de ação para a recomposição, no prazo máximo de 1 ano, da rede municipal de saúde com o restabelecimento do quantitativo de unidades de saúde, servidores e profissionais de saúde contratados,

equipamentos e serviços ofertados (consultas, exames, cirurgias, procedimentos em geral, leitos de urgência/emergência e leitos hospitalares) que foram reduzidos, destacando-se os existentes na atenção básica e nas redes temáticas e prioritárias de atenção à saúde (Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência).

Na nova ação civil pública proposta pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, estudos da equipe técnica da Defensoria comprovaram que, mais uma vez, em postura similar à adotada em 2017 e 2018, o Chefe do Poder Executivo Municipal, já em fevereiro de 2019 (quando ainda não havia tempo para uma efetiva frustração de receitas), realizou novo contingenciamento desproporcional no setor Saúde, no valor total de R\$ 416 milhões (78% do contingenciamento total do orçamento), remanejando, inclusive, valores destinados na lei orçamentária à pasta para outros setores, não prioritários.

O estudo técnico apontou que:

Em 15 de fevereiro de 2019, a Prefeitura publicou o Decreto Rio nº 45.675, que contingenciou R\$ 523 milhões, além de transferir dotações entre os órgãos e programas. Cabe ressaltar que o contingenciamento se justifica pela expectativa da ocorrência de frustração de receitas, uma vez que não é possível realizar empenhos sem que haja uma fonte de recursos viável para sua execução. Dessa forma, havendo a necessidade de se realizar o contingenciamento de despesas por ausência de recursos para seu pagamento, não se espera que, enquanto alguns órgãos sofrem com cancelamento de programas e ações, que outros recebam aumentos de dotação. A Tabela 3 mostra as alterações realizadas por esse decreto sobre a distribuição das despesas do Município. Enquanto a Secretaria Municipal de Saúde sofreu uma redução de R\$ 416 milhões, equivalente a uma perda de 7,9% do seu orçamento inicial, as Secretarias de Fazenda, a Procuradoria e a Controladoria do Município foram beneficiadas com aumento de suas dotações em um total de quase R\$ 15 milhões. Um total de R\$ 532 milhões foram contingenciados, dos quais 78% foram provenientes da Saúde, redução totalmente desproporcional em relação às demais pastas e que não encontra justificativa cabível para sua realização.

E o pior: novamente, a despeito do aumento da receita prevista ao longo do ano e da expedição de inúmeros decretos de abertura de créditos suplementares, as dotações da Saúde continuaram a sofrer contingenciamento em extensão muito díspar da realizada nos demais órgãos, mantendo uma redução na dotação de R\$

279 milhões, que representa uma queda de 5,3% na sua dotação inicial, realizada à conta do planejamento setorial. O estudo aponta, ainda, que o Município se utilizava de outras estratégias orçamentárias (bloqueio interno de despesas) para reduzir os investimentos na função Saúde. Confira-se:

[a]lém da prática do contingenciamento, que pode ser acompanhada pela sociedade por meio do portal da transparência e das publicações do Diário Oficial do Município, existe uma outra prática de gestão interna utilizada pela gestão pública: o bloqueio interno de despesas. Isso pode ser identificado mais claramente em ações que, embora não tenham sofrido nenhum contingenciamento e talvez até mesmo tenham recebido aumento de dotações, até o momento não realizaram nenhum empenho. *A Tabela 19 mostra as 30 ações de Saúde que até o dia 30 de setembro de 2019 não realizaram nenhum empenho. Essas ações na dotação original da LOA eram responsáveis por R\$ 3,8 milhões das despesas da Saúde (0,07%), tendo recebido aumento de dotação de R\$ 1,9 milhões, atualmente representando 0,11% da despesa total da área. No entanto, apesar do aumento de dotação, nenhuma dessas ações até o momento foi executada, o que torna incompreensível o aumento de dotação recebido. Também é interessante observar que nenhuma das ações criadas por meio de Emenda Legislativa, durante o processo de aprovação da LOA, foi executada. Isso demonstra um desinteresse do Poder Executivo de colocar em prática atividades e projetos elaborados por terceiros, tornando a participação da sociedade, por meio dos seus representantes legislativos, mera formalidade; e suas alterações ao orçamento, reversíveis ao projeto original do Executivo.* Dessa forma, se forem considerados: i) a redução de R\$ 711 milhões realizada na LOA 2019 em relação à LOA 2018; ii) o contingenciamento de R\$ 279 milhões e; iii) o não empenho de R\$ 3,8 milhões, a Prefeitura do Rio de Janeiro em 2019 retirou R\$ 995,5 milhões da Saúde, como mostra a tabela:

Valores retirados da Saúde em 2019	
Instrumento	Redução
LOA 2019	710.748.795,00
Decretos Suplementares	279.035.768,67
Ações sem empenho	5.751.054,89
Total retirado da Saúde em 2019	995.535.618,56

(Destacamos)

(Destacamos)

Em dezembro de 2019, após a propositura da ação civil pública e sua publicidade, o Chefe do Poder Executivo Municipal editou decretos, remanejando verbas para a pasta da Saúde em valor muito próximo ao valor de 284 milhões apontado como contingenciamento ilegal.

De outro lado, o Tribunal de Justiça do Estado do Rio acolheu, em parte, o pedido da Defensoria Pública e do Ministério Público e, em decisão inédita, com efeitos prospectivos e estruturais, determinou, entre outros comandos, que o Município do Rio:

(d) antes de implementar qualquer decisão no sentido do bloqueio, contingenciamento, cancelamento ou qualquer outra forma de restrição ou limitação ao poder de gasto ou repasse de recursos pelos órgãos municipais relativos a Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) ou a qualquer ação ou programa previstos no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde ou na Lei Orçamentária Anual como referente à Função de Governo Saúde, se decline, mediante publicação nos meios oficiais de comunicação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, em linguagem clara, didática e objetiva, passível de compreensão pelo cidadão comum, as suas motivações para tanto, explicitando, no mínimo:

(d.1.) as razões que tornam a decisão proposta imprescindível, incluindo a comprovação efetiva dos fatores concretos que conduziram à frustração de receitas e o risco de afetação das metas de resultado nominal e primário e, conforme o caso, a justificativa para o erro de previsão de receita ou despesa feita para os meses remanescentes do exercício financeiro;

(d.2.) os valores nominais e percentuais de dotações de cada Função de Governo e unidade orçamentária correspondendo às alterações de poder de gasto – para mais ou menos – por força da decisão proposta;

(d.3.) a informação se as alterações de poder de gasto (para mais ou para menos) atingiram de forma uniforme todas as demais Secretarias assim como todas as subfunções, programas e ações da função Saúde;

(d.4.) o detalhamento e quantificação de ações e seus programas de trabalho que deixariam de ser implementados por força da decisão proposta;

(d.5.) os impactos negativos esperados a partir dos efeitos da mudança da programação detalhada nos itens acima;

(d.6.) ao menos 3 (três) alternativas de restrições de menor magnitude quanto ao poder de gasto afetado para as ações e programas previstos no Plano de Saúde, na Programação Anual

de Saúde ou na Lei Orçamentária Anual como referente à Função de Governo Saúde;

(d.7.) a justificativa sobre como o saldo de bem-estar social esperado a partir da decisão proposta é maior do que as alternativas relacionadas no item acima, levando em conta a equidade na distribuição dos efeitos da decisão;

(d.8.) quais os dados e sua análise que embasam as estimativas e justificativas previstas nos dois itens anteriores;

(d.9.) quais os indicadores e como será o seu monitoramento, que permitam o fiel e tempestivo acompanhamento dos efeitos e impactos produzidos a partir da decisão proposta, para averiguar se e enquanto são compatíveis com as estimativas e justificativas relacionadas nos itens d.5 e d.6;

(d.10.) a declaração de que a decisão não importará em nova redução dos serviços de saúde já ofertados à população nem impactará sua fiel execução.

4. Conclusão

Em suma, o que se demonstrou nas ações civis públicas referentes aos anos de 2017, 2018 e 2019, é que, de fato, muitas vezes, o velho discurso da austeridade fiscal e o alegado cenário de escassez e de escolhas trágicas é criado artificialmente pelo Poder Público como reiterado subterfúgio para ocultar, na verdade, escolhas políticas ilegítimas que não encontram aderência no planejamento e não atendem à Constituição Federal. Com isso, o Poder Público continua a manipular e a desconfigurar o processo orçamentário que, em um processo antidemocrático, se distancia cada vez mais das reais necessidades de saúde da população.

As três ações públicas exploraram o referencial teórico interdisciplinar exposto, fincado na impositividade mínima do orçamento e na indispensável vinculação do gestor ao planejamento setorial e orçamentário, para embasar a nulidade das condutas ilícitas e ilegítimas do gestor municipal (contingenciamentos, remanejamento e bloqueio de despesas públicas de saúde), limitando, assim, a sua discricionariedade na execução orçamentária. Configuram, portanto, pode-se dizer, exemplos práticos do controle judicial da política pública de saúde pelo monitoramento orçamentário.

Também é possível constatar que as ações civis públicas funcionaram como um potencial instrumento de restauração da necessária aderência da execução orçamentária ao planejamento e de consequente reposição dos valores desviados da Saúde, funcionando, assim, como importante estratégia pedagógica para a prevenção de violações ao direito humano e fundamental à Saúde.

A tutela estrutural concedida na ação civil pública de 2019, que exigiu motivação circunstanciada dos atos administrativos de bloqueio, contingenciamento,

cancelamento e/ou restrição ou limitação de despesas públicas de saúde, impôs, com singular importância, balizas mínimas prospectivas de conduta ao gestor municipal na execução orçamentária que concretizam a teoria da impositividade mínima do orçamento encampada pelo Supremo Tribunal Federal, à luz do princípio constitucional da razoabilidade.

Todavia, decorridos alguns anos da propositura das ações civis públicas, verifica-se que existem, ainda, importantes desafios a serem enfrentados e superados para uma efetivação a contento de tal controle pelos órgãos do Sistema de Justiça, afetos não só ao já explicitado conservadorismo do Poder Judiciário (contaminado cada vez mais por uma dogmática liberal), como também à necessária e importantíssima manutenção de sua atualidade e sustentabilidade ao longo dos anos (veja-se que os casos práticos analisados se referem a ações judiciais propostas ao final dos anos de 2017, 2018 e 2019, limitando o seu potencial pedagógico). Para alcançar esse desempenho, atual e sustentável, é imprescindível a existência de uma equipe técnica na Defensoria Pública e no Ministério Público qualificada e alocada exclusivamente para a realização do monitoramento orçamentário de modo sistemático e contínuo, o que, por óbvio, esbarra em inúmeras dificuldades operacionais e também financeiras das instituições. É nesse ponto, inclusive, que se destaca a importância do aprimoramento sustentado por Queiroz (2018) no controle efetuado pelos Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios, como um importantíssimo fator de instrumentalização do valioso salto qualitativo no controle da política pública de saúde sustentado por Pinto (2018).

Seja como for, as ações civis públicas ajuizadas em 2017, 2018 e 2019 pela Defensoria Pública e pelo Ministério Público do Rio de Janeiro podem ser consideradas exemplos práticos de aquecimento para esse necessário avanço em busca de um controle da política pública de saúde que, prestigiando a força normativa do orçamento e as prioridades alocativas legítimas por intermédio do monitoramento orçamentário, atue com efeito pedagógico em prol da maior efetividade do direito humano e fundamental à saúde.

Referências Bibliográficas

ABRAHAM, Marcos. *Curso de Direito Financeiro Brasileiro*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

BARCELLOS, Ana Paula. *Políticas Públicas e o dever de monitoramento: "levando os direitos a sério"*. Brasília: Revista Brasileira de Políticas Públicas. Volume 8. N. 2. 2018, p. 252.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União 1988, 5 out.

_____. *Lei Complementar nº 101 de 4 de maio de 2000*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990, 05 de maio de 2000.

_____. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990, 19 set. 1990.

_____. *Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964*. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial da União 1964, 23 mar. 1964.

_____. *Lei nº 4.717 de 29 de junho de 1965*. Regula a ação popular. Diário Oficial da União 1965, 05 jul. 1965.

_____. *Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011*. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Diário Oficial da União 1965, 18 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria de consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017.

_____. Presidência da República. *Decreto nº 600 de 25 de fevereiro de 1967*. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasília, DF, 1967.

_____. Presidência da República. *Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011.

_____. Supremo Tribunal Federal. *Arguição de Descumprimento Federal nº 45, do Pleno do Tribunal*. Brasília, DF, 04 de maio de 2004.

BUCCI, Maria Paula Dallari. *Direito administrativo e políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. *Controle judicial de políticas públicas: possibilidades e limites*. Fórum Administrativo: Direito Público [recurso eletrônico], Belo Horizonte, v. 9, n. 103, p. 7-16, set. 2009. Disponível em: <<http://dSPACE/xmlui/bitstream/item/5800/PDlexibepdf.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 de maio de 2013.

COMPARATO, F. C.; PINTO, E. G. Custeio Mínimo dos Direitos Fundamentais, sob máxima proteção constitucional. *Revista Consultor Jurídico*, 2015. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-dez-17/custeio-minimo-direitos-fundamentais-maxima-protacao-cf>>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2023.

CUNHA JÚNIOR, Dirley da. *Controle judicial das omissões do Poder Público: em busca de uma dogmática constitucional transformadora à luz do direito fundamental à efetivação da Constituição*. São Paulo: Saraiva, 2004. p. 307.

DALKEY, N. C. *The Delphi method. An experimental study of group opinion*. Santa Monica: Rand Corporation, 1969.

DALKEY, N.; HELMER, O. *An experimental application of the Delphi method to the use of experts*. *Management Science*, v. 9, n. 3, p. 458-467, 1963.

DALLARI, Dilson de Abreu. Orçamento impositivo. In CONTI, José Maurício; SCAFF, Fernando Facury (Coords.). *Orçamentos públicos e direito financeiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 325.

DOMINGUES, José Marcos. O Desvio de Finalidade das Contribuições e o seu Controle Tributário e Orçamentário no Direito Brasileiro. In DOMINGUES, José Marcos (Coord.). *Direito Tributário e Políticas Públicas*. São Paulo: MP, 2008.

DUARTE, Luciana Gaspar Meloquiades. *Possibilidades de Limites do Controle Judicial das Políticas Públicas de Saúde*. 2ª ed. Belo Horizonte: Fórum Conhecimento Jurídico, 2020.

_____; CANEDO, Vívilyn Hagen Antônio. Fortalecimento das políticas públicas sanitárias e a judicialização da saúde: a experiência do município de Simão Pereira (MG). *Revista Direito e Práxis*, Ahead of print, Rio de Janeiro, 2022. Acesso em: 01 de fevereiro de 2023. DOI: 10.1590/2179-8966/2022/66045.

DYE, Thomas D. *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984.

FARIAS, Sueli. *Composição e evolução das despesas orçamentárias do Município de Florianópolis no período de 2003 a 2008*. (Monografia) – Departamento de Ciências Contábeis, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

FERRARIS, Giselle Klabund. *Política de austeridade no Município do Rio de Janeiro e seus impactos no orçamento das políticas de saúde*. 2019. 60 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

HARADA, Kiyoshi. *Direito Financeiro e Tributário*. São Paulo: Atlas, 2002.

HEERDT, Anahí Valeria Alauzet. *Composição e evolução da despesa pública do município de São Paulo no período de 2005 a 2009*. (Monografia) – Departamento de Ciências Contábeis, Centro Socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

LASSWELL, H. D. *Politics: Who Gets What, When, How*. Cleveland: Meridian Books, 1936/1958.

LYNN, L. E. *Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis*. Santa Monica, Calif.: Goodyear, 1980.

MEAD, L. M. *Public Policy: Vision, Potential, Limits. Policy Currents*, fevereiro: 1-4, 1995.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Municipal Brasileiro*. 10ª ed. São Paulo: Malheiros, 1998, p. 569.

OLIVEIRA, C. L.; FERREIRA, F. G. B. C. *O Orçamento Público no Estado Constitucional Democrático e a Deficiência Crônica na Gestão das Finanças Públicas no Brasil*. Sequência (Florianópolis) [online]. 2017, n. 76, p. 183-212. ISSN 0101-9562. <http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n76p183>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2177-70552017000200183&script=sci_abstract&tlng=pt.

OLIVEIRA, Regis Fernandes. *Curso de Direito Financeiro*. 6ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 589-560.

PASCOAL, Valdecir. *Direito Financeiro e Controle Externo*. São Paulo: Método, 2016.

PETERS, B. G. *American Public Policy*. Chatham, N.J.: Chatham House, 1986.

PINHEIRO, Luís Felipe Valerim. Rumo ao Orçamento Impositivo. In CONTI, José Maurício; SCAFF, Fernando Facury (Coords.). *Orçamentos públicos e direito financeiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

PINTO, Élda Graziane. Ciclo das políticas públicas e legitimidade compartilhada das escolhas alocativas: um estudo em busca da vinculação à força normativa do planejamento. In: PINTO, Élda Graziane *et al. Política pública e controle: um diálogo interdisciplinar em face da Lei nº 13.655/2018, que alterou a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro*. Belo Horizonte: Fórum, 2018. 153 p. ISBN 978-85-450-0557-5.

_____. *Financiamento dos Direitos à Saúde e Educação*. Belo Horizonte: Fórum, 2017.

PISCITELLI, Tathiane. *Direito Financeiro Esquemático*. 2ª ed. São Paulo: Método, 2012.

RODRIGUES, Ricardo Schneider. O controle de políticas públicas pelos tribunais de contas. *Revista do Ministério Público de Contas do Estado do Paraná*, Paraná, v. 1, n. 1 (2014): novembro/maio. Disponível em: <https://revista.mpc.pr.gov.br/index.php/RMPCPR/article/view/60>

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas. Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos*. 1ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SILVA, Priscilla Teresinha Pyrrho de Souza. *O orçamento público como ferramenta de análise de políticas públicas*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Brasília: Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União, 2012.

SOUSA, Francisco Hélio. *O caráter impositivo da lei orçamentária anual e seus efeitos no sistema de planejamento orçamentário*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Brasília: Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2008.

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Caderno Sociologias, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, Tháisa Guerreiro de. *A judicialização residual da saúde e sua relação com o desempenho dos serviços públicos de saúde e a efetividade do direito à Saúde em dois Municípios do Estado do Rio de Janeiro*. 2018. 191 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

TAVEIRA, C. de O.; MARÇAL, T. B. (2013). Proibição do retrocesso social e orçamento: em busca de uma relação harmônica. *Revista de Direito Administrativo*, 264, 161-186. <https://doi.org/10.12660/rda.v264.2013.14080>.

TORRES, Ricardo Lobo. *Curso de Direito Financeiro e Tributário*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

_____. *Direito constitucional financeiro: teoria da constituição financeira*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.