



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
(UNIRIO)

DANIELA GONÇALVES DE CARVALHO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA: uma
análise econômica do Direito. Estudo de caso – CER do município de Duque de Caxias/RJ.

RIO DE JANEIRO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
(UNIRIO)

DANIELA GONÇALVES DE CARVALHO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA: uma
análise econômica do Direito. Estudo de caso – CER do município de Duque de Caxias/RJ

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD do Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Direito. Linha de Pesquisa: Estado, Constituição e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Felipe de Moraes Borba

RIO DE JANEIRO

2021

G GONÇALVES DE CARVALHO, DANIELA
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA COM
DEFICIÊNCIA: uma análise econômica do Direito.
Estudo de caso ? CER do município de Duque de
Caxias/RJ. / DANIELA GONÇALVES DE CARVALHO. -- Rio
de Janeiro, 2021.
117

Orientador: FELIPE de Moraes Borba .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Direito, 2021.

1. Políticas Públicas. 2. Análise Econômica do
Direito. 3. Direitos da Pessoa com Deficiência. 4.
Eficiência Administrativa. I. de Moraes Borba ,
FELIPE, orient. II. Título.

DANIELA GONÇALVES DE CARVALHO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA: uma análise econômica do Direito. Estudo de caso – CER do município de Duque de Caxias/RJ

Esta dissertação da discente Daniela Gonçalves de Carvalho foi julgada adequada para a obtenção do grau de Mestra em Direito e aprovada em sua forma final pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Direito da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Aprovado em: 26/02/2021.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Felipe de Moraes Borba (Orientador)

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Benedito Adeodato

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Igor Ajouz

Universidade Veiga de Almeida - UVA

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pela minha vida e por serem suporte, apoio e exemplo. Minha mãe, Cláudia, que, como médica do SUS despertou a curiosidade e a cientista em mim, além de imensurável admiração. Ao meu pai, Jorge, exímio operador do direito, em quem me inspiro sempre para ser uma profissional cada vez mais capaz e humana.

Aos meus irmãos, pelos cuidados entre si e comigo. À Mari, por ser minha grande amiga e incentivadora. E ao Dedé, que com sua deficiência, sua doçura e seu coração tão bom, fazem de mim uma pessoa melhor e me fazem querer mudar o mundo e torná-lo cada vez mais acolhedor para ele.

Ao meu marido, Raphael, que não me deixa desistir, que me faz acreditar cada vez mais no meu potencial, que é meu fã e grande amigo e que preenche meus dias de afeto e amor.

Ao meu orientador, professor Felipe Borba, por me mostrar que é possível e que pode ser muito produtivo realizar pesquisa empírica no direito. Ao professor Benedito Adeodato, que sempre esteve disponível a tirar minhas dúvidas e por ter me apresentado a economia, esta disciplina que, ao lado das políticas públicas e do direito, fez o tripé teórico desta dissertação. Ao meu professor do estágio docente, Emerson Moura, por ter sido capaz de multiplicar meu amor pela docência.

Às minhas amigas e companheiras de mestrado: Yasmin, Ju e Fabi. Sem vocês, a jornada não teria sido a mesma. Obrigada pelo companheirismo e por tantas trocas positivas.

“I don’t want my thoughts to die with me, I want to have done something. I’m not interested in power, or piles of money. I want to leave something behind. I want to make a positive contribution - know that my life has meaning.”

Temple Grandin.

Autista. Cientista. Professora
Titular do Departamento do Ciência dos Animais
da Universidade Fort Collins, Colorado. EUA.

CARVALHO, Daniela Gonçalves de. **Políticas públicas de saúde para a pessoa com deficiência: uma análise econômica do Direito. Estudo de caso – CER do município de Duque de Caxias/RJ.** 2021. 117 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD do Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP, Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2021.

RESUMO

Esta dissertação se propõe a fazer uma análise de eficiência de uma política pública voltada a promover a saúde global da pessoa com deficiência, o Centro Especializado em Reabilitação da pessoa com deficiência (CER). O embasamento teórico é a Análise Econômica do Direito, teoria que importa a metodologia empírica para o direito, além de ter na eficiência seu princípio fundamental. Foi dado um enfoque anticapacitista, conferindo o merecido protagonismo das pessoas com deficiência na luta pelos seus próprios direitos. Desta forma, as pessoas com deficiência usuárias da política pública foram entrevistadas, sua opinião foi fator fundamental para aferição da adequação da política à implementação do direito abstrato constante no art. 25 da Convenção de Nova Iorque sobre os direitos da pessoa com deficiência. Além da revisão bibliográfica e estudo do orçamento do município envolvido, a pesquisa realizou sua própria coleta de dados por meio de pesquisa de campo qualitativa e visita *in loco* ao CER. Concluiu-se ser o CER uma política pública muito mais próxima da eficiência econômica do que distante, bem como registrou-se o valor de seus profissionais e o impacto positivo rumo ao desenvolvimento que esse serviço público traz à população atendida.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Análise Econômica do Direito. Pessoa com Deficiência. Eficiência.

Nota: Todas as quotas utilizadas nos inícios dos capítulos são de autoria de pessoas com deficiência.

CARVALHO, Daniela Gonçalves de. **Public health policies for people with disabilities: an economic analysis of the Law. A case study – CRPD of the municipality of Duque de Caxias/RJ.** 2021. 117f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGD do Centro de Ciências Jurídicas e Políticas – CCJP, Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2021.

ABSTRACT

This dissertation proposes to carry out an analysis of the efficiency of a public policy aimed at promoting the global health of people with disabilities, the Specialized Center for Rehabilitation of People with Disabilities, (CRPD). The theoretical basis is Law and Economics, a theory that imports the empirical methodology for law, besides having in efficiency its great basic principle. An empowerment approach was given, conferring the deserved role of people with disabilities in the fight for their own rights. Thus, people with disabilities who are users of public policy were interviewed, their opinion was a fundamental factor in assessing the adequacy of the policy to the implementation of the abstract law contained in art. 25 of the New York Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In addition to bibliographic review and study of the budget of the municipality involved, the research carries out its own data collection through qualitative field research and on-site visit to CRPD. It was concluded that the CER is a public policy much closer to economic efficiency than distant, as well as the value of its professionals and the positive impact towards the development that this public service brings to the population served.

Keywords: Public Policies. Law and Economics. Persons with Disabilities. Efficiency.

Note: All thoughts used at the beginning of chapters are authored by people with disabilities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO 1

Figura 1- População residente por tipo e severidade de deficiência 35

CAPÍTULO 2

Figura 2 - Pessoas com Deficiência podem procurar o SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência médica e Odontológica 65

CAPÍTULO 4

Figura 3 - CER IV – Duque de Caxias101

LISTA DE TABELAS

INTRODUÇÃO GERAL

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Alterações sucessivas do artigo 6º da CRFB | 14 |
|---|----|

CAPÍTULO 3

| | |
|--|----|
| Tabela 2 - Áreas especializadas em reabilitação | 71 |
| Tabela 3 - Tipos e modalidades | 72 |
| Tabela 4 - Estabelecimentos por tipo – Município – dez. 2016 | 75 |
| Tabela 5 - Estatísticas do CER II, Duque de Caxias (2016-2019) | 78 |
| Tabela 6 - Profissionais de saúde CER II Duque de Caxias entrevistados | 83 |
| Tabela 7 - Pessoas com deficiência e responsáveis legais do CER II Duque de Caxias entrevistados | 83 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- AED – Análise Econômica do Direito
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CDC – *Center of Disease Control*
- CEAPD – Centro de Atenção à Pessoa com Deficiência
- CER – Centro Especializado em Reabilitação da Pessoa com Deficiência
- CGU – Controladoria Geral da União
- CLT – Consolidação das Leis de Trabalho
- CONADE – Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência (CONADE)
- CORDE – Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
- CREA – Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
- CRFB – Constituição Federal Republicana de 1988
- DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos
- EC – Emenda Constitucional
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- FNS – Fundo Nacional de Saúde
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- IDSUS - Índice de Desempenho do SUS
- LBI – Lei Brasileira de Inclusão
- LOA – Lei Orçamentária Anual
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONG – Organização Não Governamental
- ONU – Organização das Nações Unidas
- OPM – órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção
- PEC – Proposta de Emenda Constitucional
- SNA – Sistema Nacional de Auditoria
- STA – Suspensão de Tutela Antecipada
- STF – Supremo Tribunal Federal

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Tribunal de Contas do Estado

TCU – Tribunal de Contas da União

TJ – Tribunal de Justiça

TRF – Tribunal Regional Federal

% – por cento

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO GERAL | 12 |
| CAPÍTULO 1. A ANÁLISE ECONÔMICA DO DIREITO E POLÍTICAS PÚBLICAS | 19 |
| 1.1. AED – empirismo e metodologia científica | 22 |
| 1.2. O primeiro instituto da Economia AED com aplicabilidade em políticas públicas: a maximização da riqueza de Richard Posner | 27 |
| 1.3. Liberdade como desenvolvimento (Sen), eficiência, custos dos direitos (Sunstein) e políticas públicas para a pessoas com deficiência | 32 |
| 1.4. Maximização da riqueza é eficiência administrativa | 41 |
| CAPÍTULO 2. DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: DO HISTÓRICO DE LUTAS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE IMPLEMENTAÇÃO | 45 |
| 2.1. Breve Histórico sobre a luta pelos direitos da pessoa com deficiência no Brasil | 47 |
| 2.2. Políticas públicas: Implementação dos direitos das pessoas com deficiência à luz da AED | 54 |
| 2.3. Rede Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e financiamento da saúde no Brasil | 59 |
| 2.4. O conceito de ambiência na rede de atendimento à Pessoa com Deficiência | 65 |
| CAPÍTULO 3. ESTUDO DE CASO: CER II – DUQUE DE CAXIAS | 66 |
| 3.1. Sobre os Centros Especializados em Reabilitação | 70 |
| 3.2. Primeira parte da análise econômica: o financiamento dos Centros Especializados em Reabilitação | 72 |
| 3.3. Delimitação territorial do estudo: Município de Duque de Caxias | 74 |
| 3.3.1. Dados socioeconômicos do Município estudado e análise orçamentária | 75 |
| 3.4. CER II Duque de Caxias | 77 |
| 3.4.1. Pesquisa de campo – critérios de seleção dos participantes – dificuldades na realização da pesquisa | 80 |
| 3.4.2. Bloco 01: perfil dos profissionais de saúde e dos pacientes | 85 |
| 3.4.3. Blocos 2 dos profissionais de saúde e das pessoas com deficiência atendidas: trajetória até o CER | 86 |
| 3.4.4. Blocos 3 dos profissionais de saúde e das pessoas com deficiência atendidas: localização, acesso e segurança | 88 |

| | |
|--|------------|
| 3.4.5. Blocos 4 e 5 dos profissionais de saúde e bloco 5 dos pacientes: rotina de trabalho e infraestrutura | 89 |
| 3.4.6. Bloco 4 dos pacientes e blocos 6, 7 e 8 dos profissionais de saúde: relação médico-paciente, confiabilidade no serviço público prestado e visão de profissionais e das pessoas com deficiência sobre o impacto que o CER exerce em suas vidas | 91 |
| CAPÍTULO 4. ANÁLISE, CONCLUSÕES E SUGESTÕES | 98 |
| REFERÊNCIAS | 102 |
| Apêndice A -:..... | 111 |
| Apêndice B -: | 113 |

INTRODUÇÃO GERAL

Apesar de eu não poder me movimentar e ter que falar através de um computador, em minha mente sou livre.

(Stephen Hawking)

O Estado constitucional moderno, tal como o conhecemos hoje, é fruto de diversas passagens históricas. Sob o ponto de vista do Direito Público, a 2ª Grande Guerra é, indubitavelmente, marco essencial. Os horrores da 2ª Grande Guerra fizeram com que a sociedade mundial se preocupasse em evitar que se repetissem tantos atos de barbárie sob a égide da legislação de um país, tal como os praticados pelo nazifascismo. Viu-se, então, nascer uma estrutura-padrão de sistemas normativos pelo mundo ocidental, voltados a tutelar interesses supra-estatais, abrangendo, essencialmente, os direitos humanos.

Um documento que, sem sombra de dúvidas, possui caráter de suma importância nesse sentido é a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH). A DUDH foi promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, em 10 de dezembro de 1948, através da Resolução 217 A (III) com a pretensão, desde a sua elaboração, de atingir todos os povos e nações. É uma legislação pioneira em proclamação universal dos direitos humanos.

Os direitos humanos são direitos inerentes a todo e qualquer indivíduo decorrentes da sua condição humana, independentemente de sua origem, de sua cor, de sua orientação sexual, de seu credo ou de sua condição financeira e social. De acordo com a ONU, os direitos humanos são “garantias jurídicas universais que protegem indivíduos e grupos contra ações ou omissões dos governos que atentem contra a dignidade humana”, tais como a vida, a integridade física, a liberdade, a educação, a saúde, dentre outros. A partir do momento em que os direitos humanos são internalizados pelos diversos países em suas cartas fundamentais eles passam a ser chamados de direitos fundamentais.

Alexy ensina a posição prioritária que os direitos fundamentais possuem em todo ordenamento jurídico ao destacar que os direitos fundamentais (ALEXY, 2005, p. 36):

Estão no topo da hierarquia das normas nos Estados modernos, pelo simples fato de estarem previstos na Constituição – a Lei Maior; desfrutam da máxima força jurídica, por obrigarem os três poderes estatais (Legislativo, Executivo e Judiciário); e possuem a máxima importância de seu objeto, consistente nos direitos humanos.

A despeito de toda a importância normativa conferida, em âmbito mundial, aos direitos fundamentais, há constantes violações deles. No tocante aos direitos sociais, ou direitos fundamentais de segunda geração, uma das maiores violações que pode existir é simplesmente não os tirar do papel. Para implementar direitos fundamentais sociais, ou seja, aqueles que constituem uma obrigação positiva, uma conduta ativa, um *facere* por parte do Estado, o instrumento mais utilizado são as políticas públicas.

Maria Paula Dallari Bucci define as políticas públicas como o instrumento pelo qual se concretizam os direitos sociais, constantes, principalmente, do art. 6º da Constituição (BUCCI, 2006, *passim*). A evolução do Estado não interventor a um Estado que garanta prestações mínimas, e que, no caso especial do Brasil, tem na dignidade da pessoa humana um dos fundamentos da sua República (Constituição Federal Republicana de 1988 – CRFB, art. 1º, III), deve priorizar a implementação mais eficiente possível de políticas públicas que garantam esses direitos. A partir dessa digressão feita por Bucci, almejou-se demonstrar a importância das políticas públicas como mecanismos capazes e adequados para viabilizar e concretizar direitos previstos pelo poder constituinte, seja ele originário ou não.

É válido trazer a classificação jurídica acerca das ondas dos direitos fundamentais. São considerados direitos fundamentais de 1ª geração aqueles relativos à liberdade, normalmente relacionados à Revolução Francesa. São os direitos que o cidadão tem contra o Estado, ou seja, aqueles que o Estado tem o dever de respeitar, de não se intrometer, dever de abstenção estatal. No caso do Brasil estão agrupados principalmente no art. 5º da Constituição. São exemplos deles: direito à intimidade na vida privada, direito à liberdade de expressão, liberdade de imprensa, dentre outros (NOVELINO, 2009, p. 362).

Os direitos fundamentais de 2ª geração são os direitos ditos sociais. São conhecidos por serem aqueles dos quais se exige uma prestação positiva, uma obrigação de fazer por parte do Estado. São os direitos relacionados à saúde, à educação, à assistência, à previdência e afins. No Brasil estão concentrados, em sua maioria, no art. 6º da Carta Magna. Falaremos mais deles adiante, por serem os direitos que mais se relacionam com políticas públicas (NOVELINO, 2009, p. 363).

Os direitos fundamentais de 3ª geração são os conexos ao valor solidariedade, são aqueles ligados ao desenvolvimento ou progresso, ao meio ambiente, à autodeterminação dos

povos, bem como ao direito de propriedade sobre o patrimônio comum da humanidade e ao direito de comunicação. São direitos transindividuais, em rol exemplificativo, destinados à proteção do gênero humano, como um todo. Há quem defenda a existência de direitos fundamentais de 4ª geração, introduzidos no âmbito jurídico pela globalização política, que compreendem os direitos à democracia, informação e pluralismo (NOVELINO, 2009, p. 364).

Na Tabela 1, é possível vislumbrar a evolução do art. 6º ao longo das Emendas à Constituição, as quais, sempre visaram ampliar os direitos sociais, ou seja, direitos fundamentais prestacionais, os direitos de segunda geração, aqueles que exigem um *facere* por parte do poder público:

Tabela 1 - Alterações sucessivas do art. 6º da CRFB.

| Emenda Constitucional | Texto anterior | Alteração |
|------------------------------|--|---|
| EC 26 de 14/02/2000 | Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. | Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia , o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. |
| EC 64 de 04/02/2010 | Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. | Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação , o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. |
| EC 90 de 15/09/2015 | Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à | Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte , o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade |

| | | |
|--|--|--|
| | infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. | e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. |
|--|--|--|

Fonte: Senado Federal.

Ao mesmo tempo que se avançou no projeto de construção do Estado pela via do gasto público, a experiência brasileira deparou-se com maior resistência à tributação sobre a renda da pessoa física e o patrimônio, ao contrário de outras experiências pregressas nos países desenvolvidos, em que esta tributação de caráter direto e perfil progressivo desempenhou papel crucial no financiamento do Estado Social (ALMEIDA, 2011).

A concretização de direitos pela via da política pública demanda um dispêndio de dinheiro público, aqui entra o interesse da economia sobre os direitos sociais. A concretização de políticas públicas de saúde para a pessoa com deficiência exige gastos consideráveis por parte do Estado. Veremos com mais detalhes no último capítulo que a política pública consistente no estudo de caso desta dissertação é altamente custosa, sendo praticamente insustentável de ser mantida pelos municípios, razão pela qual é custeada mais do que 90% pela União, o ente maior e mais rico da federação brasileira. Ocorre que os obstáculos econômicos, ou seja, a limitação orçamentária, costumam ser o principal óbice para a concretização desses direitos.

Em razão dos gastos a serem despendidos pelo poder público para a materialização de direitos fundamentais sociais, os entes da federação começaram a erigir motivos de ordem econômica para se abster de fazê-lo. Desde a década de 1980 com a teoria da reserva do possível, criou-se um abismo intelectual entre direitos fundamentais e economia, como se fossem coisas absolutamente estanques, e, não o são (RIBEIRO e CAMPOS, 2012, p. 308).

Uma das coisas que se procura desmistificar nessa dissertação é justamente essa separação, busca-se aqui demonstrar como os estudos de cunho econômico-jurídico podem fornecer boas bases para a análise de políticas públicas concretizadoras de direitos sociais, inclusive, e, nesta dissertação principalmente, de políticas públicas de saúde voltadas à pessoa com deficiência.

No primeiro capítulo, apresentaremos ao leitor a teoria denominada Análise Econômica do Direito (AED). Veremos os principais aspectos desta teoria, seu surgimento e desenvolvimento nos Estados Unidos, onde nasceu, e como pode ser bem aproveitada se aplicada no âmbito das políticas públicas no Brasil. Traremos as nuances das políticas públicas

que instrumentalizam os direitos humanos, seguindo as obras de Amartya Sen e Cass Sunstein, autores que humanizaram a Análise Econômica do Direito.

O Direito vem de um processo de afastamento das demais ciências sociais, inclusive da Economia, quando do aperfeiçoamento da dogmática jurídica, especialmente com a influência da Teoria Pura do Direito e do positivismo jurídico (KELSEN, 1991). Apesar da importância que o movimento da Teoria Pura de Kelsen inaugurou para a ciência jurídica, impende considerar que em qualquer contexto fático, as demais matérias coexistem (ciência política, sociologia, dentre outras) pelo que não podem, e não devem, ser ignoradas pelo Direito. A Economia é uma ciência que pode ser muito útil se aliada ao Direito. A Economia traz a noção de custo, que é de suma relevância para os operadores do Direito, sobretudo em análise de políticas públicas.

A Economia se entrelaça com o direito público e com as políticas públicas, dentre outros aspectos que ainda serão abordados ao longo desta dissertação, com a noção que nos traz de *trade-off*. Para ganhar alguma coisa eu preciso perder outra, ou seja, toda escolha acarreta uma renúncia, que é o próprio conceitual de *trade-off* dos economistas. Isso significa, em termos de políticas públicas, que o orçamento é limitado, o gestor público haverá de realizar escolhas em relação à alocação daqueles recursos públicos com o intuito de colocar um direito em prática.

Dessa forma, fazer o levantamento do orçamento, da redistribuição de recursos para a aplicação numa política pública é essencial com o cotejo de sua eficiência: em termos de análise, veremos se os recursos aplicados numa determinada política pública para a pessoa com deficiência estão se traduzindo numa política pública eficiente, tanto sob o ponto de vista dos direitos fundamentais quanto sob o ponto de vista da economia. Essa união entre direito e economia é a base teórica desta dissertação. E a eficiência é o princípio do encontro nodal entre os interesses econômicos e jurídicos em políticas públicas.

Será apresentada a evolução de uma das principais ferramentas desta teoria, a maximização da riqueza, e como esta se afasta, cada vez mais, da maximização da felicidade como um conceito de cunho meramente utilitarista e mais se aproxima do conceito de eficiência, tratando-se de Administração Pública. Veremos que seu criador, Richard Posner, aceitou críticas como as de Ronald Dworkin, jurista, e sofreu a influência de Amartya Sen, economista, para incluir nesta ferramenta espectros morais e sociais. Veremos também o conceito de liberdade como desenvolvimento de Amartya Sen e de que modo este pode ser um princípio vetor para as políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência.

Para isto, o fator diferencial a ser inserido na equação de custos-benefícios que leva em conta o gasto financeiro do Estado com a manutenção de uma política pública de saúde para a pessoa com deficiência será o quantitativo de pessoas com deficiência que a clínica multidisciplinar pública comporta atender, bem como outros aspectos da prestação do serviço público como a cordialidade no atendimento, qualificação dos profissionais que atendem, qualidade das instalações, dentre outros.

A averiguação se dará mediante pesquisa empírica sobre o CER II, Centro Especializado em Reabilitação da Pessoa com Deficiência, de Duque de Caxias, que atende toda a Baixada Fluminense. Será analisado no último capítulo, o custeio dessa política pública, de modo a demonstrar ao leitor como nasce e se mantém esse tipo de política pública, através do seu financiamento.

É comum encontrar na literatura jurídica análises de políticas públicas para a pessoa com deficiência com base teórica em direitos fundamentais. Sem sombra de dúvidas, há uma enorme importância dos direitos fundamentais em políticas públicas para a pessoa com deficiência, mas, por outro lado, há que se reconhecer como se põe em prática um direito fundamental das pessoas com deficiência. Qual seu custo? Onde estão esses recursos públicos dentro do orçamento? Os recursos destinados são capazes de desenvolver uma política pública eficiente? Todas essas questões de cunho econômico, questões de AED, portanto, serão respondidas sobre o caso estudado no capítulo 3.

O Centro Especializado em Reabilitação da Pessoa com Deficiência é uma política pública de saúde, de âmbito nacional, que será pormenorizadamente analisada no capítulo 3. Apenas à guisa de introdução, o programa consiste numa diretriz central estabelecida pelo poder da União, por intermédio do Ministério da Saúde, e fixado em portaria. A partir do preenchimento dos requisitos da portaria, os municípios interessados se inscrevem no que é um verdadeiro concurso de projetos. Assim, aqueles que atenderem aos ditames do Ministério da Saúde farão jus à verba de implementação e manutenção da política, nos limites do chamamento.

Chama atenção o fato de ser uma política imaginada pelo ente central, também por ele financiada, e executada pelos entes menores. Não são todos os municípios interessados que obtêm a verba, e, tampouco, os que a conseguem manter. O município de Duque de Caxias não só a conseguiu, como obteve as transferências voluntárias para a criação de um CER no território do seu município antes mesmo da própria capital do estado do RJ, sendo o primeiro

município da região metropolitana do RJ a contar com essa política pública, esta é uma das razões pelas quais este município foi o escolhido para este estudo de caso.

Foi conferido protagonismo à pessoa com deficiência durante a pesquisa empírica: os pacientes do CER foram entrevistados, ouvidos e a sua opinião foi considerada de maneira primordial na avaliação da política. Afinal, estes sujeitos são os mais interessados nela e são os atores sociais a quem o serviço é direcionado. Procurou-se construir uma narrativa científica não capacitista e altamente inclusiva, de modo a respeitar a máxima da Luta pelo Direito das Pessoas com Deficiência no Brasil: “Nada sobre nós sem nós” (AMARANTE e LIMA, 2009).

Fica então dividida a presente dissertação em três pontos principais: no primeiro capítulo será apresentada a AED, para efeitos de fixação do marco teórico. No segundo capítulo, será apresentado o histórico dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil e como estes são implementados na via de políticas públicas. No terceiro capítulo será feita uma análise de eficiência da política pública materializadora dos direitos da pessoa com deficiência escolhida (o CER), à luz da AED. Por último, no quarto capítulo, discutiremos as principais implicações e as conclusões do estudo de caso.

CAPÍTULO 1. A ANÁLISE ECONÔMICA DO DIREITO E POLÍTICAS PÚBLICAS

Só porque um homem carece do uso de seus olhos não significa que ele não tem visão.

(Stevie Wonder)

A Análise Econômica do Direito, AED, é um campo que pressupõe o conhecimento e aplicação de teorias e aspectos econômicos no desenvolvimento do direito. Neste estudo, a AED será abordada especificamente como marco teórico de uma avaliação de eficiência em políticas públicas de saúde para pessoas com deficiência.

Há quem diga que a AED deveria, na verdade, ser chamada de Análise Científica do Direito (BODART, *passim*). Isto porque, de acordo com estes mesmos autores, a economia foi a primeira ciência social aplicada a se valer de metodologia reconhecidamente científica. A metodologia econômica é profundamente ligada ao empirismo e à busca da eficiência.

A despeito de ter se tornado um princípio jurídico a partir da Emenda Constitucional 19, a eficiência é um conceito econômico. Por isso, passemos a situar a eficiência na Economia. O que é a Economia? Quando se fala em economia, pensa-se em dinheiro, mas é preciso abrir a mente para melhor compreender a ciência econômica. Para Adam Smith (2009), o direito e a economia eram facetas de uma mesma realidade social. Lionel Robbins (2012) diz que a economia é a ciência que estuda o comportamento humano como uma relação entre fins e meios escassos que possuem usos alternativos.

A Economia tem alguns pressupostos: as necessidades humanas são ilimitadas, os recursos são escassos, demanda, utilidade e individualismo metodológico. A sociedade moderna criou mais e mais necessidades, as quais os homens querem ver atendidas. Se os recursos não fossem escassos, não haveria conflito, nem escolha ou busca de maneiras de utilizar esses recursos escassos e, por conseguinte, não seria necessário estudar Economia. Se eu não tenho utilidade em um bem, não haverá demanda para eles. Individualismo metodológico – a economia olha para o indivíduo, como um ser de escolhas racionais. A partir do indivíduo, olha-se para a coletividade, buscando maximizar as riquezas e utilidades.

A Análise Econômica do Direito é uma teoria consistente na busca de possíveis soluções jurídico-econômicas para os conflitos gerados a partir da escassez de bens materiais. No caso em comento, será analisada uma determinada política pública, a fim de desvendar se há uma compensação, sob o prisma da análise econômica do direito, com os gastos financeiros governamentais com um programa que atinge diretamente uma minoria, comprovando-se, ou refutando-se a hipótese de ser esta política eficiente, o que justificaria a manutenção, ou, quiçá, aprimoramento, como política pública custosa aos cofres públicos que veremos que é.

A autonomia das pessoas com deficiência a ser referenciada nesta dissertação, a qual tem o condão de ser otimizada pelo CER Duque de Caxias, será melhor explicada no fim deste capítulo e tem como principal referencial teórico a obra “Desenvolvimento como Liberdade”, de Amartya Sen. Além de Amartya Sen, são autores fundamentais para o embasamento teórico desta dissertação Richard Posner e Cass Sunstein.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado em políticas públicas. A política pública é um processo multidisciplinar complexo, que vem em resposta a um problema público. O problema público não é qualquer problema. Trata-se de um problema que atinge uma coletividade com repercussões sobre a efetividade de seus direitos. Bucci (1997, p. 89-93) entende que as políticas públicas são respostas governamentais e instrumentos capazes de efetivar os direitos sociais, ou seja, direitos fundamentais de segunda geração.

Políticas públicas podem ser definidas como programas de governo, envolvidos por diversos atores (governamentais ou não) para a resolução de um problema público e/ou efetivação de um direito (seja ele fundamental ou não).

A partir da identificação do problema público, passa-se à análise das possíveis soluções, inaugurando a primeira fase do ciclo das políticas públicas (SECCHI, 2016). Problema público é o caminho a ser percorrido entre o *status quo* e uma modificação na realidade factível. É um conceito intersubjetivo, ou seja, ele só incomoda uma quantidade específica de atores sociais, dificilmente um problema público incomodará todo um corpo social. Uma política pública é um rumo desenvolvido para enfrentar um problema público. Política Pública é um conceito abstrato que se materializa com instrumentos concretos, como, por exemplo, atos normativos, legislações, programas, campanhas, obras, prestações de serviço, subsídios, impostos e taxas, decisões judiciais, entre muitos outros (SECCHI, 2016).

A partir da identificação do problema, a ideia de solucioná-lo com uma política pública deve entrar na agenda de governo. Agenda governamental – ou *agenda-setting* – engloba todos os temas para os quais o governo volta a sua atenção durante um período. Desse modo, a agenda

governamental envolve decisões sobre quais políticas públicas devem ser formuladas e quais devem ser deixadas de lado.

Uma vez na agenda, passa-se à sua formulação, nesta fase de formulação são realizados estudos, experimentos e análises de custo-benefício sobre quais os caminhos possíveis a serem percorridos para a solução daquele problema. A formulação consiste na etapa da discussão acerca das soluções ou alternativas. Nesta fase ocorre a definição do objetivo da política, quais serão os programas desenvolvidos e as linhas de ação a serem tomadas. Em vista disso, o segundo passo do ciclo é caracterizado pelo detalhamento das alternativas já definidas na agenda. Aqui as ideias são organizadas, os recursos alocados e, frequentemente, há consultas aos especialistas da área de incidência do problema público para estabelecer os objetivos e resultados que querem alcançar com as estratégias que são criadas. Nessa etapa, nos regimes democráticos, os atores criam suas próprias propostas e planos e as defendem diretamente (ANDRADE, 2016).

Em seguida, temos a fase da tomada de decisão dentro deste ciclo, consistente na sua terceira fase. Na tomada de decisão o gestor público escolhe qual caminho, dentre os possíveis, deve ser seguido. O estágio da tomada de decisão no processo político é aquele em que uma, mais de uma, ou nenhuma das opções debatidas durante a agenda é aprovada como curso oficial de ação. Se na formulação, diversos atores sociais (Organizações Não Governamentais – ONGs, associações de moradores, lobistas, dentre outros) podem apresentar suas sugestões para a solução do problema, na tomada de decisão esse número de atores diminui. Os que possuem o poder de decidir são os agentes estatais (HOWLETT, RAMESH e PERL, 2009).

O tomador de decisão encontra três caminhos possíveis. O primeiro são as decisões negativas, pelas quais as características técnicas influenciam e levam em conta aspectos socioeconômicos para não tomar determinada postura. Exemplo comum de decisão negativa é o problema ambiental. Muitas vezes a natureza tem mais capacidade de se reconstruir sozinha do que com intervenções artificiais, é comum ver placas de “não entre. Área de recuperação ambiental” em algumas zonas de proteção ambiental. Neste caso, o tomador de decisão entendeu por bem nada fazer, apenas isolar a área degradada para que a natureza se recomponha.

Há, por outro lado, as escolhas positivas. Elas são as mais óbvias, consistem no planejamento de uma política pública para enfrentamento do problema. Por fim, há as não-decisões, que ocorrem quando, deliberadamente, o tomador de decisão desconsidera o problema. Aspectos internos e pessoais fazem com que o tomador de decisão ignore o problema, e a não-decisão, ao contrário da decisão negativa, não é desejada (SECCHI, 2016).

A quarta fase consiste na fase de implementação da política, é a “mão na massa”, ou seja, implementar o plano desenvolvido durante a tomada de decisão. Nesta fase, serão utilizados os recursos alocados, o pessoal requisitado, e o material dedicado à concretização dos planos.

A quinta e última etapa do ciclo consiste na avaliação. A avaliação é uma retomada da política, que medirá se os resultados esperados foram alcançados, o que deu certo, o que, porventura, deu errado, o que pode ser feito para melhorar, se o projeto deve continuar ou ser abandonado. Destaca-se que as fases não são necessariamente estanques, podendo ser fundidas. Sendo, até mesmo, ideal que a avaliação seja simultânea, durante todo o período, desde o nascimento da política pública (HOWLETT, RAMESH e PERL 2009).

A AED pode ser utilizada como metodologia de estudo de políticas públicas em qualquer um dos ciclos acima apontados, pois, em todos eles há interesses a serem equilibrados, os quais podem ser interpretados segundo a dinâmica econômica. Para exercer uma política pública, o gestor precisa dispor do orçamento. Para avaliar se a disposição orçamentária foi eficiente economicamente há que percorrer o custo da política pública, a distribuição de recursos entre os entes da federação envolvidos e a forma com que o serviço público é prestado, bem como a visão das pessoas com deficiência atendidas. A partir destes tópicos avaliativos é que foi construída a presente dissertação. Cuida-se, portanto, de uma análise de eficiência de uma política pública à luz da AED.

1.1- AED – empirismo e metodologia científica

A combinação entre direito e economia começa a aparecer com força no mundo ocidental, em meados do século XX, com roupagens de embasamento lógico para operadores do direito pós-positivistas. A ideia de usar premissas da economia para auxiliar na interpretação e na aplicação do direito tem se mostrado proveitosa em diversos campos do direito. Isso ganha especial contorno no direito público, pois a eficiência (erigida à condição de princípio constitucional norteador do Direito Administrativo) é há muito pesquisada e explorada pelos economistas. Trata-se, portanto, de um conceito-chave para a união entre direito e economia (MENDONÇA, SILVA FILHO e OLIVEIRA JÚNIOR, 2018).

Tabak (2015) argumenta que a AED procura apresentar solução a algumas das questões mais essenciais ao Direito, e.g., quais seriam os efeitos das regras jurídicas sobre as decisões dos agentes? Se estes efeitos seriam socialmente desejáveis? E, por fim, argumenta este autor

que uma “uma das questões centrais é como desenhar políticas, leis, instituições que gerem os incentivos “corretos aos agentes econômicos” (TABAK, 2015, p. 321-322). Para alcançar as respostas a estas questões, é crível recorrer a conceitos da economia.

A AED é uma teoria que prega o pragmatismo e o empirismo. Sob o olhar de seus estudiosos, importa muito mais a construção de uma sociedade justa por meio de análise de dados concretos. Da mesma maneira, pela AED a pesquisa de campo tem o condão de ser mais útil do que as divagações de cunho teórico. Deste modo, ao escolhermos a metodologia de estudo de caso como bússola desta dissertação jurídica já estamos, automaticamente, imersos no campo de abrangência da AED.

Para além do empirismo, aqui será trabalhado o conceito de maximização da riqueza, integrado ao direito pelo juiz e professor norte-americano Richard Posner. O autor traduz a maximização da riqueza como “doutrina que usa a análise de custo-benefício para orientar a decisão judicial” (POSNER, 2007, p. 20). Posner tem como fulcro estabelecer um critério ético, hábil a justificar as escolhas políticas, jurídicas, judiciais e sociais de maneira legítima e racionalmente aceitável.

É bem verdade que o trabalho de Posner é focado em decisões judiciais dentro do sistema de precedentes do *common law*, o que, talvez pudesse dificultar sua aplicação no Brasil. Contudo, feitas as devidas adaptações, comprovar-se-á que não só é aplicável no Brasil, como se adequa às decisões em políticas públicas. Em decisões judiciais, o Código de Processo Civil brasileiro traça paradigmas a serem seguidos pelo magistrado na prolação da sentença (o que não ocorre nos Estados Unidos). Mas, em políticas públicas não há nenhum normativo abstrato que funcione como molde para que o gestor público tome decisões, implemente e avalie políticas públicas, nesse sentido a AED pode ser um facilitador da vida do gestor, ao utilizar padrões da economia para guiá-lo em tomadas de decisão em políticas públicas e para servir como suporte de análise, quando da verificação se aquela política pública está se prestando ao fim a que se propôs.

Posner estabeleceu um verdadeiro paradigma apto a servir de argumento econômico e jurídico para as tomadas de decisão em geral, inclusive das tomadas de decisão em políticas públicas. Para o autor, cuida-se de um postulado caro, tanto que ele chega a afirmar que “todas as sociedades modernas partem dos preceitos da maximização de riqueza” (POSNER, 2007, p. 519). Ressalte-se que a maximização da riqueza não se limita a critérios pecuniários, esclarece que todos os custos e benefícios, inclusive os que não possuem caráter pecuniário, são

considerados na análise maximizadora voltada à eficiência, princípio caro tanto ao Direito Administrativo quanto à Análise Econômica do Direito.

O direito é um aparato essencial para organizar a vida em sociedade. Os recursos materiais são limitados e os seres humanos podem desenvolver inúmeras formas diferentes de organização e distribuição desses recursos. A tomada de decisões das pessoas, o funcionamento do mercado, do governo, e das políticas públicas não ocorre de maneira aleatória em absoluto: a todo momento há incentivos, positivos e negativos, e que levam gestores públicos e privados a se inclinarem por um determinado caminho.

A concepção de incentivos encontra seu berço na economia, a qual deriva dos modelos de oferta e demanda. No mercado, a diminuição dos preços é comumente atrelada ao aumento da oferta, assim, uma política de preços sobre determinado produto pode funcionar como incentivo à sua produção, ou mesmo como desincentivo. Não apenas pela utilidade dos seus conceitos, a economia pode funcionar como auxiliar do direito, inclusive, para a sua compreensão, lembrando que a economia é matéria obrigatória em todos os cursos nacionais de direito (art. 6º, PORTARIA Nº 1.886, de 30 de dezembro de 1994.) Nesta dissertação será dado destaque ao princípio da eficiência, primordial em análise de políticas públicas e o princípio-base da AED.

Um dos pilares da AED é o de que a microeconomia pode oferecer métodos eficazes para desenvolver o processo de verificação de adequação de meios aos fins a que a norma jurídica se propõe. O que o jurista econômico conseguirá atingir é mensurar as possibilidades decisórias que a lei lhe oferta e investigar eventuais desdobramentos das opções, através de uma aplicação comparativa da AED, sopesando a eficácia de cada solução possível, com uma análise custo-benefício (GICO JÚNIOR, 2010, p. 20).

Defende-se aqui que a AED tem lugar especial durante duas etapas no *policy cycle* abordado no início deste capítulo: na tomada de decisão e na avaliação. A AED, na faceta da economia comportamental, tem papel importante na tomada de decisão. Os estudos de economia comportamental, no entanto, não serão aprofundados aqui por fugirem ao objeto da dissertação. Já uma avaliação de eficiência, que leve em consideração os gastos orçamentários empregados e os resultados obtidos, faz o papel de um verdadeiro termômetro de avaliação em políticas públicas, o que aplica às políticas públicas de saúde para a pessoa com deficiência.

A sublimidade de Posner na academia remonta a todo o seu trabalho na Escola de Direito de Chicago, sendo conspícuo como um de seus fundadores, ao lado de outros notáveis juristas e economistas, como Ronald H. Coase (1960/1962), Henry Manne, Gary Becker e Guido

Calabresi (1961). Em meados do século XX, os adeptos da AED assentiam que a economia, enquanto ciência social aplicada, era a mais adequada ciência para estar ao lado do direito, oferecendo respostas a problemas que o direito, sozinho, não soube dar. A ideia de que a efetividade fática que se espera do direito possa encontrar um caminho na teoria econômica acaba funcionando como uma nova ferramenta à disposição para que os operadores do direito possam melhor aplicar soluções aos casos concretos com os quais se deparam.

Segundo Posner (2007, p. 488), a economia tem uma qualidade decididamente positiva, como o demonstra a predileção dos economistas por hipóteses “como se”, ao contrário dos juristas que, muitas vezes são subtraídos da realidade como o “dever ser”. Para Alonso Freire, opinião da qual comungamos (FREIRE, 2016, p. 239):

A AED, nas palavras de Posner, seria “a tentativa mais ambiciosa e talvez mais influente de elaborar um conceito abrangente de justiça, que poderá tanto explicar a tomada de decisões judiciais quanto situá-las em bases objetivas” (2009, p. 16). Portanto, objetivo central da AED é aplicar o raciocínio e os métodos empíricos da Economia às instituições jurídicas, já que, segundo esses estudiosos, o direito é responsivo à Economia. Trata-se, portanto, de um pragmatismo revestido de um método: o econômico.

Como explicitado alhures, a AED, também conhecida como *Law and Economics*, nada mais é do que a adoção pelo direito de metodologias de análise de cunho teórico advindas das ciências econômicas, proporcionando tanto o entendimento global do ordenamento jurídico e seu impacto, anterior e posterior às condutas humanas, sobre o próprio comportamento humano quanto a elucidação acerca das inferências dos comandos jurídicos (legais, jurisprudenciais, ou normativos administrativos), assumindo relevância no próprio processo de elaboração desses instrumentos jurídicos. Defende-se neste estudo que o *Law and Economics* também é cabível no tocante à tomada de decisão em políticas públicas, seja pela inauguração de uma política, ou pela manutenção dela.

O gestor público, ao decidir implementar um direito através de um programa de governo está construindo uma política pública. Ao tomar este tipo de iniciativa, sempre há que ser feita uma opção de uma política pública, em detrimento possível de outra, ou seja, a alocação de recursos públicos no orçamento para construir políticas públicas é um constante *trade off* econômico. Isto porque os governantes encontram limitações no orçamento, bem como os diferentes entes da federação possuem capacidades financeiras distintas e limitadas. As possibilidades pensadas são inúmeras, mas há que se fazer uma análise sobre o que de fato pode

ser realizado, levando-se em consideração não apenas os gastos públicos para a efetivação de determinada medida, mas, também, os ganhos que a população abrangida gozará.

Um dos estudos pioneiros sobre o *Law and Economics* nos foi apresentado por Ronald Coase, vencedor do prêmio Nobel de Economia no ano de 1991, sendo ele professor da Universidade de Chicago, mesma instituição ao qual Richard Posner, marco teórico deste trabalho, é vinculado. O seu trabalho que viria afirmar a existência de uma análise econômica do direito foi *The Problem of Social Cost*, publicado em 1960. Com o livro *The Problem of Social Cost* o autor introduz a Teoria dos Custos de Transação, que até hoje é utilizada, como importante acerto sobre as implicações econômicas das normas jurídicas, sejam estas legais, judiciais ou administrativas, e alusão para a elaboração de políticas legislativas e decisões judiciais.

Pouco tempo após a publicação de Coase, outro professor de universidade americana, desta vez Guido Calabresi, da Universidade de Yale, publicou o estudo *Some Thoughts on Risk Distribution and the Law of Torts*, pelo qual cunhava consequências econômicas de decisões em termos de responsabilidade civil (RODRIGUES, 2007, p. 41-50).

Com início da interpelação destes autores, outros tão relevantes quanto passaram a se debruçar sobre esta interseção entre direito e economia. Sendo, certamente, um dos mais relevantes para esta dissertação o juiz Richard Posner. Posner assenta as premissas de seu estudo sobre o pragmatismo, na primeira fase de seu trabalho acadêmico. Depois, dedica-se à maximização da riqueza, colocando-a no centro de todo seu estudo, como um postulado quase que indispensável. E, após críticas e novos trabalhos de outros juristas e economistas, Posner flexibiliza a maximização da riqueza, assumindo ser esta uma ferramenta importante para cunhar decisões judiciais e políticas, mas que ela não é a única e que sofre, sim, influência da moral e dos direitos humanos.

Fundamental esclarecer que trabalhar com direito comparado requer um cuidado minucioso por parte do pesquisador. Devem ser consideradas as especificidades de cada sistema, não sendo cabível uma mera transposição de teorias ou modelos de um país para o outro. No caso da AED, Richard Posner elaborou uma teoria da interpretação jurídica cujo objetivo primordial era servir de método para a aplicação do Direito no âmbito dos Tribunais, nos Estados Unidos. O sistema jurídico-normativo norte-americano é o *common law*, o que significa dizer que as decisões judiciais são tomadas com base em precedentes judiciais muito mais do que na própria legislação.

De que forma seria a AED aplicável no Brasil? Já que por aqui, o sistema jurídico é o romano-germânico, conhecido como *civil law*, em que a letra da lei é o principal guia do magistrado? Nesta dissertação, defende-se que o campo mais fértil para aplicação da AED é em políticas públicas, e pelos poderes Legislativo e Executivo. Explique-se: a tomada de decisão judicial no *common law* em muito se assemelha com a tomada de decisão em políticas públicas.

O gestor público ao elaborar uma política pública, e, mesmo durante a sua implementação, para que seu trabalho seja mais eficaz, deve sempre se perguntar o contexto em que está inserida a política pública, e até que ponto aquele contexto justifica a sua manutenção, as consequências da execução da política pública: está trazendo os resultados que se esperam? Há consequências positivas em sua implementação sobre a coletividade? Bem como, a libertação de dogmas que permitam que o interesse público seja sempre o alvo a ser atingido (POSNER, 2019).

1.2. O primeiro instituto da Economia AED com aplicabilidade em políticas públicas: a maximização da riqueza de Richard Posner

Posner foi duramente criticado nas décadas de 1980 e seguintes acusado de reduzir o direito a uma mera formalidade econômica, quando passa a assumir um papel de defensor mais brando da AED, ao aliar o pragmatismo a valores democráticos. Ferreira e Bustamante (2013, p. 25) relatam que é nesse momento que ocorre a chamada guinada pragmática de Posner, quando ele então se distancia da ideia de que a maximização da riqueza é o fundamento principal de sua teoria e passa a defendê-la como mais um instrumento da Economia a favor do Direito, e assume que a maximização da riqueza não pode ser considerada ignorando-se os aspectos humanos e sociais do problema. Então, Posner volta a estudar o pragmatismo, tratando-o sob um viés cotidiano, como uma corrente de estudos que visa a auxiliar os operadores do direito na tomada de decisões sobre políticas públicas, no sentido de promover a maximização da riqueza para a sociedade, prestando serviços públicos e políticas públicas com base no princípio da eficiência, por meio de mecanismos efetivamente úteis no auxílio para a ponderação das consequências futuras de seus atos, segundo uma perspectiva de experimentação real (empirismo econômico), prospectiva, ou seja, voltada ao futuro.

Posner defende que as pessoas são maximizadoras racionais das suas próprias satisfações em todos os setores de sua vida que demandam escolhas. Seriam incluídas as potencializações de maximizar os benefícios da vida em vantagens pecuniárias ou não.

Para Posner, as decisões jurídicas, aplicadas pelos juízes em casos concretos, e estendidas neste trabalho ao administrador público decisor e implementador de políticas públicas, deve promover a maximização da riqueza (*wealth maximization*), com o intuito de otimizar valores e expectativas pecuniárias ou não, dando máxima eficiência ao normativo escrito. Deste modo, pode-se inferir que uma política pública eficiente seria maximizadora da riqueza do Estado, ou seja, consistiria num bom uso de recursos públicos. Ressalto para o ponto específico de que, inserido num contexto maior de pragmatismo, portanto, antifundacionalista, a maximização da riqueza não deve funcionar como um dogma, mas, sim, como uma forma de identificar as consequências das decisões de cunho jurídico, no sentido de moldar uma solução mais palatável e justa. Segundo Posner (2019, p. 14):

Esse termo (maximização da riqueza) pode, facilmente, ser entendido de modo equivocado, como um simples critério financeiro, o que significaria que qualquer coisa que produzisse um aumento de sua receita pecuniária maximizaria a riqueza e que, portanto, seria boa. Na verdade, porém, a essência dessa abordagem está em insistir que todos os custos e benefícios, inclusive os não pecuniários, sejam levados em conta para decidir o que é uma norma ou prática eficiente; e que sejam pecuniarizados – apenas para possibilitar uma comparação entre eles traduzindo-os numa unidade comum, o dinheiro.

A maximização da riqueza deixa de ser o centro da AED, mas, continua sendo um instrumento útil para o Direito. Posner reconhece que um sistema de maximização de riqueza por mais que possa parecer um mero substituto do sistema utilitarista, vai muito além, pois, consiste numa ética de produtividade e cooperação social, ao passo que depende da oferta de bens que as pessoas valorizem, muito embora reconheça que fatores alheios ao mercado impeçam a verificação descritiva desta teoria, levando-o a sua aprimoração (POSNER, 2007, p. 526). Em políticas públicas, a melhor maximização da riqueza que o gestor pode alcançar é entregar uma política pública eficiente à população, eis um primeiro marco teórico para a análise de eficiência que será aqui realizada.

Destarte, a eficiência a que se referem os autores de AED está relacionada à exploração de recursos econômicos de maneira que o valor que estes podem alcançar seja maximizado, e umas das réguas com a qual se mede essa maximização é a satisfação humana. Ler esta afirmação de uma maneira espelhada é assentir que a riqueza consiste na satisfação agregada das preferências humanas, sendo possível atribuir-lhes valores econômicos ainda que *prima facie* não os tenha.

O que ocorre em políticas públicas é que alguém (gestor público) que se vê diante de alternativas possíveis (possíveis decisões, possíveis caminhos a serem tomados a fim de

materializar a política pública), e faz uma análise de custo-benefício do que se tem a ganhar e perder com cada um dos caminhos possíveis, então optará por aquela que maximiza os seus resultados em potencial da política pública e ignora aquela que trouxer menos benefícios aos agentes sociais envolvidos. Nesta dissertação, a proposta é que seja feita a mesma digressão na interpretação da norma internacional que foi recepcionada com status de Emenda Constitucional (art. 25, item B, Convenção de Nova Iorque) para se atingir primar a efetividade nas políticas públicas de saúde para a pessoa com deficiência.

Importante destacar que um dos maiores críticos de Richard Posner foi Ronald Dworkin. Dworkin defendia que o consectário do pensamento posneriano seria um utilitarismo moral, considerado por Dworkin uma teoria de cunho absolutista e tecnocrático (DWORKIN, 2008). Esse embate entre esses dois autores de extrema importância se prolongou por anos.

Até que Richard Posner flexibiliza seu entendimento e admite publicamente que o fez em razão das críticas de Dworkin (POSNER, 2007, p. 11):

(...) um artigo que (Dworkin) escreveu há muitos anos, criticando de maneira enérgica minha posição sobre a maximização da riqueza, apesar de exagerar em seu argumento, foi convincente e me fez alterar alguns dos meus pontos de vista, o que eu evidentemente fiz com má-vontade e atraso. Estou grato pelas críticas.

O próprio Posner admite suavizar seu conceito de maximização da riqueza, entendendo-o não mais como um critério ético, mas como uma forma de compreender o homem econômico que vive em cada ser humano: aquele que utiliza critérios que melhorem a sua qualidade de vida como forma de escolha. Renasce, então, o elo que se almeja entre o direito e a moral, a partir do momento em que Posner se rende às críticas de Dworkin (MENDONÇA, SILVA FILHO e OLIVEIRA JÚNIOR, 2018, p. 1519):

(...) ou melhor, uma limitação valorativa do próprio Direito. No Brasil, o termo pós-positivismo foi incluído por Paulo Bonavides, e teve como expoentes de maior conhecimento nestas terras Robert Alexy e Ronald Myles Dworkin. Para tanto, reestrutura-se também a concepção de princípios, que passa a conter não apenas carga valorativa, mas também carga normativa.

A interpelação da teoria jurídica por Posner, com todo o explicado sobre seu pragmatismo até então, pode ser descrita como prática, concreta, instrumental, prognóstica, voltada ao futuro, cética, antifundacionalista, ou anti-dogmas, e experimental. Isto coincide com o pragmatismo cotidiano, que é o foco de estudo deste autor desde a década de 1990. Visivelmente é uma teoria que valoriza a previsão de consequências de escolhas jurídicas,

através do uso da racionalidade e do método econômico, deixando em menor posição questionamentos de cunho teórico, relegando à segundo plano a verdade moral, tão cara à Dworkin (POSNER, 2010, p. 299). A teoria de Posner prestigia os estudos empíricos, e, notadamente, os estudos de caso, a fim de testar a efetividade de normas e a eficácia de políticas públicas e serviços públicos, mais um motivo pelo qual ela se encaixa tão bem nesta dissertação.

Segundo a perspectiva posneriana, a teoria moral seria tão somente um disfarce, para que os juízes decidam livremente de acordo com suas convicções pessoais íntimas, valendo o mesmo raciocínio para o gestor tomador de decisões em políticas públicas. Posner (2010, *passim*) defende que a substituição do raciocínio moral deveria ser pelo raciocínio em sua forma pura (*toutcourt*), por ser uma medida mais honesta, mais transparente, e mais fácil de ser compreendida.

Ronald Dworkin eleva a moral e a valoração ética à categoria de domínios autônomos da compreensão. A partir desta elevação filosófica destes dois institutos (moral e ética), surge a teoria da moral Dworkiana, sendo o berço da análise liderada por este teórico, ao elencar valores como base de uma teoria do Direito guiada pela moral. Dworkin inaugura uma nova forma de pensar dentro da filosofia do direito ao definir sua teoria sobre uma separação bem delimitada entre juízos de fato e de valor, através de um esforço interpretativo de que problemas de cunho moral apenas se resolvem através de uma análise direta e conceitual de argumentos morais de forma neutra. Para Dworkin, a vida em sociedade se demonstra complexa, cheia de possíveis interpretações a seu próprio respeito, por isso, este autor entende que a moral é o termômetro com o qual se medem as práticas sociais (ALMEIDA, 2011).

Dworkin critica duramente a Análise Econômica do Direito. O argumento central da crítica é a ausência de qualquer filtro moral na maximização da riqueza, o que viria a esvaziá-la e a torná-la quase que a mesma coisa que a maximização da felicidade, um conceito utilitarista que defendia que se uma das partes numa transação levasse vantagem, esta teria sido válida, não importando qual o seu custo, financeiro ou humano (DWORKIN, 2007, p. 344).

Não há como não perceber o grande interesse de Dworkin pela teoria, ainda que seja com o propósito de desconstruí-la, erigindo parte de sua teoria moral na comparação com a AED. Como resposta, ele acusa a AED de ser uma teoria cética sem grandes contribuições teóricas (ALMEIDA, 2011).

A concepção posneriana sobre as decisões jurídicas toma por base o pragmatismo, distanciando-se da teoria moral, que é frontalmente combatida por Dworkin. Dworkin enxerga laços umbilicais entre moral e direito, crendo que diversos princípios morais se fundem às

normas jurídicas, justificando-as. Fundamentações morais no mundo dos fatos justificariam, para Dworkin, a existência de uma norma em determinado ordenamento. Este autor defende que a teoria da análise econômica do direito de Posner se camufla sob paradigmas econômicos e racionais, mas que, no fundo, a sua antiteoria seria uma teoria tão abstrata e moral (de moral própria) quanto tantas outras teorias do pensamento jurídico, sendo a própria teoria da análise econômica do direito uma defesa de valores morais, ainda que de cunho econômico, não estando Posner tão isento da valoração moral quanto defendia estar (DWORKIN, 2008, p. 116).

Com base nas críticas de Ronald Dworkin, defende-se nesta dissertação, que a teoria da AED ainda pode ser extremamente útil, e, quiçá cara, e que há um lugar especial para ela dentro do estudo das políticas públicas. A investigação do financiamento, dos custos de implementação e manutenção de uma política bem como a averiguação de satisfação dos usuários são um bom ferramental em análise de políticas públicas, e possuem traços inegavelmente jurídico-econômicos.

A despeito de muitas divergências públicas dentre os autores, Posner e Dworkin, não há que, necessariamente, entender suas teorias como estanques, mas, outrossim, como complementares. O raciocínio econômico de juristas, ou de qualquer pessoa aplicando um direito, como, e.g. um gestor na administração pública ou um tomador de decisões políticas, visando à maximização da riqueza das pessoas envolvidas (jurisdicionados, administrados ou beneficiários de uma determinada política pública) é válido. Será ainda mais valoroso se eivado de fundamentação moral que embase tal decisão, usando-se Dworkin em complementação.

Fraga e Moura compartilham da mesma opinião, no sentido de que as teorias de Posner e Dworkin são complementares entre si, e não antagônicas como supunham os dois autores à época de seus conflitos jurídicos (Fraga e Moura, 2009, p. 117-118):

Entretanto, ao examinarmos os campos de embate entre a teoria do interpretativismo apresentada por Dworkin e o pragmatismo jurídico personificado por Posner pôde-se evidenciar que o maior conflito entre ambas correntes são o fato de que Dworkin preceitua indispensável para a tomada da decisão judicial a análise e ponderação da consistência histórica e da integridade como fatos indispensável. Doutra banda, os pragmatistas rejeitam as vertentes asseguradas por Dworkin para centrar-se na relevância da utilidade da decisão judicial atender às necessidades humanas e sociais. Dworkin opera os princípios como balizadores de sua teoria. Contudo, embora renegue a matriz pragmática de consequencialismo, admite, que nos casos difíceis, pode-se seu juiz imaginário - Hércules - valer-se destes preceitos a fim de justificar seu julgado decidindo como em um romance encadeado, formando uma narrativa. Esse ponto de fusão entre as teorias faz com que se pense em uma união conceitual entre as ideias pragmáticas de Posner e a teoria do interpretativismo, visto que, ainda que em constantes embates, possam ser complementares no sentido de que em muito se assemelham no sentido de buscar uma vertente cognitiva que mantenha o sentido fundamental da decisão e, também, instigam a inovação do pensamento judicial não

apenas para os juízes Hércules - ou que seguem nessa tentativa - mas também a todos operadores do direito.

Nesse sentido, perfeitamente aceitável adotar a Análise Econômica do Direito como ferramenta teórica apta a identificar se determinada política pública está em posição de solucionar o problema público que se propõe a resolver ou de implementar o direito que se busca concretizar de modo a justificar seus gastos por parte do governo. Em políticas públicas, o melhor desempenho que um gestor pode ter com vistas a maximizar riquezas (tanto sob o ponto de vista financeiro-orçamentário, quanto sob o ponto de vista dos ganhos humanos) é prestar serviços públicos eficientes e/ou implementar políticas públicas eficientes. Logo, neste estudo a maior maximização da riqueza que o gestor público pode oferecer ao contribuinte que banca o orçamento é uma política pública eficiente, ou seja, maximização da riqueza, que em termos de políticas públicas, é eficiência.

Um tema caro aos economistas do direito é a previsão das consequências jurídicas de uma norma e qual entre as inúmeras regras deve ser aplicada no caso concreto (GICO JÚNIOR, 2010, p. 18-19). Adotamos o mesmo raciocínio metodológico para as políticas públicas: dentre tantas decisões a serem tomadas, dentre tantos caminhos a serem seguidos para a resolução do problema público, a que foi escolhida pelo gestor foi adequada? Foi eficaz? No tocante às políticas públicas para as pessoas com deficiência, neste trabalho a balança selecionada para responder a estes questionamentos foi o princípio da eficiência, investigando a opinião dos beneficiários diretos e indiretos da política pública: as pessoas com deficiência e seus responsáveis legais (quando presentes), através da análise do impacto que a política pública pode ter sobre a vida dessas pessoas, a fim de pôr numa balança e mensurar se os altos gastos que a política demanda são justificados por serviço público de qualidade prestado à população através do programa de governo estudado.

1.3. Liberdade como desenvolvimento (Sen), eficiência, custos dos direitos (Sunstein) e políticas públicas para as pessoas com deficiência

Outro economista de alto valor para esta pesquisa é Amartya Sen. Nascido na Índia em 1933, Amartya Kumar Sen ficou conhecido por ter sido o primeiro estudioso de um país não desenvolvido a ganhar o Prêmio Nobel de Economia, o que ocorreu em 1998. Ele criou, em parceria com o paquistanês Mahbub ul Haq, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma ferramenta que analisa o desenvolvimento de um país por índices sociais e qualidade de vida

de sua população, não limitando a economia a números, mas, humanizando-a. Amartya, pesquisando o Estado de bem-estar social, concluiu que cabe ao Estado buscar frear as desigualdades sociais, uma vez que o mercado, por si só, não se mostraria como elemento suficiente para fazer cumprir tal objetivo. Deste modo, os serviços prestados pelo Estado deveriam garantir a construção de uma boa sociedade por meio de políticas públicas de educação, de saúde e de resguardo das minorias. Total relação guarda a obra de Amartya com esta dissertação, na qual estudar-se-á uma política pública que visa o desenvolvimento de uma minoria, as pessoas com deficiência.

Nesta dissertação, o objeto de estudo é uma política pública de saúde voltada às pessoas com deficiência, a qual materializa o art. 25, item “B” da Convenção de Nova Iorque, cuja redação é:

Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. Em especial, os Estados Partes:

b) Propiciarão serviços de saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência, inclusive diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos;

A obra deste autor indiano, que se junta logicamente com a de Posner como guia teórico nesta dissertação, é a “Liberdade como desenvolvimento”. Como mencionado acima, a discussão acerca do desenvolvimento não deve ser analisada apenas sob o prisma econômico-financeiro, outrossim, Amartya entende que também é um estudo da economia olhar o desenvolvimento aliando-o às dimensões sociais e políticas.

Os avanços mais significativos do século XX podem ser considerados os seguintes: abundância de recursos, aumento de governos democráticos e participativos, ascensão dos direitos humanos e das liberdades políticas, aumento da expectativa de vida e globalização. Por outro lado, segundo Amartya ao lado do avanço há um mundo de “privação, destituição e opressão extraordinárias” (SEN, 2019, p. 17). O autor destaca como mazelas principais do mundo atual a persistência da pobreza e a insatisfação de necessidades elementares, a fome e a subnutrição, violação das liberdades políticas e das liberdades básicas, desprezo pelo interesse das atividades das mulheres e de minorias étnicas (lembramos que se trata de um autor indiano, país que segmenta sua sociedade em castas) e as ameaças ao meio ambiente que degradam a sustentabilidade da vida econômica e social (SEN, 2019, p. 16-26).

O triunfo sobre as mazelas acima listadas é primordial para se atingir o desenvolvimento. Sen destaca a ação individual nesse sentido, desde que o agente seja livre para alcançar sua escolha, a ação individual é válida. O conceito de liberdade cunhado por Amartya é deveras diverso daquele a que estamos acostumados no mundo ocidental: o livre agir para ele está vinculado às oportunidades sociais, políticas e econômicas.

O aumento da liberdade seria a chave-mestra para o alcance do desenvolvimento, e, ao mesmo tempo a sua finalidade, pois um país só pode ser considerado desenvolvido se os seus cidadãos forem livres. Neste ponto, ele recomenda a implementação de políticas públicas de educação, saúde e direitos civis como fatores de promoção da liberdade, e o que seria uma política pública de saúde que visa a inclusão das pessoas com deficiência e a sua autonomia senão um grande fator de promoção rumo à liberdade e ao desenvolvimento socioeconômico sugerido por Amartya?

Amartya classifica as liberdades em constitutivas e instrumentais. As denominadas constitutivas seriam as liberdades substantivas, relativas às capacidades primárias como a capacidade de se expressar, de evitar privações e de ter participação política. As instrumentais condizem com a liberdade sob o aspecto privado, ou seja, liberdade no sentido de autodeterminação do indivíduo de viver sua vida da maneira que lhe aprouver.

Para o autor, um instrumento de aumento das capacidades fortalecedoras das liberdades são as políticas públicas. Sendo a saúde e o desenvolvimento da pessoa com deficiência uma liberdade constitutiva, de modo que ao proporcionar maior autonomia das pessoas com deficiência, o Estado estaria incentivando as liberdades de sua população, e com isso o seu próprio desenvolvimento enquanto Estado. Utilizaremos este conceito de autonomia, de liberdade como desenvolvimento deste autor da AED como o valor a ser atingido através da política pública objeto desta pesquisa, o que será mensurado pelo nível de satisfação das pessoas que trabalham na implementação do programa e das pessoas que são por ele beneficiadas. Será a elas, diretamente, perguntado: Você acredita que o seu atendimento no CER te torna mais livre e autônomo? Trabalhando no CER você se considera como agente eficaz no avanço do desenvolvimento da sua região? Assim, o trabalho de Amartya se mostra um outro elo entre as políticas públicas de saúde para a pessoa com deficiência e a Análise Econômica do Direito.

A importância de um estudo de políticas públicas de saúde para a pessoa com deficiência, levando-se em conta o desenvolvimento global, é indiscutível quando se observa que a humanidade tem visto um aumento significativo da parte da população mundial que vive com algum tipo de deficiência. A título de exemplo, o autismo, síndrome que afeta vários

aspectos da interação do indivíduo com os demais e o mundo à sua volta, vem atingindo alto número de incidência e merece atenção especial dos organizadores da Agenda Pública.

De acordo com dados do CDC (*Center of Diseases Control and Prevention*), órgão ligado ao governo dos Estados Unidos, existe hoje um caso de autismo a cada 110 pessoas. Dessa forma, estima-se que o Brasil, com seus 200 milhões de habitantes, possua cerca de 2 milhões de autistas. São mais de 300 mil ocorrências só no Estado de São Paulo (OLIVEIRA, 2018, p. 1).

Em 2010, quando foi realizado o Censo Demográfico, mais de 45 milhões de pessoas declararam ser portadoras de algum tipo de deficiência. Isto correspondia, já no ano de 2010, a 23,9% da população brasileira. Ainda de acordo com informações publicadas pelo IBGE, pela Pesquisa de Informações Básicas Municipais de 2014, os municípios, em sua maioria, não promoviam quaisquer políticas públicas de integração ou de acessibilidade como, por exemplo, turismo acessível (96,4%), inclusão no mercado de trabalho (72,6%), lazer para pessoas com deficiência (78%) (LOSCHI, 2017).

De acordo com a II Conferência Nacional das Pessoas com deficiência (Brasil – 2012), a deficiência é considerada um fenômeno global, geralmente associado à pobreza, com impactos políticos, econômicos, culturais e sociais, e implicações para a sociedade como um todo. Ainda, de acordo com a obra publicada da Conferência, a Organização das Nações Unidas, estima que 15,3% da população mundial (cerca de 978 milhões de pessoas dos estimados 6,4 bilhões de habitantes em 2004) possuíam “deficiências graves ou moderadas”, enquanto 2,9% ou cerca de 185 milhões enfrentavam “deficiências graves”.

A Figura 1 é bem didática no tocante aos percentuais de cada tipo de necessidade especial dentro dos níveis de deficiência populacional.

Figura 1 - População residente por tipo e severidade de deficiência.



Fonte: Censo Demográfico (IBGE, 2010).

Assim, nos parece oportuna a discussão e a relevância do estudo pormenorizado de uma política pública específica voltada a esta parcela tão significativa da população, e tão detalhada como o CER. É importante que o fulcro das políticas voltadas aos deficientes seja sempre o alcance de uma vida cada vez mais autônoma e independente, respeitando as particularidades e vontades de cada indivíduo à medida de sua capacidade.

Já foi visto até aqui que a Análise Econômica do Direito consiste numa nova vertente do estudo jurídico, com novas ferramentas de interpretação da lei. Depois de bastante tempo isolado, considerada por seus teóricos como uma teoria pura (Teoria Pura de Direito de Hans Kelsen), o Direito tem admitido diálogos com outros saberes científicos, como a Filosofia, a Ciência Política, a Sociologia e, também, a Economia.

Defende-se, nesta dissertação, que a Análise Econômica do Direito, quando aplicada à luz da interpretação da Constituição Federal e da Convenção de Nova Iorque, pode ser um ótimo indicativo da eficiência da norma ou da política pública. Segundo Gonçalves e Stelzer (2014, p. 262):

As circunstâncias políticas, jurídicas e econômicas caracterizam o meio social e seu respectivo Direito; logo, entende-se que a política almeja a liberdade da cidadania; enquanto a economia vislumbra a fraternidade no uso dos escassos recursos e, finalmente, a justiça visa o tratamento igualitário dos jurisdicionados. A fenomenologia social deve ser analisada segundo ampla visão, inclusive, econômico-jurídica. O Direito, analisado multi e interdisciplinarmente pela Ciência Econômica, vislumbra efetividade e eficácia, especialmente, se relevadas, no cálculo econométrico próprio da eficiente tomada de decisão normativo-jurídica, variáveis próprias para a necessária inclusão social e para o atendimento dos anseios dos jurisdicionados.

(...) Princípio da Eficiência Econômico-Social (PEES) e justifica-se, delimitando, como categoria teórica, distinta possibilidade de interação econômico-jurídica

socialmente inclusora; progressista e capacitada para a realização dos Direitos individuais e sociais de forma eficaz e eficiente; permitindo racionalidade e humanização para a norma positivada, sem perder de vista os dilemas da vida, especialmente humana, em meio aos contextos econômicos, políticos e jurídicos.

Por isso, um aspecto a ser abordado na análise da política pública objeto deste estudo é o seu custo financeiro, o que se relaciona diretamente com o aspecto econômico da política pública, e isto será feito utilizando-se como marco teórico a obra de Cass Sunstein e Stephen Holmes, *O Custo dos Direitos*. O arrazoado primordial que prevalece nesse livro é o de que sempre há gastos por trás da implementação de direitos. O curioso é que os custos referidos não são unicamente financeiros, mas também aqueles decorrentes de proteções jurídicas que excluem outras oportunidades ou outras proteções. Quando o direito de propriedade de um latifúndio improdutivo é protegido, o acesso àquela terra é negado a invasores que pretendiam explorá-la economicamente. Para o resguardo de tal direito de propriedade, é necessário custear a atividade policial para impedir a invasão da propriedade, além da manutenção de órgãos judiciários, imprescindíveis para que o magistrado determine a restituição da posse. Adicionalmente ao valor financeiro necessário à manutenção dessas instituições, há também custos de oportunidade: os policiais poderiam estar, naquele momento, atuando em outra ocorrência; o juiz poderia estar resolvendo outros litígios, aquela terra poderia ser mais produtiva caso fosse explorada pelos invasores (HOLMES e SUNSTEIN, 1999, p. 22).

Essa premissa de que o exercício dos direitos pressupõe um custo permeia toda sorte de direitos, e não apenas os direitos sociais. É sabido que os direitos sociais exigem uma obrigação de fazer, ou seja, uma conduta positiva do Estado, o que, por óbvio, demanda custos monetários. No entanto, até os direitos fundamentais de primeira geração, quais sejam, os direitos de liberdade exigem um custo e uma participação estatal para garantir e a sua não violação. Exemplo: o direito à livre manifestação demanda proteção policial, no intuito de evitar alvoroços, vandalismo e violência, e exigem que a máquina estatal se mova também para, e.g., organizar o trânsito, interditar ruas e etc.

Pode parecer óbvio e ululante, contudo, antes da publicação de *Custo dos Direitos*, sobretudo na teoria jurídica do século XIX, não era tão claro. Havia, e há, uma aceitação relativamente pacífica da distinção entre direitos positivos e direitos negativos. Direitos negativos, direitos de liberdade ou direitos fundamentais de 1ª geração, são aqueles nos quais o Estado não intervém.

Direitos positivos, direitos sociais, ou direitos fundamentais de 2ª geração são os que dependem de atuação direta e incisiva do Estado. A obra de Sunstein e Holmes é um marco no

sentido de demonstrar que todo direito demanda custos para seu exercício ou para que seja assegurado. Desta forma, vamos analisar, no terceiro capítulo, os custos reais (monetários e financeiros) que são dispendidos para manter a política pública analisada, bem como se está havendo um emprego adequado das verbas públicas de modo que a política pública possa ser considerada eficaz.

Através da Análise Econômica do Direito, vamos analisar a política pública que está sendo implementada: serão apresentados os gastos nominais com o programa, quais entes da federação participam do mesmo e de que maneira. Assim, veremos que, tal como demonstram Sunstein (2017) e Posner (2019), a concretização dos direitos sociais, tal como a saúde globalmente considerada (física e mental), especificamente para as pessoas com deficiência, demanda um custo financeiro alto. A montagem do centro de atendimento com os aspectos arquitetônicos em consonância com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), respeitando a diversidade e atendendo às necessidades de pessoas com deficiências diversas, custa caro. A folha de pagamento dos profissionais da saúde aptos ao atendimento especializado também custa caro. A manutenção dos equipamentos necessários para a prestação do serviço também é de custo elevado.

A afliência entre a economia e o direito se torna ainda mais próxima em razão da aplicação do princípio da eficiência, princípio basilar tanto para o direito público quanto para a economia, consideradas as limitações fáticas de recursos e a necessidade de equalização dos níveis de satisfação individuais e coletivos envolvidos no problema público a ser solucionado pela política pública. Os lapsos do livre-mercado alteram a distribuição equilibrada de recursos e a designação eficiente destes recursos poderá ocasionar um injusto desperdício de recursos, o que demandará a ação do Estado, através do Direito, com o intuito de organizar as relações sociais. Para Gonçalves e Stelzer (2014, p. 274):

Justiça, segundo a ótica do Direito tradicional, é dar, a cada um, o que lhe pertence – justiça corretiva para Aristóteles (1992, p. 95), ou segundo critério distributivo, ainda, conforme o Mestre macedônio implica em retribuir na proporcionalidade em que cada um tenha contribuído para o bem estar social, ou seja, tratar os iguais com igualdade e os desiguais com desigualdade. Ademais, justiça é fazer, aos outros, o que se gostaria que fosse feito a si – alteridade. Justiça, segundo a ótica econômico-jurídica, refere à compensação de cada agente, no mercado, segundo seu interesse (Willingness to Pay ou Willingness to Accept).

Deste modo, o estudo de caso terá como fulcro a verificação da eficiência da política pública avaliada, buscando-se demonstrar que o princípio da eficiência pode ser mensurado através de análises econômico-financeiras, utilizando-se ferramentas do direito financeiro no

estudo de caso, como a apresentação de gastos orçamentários, a participação dos entes federativos envolvidos na concretização da política e, cotejando-se com as estatísticas do próprio centro de atendimento (número de pessoas atendidas, qualificação dos profissionais prestadores do serviço, e pesquisa de opinião dos usuários), com a finalidade de analisar o CER, esta política pública voltada às pessoas com deficiência. Deste modo, a AED, aliada às ferramentas do direito financeiro e ao princípio da eficiência podem consistir num bom equipo para a análise de políticas públicas. É o que se buscou fazer neste estudo.

Considerando, ainda, os ensinamentos de Richard Posner, mormente após as críticas que ele mesmo adota e que nos foram apresentadas acima, correlacionadas aos ensinamentos de outros economistas do Direito, como Sen e Sunstein, chegamos ao cume de que a riqueza a ser maximizada nas decisões judiciais, e nas políticas públicas, não é apenas monetária, mas, também existencial. Esta política pública demonstra-se eficiente ao fim a que se propõe? Para alcançar as respostas a estas perguntas, serão realizadas entrevistas com os usuários do serviço público prestado no CER, bem como entrevistas com os profissionais de saúde que lá trabalham, além da análise de orçamento e visita ao CER para verificação de suas instalações.

Neste ponto da dissertação, será utilizado um ensinamento específico de Amartya Sen. Sen (2019, p. 17) coloca a liberdade no núcleo do processo de desenvolvimento por duas razões, sendo uma delas justamente a eficácia. A razão da eficácia repousa no fato de que a realização do desenvolvimento depende inteiramente da livre condição de agente das pessoas. A política pública analisada tem o potencial de contribuir, de alguma forma, para que seu usuário direto, a pessoa com deficiência, se torne mais autônoma? A independência e a liberdade são realidades mais acessíveis ao usuário a partir do serviço público prestado no CER? A verificação será feita através do estudo de caso, e tais questionamentos serão feitos de maneira direta aos usuários no local onde o serviço é prestado.

Através de uma pesquisa empírica, será analisada a eficiência, no intuito de desvendar se há satisfação do usuário e dos prestadores de serviços ao ponto de justificar a implementação e a manutenção do Centro especializado em Reabilitação da Baixada Fluminense, localizado no município de Duque de Caxias. Serão distribuídos questionários aos usuários do serviço, e/ou aos seus responsáveis, bem como serão realizadas entrevistas com os profissionais diversos que lá atuam. É neste ponto nodal que a AED será aplicada e a ferramenta escolhida para ser o termômetro de eficiência da política pública estudada será o princípio da eficiência, através da verificação da opinião das pessoas beneficiadas pelo programa e, também, das pessoas que trabalham diretamente nele; além de visita para observação de campo no próprio centro de

atendimento a fim de verificar as instalações e a utilização de informações orçamentárias e de estatísticas de atendimento da própria clínica.

Pode-se afirmar que “a análise da eficácia e eficiência está baseada na apreciação das relações existentes entre os *inputs e outputs*” (MANDL et al., 2008, p. 2). A análise de eficiência se baseia na premissa de que os recursos aplicados produziram os efeitos e impactos almejados. Nesta dissertação, foram considerados os recursos financeiros mobilizados na implementação do CER (*inputs*) e como *outputs* o número de pessoas que o programa efetivamente atendeu e o nível de satisfação do usuário, o que será mensurado por meio de questionários, como dito alhures.

Os ares de AED que se conferem à análise do CER II Duque de Caxias, que será aqui avaliado são justamente os ares pragmáticos, empíricos propostos por essa teoria do direito. O que mais será útil na avaliação jurídica da eficiência da política pública serão os aspectos práticos, a pesquisa empírica, e não os aspectos dogmáticos, o que já a torna uma pesquisa de AED, segundo ensinado por Guido Calabresi na já mencionada metáfora da Catedral.

A cognição das políticas públicas por dentro, olhando-se os obstáculos de implementação, as dificuldades, seus fatores gerenciais e operacionais, e ainda como estes realmente produzem efeitos esperados e não esperados, pode ser um instrumento extremamente útil para uma revisão positiva das organizações públicas, apta a ser usada nas três esferas de governo. Ao realizar a avaliação de eficiência de uma política pública há o condão de, ao menos em tese, caminhar na direção de um uso mais adequado dos recursos públicos. Segundo Fagundes e Ballinhas de Moura (2009, p. 90):

A partir de informações advindas de processos de avaliação, é possível identificar e incentivar os programas que funcionam com mais efetividade, eficiência e eficácia, bem como orientar aqueles com fraco desempenho, no sentido de seu aperfeiçoamento, da correção de erros e da superação de obstáculos. Mecanismos de avaliação mostram-se de extrema valia em contextos onde as organizações do setor público são exigidas a adotar uma orientação por resultados e com foco no usuário. A avaliação de programas, de acordo com Maria Cecília Roxo Barreira, “é fundamental para aferir o grau de eficiência, efetividade e eficácia que os serviços sociais apresentam e em consequência realimentar decisões e ações no campo da política social”.

1.4. Maximização da riqueza é eficiência administrativa

O princípio da eficiência consagrou-se constitucionalmente por meio da reforma administrativa inaugurada pela Emenda Constitucional n. 19, tendo sido incluído de forma expressa no rol dos princípios constitucionais a serem obedecidos pela Administração Pública, ao lado da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (CRFB, art. 37, caput).

De acordo com o dicionário DICIO (2020), eficiência é um substantivo feminino que significa:

Capacidade de realizar tarefas ou trabalhos de modo eficaz e com o mínimo de desperdício; produtividade.
Tendência ou aptidão para ser efetivo; capacidade de realizar ou desenvolver alguma coisa demonstrando eficácia; efetividade.
Particularidade demonstrada por pessoas que conseguem produzir um ótimo rendimento, quando realizam alguma coisa; característica do que é eficaz.
Etimologia (origem da palavra eficiência). Do latim *efficientia*.ae.

A Economia é a ciência social aplicada que mais se dedica ao estudo da eficiência. O primeiro economista a buscar uma análise de eficiência foi Pareto. A eficiência de Pareto também é chamada de eficiência alocativa e está vinculada à satisfação das preferências individuais. Uma situação é considerada Pareto-eficiente ou alocativamente eficiente se é impossível alterá-la de forma a melhorar a situação de pelo menos uma pessoa sem piorar a situação de nenhuma outra pessoa. A eficiência de Pareto se preocupa apenas com o bem-estar individual de cada pessoa, não com o bem-estar relativo de diferentes indivíduos (logo, posso ter situações Pareto-eficientes socialmente indesejáveis e aviltantes ao direito). Desta forma, não é a eficiência definida por Pareto que estamos buscando no CER II Duque de Caxias (NUSDEO, 2010).

Em seguida, há a eficiência de Kaldor-Hicks, que consiste numa tentativa de superar a limitação de Pareto. Pelo critério de Kaldor-Hicks, pode haver tantos ganhadores como perdedores, mas os ganhadores precisam ganhar mais do que os perdedores perdem. Uma vez atingido o bem-estar melhor para o grupo, devem ser tributados os que mais ganham e devem ser beneficiados os menos favorecidos (HUBBARD e O' BRIEN, 2010).

Tanto a teoria de Pareto quanto a de Kaldor-Hicks foram superadas pela economia do bem-estar. Pela economia do bem-estar, as políticas públicas são desejáveis quando aumentam o bem-estar da sociedade em geral ou quando atingem determinados resultados distributivos a grupos legítimos enquanto sociedade. Em uma análise normativa, a partir da economia do bem-estar social, vamos definir qual escolha uma sociedade vai fazer para resolver determinado problema público. Sob a perspectiva da economia do bem-estar, uma política pública será

socialmente eficiente se os benefícios dela advindos superarem os seus custos (KRUGMAN e WELLS, 2007).

Portanto, a eficiência econômica adotada nesta dissertação segue a economia do bem-estar e é fruto de uma análise de custo-benefício que leva em consideração os ganhos humanos dos agentes públicos aplicadores da política e dos usuários do serviço público estudado, as pessoas com deficiência, no sentido de estarem mais próximas da autonomia como liberdade (SEN, 2019).

A eficiência aplicada ao direito público é a aptidão de alcançar determinado ou determinados resultados. Para Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2010, *passim*) a eficiência é um postulado que obriga a toda Administração Pública, possuindo dois vieses distintos. O primeiro seria direcionado ao modo de agir do agente estatal, que deve ser voltado à eficácia. O outro viés relaciona-se com a estrutura, a organização da Administração Pública, a qual deve ser dirigida com vistas a alcançar os melhores resultados na gestão pública, para que ao máximo possível de pessoas administradas sejam prestados serviços públicos adequados.

A aplicação prática do princípio da eficiência necessita de balizas objetivas, “o que pressupõe que elas venham a ser estabelecidas de modo que a quantidade e a qualidade dos índices escolhidos indiquem, adequadamente, a variação no cumprimento das metas de eficiência estabelecidas” (MOREIRA NETO, 2007, p. 396).

O princípio da eficiência, tal como adotado nesta dissertação, amplia suas balizas na Análise Econômica do Direito. Ou seja, através da análise financeira do *quantum* de dinheiro público empregado na política pública e do quantitativo econômico de pessoas atendidas anualmente, bem como de pesquisa de opinião dos usuários e entrevistas com os profissionais da saúde envolvidos, chegarmos ao cume de ser o CER uma política pública eficiente ou não.

A eficiência, de acordo com a Economia, é um ideal a ser alcançado. Portanto, ao fazer uma análise de eficiência de determinada política pública, avaliaremos se aquela política pública está mais perto ou mais afastada do ideal de eficiência, a partir do direito que se busca concretizar. E esta é a oferta de um serviço público de atendimento de saúde multidisciplinar para a pessoa com deficiência, de acordo com o art. 25 da Convenção de Nova Iorque.

A despeito de ser positivado expressamente na CRFB apenas com a EC 19, o princípio da eficiência há muito estava previsto no Decreto-Lei n. 200/1967, que dispôs sobre a organização da Administração Federal. Planejamento, coordenação, descentralização, delegação de competência e controle foram erigidas como seus princípios fundamentais. No entanto, ao focar na descentralização, o DL 200 trouxe a eficiência como diretriz. A lei do

processo administrativo federal (Lei nº 9.784, de 29/1/1999) também elencou a eficiência como um dos princípios norteadores da Administração Pública.

Por este princípio, a atuação pública deve se dar de forma ágil e precisa com o intuito de obter resultados que atendam às necessidades públicas (FLESCH e MAQUIAVEL, 2015, p. 220):

(...) com produtividade e economicidade, o que significa executar os serviços com presteza, perfeição e rendimento funcional, além de exigir que se elimine o desperdício de recursos públicos. Tal princípio curva-se à razão e fim maior do Estado, que é a prestação dos serviços essenciais à população, pela adoção de todos os meios legais e morais possíveis para satisfação do bem comum. O princípio da eficiência deve valer-se de critérios legais e morais para utilizar, da melhor maneira possível, os recursos públicos, evitando desperdícios e procurando garantir maior rentabilidade social. Tal princípio impõe à Administração Pública direta e indireta e a seus agentes “a persecução do bem comum, por meio do exercício de suas competências de forma imparcial, neutra, transparente, participativa, eficaz, sem burocracia e sempre em busca da qualidade”.

Uma das características básicas da eficiência é o direcionamento da atividade e dos serviços públicos à efetividade do bem comum, e pode ser encontrada no inciso IV do art. 3º da CRFB, que estabelece que a República Federativa do Brasil tem como objetivo, entre outros, a promoção do bem de todos, sem qualquer tipo de preconceito. Esse objetivo fundamental do Estado brasileiro deve ser um norte na elaboração e na implementação de políticas públicas. O princípio da eficiência na Administração Pública é um dos mais preciosos para a AED, pois, uma somente uma atuação eficiente é capaz de maximizar as riquezas estatais e sociais, através da otimização e boa aplicação dos recursos públicos.

O princípio da eficiência vem ganhando novos contornos através dos estudos de Análise Econômica do Direito. A eficiência deve ser relida pelo Direito de modo a considerar os conceitos econômicos. Ser eficiente é otimizar os recursos públicos, tirar o melhor proveito possível do orçamento de modo a realizar o objetivo de toda e qualquer política pública, seja esse objetivo a resolução de um problema público ou a materialização de um direito.

O princípio da eficiência tem especial relevo tanto para o direito administrativo quanto para a economia. No âmbito da economia, especificamente a visão clássica da microeconomia, o princípio da eficiência foi desenvolvido por Vilfredo Pareto Damaso (1848-1923). Pareto ensinava que o estado de eficiência é máximo quando um indivíduo não tem como melhorar a sua situação sem piorar a situação de outrem, conceito que restou conhecido como “ótimo de Pareto” (MISES, 2010).

Outra corrente de pensamento economicista (pensamento heterodoxo) sobre a eficiência é a da Escola Austríaca de Economia. Para Mises e Friedrich Hayek o ótimo paretiano é

meramente utópico, inalcançável no mundo dos fatos, pois as variáveis que permitiriam um equilíbrio estão sempre fora de sintonia, isto é, sempre defasadas uma das outras. Logo, para Mises, as intervenções estatais seriam inúteis.

Na contemporaneidade os economistas experimentalistas defendem a intervenção do Estado na economia de forma moderada, para que possa ser atingido um equilíbrio social. É um dos ensinamentos de Sen, ao dizer que o Estado deve criar condições mínimas de modo a extirpar a fome coletiva, e garantir direitos básicos que assegurem a autonomia do sujeito em busca da liberdade, como direito à saúde, à educação, à assistência social, dentre outros (SEN, 2019).

Como visto nos subitens acima, a partir de uma leitura mais acurada das obras de Posner, Sunstein e Sen, a eficiência econômica não se restringe a trazer ganhos monetários de volta ao Estado. Ao contrário, o cumprimento de muitos mandamentos constitucionais e legais exige gastos que não trarão qualquer retorno financeiro imediato. Mas, quanto mais perto do objetivo a política pública estiver, mais próximo estará o serviço público da eficiência. A eficiência, além de ser um modo de trabalhar no serviço público, é, também, um fim, uma meta a ser atingida quando se implementam e se avaliam políticas públicas.

A política pública objeto de estudo desta dissertação, caso seja eficiente, tem o condão de trazer mais autonomia para os indivíduos, aproximando-os da liberdade. Consequentemente, em sendo constatada a eficiência do CER, esta política aproximará o Brasil do cumprimento da promessa firmada internacionalmente, pela Convenção de Nova Iorque, no sentido de instalar centros de atenção multidisciplinar de saúde, com o intuito de promover a autonomia da pessoa com deficiência.

No próximo capítulo serão apresentados o conceito doutrinário de política pública e as especificidades das políticas públicas para as pessoas com deficiência.

CAPÍTULO 2. DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: DO HISTÓRICO DE LUTAS ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Preciso lutar com todas as minhas forças para que as pequenas coisas positivas que minha saúde me permite fazer sejam direcionadas para ajudar a revolução. A única razão real para viver.

(Frida Kahlo)

Neste capítulo veremos a transformação dos direitos das pessoas com deficiência e como é importante materializar os direitos conquistados através de políticas públicas. Há a intenção de que o leitor visualize os movimentos sociais apresentados como uma luta mesmo, uma vez que os direitos conferidos às pessoas com deficiência decorrem de manifestações sociais sucessivas com vistas à inclusão. Procura-se aqui desconstruir a ideia de que direitos fundamentais são dados como se benesses fossem. Ao contrário, foram obtidos à custa de muito esforço e que fique claro que a pessoa com deficiência participou e participa ativamente da construção de sua própria História.

A nomenclatura legalmente adequada para se referir a essa parcela da população é de significativa relevância, pois, traz consigo um histórico muito representativo. A Constituição Federal anterior à atual, a do ano de 1967, usava a terminologia “excepcional” para se referir às pessoas com deficiência. A Emenda Constitucional 12 à CRFB de 1967 trocou a expressão para “deficiente”. O termo “deficiente” passou a sofrer críticas, já que remete à noção de “falta”, de “defeito”, o que era inadequado ao Estado Democrático de Direito que se pretendia inaugurar com a CRFB de 1988.

Logo, a nomenclatura selecionada pelo constituinte foi “pessoa portadora de deficiência”. Ainda assim, em constante evolução, hoje tem-se que essa expressão também não era a mais técnica e humana. Atualmente, a expressão adotada passou a ser “pessoa com deficiência”, nos termos da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que foi incorporada ao texto constitucional através do Decreto Legislativo nº186/2008 e pelo Decreto nº 6.949/2009.

De acordo com Bliacheris (2020, p. 37), são catalogadas três distintas formas de compreender a deficiência. A primeira, reside no modelo caritativo. Por esse modelo, as pessoas

com deficiência são vistas como objeto de caridade, em que estão à margem da sociedade e dependem da caridade de terceiros. Pelo modelo caritativo, não são as pessoas com deficiência reconhecidas como sujeitos de direito, recebem benesses. Sua origem está na religião e nas ações centradas em instituições filantrópicas eclesíásticas, com as pessoas com deficiências afastadas do restante da sociedade.

Ainda segundo Bliacheris, com o advento das instituições científicas e espaços universitários, a medicina toma as rédeas dessa discussão. Deixa-se de enxergar a pessoa com deficiência como mera destinatária da “bondade” alheia, sendo impulsionada à condição de paciente. Segundo Bliacheris (2020, p. 37):

Seu corpo é visto como defeituoso, uma exceção – por estar fora dos padrões estéticos que ditam a normalidade sob a perspectiva dos padrões sociais. Sua condição é vista como objeto de cuidados da autoridade científica e, assim como no modelo caritativo, e tratada como uma questão individual. A pessoa com deficiência segue afastada do convívio com as demais pessoas, isolada em casa ou em instituições de saúde, quando muito frequentando uma instituição educativa segregada – em escola especial.

Atualmente, segundo a legislação internacional e nacional, vigora o modelo social, ou psicossocial. Por este, as diversas deficiências consistem em uma condição que deriva da diversidade humana, de modo que a deficiência é do meio (ambiental e social) que não oferece as condições para que todo o tipo de pessoa tenha uma existência digna e plena. Ser diferente é normal, o que não é normal é um Estado que não se adequa para abrigar e incluir o diferente.

Para Freitas (2020, p. 17) o foco sai da patologia e migra para a interação da pessoa com o ambiente. Sobrepuja-se um conceito estritamente clínico e abre-se o espaço para uma avaliação biopsicossocial, interdisciplinar e multiprofissional. A direção é a inclusão, superando-se a integração, ou seja, não é a pessoa que tem que se adaptar a todo custo ao ambiente, mas, sim, o ambiente deve ser adaptado a toda sorte de pessoas, inclusive àquelas com deficiência.

Sobre as proteções jurídicas constantes da CRFB, além da igualdade professada no art. 5º caput, o art. 7º, XXXI traz a vedação de discriminação por deficiência nas relações e contratos de trabalho. O direito à educação à pessoa com deficiência também aparece com destaque no art. 208, III; bem como o direito à assistência social, art. 203, inciso IV. A acessibilidade surge positivada na Constituição em 1988 pelos arts. 227, § 2º, e 244. Por fim, no art. 37, VIII, que cuida da Administração Pública está prevista a reserva de vagas para as pessoas com deficiência em empregos e cargos públicos.

2.1. Breve Histórico sobre a luta pelos direitos da pessoa com deficiência no Brasil

Nossa história de lutas tem início no Brasil-colônia. Nos idos de 1700, as pessoas com deficiência eram escondidas por suas famílias e privadas do convívio social. Uma pessoa com deficiência que ganhou notoriedade naquela época foi Antônio Francisco Lisboa, o escultor conhecido como Aleijadinho. Nascido em Minas Gerais, possuía uma doença degenerativa nas articulações (CARDOZO, 2017, p. 43). É a primeira pessoa com deficiência que tem a notoriedade reconhecida na história do Brasil.

Após a vinda da família real, é possível, lá pelos anos 1830, encontrar apontamentos de iniciativas de participação da pessoa com deficiência na luta pela própria inclusão. Nesse período, há registros de pessoas com deficiência visual cujo histórico denota esforço em ser incluído, luta que culminou com a inauguração do até hoje existente Instituto Benjamin Constant, que oferece educação especializada para cegos e alfabetização em Braile, no ano de 1854 (LEMOS e FERREIRA, 1995, p.8):

Remonta a agosto de 1835 a primeira demonstração oficial de interesse pela educação das pessoas portadoras de deficiência visual em nosso país, quando o Conselheiro Cornélio Ferreira França, deputado pela Província da Bahia, apresentou à Assembleia Geral Legislativa projeto para a criação de uma "Cadeira de Professores de Primeiras Letras para o Ensino de Cegos e Surdos-Mudos, nas Escolas da Corte e das Capitais das Províncias", não aprovado, por ser fim de mandato e seu idealizador não ter sido reeleito.

Nos anos seguintes, surgiram outros institutos inclusivos de fundamental importância (CARDOZO, 2017, p. 44): Ano de 1856 - Instituto Nacional de Educação de Surdos; ano de 1932 - Pestalozzi; ano de 1954 – inauguração das APAE's – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

No ano de 1950, o Brasil é imerso num surto de pólio, e a reabilitação passa a emergir como uma necessária política pública. Segundo Cardozo (2017, p. 45):

O processo de reabilitação nasce baseado na necessidade de que as pessoas com deficiência consigam produzir algo, para que assim sejam incluídas na sociedade capitalista em que vivemos. Embora a iniciativa a priori tenha este objetivo, atualmente os processos de reabilitação avançaram consideravelmente. E através das Redes de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Com Deficiência onde temos equipamentos importantes e muito qualificados para oferecimento destes atendimentos, como por exemplo, os Centros Especializados em Reabilitação (CER).

O cenário se amplia e tem a participação efusiva de mais pessoas com deficiência na luta antimanicomial, a qual teve início na década de 1970. Na década de 1980, vários

movimentos sociais se criavam, ou se intensificavam, pois, a ideia de uma Constituição nova, da criação de um novo Estado fez a arena social borbulhar, com possibilidades concretas de conquistas de direitos. E mais: que estes direitos pudessem estar cristalizados e garantidos na Constituição (SANTOS, 2014):

A partir do final dos anos 70, houve uma profunda modificação na autoimagem de uma parte significativa do grupo de pessoas com deficiência no Brasil. Basicamente, surgiu naquele momento a ideia de superação do modelo caritativo das instituições que existiam até então, com transição para um modelo de luta social e de protagonismo das próprias pessoas atingidas por alguma deficiência.

Seguindo nesta sucessão cronológica do histórico de lutas pelos direitos da pessoa com deficiência, no ano de 1980, ocorreu o I Encontro Nacional da Pessoa com Deficiência, em Brasília. No ano de 1981, foi criada oficialmente a Comissão Nacional do ano da pessoa com deficiência, e nela havia integrantes ativistas que eram pessoas com deficiência. Havia um movimento social que não podia mais ser ignorado politicamente. A agitação social corroborada e fortalecida após o I Encontro Nacional na Pessoa com Deficiência no ano anterior. Nesse primeiro momento em que os movimentos sociais das pessoas com deficiência entram em cena, as principais pressões sobre o governo eram de acessibilidade nas ruas e prédios públicos aos cadeirantes, bem como espaço e notoriedade para inclusão de surdos.

No ano de 1986 foi criada a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE). Tratava-se de um órgão interministerial que cunhava políticas públicas cujo pano de fundo eram os direitos da pessoa com deficiência. Atualmente temos o Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência (CONADE), instituído em 1999. A militância das pessoas com deficiência enxerga o CONADE como uma representatividade legítima, uma vez que é um órgão deliberativo e em comunicação constante com os movimentos sociais.

Outro marco ocorreu no ano de 1987, quando dois eventos importantes aconteceram no Brasil: o Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, em Bauru/SP, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília.

Nestes eventos, levantou-se de forma pública, pela primeira vez no Brasil a bandeira “por uma sociedade sem manicômios”. Tiveram lugar de fala profissionais da saúde, pessoas com deficiência e seus familiares, grupos políticos e instituições acadêmicas. Estas pessoas denunciaram violações de direitos humanos constantes que ocorriam nos manicômios, apontando a necessidade de uma reelaboração das políticas públicas para a pessoa com deficiência, de modo a humanizá-las.

Em seguida, a II Conferência de Saúde Mental no Brasil, que foi logo após a assinatura da Declaração de Caracas, ocorreu em 1990. Naquele ano, assistiu-se ao surgimento das primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária aos deficientes, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)¹ e Hospitais-dias. Também foram aprovadas as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Tais novidades foram, no período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, marcos legais necessários e garantias de novas práticas terapêuticas (FONTE, 2015).

Ainda na década de 1990, a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde fixou as diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, positivando vários serviços substitutivos como além dos acima mencionados, serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito psiquiátrico em hospital-geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que sejam totalmente superados.

Nota-se que os direitos das pessoas com deficiência não foram dados, foram, outrossim, conquistados. Busca-se traçar uma linha realista, inclusiva e anticapacitista nessa dissertação, de modo a respeitar a autonomia da pessoa com deficiência e a sua opinião. Reconhecendo, sempre, o seu protagonismo na sua própria luta.

Seguindo esta linha do tempo, chegamos à formulação do atual Plano Nacional da Pessoa com Deficiência. Importante, também, mencionar a Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001 (fruto da luta antimanicomial – lei da Reforma Psiquiátrica) acerca da extinção dos manicômios no seu antigo modelo de cárcere, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória.

A lei da Reforma Psiquiátrica evidencia no art. 3.º a responsabilidade do Estado com desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, devendo, sempre que possível, privilegiar a participação da sociedade e da família. Além disso, estabelece o conceito de estabelecimento de saúde mental: instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

¹ CAPS são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Os centros oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas. (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>. Acesso em: 20 maio 2017).

Deste modo, a inclusão da pessoa com deficiência e as obrigações de fazer daí decorrentes passam a ser consideradas juridicamente obrigações do Estado, concentradas no Plano Nacional. Trataremos como marco legal da implementação da Política Pública aqui estudada o referido e atual Plano Nacional de Atenção ao Deficiente.

A inclusão de todas as pessoas é expressa na Constituição Republicana de 1988. No art. 3º, IV, prescreve-se a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. O art. 5º, que concentra sabidamente os principais direitos fundamentais na Constituição, traz a igualdade substancial em seu caput. O princípio da igualdade supõe que as pessoas colocadas em situações diferentes sejam tratadas de modo proporcionalmente desigual: “Dar tratamento isonômico às partes significa tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades” (NERY JUNIOR, 1999, p. 42).

Seguindo a vontade constitucional, o Estatuto da Pessoa com Deficiência ou Lei Brasileira de Inclusão, doravante LBI (Lei nº 13.146/2015) veio regulamentar a Convenção de Nova Iorque, Tratado de Direitos Humanos de que o Brasil é signatário, o qual tem força de Emenda à Constituição (CRFB, art. 5º, parágrafo 3º c/c Decreto nº 6.949/2009). A pessoa com deficiência vem ganhando notável espaço em discussões mundiais sobre inclusão. A Globalização faz com que haja uma importante troca de experiências, que proporcionam diversas formas de inclusão e cuidados particulares a essas pessoas.

Os regimes democráticos possuem amplos sistemas de proteção dos direitos das maiorias. Contudo, para as pessoas com deficiência os direitos fundamentais são ainda mais caros, pelo seu caráter contramajoritário. Deste modo, ainda que previstos na Constituição e nas legislações intra e internacionais, há que ser enfrentada a vontade da maioria, para resguardar pessoas que não constituem o grupo hegemônico (BEITZ, 2012, p. 208):

Amartya SEN, por ejemplo, afirma que las instituciones democráticas son preferidas, en parte, porque ellas posibilitan que las personas actúen eficazmente en la protección de sus intereses más importantes. Para ilustrar el argumento, se refiere a un estudio acerca de las causas de las hambrunas que demuestra que ningún país democrático independiente con una prensa razonablemente libre jamás ha sufrido una hambruna importante.

Há a possibilidade, em democracias, de minorias organizadas atacarem recursos das maiorias desorganizadas, o que, no entanto, dificilmente ocorre. O mais comum é que as maiorias se unam e legislem contra interesses essenciais de grupos sem representatividade

política. “A maioria no poder (...) pode ameaçar os direitos fundamentais” (NOVAIS, 2007, p. 81).

Logo, para as proteções de minorias vulneráveis em potencial há como escudo a inderrogabilidade dos direitos e garantias fundamentais. Cuida-se de aspecto indissociável da democracia à medida que oferece equilíbrio e promove a subsistência de grupos expostos aos dissabores da vontade da maioria. Podemos enxergar como exemplo o art. 7º, XXXI da Carta Republicana, o qual proíbe a discriminação de pessoas com deficiência no que diz respeito a salários ou a critérios de admissão.

Muito mais do que ser um dever de cunho moral, resguardar os direitos das pessoas com deficiência é essencial para as democracias, vez que esta constitui não somente o governo da maioria, mas, a proteção e sobrevivência jurídico-social dos grupos minoritários, tais quais as pessoas com deficiência.

Ademais, o investimento em inclusão e em políticas públicas de saúde para a pessoa com deficiência pode ser um caminho que auxilie o país no seu próprio desenvolvimento socioeconômico, sendo benéfico para todos os seus cidadãos. Retomando a análise sob a perspectiva da AED, traz-se o ensinamento de Amartya Sen (2019, p.66), pelo qual:

(...) a relação tende a funcionar particularmente por meio do dispêndio público com serviços de saúde e por meio do êxito na eliminação da pobreza. O principal é que o impacto do crescimento econômico depende muito do modo como seus frutos são aproveitados. Isso também ajuda a explicar por que certas economias, como Coreia do Sul e Taiwan, foram capazes de elevar a expectativa de vida tão rapidamente por meio do crescimento econômico.

Ou seja, devolver ao contribuinte e, aos cidadãos como um todo, políticas públicas de saúde inclusivas eficientes, além de ser uma verdadeira maximização da riqueza consistente nos recursos públicos, seguindo o raciocínio de Amartya, é levar todo o país ao caminho do desenvolvimento. A pessoa com deficiência incluída pode integrar o mercado de trabalho, ser produtiva, gerar e fazer circular riquezas, além de ter maximizada suas riquezas pessoais e não monetárias, como a qualidade de vida e o bem-estar, o que não é menos importante por não ser quantificável monetariamente, como já visto e demonstrado no capítulo 1.

Além de toda essa previsão no direito interno, o art. 4 da Convenção de Nova Iorque, no item 1b, exige que os Estados-Partes modifiquem leis e práticas que sejam discriminatórias às pessoas com deficiência. O art. 2º da LBI abrange o conceito de deficiência expresso na primeira parte deste capítulo:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A verificação da deficiência advém de instrumentos a serem disponibilizados pelo poder público (art. 2º, §2º, Lei 13.146 de 2015), o qual poderá utilizar-se de avaliação biopsicossocial (art. 2º, §1º, Lei 13.146 de 2015), seguindo o modelo social. Deste modo, o ordenamento brasileiro atualizou-se em conformidade com a legislação internacional, a qual criou, concomitantemente, a obrigação do poder público em diminuir a quantidade de barreiras externas, ampliando a liberdade da pessoa com deficiência.

Mesmo antes da LBI ser promulgada, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, já havia criado a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Dentre muitos aspectos dessa materialização de vontade do Constituinte e dos países signatários da Convenção de Nova Iorque, nasceram os CERs – Centros Especializados em Reabilitação. Com base no federalismo de cooperação, a ideia que partiu do poder central, contida na Portaria, fez com que o Ministério selecionasse os projetos dos municípios e Estados interessados, que, apresentariam as necessidades e melhores formas locais de implementação, para que recebessem esta verba com especial destinação. Eis a contextualização de um tema tão sensível aos dias hodiernos, e a problemática do trabalho.

A Convenção Internacional de Nova Iorque reafirma a liberdade e autonomia das pessoas com deficiência como âncoras. No preâmbulo, afirma que está: “n) Reconhecendo a importância, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas.”

A Convenção demanda, também, o reconhecimento de isonomia legal, conforme art. 12, 1-4, da Convenção de Nova Iorque:

1. Os Estados Partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito de ser reconhecidas em qualquer lugar como pessoas perante a lei.
2. Os Estados Partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida.
3. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal.

Com isso, a Convenção extirpa, para os países que a adotam, a presunção de que a pessoa com deficiência seria, necessariamente, incapaz. Até mesmo as dificuldades cognitivas

não implicam mais, por si só, exclusão da capacidade civil, uma vez que a capacidade depende do exame de autonomia e de discernimento da pessoa.

A LBI obedece à Convenção de Nova Iorque, em seu art. 6º ao afirmar que a deficiência não afeta diretamente a capacidade civil. Nesse diapasão, o Estatuto alterou os arts. 3º e 4º do Código Civil brasileiro, deixando de considerar absolutamente incapazes “os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos” nem “os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”. O art. 4º, II, do Código Civil, foi alterado para excluir do rol das pessoas relativamente incapazes, “os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido”. O art. 4º, III, do mesmo Código foi suprimido, de modo que os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo, também deixaram de ser considerados incapazes.

O Brasil deu um importante passo em matéria de legislação civil ao consagrar a pessoa com deficiência como sujeito de direitos e reconhecê-la como agente social passível de obrigações e sujeito de direitos. Demos, então, uma alavancada no caminho do desenvolvimento (SEN, 2019, p. 182).

Merece destaque o item 3 do art. 12 da Convenção, o qual traz a obrigação de os Estados-partes tomarem medidas necessárias para a promoção do acesso às pessoas com deficiência a fim de que estas possam atingir o máximo de suas capacidades. Outro artigo essencial da Convenção de Nova Iorque é o art. 25, item “b” que traz a obrigação dos Estados-parte promoverem a saúde física e mental das pessoas com deficiência. O estudo de caso aqui realizado, o qual será detalhado no capítulo 3, é justamente uma política pública local materializadora do art. 25, “b” da Convenção, pois, presta serviços de capacitação e desenvolvimento pleno de saúde para a pessoa com deficiência.

Podem-se extrair as seguintes conclusões acerca da positivação feita pelo ordenamento jurídico brasileiro (CLETO, 2016, p. 21):

- 1) o desenvolvimento físico/mental incompleto não é suficiente para que se fale em deficiência; 2) a existência de deficiência não é suficiente para que se fale em incapacidade civil; 3) por consequência, presume-se que a pessoa com deficiência é plenamente capaz para os atos da vida civil.

2.2. Políticas públicas: implementação dos direitos das pessoas com deficiência à luz da AED

Agora que vimos as conquistas no plano jurídico, daremos um passo à frente em direção ao plano fático. Um direito escrito num papel, ainda que este papel seja uma Convenção Internacional é apenas um amontoado de palavras até que seja posto em prática. A eficiência representa resultados positivos no mundo dos fatos. Se uma política pública for considerada eficiente, então, esta terá atingido o fim a que se propõe, contribuindo na solução do problema público que pretende resolver ou contribuindo para a efetivação do direito que se pretende materializar.

As políticas públicas não possuem uma definição uníssona na doutrina. Contudo, há relativo consenso de que elas podem ser o conjunto de atos pelos quais se concretizam direitos ou se solucionam problemas públicos. No Brasil, há um conceito legal de políticas públicas, constante do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010):

Art. 1º Esta Lei institui o Estatuto da Igualdade Racial, destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica.

Parágrafo único. Para efeito deste Estatuto, considera-se:

(...)

V - Políticas públicas: as ações, iniciativas e programas adotados pelo Estado no cumprimento de suas atribuições institucionais.

O conceito do Estatuto da Igualdade Racial é enxuto, mas, um conceito eficaz, pois permite ter uma noção do que significa política pública.

A complexidade que envolve o conceito de política pública é proporcional a tudo que se deve mover para pôr uma em prática. Inicialmente, considerava-se política pública tudo o que vinha do Estado-governo e tinha um fim específico. Na década de 1930, Laswell, considerado pai da teoria das políticas públicas, introduz na literatura a nomenclatura *policy analysis*, como forma de consolidar os conhecimentos científicos com as práticas governamentais, a fim de aproximar academia, sociedade civil e seus representantes (LYNN, 1980).

Foi Laswell quem compilou as seis características básicas da política pública que são: interdisciplinaridade; empirismo; preocupação macroestrutural; complexidade teórica; aplicação prática; normativismo/prescritivismo. A grande crise econômica de 1929 recebeu

como resposta, nos Estados Unidos da América, uma série de medidas interventivas por parte do Estado (*New Deal*). Não por coincidência, na década de 1930, surge o interesse acadêmico em se debruçar sobre as novas práticas, e, exatamente, em 1933, Laswell inaugura o campo que hoje conhecemos como estudos sobre as políticas públicas (FONTE, 2015, p. 36).

O Estado de bem-estar social, que se preocupa em prestar serviços públicos e chamar para si diversas atividades, por um lado, adquire legitimidade, ao se fazer presente. E, por outro, demanda mais gastos, o que faz aumentar o interesse não só em compreendê-lo, mas, também em fiscalizá-lo. Precisamente neste ponto entra a nossa pesquisa: a Constituição Republicana de 1988 trouxe uma série de comandos que exigem diversos *facere* do Estado: não intervir em determinados setores sociais não é uma alternativa deixada pelo constituinte. Assim, tomando como ponto de partida o postulado da dignidade da pessoa humana, e da promoção à saúde (CRFB, arts. 1.º e 196), encontramos o comando constitucional que obriga o ente público a desenvolver políticas que garantam a saúde e maior autonomia à pessoa com deficiência.

A política pública é a tradução da política em si. Dependendo do seu teor, terá apoio de grupos sociais específicos e ojeriza de outros. Theodor Lowi foi quem primeiro desenvolveu esse tipo de raciocínio, estabelecendo conexões entre a política pública e a ideologia de classe, jogos de interesses. Todo o arcabouço permeável e astuto que está presente no jogo político, não fica de fora na hora de escolher e, também, de implementar as políticas públicas. As políticas públicas englobam leis, diversos atos administrativos e fatos que levam à realização de um determinado objeto, com fim específico (LOWI, 1964).

Atualmente, sobretudo com o advento da Constituição de 1988, não só o governo, como diversos segmentos sociais, são atores do *munus* público, verdadeiros implementadores das políticas públicas. Temos isto de maneira visível nos processos de gestão democrática. Exemplificando-se pelos arts. 194, 204 e 227 (comitês de gestão participativa da previdência, assistência e infância e juventude); seja dando o aval populacional através de referendos, plebiscito (art. 14) ou até mesmo pela via da lei de iniciativa popular (art. 27, §4º). De forma ainda mais próxima à realidade do povo, temos a atuação relevante de associações de moradores; diversas organizações não governamentais que buscam a concretização de objetivos coletivos.

Políticas públicas podem ser conceituadas como atividades de governo, que contam com a participação de diversos atores sociais para a resolução de um problema público e/ou concretização de um direito. O problema público é uma situação que afeta uma quantidade ou qualidade considerável de atores e que é levada ao poder público para ser solucionada. Uma

política pública é uma referência elaborada para enfrentar um problema público. Política pública é um conceito abstrato que se efetiva com instrumentos concretos (SECCHI, 2016).

Há que se levar em consideração que as coisas seguem seu rumo e nem sempre os resultados alcançados são aqueles previstos num primeiro momento. Também há que se considerar que os órgãos de controle, Tribunais de Contas, Ministério Público, Advocacia Pública, Corregedorias e o próprio Judiciário, possuem legitimidade para um controle de legalidade, primordialmente, e, também de juridicidade das políticas públicas. Mas, devem-se evitar distorções, de modo a preservar o mérito administrativo o que significa dizer que devem ser respeitados a vontade e o modo de agir dos poderes eleitos, desde que haja respeito à lei e à Constituição (SOUZA, 2006).

A opinião pública sobre a inclusão das pessoas com deficiência vem evoluindo ao longo dos anos, e é possível fazer uma linha do tempo através do advento das normas que preveem os direitos específicos dessas pessoas no Ordenamento. A partir da demanda, a agenda pública global passa a considerar e a incluir em diversos governos, a urgência na melhora da saúde, física e mental, e cada vez mais a integração em todos os espaços, da pessoa com deficiência, importando em sua maior autonomia e inclusão. Será apresentado em seguida um breve histórico sobre a luta pela inclusão e direitos das pessoas com deficiência no Brasil.

Não basta terem sido conquistados tantos direitos como demonstrado no item 2.1 se estes não forem colocados em prática. Seja pelo prisma do Direito Administrativo, seja pelo prisma da Economia, pode-se concluir que apenas políticas públicas eficientes possuem o condão de fazer valer os direitos postos na Convenção de Nova Iorque. Reafirma-se, aqui, a fundamentalidade da eficiência neste estudo. Já foi dito que o princípio da eficiência na Constituição da República não é uma norma originária, foi introduzido pela Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998 – EC nº 19/98 como um dos princípios basilares da Administração Pública nacional, no art. 37 (os demais são legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade).

Princípios são vetores de valor normativo abstrato que servem como norte para um sistema jurídico. Um princípio é uma norma mais abrangente e mais volátil do que uma regra, que são normas objetivas e específicas. Para Celso Antônio Bandeira de Mello (2000, p. 747-748) princípio:

(...) é, por definição, mandamento nuclear de um sistema, verdadeiro alicerce dele, disposição fundamental que se irradia sobre diferentes normas compondo-lhes o espírito e servindo de critério para sua exata compreensão e inteligência exatamente por definir a lógica e a racionalidade do sistema normativo, no que lhe confere a tônica

e lhe dá sentido harmônico. É o conhecimento dos princípios que preside a inteligência das diferentes partes componentes de um todo unitário que há por nome de sistema jurídico positivo. Violar um princípio é muito mais grave do que transgredir uma norma qualquer. A desatenção ao princípio implica ofensa não apenas a um específico mandamento obrigatório, mas a todo o sistema de comandos.

No caso do Estado gerencial brasileiro, inaugurado pela Constituição de 1988, a economia flui com liberdade, e esta é a regra (CRFB, arts. 173 e 175), havendo, contudo, a intervenção do Estado como fiscalizador, como Estado regulador das políticas econômicas a fim de evitar abusos do poder econômico e garantir o equilíbrio. No tocante às atividades essenciais de Estado (consideradas a saúde, a educação, assistência e previdência sociais), estas são livres à iniciativa privada, mas, além da regulação estatal sobre a atividade exercida por particulares, estes serviços são oferecidos diretamente pelo poder público.

No caso da saúde, há, inclusive, a obrigação de gastos mínimos dos entes da federação com a saúde. O cidadão contribui com o pagamento de tributos para o financiamento do Estado. Em contrapeso, o poder público tem o dever de observar o princípio da eficiência, ou seja, não basta atuar dentro das normas, mas terá que oferecer um serviço de qualidade e que satisfaz às necessidades coletivas. Não se respeita o princípio da eficiência ao, meramente editar leis e atos normativos. O princípio da eficiência segundo a AED exige que o Estado aja, que o Estado coloque a mão na massa, como se diz na expressão popular. Assim, a qualidade com que os serviços públicos são prestados deve ser objeto de avaliação e controle, não só interno, como externo, e, também, pelo próprio cidadão.

Em relação às políticas públicas para a pessoa com deficiência, há outra especificidade que merece destaque. Há uma divisão das políticas públicas segundo a sua natureza) que as compartimenta em essenciais-constitucionais e políticas públicas não essenciais. Para Fonte (2015, p. 209):

Seguindo a hipótese inicial, as políticas públicas relacionadas aos direitos fundamentais podem ser divididas em duas categorias distintas, submetidas a regimes de controle diferenciados, que serão definidas de acordo com a sua vocação para a materialização do núcleo do princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF/88), o qual foi identificado como pilar do sistema brasileiro de direitos fundamentais posto em vigor pela atual Constituição Brasileira (v. Capítulo II). O primeiro grupo é composto das políticas públicas que dizem respeito ao adimplemento concreto do mínimo existencial, as quais serão aqui denominadas políticas públicas constitucionais essenciais. Por sua vez, políticas públicas ditas não essenciais são aquelas relacionadas à área não nuclear dos princípios fundamentais previstos na Constituição.

A principal diferença ressaltada pelo autor (FONTE, 2015) é justificada pelo fato de que determinados comandos constitucionais não podem ser relegados ao bel-prazer do gestor

público, pois, as políticas públicas essenciais devem ser implementadas como uma obrigação que o constituinte imprimiu aos governantes. Sendo, para o autor, este tipo de política a que pode ser controlada pelo Poder Judiciário. Não há necessidade de aprofundamento em controle externo de políticas públicas por fugir ao tema da dissertação.

O que se quer destacar com a citação de Felipe Fonte é o fato de que políticas públicas existenciais são centrais sob o ponto de vista jurídico-constitucional. Já foi dito alhures que a Convenção de Nova Iorque de proteção jurídica à pessoa com deficiência foi absorvida pelo ordenamento jurídico brasileiro sob a forma de emenda à Constituição (com votação em dois turnos, por cada Casa do Congresso Nacional). Do mesmo modo, foi dito que a Convenção exige do poder público que promova a reabilitação e a inclusão das pessoas com deficiência através da promoção de sua saúde (art. 25, Convenção), por isso, estamos diante de um ramo de políticas públicas essenciais e constitucionalmente exigidas.

A partir de uma análise acurada de um CER específico, o do Município de Duque de Caxias, um dos municípios mais populosos do Estado do Rio de Janeiro, buscamos conhecer mais a fundo esse projeto, de maneira a aprender com a experiência e poder dividi-la com outras cidades e investigar a sua eficiência. Sabe-se que há muitos complicadores internos, desde questões orçamentárias a empecilhos de ordem político-partidária. Assim, o intuito da pesquisa é contribuir, com dados concretos, sob a base teórica da AED e do princípio da eficiência, e tomando o exemplo do que parece estar dando certo em Duque de Caxias a fim de contribuir com a evolução dos demais municípios, para superar uma dificuldade constante.

As políticas públicas para a pessoa com deficiência são reconhecidamente caras, demandam um enorme esforço financeiro, estrutural e pessoal para a sua implementação. Pretende-se demonstrar que, ainda com o Estado em crise fiscal, vale a pena investir em políticas públicas para pessoa com deficiência, desde que os resultados pretendidos com a inauguração dessas políticas se mostrem eficientes. A maximização da riqueza estatal ocorre ao se promover uma política pública eficiente.

Dentro da maximização da riqueza relida, que propusemos no primeiro capítulo desta dissertação, apresentamos um diferencial no tocante à análise econômica do direito para as pessoas com deficiência: o aspecto humano. Com base na obra de Cass Sunstein, podemos afirmar que na balança de custos e benefícios das políticas públicas, os ganhos humanos são de especial relevância. Ainda que o gasto público seja elevado, e ainda que não haja lucro financeiro, se vidas foram salvas, ou se puderem sê-lo em potencial, e se a vida das pessoas melhora de maneira considerável, então, o gasto terá sido justificado (SUNSTEIN, 2014, p. 85).

Na apresentação feita no início desta seção da evolução das conquistas pelos direitos da pessoa com deficiência, desde a invisibilidade no Brasil-colônia até a chegada ao CONADE na cúpula do governo federal, fica nítido que o que for feito para integrar e melhorar a qualidade de vida destes atores sociais será válido, desde que seja eficiente. O cume da parte empírica deste trabalho será responder a pergunta: política pública de saúde multissetorial consistente no CER pode ser considerada eficiente? Antes de chegar ao CER propriamente dito, vamos conhecer a Rede Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, como diretrizes gerais para a política pública específica.

2.3. Rede Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e financiamento da saúde no Brasil

A Rede Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência tem como fulcro aplicar a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e buscar o reconhecimento da necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Foi instituída por meio da portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002.

As diretrizes da Política Nacional expostas na Rede Nacional de Cuidados mencionada consistem em promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; assistência integral à saúde da pessoa com deficiência; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência e, por fim, capacitação de recursos humanos.

As transferências orçamentárias destinadas ao Sistema Único de Saúde são trazidas em separado pela importância que assumem dentro de um Estado Democrático que tem como fundamento constitucional a dignidade da pessoa humana (CRFB, art. 1, III), e não em razão do tipo de transferência propriamente dito, que pode ser materializado também através da celebração de convênios, de contratos de repasses e de transferências fundo a fundo. Ou seja, quando o assunto é saúde, além das vinculações obrigatórias, é possível se utilizar de transferências voluntárias, convênios e acordos, com o intuito de melhorar a qualidade da prestação do serviço. A própria política pública estudada nesta dissertação é financiada com uma transferência voluntária, como veremos.

De acordo com o Ministério da Saúde, o SUS consiste num dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública de que se tem notícia, abrangendo desde o simples atendimento para limpeza dentária e aplicação de flúor em crianças até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação.

A fim de garantir a aplicação efetiva de recursos mínimos para a saúde, a Constituição da República traz expressamente, em diversos dispositivos, o mínimo de recursos que deve ser destinado ao SUS pelos três entes da federação. A Constituição impõe a necessidade de investimento mínimo em políticas do setor de saúde, quais recursos devem ser considerados para tal cálculo e as consequências para descumprimento dessas determinações.

O ente federal tem que calcular o investimento mínimo em saúde sobre a receita corrente líquida de cada exercício (conforme redação dada pelo art. 2º, IV, da Lei Complementar nº 101/2000), sendo que a destinação não pode ser inferior a 15% desses recursos (art. 198, §2º, I, da CF/1988). Estados e Distrito Federal devem ter como base as receitas dos impostos do art. 156, bem como por aqueles recursos descritos decorrentes do imposto de renda retido na fonte por servidores dos municípios e Estados, 20% do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência tributária residual; do fundo de participação dos Estados. Quanto aos Municípios, os recursos considerados são aqueles do IPTU, ITBI e ISS e repasses da União e do Estado ao Fundo de Participação dos Municípios.

Por disposição constitucional (art. 198, §3º), a cada cinco anos deve ser editada Lei Complementar que defina e avalie: (i) as normas de fiscalização e controle do investimento mínimo exigido de cada ente da Federação, (ii) os percentuais de recursos destinados por Estados, Distrito Federal e Municípios à saúde e (iii) os critérios de repartição de recursos da União destinados ao setor. Uma das formas de transferência ao SUS é o repasse fundo a fundo, através do qual as quantias são depositadas diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde estaduais e municipais. As transferências são feitas diretamente em contas individualizadas, isto é, específicas dos fundos.

A União realiza a gestão do SUS por meio do Ministério da Saúde (MS). A União é o principal ente financiador da rede pública de saúde. Compete ao Ministério da Saúde formular as políticas nacionais de saúde, contudo, não é sempre que o MS executa as ações diretamente. Para a realização dos projetos, conta com a colaboração de outros entes, e de Organizações Internacionais (como a Organização Mundial de Saúde – OMS) e da própria sociedade civil.

Dentre as funções do Ministério da Saúde estão a elaboração de normas, o planejamento, avaliação e controle.

Aos Estados cabe implementar as políticas nacionais de saúde, no âmbito estadual, além de deter autonomia para formular suas próprias políticas públicas. Estados-membros da federação devem formar secretarias específicas para a gestão e aplicação dos recursos da saúde. Cabe ao gestor estadual aplicar recursos do próprio Estado, inclusive nos municípios, e os repassados pela União.

Os Municípios devem efetivar as ações e serviços de saúde no seu território. Tal como nos Estados, municipalmente há a figura do gestor, este deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo Estado. O ente municipal, a despeito de ter suas próprias políticas públicas na área da saúde, também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais. É permitido firmar compromissos com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população.

Para que possam receber os recursos, Estados, Distrito Federal e Municípios devem ter, por determinação da Lei nº 8.142/1990: (a) Fundo de Saúde; (b) Conselho de Saúde; (c) Plano de Saúde; (d) Relatórios de Gestão para controle dos gastos efetuados; (e) previsão de utilização dos recursos em lei orçamentária; (f) Comissão de elaboração do Plano de Carreira (art. 4º). Além deste diploma legal, a LC 141/2012 dispõe que os valores devem ser repassados pela União ao Fundo Nacional de Saúde (art. 12) de onde, automaticamente, haverá transferência aos Fundos de Saúde dos demais entes federativos. É possível, na via excepcional, que haja transferência de valores adicionais, o que depende da celebração de acordo entre a União e o ente que receber os montantes (art. 18). Os repasses que os Estados devem fazer aos Fundos Municipais de Saúde de seu território seguem o mesmo ritual (art. 20).

É de suma importância ressaltar que todos os envolvidos na aplicação das políticas públicas de saúde precisam ter consciência de seus papéis e de suas ações, o que denota reflexos importantes na qualidade das decisões que serão tomadas e para a *accountability*. As políticas públicas de saúde devem possuir rotina para que possam ser acompanhadas, avaliadas, de modo que seus resultados possam servir para o aperfeiçoamento da política.

No ano de 2015, o Estado de Santa Catarina enfrentou as consequências do não repasse de verbas obrigatórias pelo SUS. O ministro Ricardo Lewandowski, indeferiu o pedido de Suspensão de Tutela Antecipada (STA) 791 e manteve a decisão atacada de 1ª instância de uma das Varas Federais de Criciúma (SC) que determinou o bloqueio de R\$ 7,8 milhões do Estado

de Santa Catarina, valor não repassado ao Hospital São José, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O pedido foi fundamentado sob o grave risco de paralisação do atendimento à população pelo SUS. Assim, a Justiça Federal do Paraná antecipou os efeitos da tutela em ação civil pública, determinando o repasse dos valores devidos. Esta decisão restou suspensa pela presidência do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF-4), em pedido de suspensão da segurança efetuado pelo Estado de Santa Catarina.

Não havendo a comprovação do repasse nos autos, a despeito do reconhecimento de uma dívida de R\$ 7.825.968,17, o relator, ministro Ricardo Lewandowski, considerou pertinentes as razões que demonstravam a existência do perigo de graves danos à saúde da população, já que o Hospital São José, única unidade hospitalar a atender pacientes do SUS no Município de Criciúma, não tem mais condições econômicas de continuar prestando serviços sem o pagamento, pelo Poder Público, dos procedimentos realizados. Dessa forma, o ministro Lewandowski indeferiu o pedido de suspensão, mantendo o bloqueio de recursos em desfavor do Estado de Santa Catarina. O Plano Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituído através da Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002.

Feito este panorama sobre o funcionamento jurídico do SUS, e de que forma será aplicada a AED nesta dissertação, cabe dizer que o Ministério da Saúde é o órgão à frente do processo de formulação, acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde da pessoa com deficiência, observados os princípios e diretrizes do SUS, por meio de cooperação, convênios, assessoria técnica a Estados, Municípios e ao Distrito Federal para o desenvolvimento de ações e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Sendo o ministro da Saúde a grande autoridade responsável pela política. O órgão responsável pela implementação do CER é a secretaria de saúde local, ou seja, municipal. Sendo a diretoria e os servidores públicos que prestam o serviço diretamente o órgão principal de execução.

É possível ofertar ações e serviços de reabilitação em qualquer ponto de atenção da rede pública de saúde. Contudo, são nos Serviços Especializados em Reabilitação, como Centros Especializados em Reabilitação, onde esse tipo de serviço público especializado se concentra. As equipes são formadas por multiprofissionais como: psicólogos; médicos; fonoaudiólogos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; assistentes sociais.

O Ministério da Saúde vem aprimorando esse trabalho, em parcerias com Universidades Federais e Centros de excelência em reabilitação no País, através da realização das seguintes ações de formação: capacitação de 1.000 profissionais da área de reabilitação em nível superior

para qualificação da prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM); capacitação/formação de 330 ortesistas e protesistas em nível médio; qualificação de 6.000 equipes de saúde bucal da atenção básica e 600 profissionais dos CERs para atendimento à pessoa com deficiência².

A Figura 2 é bem ilustrativa quanto à abrangência a que a Política Nacional se propõe.

Figura 2 - Pessoas com Deficiência podem procurar o SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência médica e Odontológica.

Pessoas com deficiência podem procurar o SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência médica e odontológica

As pessoas com deficiência têm direito:

- Encaminhamento para serviços mais complexos.
- Receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade.
- Terapias e reabilitação física, auditiva, visual ou intelectual.
- Ajudas técnicas e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação.
- Visita dos Agentes Comunitários de Saúde.

#saude nas redes blog.saude.gov.br SUS f /minsaude

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa com deficiência: diretrizes, políticas e ações. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 20 abr. 2019.

² BRASIL. Presidência da República Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Avanços das políticas públicas para as pessoas com deficiência**: uma análise a partir das conferências nacionais. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-avancos-politicas-publicas-pcd.pdf>. Acesso em: 24 abril 2019.

Numa verdadeira materialização do federalismo de cooperação, considerando que os Serviços Especializados de Reabilitação configuram-se como pontos de atenção do componente Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, sendo estratégicos no processo de reabilitação para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua; a União criou os Centros de Reabilitação (CER) aqui estudados através da Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012, do Ministério da Saúde.

A repartição vertical de competências na Constituição configura um relevante papel na implementação das políticas públicas. Atualmente, prega-se que o federalismo deve balizar a cooperação entre os entes federados, nos mais diversos setores, veja-se: (FAGUNDES e FARIAS, 1999, p. 305):

Na medida em que há coordenação na Federação, temos várias formas de interdependência entre os agentes nos diversos âmbitos e nos diferentes planos de ação. Assim, o moderno conceito de ‘federalismo cooperativo’ mostrar-se-ia de certo modo redundante, pois, está implícito no conceito de federalismo.

Iniciando a sua análise à luz da AED, consignamos que estes Centros recebem verbas federais, através de repasses diretos do Ministério da Saúde à Secretaria de Saúde Municipal (transferência voluntária) que é obrigada a aplicar o total da quantia e estão submetidas ao controle do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) em cada nível de gestão e da Controladoria Geral da União (CGU).

Mais detalhes sobre o financiamento destes Institutos serão passados mais adiante, no capítulo 3. Ressaltamos aqui o fato de que a parte financeira da política pública estudada é primordial para a sua avaliação empírica através da Análise Econômica do Direito, que é o que se propõe. Um dos nomes de maior peso na AED, o já mencionado professor Posner, reconhece explicitamente a possibilidade de adoção do seu estudo em políticas no caso do Brasil, veja-se (POSNER, 2019, p. 16 e 17):

Especialmente numa sociedade comercial (como é o Brasil hoje) é inevitável que os valores comerciais, tais como a eficiência econômica, venham a influenciar as autoridades que determinam os rumos políticos do país; e, como é inevitável a discricionariedade judicial, os juízes se contam entre essas autoridades. Assim, a análise econômica do direito tem também uma dimensão positiva (no sentido descritivo ou empírico, não juspositivista), além da dimensão normativa sobre a qual já falamos.

Uma das exigências do Plano Nacional da pessoa com deficiência é a ambiência das instalações, o que é um fator a mais de gastos públicos a ser considerado.

2.4. O conceito de ambiência na rede de atendimento à pessoa com deficiência

A ambiência é mais uma razão pela qual a política pública para a pessoa com deficiência tem gastos peculiares. Os CERs devem ter a ambiência adequada para que possam ser considerados eficientes e fazer jus à continuidade dos repasses. Ambiência pode ser definida como a humanização arquitetônica através do equilíbrio de elementos que compõem os espaços físicos. O termo ambiência tem origem na língua francesa *ambiance*. A ideia é que os espaços públicos sejam acessíveis a todas as pessoas, independentemente da dificuldade física, sensorial ou mental de cada uma delas. Devem ser valorizadas no espaço a inclusão como valor e norte. Para cumprir a ambiência, os entes devem, mais uma vez, exercitar o gasto público.

Neste sentido, a proposta do Ministério da Saúde, ao desenvolver os CERs, e no tocante à prestação dos serviços da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, é que disponham de meios confortáveis e pensados cuidadosamente para as pessoas portadoras de necessidades específicas, fazendo uso de ferramentas que estimulem as dimensões sensoriais e que favoreçam a interação das pessoas entre si e com os espaços, especialmente com a iluminação, as cores, os cheiros, as texturas e os sons do ambiente.

Deste modo, os Municípios e Estados que apresentassem os melhores projetos para a construção, ampliação e reforma dos seus centros de atendimento à pessoa com deficiência seriam selecionados para utilizar a verba federal especialmente para o fim de abrigar um local que propicie atendimento multidisciplinar às pessoas com deficiência daquele município e de municípios contíguos.

No próximo capítulo será iniciada a análise empírica do CER II Duque de Caxias, sob a ótica da Análise Econômica do Direito.

CAPÍTULO 3. ESTUDO DE CASO: CER II – DUQUE DE CAXIAS

Be true to your heart... put your whole heart and soul into it, and then whatever you do it will shine through.

(Jamie Brewer)

O presente capítulo apresenta com detalhes a pesquisa de campo realizada no presente estudo, e que foi inspirada em outras pesquisas empíricas cujo marco teórico também foi a Análise Econômica do Direito. Uma observação importante que cabe fazer de início é que a pesquisa de campo foi realizada durante a pandemia de SARS COVID-19, por isso, houve uma redução no quantitativo de pessoas entrevistadas em relação à expectativa inicial. Isto porque os profissionais de saúde que faziam parte do chamado grupo de risco (idosos e pessoas com doenças crônicas) não puderam trabalhar durante o período da pesquisa. Houve também redução do número de pacientes que frequentam a clínica - até o momento não foram atualizadas as estatísticas de frequência para o período pandêmico, contudo, 100% dos profissionais entrevistados observaram uma redução drástica do número de usuários pelo período.

O desenvolvimento da dissertação segue o exemplo de outros estudos de caso, reunidos por esta autora em revisão de bibliografia sobre o tema, que foram feitos utilizando-se a AED. Tomemos de modelo inicial o estudo de Verde e Miranda (2019) sobre o mercado editorial brasileiro feito com base na Análise Econômica do Direito. Nesse estudo de caso, os autores avaliaram o projeto de lei nº 3347 de 2015, que busca regulamentar o mercado de propriedade intelectual. Os autores estruturaram seu trabalho à semelhança deste. Explique-se: numa primeira parte do trabalho, os autores apresentaram as premissas da AED que julgaram pertinentes com a sua pesquisa, demonstrando os trabalhos dos teóricos de AED que reputam mais importantes (no caso deles, Richard Posner, William Landes, Robert Cooper e Thomas Ulen). Numa segunda parte, apresentaram a estrutura jurídico-normativa que embasa o direito resguardado pela lei analisada (PL 3347/2015), que é o direito de propriedade intelectual. Na última, os autores avaliam a viabilidade do PL analisado utilizando-se dados e estatísticas e concluem apresentando prós e contras do PL à luz da AED.

Outro estudo de caso que serviu de inspiração foi o de Reymão e Cebolão (2019) acerca da AED e a política pública de solução de conflitos do Tribunal do Rio Grande do Sul. Seguindo mais ou menos o mesmo padrão, as autoras começam explicando a conexão entre direito e economia e sua origem saxã e norte-americana. Em seguida, apresentam o direito à solução pacífica de conflitos e sua relação com o processo. Por fim, demonstram os dados coletados junto ao Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul no ano de 2015 e a sua análise autoral e original de algumas decisões judiciais específicas segundo as premissas da Análise Econômica do Direito. A título de complementação, elas concluíram que os juízes que adotam as premissas pragmáticas tomam decisões mais fáceis de serem explicadas racionalmente, e, portanto, contribuem mais para a solução pacífica dos conflitos.

Nesta dissertação, seguimos a mesma estrutura dos demais estudos de caso que utilizaram a AED como base doutrinária. O nosso primeiro capítulo explicou a teoria consistente na Análise Econômica do Direito, demonstrando quais serão os autores desta vertente mais utilizados no trabalho, quais sejam: Richard Posner, Amartya Sen e Cass Sunstein. No segundo capítulo, aprofundou-se a fundamentação jurídico-normativa do direito que a política pública estudada *in casu* pretende concretizar, que é o direito à saúde global das pessoas com deficiência, e como pode ser produtivo analisar essa política pública à luz da AED. No terceiro e derradeiro capítulo vamos apresentar a pesquisa empírica, com a coleta de dados estatísticos da política pública (o CER II Duque de Caxias, cujo funcionamento será no desenrolar da dissertação), entrevistas com profissionais de saúde que prestam diretamente o serviço e pesquisa de satisfação com pacientes, pessoas com deficiência (ou seus responsáveis, caso os pacientes sejam menores de idade). Esses dados serão cotejados com o dispêndio orçamentário de custeio da política a fim de averiguar se ela pode ser considerada uma política pública eficiente, sob o ponto de vista da AED.

No entanto, impende fazer uma outra pergunta: como elaborar uma análise de eficiência em políticas públicas de saúde? Foi feita outra revisão bibliográfica pela autora sobre o tema e percebeu-se que os diversos estudos de caso têm em comum os seguintes aspectos para atingir possível eficiência:

- a) Gastos orçamentários aplicados na política;
- b) Qualificação, especialidade e cortesia dos profissionais de saúde prestadores do serviço;
- c) Limpeza, salubridade e humanidade do ambiente;

d) Número de pacientes que o programa consegue atender numa determinada janela de tempo.

Sobre o primeiro aspecto (item “a”) cabe uma observação inicial. Nos países desenvolvidos, observa-se um maior dispêndio de gastos públicos com saúde, podemos citar alguns: Suíça (11,5% do PIB), Alemanha (11,3% do PIB) e França (11,7% do PIB) (gastos com saúde pública no ano de 2011; WHO, 2015). Nos países em desenvolvimento, esse percentual é consideravelmente menor. No ano de 2013, o gasto em saúde total no Brasil foi de 8% do PIB; contudo, desse percentual, tão somente 3,7% eram referentes a gastos com saúde pública (BRASIL, 2013). De acordo com Silva e Queiroz (2018), este quadro de baixo investimento em saúde pública se traduz em serviços de baixa qualidade e baixa eficiência para a população e para os implementadores da política pública.

Para o terceiro aspecto (itens “b” e “c”), nesta dissertação, a análise de eficiência levará em conta a perspectiva dos pacientes e dos profissionais de saúde envolvidos, através de pesquisa de opinião feita com base científica na literatura de Dinsdale et al. (2000) e do *Guide to using the Common Measurements Tool*, da base de pesquisas científicas da Nova Zelândia (2010).

As perguntas feitas aos pacientes e aos profissionais de saúde não são de maneira alguma aleatórias, pois, levaram em conta os aspectos mais relevantes para uma pesquisa de eficiência, como a sua opinião sobre instalações, atendimento e progresso obtido com o tratamento e a credibilidade em relação à política pública implementada. Também serão consideradas reportagens jornalísticas sobre o programa analisado.

Com relação ao item “d”, as estatísticas de atendimento serão utilizadas como dado a ser considerado na eficiência também, em cotejo com os demais itens. Será usado também o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), que é um índice econômico que avalia serviços de saúde pública prestados pelos diversos municípios, ao qual serão juntados para a análise aspectos jurídicos, como o gasto orçamentário (direito econômico-financeiro), o quadro de pessoal, entrevista com a diretoria e pesquisa de opinião com usuários e profissionais da saúde (dados que preenchem os demais aspectos da pesquisa empírica) já mencionados. Tudo isso torna este estudo empírico uma análise de uma política pública com base teórica na AED hábil a demonstrar a eficiência ou não da política pública analisada. Há estudos recentes de avaliação de políticas para o setor da saúde, e estes têm analisado a relação entre

investimento de recursos públicos e indicadores da saúde. Silva e Queiroz (2018, p. 151) trazem alguns exemplos:

O trabalho de Filmer e Pritchett (1999), por exemplo, revelou que a taxa de mortalidade infantil dos países em desenvolvimento poderia ser reduzida a partir de uma maior eficácia do setor público na gestão de saúde. Os estudos de Aw (2010) e Norvignon, Solomon e Norvignon (2012) também constataram que o aumento do gasto em saúde está positivamente relacionado com o aumento da expectativa de vida e com a redução da taxa de mortalidade infantil. No entanto, Hauner e Kyobe (2010) observaram que nem sempre a maior eficiência do gasto público em saúde está relacionada com a maior disponibilidade de recursos. Afonso e St. Aubyn (2005) consideram que não se deve interpretar a eficiência do gasto público apenas observando o ponto de vista técnico, isto é, o alcance do maior produto possível, com uma quantidade fixa de recursos, ou obter um dado nível de produto com o menor nível de despesa.

Seguindo os ensinamentos de Cass Sunstein (2014, p. 67), defende-se aqui que o elemento humano deve ser considerado em análise de políticas públicas, eis uma outra razão, essa com base na AED, da inserção da opinião os usuários (pacientes, pessoas com deficiência a quem a política pública estudada é dirigida) e as profissionais da saúde que lá atuam. Na pesquisa feita por Silva e Queiroz no Rio Grande do Norte (2018) a mensuração dos níveis de eficiência dos municípios na aplicação dos recursos foi elencada sob as seguintes variáveis de produtos: a estrutura das unidades de saúde, os recursos humanos (número de médicos e enfermeiros) e os indicadores de atendimento à população.

O IDSUS mais recente que temos para o município de Duque de Caxias é do ano de 2011, com nota extremamente baixa do IDSUS para atendimento ambulatorial de média complexidade (como os que são efetuados pelo CER II Duque de Caxias), sendo a nota obtida pelo município 3.53 (a menor nota é 0 e a maior nota é 10). O CER II Duque de Caxias foi inaugurado no município somente no ano de 2016. Portanto, pode ser que o CER II altere essa nota no próximo IDSUS.

Segundo Secchi (2016, p. 113), a análise que lida com saúde é, geralmente, feita de maneira a analisar políticas públicas nos casos em que é difícil ou impossível realizar a monetização dos benefícios sociais obtidos. Ainda de acordo com o autor, o objetivo a ser alcançado pode ser o número de pessoas atendidas, ou a satisfação das pessoas que são as usuárias do serviço. Nesse sentido, aqui se encontra mais uma justificativa teórica para a pesquisa de opinião do usuário do serviço que será utilizada como uma parte da base de dados da pesquisa.

De toda forma, a avaliação baixíssima do município no último IDSUS já configura um indicativo de que há muito o que ser melhorado em termos de saúde pública em Duque de Caxias. Inauguremos, então o Estudo de Caso.

3.1. Sobre os Centros Especializados em Reabilitação

Os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) são uma política pública de saúde voltada às pessoas com deficiência. Eles estão presentes em todo o território nacional, uma vez que consistem numa política pública nacional, capitaneada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 835 de 2012. Ocorre um concurso de projetos no âmbito do Ministério da Saúde, no qual Secretarias de Saúde dos demais entes da federação podem participar. Os municípios que se adequarem às normas da Portaria farão jus à verba para construção e manutenção do CER, o que será mais detalhado ao longo desse capítulo.

Os Centros Especializados em Reabilitação consistem em locais de atenção ambulatorial especializada em reabilitação física e mental e voltada para a independência e melhor qualidade de vida de pessoas deficientes. Os CERs realizam diagnóstico, estimulação precoce, avaliação, orientação, e atendimento especializado, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistida, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território do município, bem como nos termos do art. 25, item “b” da Convenção de Nova Iorque, conforme explicado no capítulo anterior.

O usuário é acolhido no CER por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de saúde de diferentes especialidades. Após a realização de uma triagem inicial, é elaborado um plano terapêutico a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas com deficiência. Deste modo, se a política pública for eficiente, contribuirá de maneira significativa para o desenvolvimento à liberdade, nos termos ensinados por Amartya Sen.

Há a possibilidade de firmar parcerias com instituições de ensino e pesquisa, de modo a contribuir para o avanço e produção de conhecimento e inovação tecnológica em reabilitação. O projeto apresentado à União pelos municípios participantes deve contemplar processos de educação permanente para as equipes multiprofissionais, garantindo atualização e aprimoramento profissional. Outra benesse a ser fornecida pelo ente federal é a disponibilidade de transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos abrangidos pelo projeto.

Importante informar que junto aos incentivos financeiros para investimento e custeio de serviços, o Ministério da Saúde também custeia a aquisição de oficinas ortopédicas itinerantes com o intuito de ampliar o acesso aos serviços de reabilitação e de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) pelas pessoas com deficiência. Na atualidade, o SUS conta com 187 serviços habilitados como Centros Especializados em Reabilitação – CER; 238 Serviços Especializados habilitados em única modalidade de reabilitação; 33 Oficinas Ortopédicas, além de 490 Centros de Especialidades Odontológicas – (CEO) aderidos à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Também foram adquiridos e doados 108 veículos adaptados para transporte sanitário e 10 Oficinas Ortopédicas Itinerantes Terrestres (ministeriodasaude.gov.br – acesso em 15/06/2020). Os Centros possuem as seguintes versões:

- a) CER II - composto por duas modalidades de reabilitação;
- b) CER III - composto por três modalidades de reabilitação e
- c) CER IV - composto por quatro modalidades de reabilitação.

Os CERs devem ser planejados de maneira a criarem agrupamentos que permitam flexibilidade. Os módulos são: Física, Auditiva, Visual e Intelectual, aos quais são acrescentados os módulos de apoio, sendo que cada módulo possui os ambientes de acordo com as necessidades específicas. A título de exemplo, apresentamos um projeto-base do módulo de reabilitação auditiva (Tabela 2):

Tabela 2 - Áreas especializadas em reabilitação.

| Unidade/ambiente | Quantificação mínima | Dimensão mínima |
|---|-----------------------------|------------------------|
| Consultório Diferenciado (otorrinolaringologia) | 1 | 12,5 m |
| Sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria | 1 | 16 m |
| Sala para Exame complementar Potencial Evocado Auditivo (EOA) e BERA | 1 | 10 m |
| Sala de atendimento individualizado (sala para seleção e adaptação AASI – aparelho de amplificação sonora individual) | 1 | 10 m |

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação.

Há a necessidade de os municípios apresentarem projetos que estejam em conformidade com o projeto-padrão disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Cada tipo de CER possui um projeto-base para cada modalidade, de acordo com a Tabela 3. Nela, podemos ver que os centros compostos por duas modalidades incluem o atendimento físico e auditivo ou visual.

Tabela 3 – Tipos e modalidades.

| Tipo | Modalidade |
|---------|--|
| CER II | Física e auditiva |
| CER II | Física e visual |
| CER III | Intelectual, física e auditiva |
| CER III | Intelectual, auditiva e visual |
| CER III | Física, visual e auditiva |
| CER III | Intelectual, física e visual |
| CER IV | Intelectual, física, visual e auditiva |

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação.

3.2. Primeira parte da análise econômica: o financiamento dos Centros Especializados em Reabilitação

A Portaria nº 835, de 2012 do Ministério da Saúde instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo seu art. 1.º. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios proponentes deverão relacionar nos projetos os ambientes a serem construídos, ampliados e/ou reformados, obedecida a estrutura mínima e a caracterização visual do CER e da Oficina Ortopédica, conforme requisitos obrigatórios definidos pelo Ministério da Saúde. As quantias serão liberadas pela União através de convênio com o ente beneficiado (art. 2.º, Portaria 835):

- I - Construção de Centro Especializado em Reabilitação (CER):
 - a) CER II - R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) para CER com metragem mínima de 1000 m²;
 - b) CER III - R\$ 3.750.000,00 (três milhões setecentos e cinquenta mil reais) para CER com metragem mínima de 1500m²;

- c) CER IV - R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para CER com metragem mínima de 2000 m²;
- II - Construção de Oficina Ortopédica: R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para edificação mínima de 260 m²;
- III - reforma ou ampliação para qualificação de CER II, CER III e CER IV - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
- IV - Aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes:
 - a) CER II - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);
 - b) CER III - até R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);
 - c) CER IV - até R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais); e
 - d) Oficina Ortopédica - até R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais).

Além dos projetos, são exigidos pelo Ministério da Saúde que os equipamentos e materiais permanentes a serem adquiridos devem estar em consonância com as listas prévias disponibilizadas no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS). As instalações físicas dos estabelecimentos de saúde deverão estar em conformidade com as Normas para Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (ABNT, 2004), conforme já exposto, devendo ser atendido o conceito de ambiência.

O incentivo financeiro de investimento demonstrado acima será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde em três parcelas, da seguinte maneira (art. 4.º, Portaria 835):

- I - primeira parcela, equivalente a 10% (dez por cento) do valor total aprovado, será repassada após a publicação da portaria específica de habilitação do projeto apresentado;
- II - segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, será repassada após autorização da SAS/MS, mediante apresentação dos seguintes documentos:
 - a) ordem de início do serviço, assinada pelo gestor de saúde local e por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA);
 - b) documento comprobatório da propriedade ou posse do terreno;
 - c) projeto básico de arquitetura aprovado pela Vigilância Sanitária, contendo memorial descritivo e cronograma físico financeiro da obra; e
- III - terceira parcela, equivalente a 10% (dez por cento) do valor total aprovado, será repassada após nova autorização da SAS/MS, mediante apresentação de documento comprobatório da conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo CREA e pelo gestor de saúde responsável.

De extrema importância esse aspecto financeiro-econômico, pois, caso os recursos não sejam aplicados, ou sejam aplicados de maneira inadequada, ou, ainda, a não realização da construção, reforma e/ou ampliação no período de um ano após a transferência da segunda parcela, o Município/Distrito Federal deverá restituir ao Fundo Nacional de Saúde os recursos que lhe foram repassados, acrescidos de atualização monetária prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS em cada

nível de gestão e a Controladoria Geral da União (CGU) – Art. 5.º, Portaria nº 835. Em não sendo atingida a eficiência, há uma sanção jurídico-financeira prevista, o que corrobora a perfeita aplicação da AED como meio de análise nesta política pública.

Além do financiamento da construção ou reforma, a União oferece aos projetos vencedores os incentivos de custeio a seguir, os quais serão incorporados na forma de incentivo aos tetos financeiros dos Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 7.º, Portaria 835):

- I - CER II - R\$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais) por mês;
- II - CER III - R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por mês;
- III - CER IV - R\$ 345.000,00 (trezentos e quarenta e cinco mil reais) por mês;
- IV - Oficina Ortopédica fixa - R\$ 54.000,00 (cinquenta e quatro mil reais) por mês;
- V - Oficina Ortopédica itinerante fluvial ou terrestre - R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês; e
- VI - CEO - adicional de 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor de custeio atual do serviço.

Os repasses acima ficam condicionados ao cumprimento das seguintes condições: prontuário único para cada paciente, contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução; condução da atenção aos usuários conforme diretrizes estabelecidas por instrutivos a serem disponibilizadas no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>; estrutura física e funcional e de equipe multiprofissional devidamente qualificada capacitada para a prestação de assistência especializada para pessoas com deficiência, constituindo-se como referência em habilitação/reabilitação, conforme requisitos disponíveis no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>; e equipe mínima composta por: médico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; terapeuta ocupacional; assistente social; e enfermeiro (art. 8.º, Portaria nº 835).

3.3. Delimitação territorial do estudo: Município de Duque de Caxias

O município de Duque de Caxias é um município da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. O município foi contemplado com a política pública CER e foi considerado exitoso pelo Ministério da Saúde, tanto que conseguiu erguer um outro CER (um CER IV, com oficina ortopédica, portanto) na zona rural da cidade (em Saracuruna). A escolha do município de Duque de Caxias para esta pesquisa se deve ao fato de ser o primeiro município da região metropolitana do Rio de Janeiro a ser contemplado com a política pública do CER.

Com o IDH baixo e mais de 60.000 pessoas em situação de total de miséria (IBGE, 2010), a existência de uma política pública voltada às pessoas com deficiência num local tão carente ganha especial contorno. Assim, caso o CER Duque de Caxias seja comprovado nesta

pesquisa como política pública eficiente, estaria contribuindo no caminho do município rumo ao desenvolvimento e, caso não esteja, o que poderia ser feito para melhorar? Espera-se que esta dissertação contribua de forma útil e pragmática para esta questão.

3.3.1 -Dados socioeconômicos do Município estudado e análise orçamentária

O CER estudado é o do município de Duque de Caxias, situado na Baixada Fluminense, uma das regiões mais carentes do Rio de Janeiro e quicá do Brasil. O município tem uma área total de 467,6 km², correspondentes a 6,9% da área da Região Metropolitana. Em 2010, Duque de Caxias tinha uma população de 855.048 habitantes, correspondente a 7,2% do contingente da Região Metropolitana, com uma proporção de 92,6 homens para cada 100 mulheres. A densidade demográfica era de 1.828,5 habitantes por km², contra 2.221,8 habitantes por km² de sua região. A taxa de urbanização correspondia a 99% da população. Em comparação com a década anterior, a população do município aumentou 10,3%, o 48.º maior crescimento no estado (IBGE, 2010).

Segundo as informações obtidas junto ao sítio eletrônico do IBGE, o município possuía 296.222 domicílios, dos quais 2% eram de uso ocasional. Ainda conforme o censo, contava com 18.336 domicílios particulares ocupados em 25 aglomerados subnormais, onde viviam 61.452 pessoas. Essas mais de 60.000 pessoas se encontram em situação de extrema pobreza, portanto.

Já em relação ao IDH, será utilizado como critério o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) o qual é calculado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea e pela Fundação João Pinheiro (de Minas Gerais) com uma série de ajustes para se adaptar à realidade brasileira, consoante estudo socioeconômico do ano de 2017 apresentado pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.³ O resultado divulgado em 2013, baseado nas informações do Censo 2010, está publicado no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013 (<http://atlasbrasil.org.br/2013/>). Dentro desta classificação, Duque de Caxias ocupa a 1.574.^a posição em relação a 5.565 municípios do Brasil. Em relação aos outros municípios do Rio de

³ TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE RJ). Secretaria Geral de Planejamento. **Estudos Socioeconômicos. Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2017:** Duque de Caxias. Disponível em: <http://www.tce.rj.gov.br/estudos-socioeconomicos1>. Acesso em: 11 de Junho de 2019.

Janeiro, está na 49.^a posição. Ou seja, pode ser considerada uma cidade de baixo índice de desenvolvimento humano.

Os dados a seguir (Tabela 4), coletados no sistema Datasus55, referem-se à rede local e aos recursos materiais e humanos disponíveis em Duque de Caxias. Analisaremos toda a estrutura de saúde municipal a fim de contextualizar o CER:

Tabela 4 - Estabelecimentos por tipo – Município – dez. 2016.

| Estabelecimento | Quantidade |
|---|-------------------|
| Centro de Atenção Psicossocial | 5 |
| Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde | 44 |
| Central de regulação de serviço de saúde | 2 |
| Clínica especializada/ambulatório especializado | 152 |
| Consultório | 302 |
| Hospital especializado | 1 |
| Hospital-geral | 10 |
| Policlínica | 21 |
| Posto de saúde | 3 |
| Pronto atendimento | 5 |
| Pronto-socorro geral | 5 |
| Secretaria de saúde | 1 |
| Serviço de atenção domiciliar isolado | 1 |
| Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia | 53 |
| Unidade de vigilância de saúde | 2 |
| Unidade mista | 1 |
| Unidade móvel pré-hospitalar | 10 |
| Unidade móvel terrestre | 3 |

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação.

Por este quadro municipal, o CER está dentre uma das 152 clínicas especializadas do Município. De acordo com o último levantamento socioeconômico publicado pelo TCE/RJ:

A receita total do município de Duque de Caxias foi de R\$ 2.111 milhões em 2016, a 3.^a do estado (em comparação que não inclui a capital). Suas receitas correntes estão comprometidas em 110% com o custeio da máquina administrativa. Em relação às receitas vinculadas ao petróleo, o município teve nelas 3% de sua receita total, um montante de R\$ 69,69 por habitante no ano de 2016, 74.^a colocação no estado. A carga tributária per capita de R\$ 528,51 é a 19.^a do estado, sendo R\$ 86,45 em IPTU (27.^a posição) e R\$ 268,08 em ISS (16.^o lugar). A despesa corrente per capita de R\$ 2.733,36 é a 68.^a do estado, contra um investimento per capita de R\$ 105,16, posição de número 43 dentre os 91 demais.⁴

O total de receita líquida municipal previsto na Lei Orçamentária Anual (LOA) para 2018 foi de R\$ 3.590.898,930, de acordo com informações da Transparência Municipal, para o Orçamento de 2018. Ainda, de acordo com a LOA, houve previsão dos seguintes gastos com saúde e pessoas com deficiência:

Fundo municipal de saúde – verbas recebidas pelo SUS – R\$ 278.196.592,00.
Assistência ao portador de deficiência – 490.000,00 – valor que engloba construção de moradias populares ao deficiente e que não guardam relação com o CER.

Para o ano de 2017 a previsão foi de R\$ 3.384.863.357,00 (três bilhões, trezentos e oitenta e quatro milhões, oitocentos e sessenta e três mil, trezentos e cinquenta e sete reais). Para o ano de 2016, a receita estimada na LOA foi de R\$ 3.179.861.357,00 (três bilhões, cento e setenta e nove milhões, oitocentos e sessenta e um mil, trezentos e cinquenta e sete reais). No ano de 2017, foram reservados na LOA 128.000,00 para a assistência ao portador de deficiência, e no ano de 2016, R\$ 137.000,00 foram reservados a este fim. Veremos adiante que esta verba não seria suficiente para manter um mês sequer de funcionamento do Centro de Atendimento Multidisciplinar.

3.4. - CER II Duque de Caxias

O CER II Duque de Caxias atende pessoas dos demais municípios da Baixada Fluminense, além do próprio município. O atendimento é prestado de forma preventiva, através da estimulação precoce na faixa etária de 0 a 3 anos de idade. Dos 3 anos à terceira idade, o serviço é destinado às pessoas elegíveis à reabilitação. O CER oferece psicoterapias, fisioterapias, terapia ocupacional, atendimento médico, especializado em saúdes física, mental

⁴ TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE RJ). Secretaria-Geral de Planejamento. **Estudos Socioeconômicos. Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2017:** Duque de Caxias. p. 118. Disponível em: <http://www.tce.rj.gov.br/estudos-socioeconomicos1>. Acesso em: 20 maio 2019.

e reabilitação. Os beneficiários são pessoas com deficiências física e intelectual. O quadro funcional do CER II Duque de Caxias é composto por 63 funcionários públicos estatutários, dentre profissionais com vínculo municipal, estadual e federal. Além destes, há 20 colaboradores cooperativados e terceirizados.

De acordo com o Ministério da Saúde, o CER II recebe custeio anual de R\$ 1,680 milhão da União. Sendo certo que todos os CERs do país recebem exatamente a mesma quantia. Ainda, segundo informações prestadas pela Diretoria não há notícia de contas reprovadas relacionadas ao CER. De modo que a verba é utilizada nos termos da Portaria nº 835. Do mesmo modo, pode-se afirmar que o CER II Duque de Caxias é considerado eficiente pelo Ministério da Saúde, uma vez que o repasse de verbas se mantém incólume desde a sua inauguração, no ano de 2016.

Nesta primeira etapa da análise, já é possível considerar um ponto positivo acerca do CER II Duque de Caxias, pois vem cumprindo ao longo dos quatro anos de sua existência as exigências financeiras do Tesouro Nacional. Sob o ponto de vista da AED, há um bom indício para a eficiência, então. Vejamos os demais.

As especialidades ofertadas são: acolhimento, clínica médica, colostomia, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, fisioterapia consolidada, geriatria, neurologia, nutrição, odontologia, ortopedia, pediatria, psicologia, psiquiatria, serviço social e terapia ocupacional.

Assim que recebeu o título e as transferências voluntárias da União, e as verbas, de CER II, a clínica atendeu, ao todo, em todas as especialidades 132.414 pacientes (ano de 2016). No ano seguinte, houve uma queda nos atendimentos, contudo, houve melhora qualitativa dos pacientes acompanhados, de acordo com informações da diretoria, passaram a 98.134 atendidos. No ano de 2018, houve novo aumento nos atendimentos, tendo sido atendidos 100.408 pessoas. Os atendimentos foram feitos de acordo com a seguinte distribuição (Tabela 5)⁵:

Tabela 5 - Estatísticas do CER II, Duque de Caxias (2016-2018).

| | 2016 | 2017* | 2018 | Total |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Acolhimento | 1262 | 2051 | 524 | 3837 |
| Clínica Médica | 3617 | 1764 | 1291 | 6672 |
| Colostomia | 30391 | 26996 | 40599 | 97986 |

⁵ Por conta da Pandemia da Covid-19, os dados de atendimento referentes a 2019 e 2020 não estão disponíveis

| | | | | |
|----------------|--------|-------|--------|--------|
| Enfermagem | 20854 | 12240 | 1114 | 34208 |
| Fisioterapia | 12738 | 6120 | 17183 | 36041 |
| Fonoaudiologia | 12879 | 9002 | 11585 | 33466 |
| FST Consol. | 18781 | 15833 | - | 34614 |
| Geriatria | 1833 | 1071 | 1498 | 4402 |
| Neurologia | 1898 | 2038 | 2660 | 6596 |
| Nutrição | 1391 | 1254 | 677 | 3322 |
| Odontologia | 975 | 1343 | 2659 | 4977 |
| Ortopedia | 1729 | 940 | 1598 | 4267 |
| Pediatria | 2711 | 2170 | 2763 | 7644 |
| Psicologia | 4926 | 2705 | 1889 | 9520 |
| Psiquiatria | 1375 | 1218 | 2227 | 4820 |
| Serviço Social | 5279 | 3743 | 2523 | 11545 |
| Ter. Ocupac. | 9775 | 7646 | 9618 | 27039 |
| Total | 132414 | 98134 | 100408 | 230548 |

Fonte: Estas estatísticas foram obtidas junto à Diretoria do CER em 07/05/2019.

*Consolidado entre Jan-Set

Levando em consideração os dados apresentados pelo próprio município em seu portal de transparência, em 2018, o total do orçamento destinado à atenção às pessoas com deficiência foi de R\$ 45.000,00. Vê-se que o valor disponibilizado pelo município jamais seria capaz de manter o funcionamento do CER II, que atende, em média, 100.000 (cem mil) pessoas com deficiência por ano e custa de R\$ 1,680 milhão anuais aos cofres da União. Veja-se (Lei Orçamentária Anual, Duque de Caxias, 2018):

PODER: 02 - Poder Executivo ORGÃO: 6 - Fundo Municipal de Assistência Social
SECRETARIA: 170 - Fundo Municipal de Assistência Social Unidade: 17.91. Fundo Municipal de Assistência Social 08.242.0015.2334 – ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.

3.3.90.30.00 MATERIAL DE CONSUMO 00 Recursos Próprios 5.000,00
3.3.90.30.00 MATERIAL DE CONSUMO 05 FMAS - Fundo Municipal de 25.000,00 Assistência Social 3.3.90.36.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. FÍSICA 00 Recursos Próprios 5.000,00 3.3.90.39.00 OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - P. JURÍDICA 00 Recursos Próprios 5.000,00 4.4.90.52.00 EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE 00 Recursos Próprios 5.000,00
Total R\$ 45.000,00. (grifos não disponíveis no original).

Da colheita dos dados, é simples verificar a importância da política pública custeada pela União, que o Município claramente não teria como suportar sozinho sob o ponto de vista financeiro. Aqui um importante aspecto econômico: a falta de capacidade financeira dos municípios na federação nacional. Isso pode ser um dificultador, pois, é possível que crie espaço para a chamada “política do pires na mão”. Essa expressão é corriqueira nos estudos políticos brasileiros, uma vez que a capacidade tributário-financeira dos municípios é muito limitada e a maior parte dos recursos fica concentrada na União. Para desenvolver uma política cara, como são as políticas de saúde para a pessoa com deficiência, é possível que líderes políticos locais tenham que ir a Brasília pessoalmente para requerer verba para seus projetos.

Nesse sentido, o CER, por trazer na sua portaria critérios objetivos de criação e manutenção, trazendo um concurso de projetos apto a fomentar a criatividade dos profissionais locais com o atendimento, a liberação paulatina de verbas, conforme explanado no início deste capítulo, tem o condão de diminuir práticas clientelistas indesejáveis.

Centenas de milhares de pessoas são beneficiadas com o atendimento, que é possibilitado através das verbas de reforma de imobiliário e equipamento, além da verba de custeio mensal, para manutenção. Ressalte-se que durante a qualificação do CER II, foram oferecidos cursos através da Plataforma do Ministério da Saúde aos profissionais da unidade.

3.4.1. Pesquisa de campo – critérios de seleção dos participantes – dificuldades na realização da pesquisa

Esta dissertação é fruto não apenas de pesquisa em fontes secundárias, como em estudos anteriores sobre o tema realizados por outros pesquisadores ou revisão da literatura sobre o tema; mas, também e, sobretudo, em coleta direta de dados como fonte primária da pesquisa.

Como metodologia da pesquisa de opinião dos usuários (pacientes) e dos profissionais da saúde em estudo foi escolhida a pesquisa qualitativa, por suas características inerentes: possibilitar o estudo a partir de diferentes pontos de vista e de experiências diferentes dos indivíduos no tocante à política pública em análise; abarcar as condições contextuais; colhendo informações que possam ser úteis à avaliação da política, além de consistir no uso de múltiplas fontes de evidência. Segundo Yin, “a pesquisa qualitativa é guiada por um desejo de explicar os acontecimentos, por meio de conceitos existentes ou emergentes” (YIN, 2016, p.7-8).

Como já dito alhures, a presente pesquisa envolveu trabalho de campo qualitativo e, como método de coleta de dados, entrevistas qualitativas foram realizadas semiestruturadas,

por meio de conversa seguindo os roteiros em anexo com profissionais de saúde do serviço multidisciplinar estudado e, também, com os usuários do serviço: as pessoas com deficiência e/ou seus responsáveis legais.

As entrevistas foram realizadas no próprio CER II Duque de Caxias, dentro dos consultórios médicos com os profissionais e na sala de espera com os pacientes e/ou seus responsáveis legais. Ressalte-se que nenhum paciente menor de idade foi entrevistado diretamente, apesar de estarem presentes nas entrevistas, seus responsáveis legais que responderam às perguntas formuladas. Foi esclarecido que seria mantido o sigilo da identidade dos entrevistados.

Os atendimentos são prestados no CER de maneira global e multidisciplinar. Todos os pacientes entrevistados usufruem de mais de uma modalidade ofertada. Foi comum observar os seguintes agrupamentos de atendimento:

- a) Pediatria de Desenvolvimento + Terapia ocupacional + Fonoaudiologia + Psicologia;
- b) Ortopedia + Fisioterapia + Terapias Alternativas (como acupuntura, auriculoterapia, dentre outras);
- c) Psiquiatria + psicologia.

Assim, buscou-se entrevistar ao menos um profissional de saúde de cada um dos agrupamentos e pacientes de todos esses agrupamentos. Entendemos que essas pessoas possuem, por serem os prestadores diretos do serviço e os usuários diretos da política pública, o condão de influenciar decisões e apontar melhores práticas, sendo capazes de demonstrar o que a política pública possui de melhor e de pior. A pesquisadora procurou ouvir as pessoas diretamente atingidas, por entender se tratar da camada de atores sociais a ser considerada nas em políticas públicas construídas em sociedades democráticas (SECCHI, 2016).

Antes de cada entrevista, foram explicados aos entrevistados detalhes sobre a pesquisa e a dissertação. Optou-se por não gravar em áudio, mas por realizar transcrições e anotações, pois as pessoas sentiram-se intimidadas com a possibilidade de gravação. Ressalte-se que o CER II em questão fica num lugar humilde e que atende pessoas não acostumadas, infelizmente, a serem ouvidas. Foi percebido que mais informações poderiam ser extraídas, e de maneira mais espontânea pelos entrevistados, se não fosse realizada a gravação. Por outro lado, o receio dos profissionais de saúde em ter a entrevista gravada residia no medo de alguma retaliação de cunho político, já que as entrevistas foram realizadas em ano de eleições municipais (2020), e um dos problemas mais relatados pelos diversos profissionais de saúde

entrevistados foi a tentativa de interferência política no CER por candidatos a vereadores que tentavam vincular a sua imagem pessoal aos serviços prestados no CER.

Por fim, em relação aos limitadores da pesquisa, certamente, a pandemia de SARS COVID-19 foi o principal limitador. Não puderam ser ouvidos os profissionais de saúde e pacientes que se encaixam nos grupos de risco pandêmico (idosos, obesos, diabéticos, portadores de doenças crônicas). Outro dificultador foi o tempo, o mestrado no Brasil possui limite de dois anos, o que importa em tempo hábil reduzido para ampliar a parte empírica da pesquisa (importa dizer que todo o primeiro ano foi utilizado para construção da base teórica e delimitação do objeto da pesquisa até a banca de qualificação, o primeiro semestre do mesmo ano dedicado à construção da parte teórica e apenas o segundo e derradeiro semestre do ano de 2020 para a colheita de dados empíricos e sua interpretação), mas, caso houvesse mais tempo, e uma vacina diga-se, muitas outras pessoas teriam sido incluídas na pesquisa, já que a adesão foi boa.

Acerca da interpretação e análise dos dados coletados nas entrevistas, procurou-se evidências que sinalizassem a maior proximidade ou distância da eficiência da política pública analisada, à luz da Análise Econômica do Direito. As perguntas dos Blocos 4 e 5 dos roteiros de entrevista dos pacientes, especialmente, foram inspiradas nas obras de Amartya Sen, Richard Posner e Cass Sunstein mencionadas nos primeiros capítulos, uma vez que levam em consideração a contribuição do serviço prestado na autonomia do indivíduo (SEN, 2019) bem como os ganhos humanos (SUNSTEIN, 2014) que possuem o condão de maximizar a riqueza dos beneficiários da política pública (POSNER, 2007, a).

Neste sentido, as perguntas-chave foram organizadas em cinco blocos nas entrevistas das pessoas com deficiência ou de seus responsáveis legais e oito blocos nas perguntas aos profissionais de saúde. Essa divisão mirou na facilitação da análise dos dados e das conclusões da pesquisa, utilizando-se como referencial teórico-metodológico a análise de conteúdo.

O primeiro bloco das entrevistas dos profissionais de saúde leva em consideração seu perfil, qualificação profissional e função desempenhada no CER. O segundo busca saber acerca da trajetória profissional até chegar ao CER. O terceiro engloba a localização e a segurança. O quarto bloco cuidou da rotina de trabalho, o quinto da infraestrutura, o sexto da relação com os pacientes e seus familiares. O bloco 7 diz respeito à satisfação pessoal e o bloco 8 contém perguntas específicas com fulcro na AED (tais como a percepção do profissional sobre a eficiência de seu trabalho, críticas, sugestões e perspectivas).

Já no roteiro de pesquisa qualitativa com os pacientes, a divisão foi feita da seguinte maneira: Bloco 1 – perfil do paciente e/ou responsável. Bloco 2 – informações sobre o CER. Bloco 3 – Localização e meios de chegada até o CER. Bloco 4 – atendimento, eficiência, confiabilidade no serviço prestado e sugestões. Bloco 5 – Infraestrutura. No total foram entrevistados 5 profissionais e 15 pacientes conforme as Tabelas 6 e 7.

Tabela 6 - Profissionais de saúde CER II Duque de Caxias entrevistados.

| Identificação | Idade | Função no CER | Data da entrevista |
|-------------------------|--------------|---|---------------------------|
| Profissional da saúde 1 | 54 | Pediatra do desenvolvimento | 28/09/2020 |
| Profissional da saúde 2 | 52 | Psicóloga | 29/09/2020 |
| Profissional da saúde 3 | 63 | Psiquiatra | 29/09/2020 |
| Profissional da saúde 4 | 48 | Ortopedista especialista em reabilitação | 29/09/2020 |
| Profissional da saúde 5 | 40 | Fisioterapeuta especialista em reabilitação | 07/05/2019 |

Fonte: Autoria Própria.

Tabela 7 - Pessoas com deficiência e responsáveis legais do CER II Duque de Caxias entrevistados.

| Identificação | Idade | Especialidade que usufrui no CER | Escolaridade | Data da entrevista |
|----------------------|----------------------------------|---|--|---------------------------|
| Paciente 1 | 76 | Ortopedia e fisioterapia | Médio incompleto | 29/09/2020 |
| Paciente 2 | 72 | Ortopedia e fisioterapia | Fundamental incompleto | 29/09/2020 |
| Paciente 3 | 8 (paciente) 42 (responsável) | Pediatria e terapia ocupacional | Responsável com ensino médio completo | 28/09/2020 |
| Paciente 4 | 5 (paciente) 44 (responsável) | Terapia ocupacional, fonoaudiologia, pediatria. | Responsável com ensino superior completo | 29/09/2020. |

| | | | | |
|-------------|--------------------------------------|---|---|------------|
| Paciente 5 | 5 (paciente) 23 (responsável) | Neurologia, pediatria, fonoaudiologia | Responsável com ensino fundamental incompleto | 29/09/2020 |
| Paciente 6 | 8 (paciente) 52 (responsável) | Pediatria e fonoaudiologia | Responsável com ensino fundamental completo | 28/09/2020 |
| Paciente 7 | 5 (paciente) 37 (responsável) | Pediatria e terapia ocupacional | Responsável com ensino médio completo | 28/09/2020 |
| Paciente 8 | 12 (paciente) 55 (responsável) | Neurologia, fonoaudiologia e pediatria | Responsável com ensino fundamental incompleto | 28/09/2020 |
| Paciente 9 | 47 | Psiquiatria e psicologia | Ensino médio incompleto | 29/09/2020 |
| Paciente 10 | 28 | Psiquiatria e terapia ocupacional | Ensino fundamental completo | 29/09/2020 |
| Paciente 11 | 11 (paciente) 47 (responsável) | Pediatria, fonoaudiologia e nutrição | Responsável com ensino médio completo | 28/09/2020 |
| Paciente 12 | 7 (paciente) 34 (responsável) | Pediatria (em avaliação para encaminhamento a outras terapias recomendadas) | Responsável com ensino médio completo | 28/09/2020 |
| Paciente 13 | 4 (paciente) 35 (responsável) | Pediatria e fonoaudiologia | Responsável com superior completo | 28/09/2020 |
| Paciente 14 | 69 | Ortopedia e fisioterapia | Fundamental completo | 29/09/2020 |
| Paciente 15 | 4 (paciente) 25(responsável) | Pediatria, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional | Responsável com ensino médio completo | 29/09/2020 |

Fonte: Autoria Própria.

3.4.2. Bloco 01: perfil dos profissionais de saúde e dos pacientes

Foi dito no início desse capítulo que um dos requisitos para que um serviço público de atendimento à pessoa com deficiência seja erigido à condição de CER, tornando-se apto a receber, portanto, todas as verbas de origem federal para construção e manutenção do serviço é a especialidade dos profissionais da saúde em pessoas com deficiência física ou intelectual. Logo, todos os profissionais de saúde entrevistados possuem nível superior completo, residência médica e/ou pós-graduação relacionada à saúde da pessoa com deficiência, sendo um deles mestre em psiquiatria e professor universitário dessa mesma disciplina.

Todos os profissionais de saúde possuem mais de 40 anos de idade, o que, talvez, se justifique pela razão de que a alta especialidade exigida para trabalhar no CER exija muitos anos de estudo. Por exemplo, para se tornar psiquiatra é necessário cursar medicina, seis anos de duração, e depois entrar em um programa de residência médica ou especialização de três anos em psiquiatria. Deste modo, praticamente impossível encontrar jovens recém-formados atuando no CER.

Já o perfil dos pacientes é muito variado. Há desde pacientes adultos com baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) até pacientes pós-graduados. A idade também está numa janela muito ampla: a paciente mais jovem cujo responsável foi entrevistado possui 4 anos de idade e a paciente mais velha entrevistada, 76 anos de idade.

O que foi possível perceber durante as entrevistas dos pacientes, e essa percepção foi confirmada quando perguntado diretamente sobre ela aos profissionais de saúde, é que há dois grandes grupos de pacientes. Um composto por uma população extremamente pobre que apenas realizou tratamentos no SUS durante toda a vida. E o outro grupo, que aumentou durante o período de pandemia provavelmente em razão do crescimento do desemprego gerado neste período de crise sanitária e econômica, de pessoas de classe média que já possuíam plano ou seguro-saúde e realizavam terapias particulares, mas que precisaram migrar para o SUS por razões financeiras.

Foi possível observar que não houve diferenças significativas na avaliação do serviço entre um grupo e o outro, a despeito de essa expectativa ter sido gerada na pesquisadora.

3.4.3. Blocos 2 dos profissionais de saúde e das pessoas com deficiência atendidas: trajetória até o CER

Conforme já mencionado, o quadro funcional do CER II Duque de Caxias é composto por 63 funcionários públicos estatutários, dentre profissionais com vínculo municipal, estadual e federal. Todos os profissionais questionados são concursados do município de Duque de Caxias. Todos possuem mais de dez anos de experiência na área em que atuam no CER, sendo o profissional mais antigo o que labora nessa área há 32 anos e a mais jovem há 15 anos.

A profissional de saúde 1 é pediatra especialista em desenvolvimento mental infantil e também é mãe de uma pessoa com deficiência intelectual severa, relata que já era concursada do município desde 1990, sendo que a coordenação de reabilitação solicitou profissionais especializados para compor o CER há cerca de cinco anos. Ela prontamente se voluntariou a participar do projeto que buscava ter um CER no município. Além de sua especialização profissional, pesou emocionalmente o fato de ser mãe de pessoa com deficiência que não tinha à sua disposição um serviço semelhante desde o diagnóstico ao tratamento de seu filho. Ela trabalha desde o primeiro ano de existência do CER II no município de Duque de Caxias e também em consultório médico na rede privada.

A profissional de saúde 2 é psicóloga e iniciou o seu trabalho em reabilitação no município no início do ano de 1993, muito antes da chegada do CER. Ela trabalha em outro município, também com vínculo estatutário estabelecido via concurso público. Ela participou ativamente da transição do que já foi o Núcleo de atenção ao portador de necessidades especiais a um Centro de Atenção à Pessoa com Deficiência (CEAPD) até a sua transformação em CER. Ela relata como a melhoria foi visível após a chegada das verbas federais. Isto já seria um indicativo positivo da proposta de política pública interfederativa, já que as verbas municipais são deveras mais reduzidas do que as federais.

O profissional de saúde 3 é psiquiatra e concursado do município desde 2008 atuando num hospital, no entanto, no CER, ele é contratado via Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). Chegou no CER a convite da direção, em razão da sua alta especialidade em saúde mental da pessoa com deficiência. Ele atua no serviço público e no serviço particular.

O profissional de saúde 4 é ortopedista especializado em reabilitação e trabalha no serviço de atendimento à pessoa com deficiência no município desde 2006, quando foi aprovado em concurso público. Ele se candidatou no processo seletivo aberto no município para escolher

profissionais habilitados a trabalhar no CER, trabalha em vários locais diferentes, tanto da rede pública quanto da rede privada.

A profissional de saúde 5 é fisioterapeuta especializada em reabilitação, trabalha apenas na rede pública de saúde e está nos quadros de servidores concursados do município há mais de dez anos. Ingressou no CER em razão de sua especialização em reabilitação.

A alta qualificação dos profissionais é um ponto positivo que milita pela probabilidade de eficiência do CER. De acordo com Othero e Ayres (2012), as necessidades de saúde são as traduções efetivadas pela equipe especializada conjuntamente com o paciente, no processo de intervenção em saúde. Ainda que segundo essas autoras (OTHERO e AYRES, 2012, p. 221):

O autor (Cecílio, 2006) apresenta uma taxonomia das necessidades de saúde, em quatro grandes conjuntos: ainda que maneiras diferentes de viver levem a diferentes necessidades de saúde, “ter boas condições de vida” é um primeiro conjunto de necessidades. Acesso ao consumo de tecnologias capazes de melhorar e/ou prolongar a vida é outra dimensão, ressaltando que as tecnologias são várias (leve, leve-dura, dura), e não deve haver hierarquização entre elas. A criação de vínculos “(a) efetivos” entre usuários e profissionais é considerada outra categoria das necessidades de saúde, no entendimento de que a relação entre usuários e profissionais/serviços não deve se restringir à adscrição da clientela, mas ser, sim, um verdadeiro encontro de subjetividades. Ter graus crescentes de autonomia nos “modos de andar a vida” é a última categoria trazida pelo autor. Formulada originalmente por Georges Canguilhem (1982), os modos de andar a vida são entendidos aqui como a reconstrução dos sentidos da vida após o processo de adoecimento e da possibilidade de fazer escolhas acerca de sua vida, pelos próprios sujeitos. Merhy (2000) acrescenta a necessidade de ser alguém singular com direito à diferença, isto é, ser sujeito de direitos e cidadão, mas ser nominal, ser respeitado em suas necessidades especiais, ser incluído.

Os retornos a um leque tão amplo de necessidades jamais poderiam estar restritos à atuação de um único profissional de saúde ou a somente um campo, como, e.g., a medicina. Para que melhores resultados sejam atingidos, as intervenções profissionais devem ser omni-profissionais, intersetoriais e interdisciplinares com vistas a ser mais factível responder às necessidades de saúde das pessoas com deficiência. Ações integrais e geridas por profissionais com expertise em saúde da pessoa com deficiência têm se mostrado mais eficazes. Dessa forma, a atuação multifatorial e de profissionais especificamente especialistas do modo como oferecido no CER são conformes às diretrizes estabelecidas pela Convenção de Nova Iorque e têm o condão de trazer bons resultados.

Em relação aos pacientes, dos 15 entrevistados, apenas um foi até o CER recomendado por uma clínica particular. Três conheceram o CER através de amigos e/ou conhecidos e todos os demais, 11, portanto, receberam encaminhamento de outras clínicas ou hospitais do SUS.

Com isto, pode-se perceber que o CER é mais conhecido e indicado dentro da própria rede pública de saúde.

Quando as entrevistas foram realizadas, em setembro de 2020, o sistema de marcação de consultas tinha sido modificado há pouco tempo: deixando de ser presencial e passando a ser exclusivamente por telefone. Nove das 15 pessoas entrevistadas, relataram ter sido boa ou ótima a mudança e a nova forma de marcação de consultas.

“Antes, a gente tinha que chegar muito cedo e ficar na fila para conseguir uma vaga.”
(responsável pelo paciente 7).

“Antes do telefone, já teve até assalto na fila de espera para o agendamento da consulta. Um horror!” (responsável pelo paciente 3).

Um paciente entendeu o sistema de marcação de consultas por telefone como regular. E quatro o classificaram como ruim ou péssimo. Dentre as principais reclamações, a demora para que atendam o telefone. Uma paciente sugeriu a criação de mais uma linha telefônica, com uma segunda atendente marcando na agenda. E a responsável de um paciente menor de idade sugeriu o uso de WhatsApp ou mensagens SMS para otimizar as marcações.

“Ah, podiam ter marcação por WhatsApp, né? Hoje em dia, todo mundo tem *zap* (SIC), iria facilitar muito não ficar esperando alguém atender o telefone do outro lado da linha...” (responsável pelo paciente 4)

O horário de funcionamento foi considerado bom ou ótimo por todos os entrevistados. Deste modo, tendo em vista a alta qualificação dos profissionais, bem como a aprovação pela maioria das pessoas entrevistadas pelo sistema de marcação de consultas e horário de funcionamento, no tocante ao Bloco 2 das entrevistas, tem-se um saldo positivo a favor da eficiência do CER. Ficando a sugestão da adoção de novas tecnologias para facilitar o sistema de marcação de consultas.

3.4.4. Blocos 3 dos profissionais de saúde e das pessoas com deficiência atendidas: localização, acesso e segurança

O acesso ao local pareceu ser um dos pontos mais problemáticos do CER II Duque de Caxias. Os pacientes se dividiram em relação a essa questão, quase metade disse ser boa a localização, os demais a consideraram regular ou ruim. Já dentre os profissionais de saúde, 100% consideraram a localização ruim.

A clínica não oferece estacionamento nem para os profissionais da saúde, nem para os pacientes. Isso dificulta o acesso até mesmo para quem tem carro próprio, já que tem que ser despendido custo com estacionamento privado, que costuma ser bem caro na localidade. Outro problema relatado é que fica distante das rodoviárias da cidade, como a clínica atende toda a região da Baixada Fluminense, deveria ter sido alocado o prédio num local mais estratégico e de mais fácil acesso. Uma das queixas entre os pacientes que usam transporte público é a distância entre a clínica e o ponto de ônibus mais próximo.

“Falta ônibus perto. Não tem ponto de ônibus na porta. Como pensam numa clínica para deficientes sem ônibus parando na porta?” (responsável pelo paciente 4).

Ressalte-se que há uma van, um veículo adaptado para buscar pacientes com extrema dificuldade de locomoção, de maneira que estes não percam o tratamento. Apesar de ser muito útil, apenas um veículo não atende toda a demanda.

O acesso físico (rampas e elevadores) foi considerado bom ou ótimo por todos os entrevistados. Já a segurança foi um problema constatado tanto por pacientes quanto pelos profissionais da saúde.

“Não é uma área segura. Já teve profissionais assaltados na calçada do CER. Já teve assalto na fila de pacientes.” (profissional da saúde 2).

“Segurança? Não tem. Horrível. A gente se sente super inseguro entrando e saindo.” (profissional de saúde 1).

“É muito inseguro. Já presenciei tiroteio na rua do CER.” (profissional de saúde 3).

Concluimos, portanto, que a localização não é estratégica ou segura, dificultando o acesso de profissionais e pacientes. Sugere-se que esta localização seja repensada de maneira a tornar mais eficaz o CER. Já em relação ao acesso físico dentro do prédio, este mostrou-se satisfatório.

3.4.5. Blocos 4 e 5 dos profissionais de saúde e bloco 5 dos pacientes: rotina de trabalho e infraestrutura

Todos os profissionais entrevistados trabalham nos turnos matutino e vespertino, alguns uma vez na semana, outros duas ou três vezes na semana, a depender do número de matrículas que possuam no município e da respectiva carga horária. Eles descrevem a rotina de trabalho

como salutar e o convívio com os colegas excelente. No entanto, há menções à carga de trabalho exaustiva.

“Excelente! Aqui, eu trabalharia de graça. Eu trabalho em outro lugar em que o clima é péssimo, mas, onde eu ganho muito bem. Aqui, eu trabalho feliz. Lá, eu me prostituo (risos).” (profissional de saúde 3).

“Sobre a rotina de trabalho, a demanda é infinitamente maior do que o servidor é capaz de responder. Mas, a equipe é muito boa e isso facilita muito.” (profissional de saúde 2).

“O ambiente de trabalho é tranquilo. Melhor impossível” (profissional de saúde 4).

“Os colegas, além de competentes, são unidos entre si. Acredito que isso reflita na qualidade do serviço prestado” (profissional de saúde 5).

Em relação à infraestrutura, as respostas dos profissionais de saúde foram unânimes: é muito melhor do que em outras clínicas do SUS. Isso, denota-se como um indicador positivo acerca das amarras orçamentárias que vinculam as verbas do CER aos projetos apresentados. Com relação aos equipamentos especificamente, todos os profissionais de saúde avaliaram como bom, mas, que poderiam ser mais modernos. O mobiliário e equipamento permanente foram considerados bons e adequados, mas falta material de trabalho específico para crianças. Isso é algo para o qual o gestor da política pública deve se atentar:

“Há um bom mobiliário. Mas faltam recursos lúdicos, principalmente para trabalhar com crianças, faltam brinquedos e livros infantis na psicologia. Falta material específico que a profissional tem que trazer de casa.” (profissional de saúde 2).

“O equipamento é adequado, muito melhor do que em outros locais que trabalho e trabalhei dentro do SUS.” (profissional de saúde 3).

“Equipamento bem melhor do que em outros lugares do SUS, mas, poderia melhorar, sendo modernizado.” (profissional de saúde 4).

“Não há dúvidas de que o equipamento é superior às demais clínicas do SUS. Contudo, não há luxo. Há conforto, mas, não luxo” (profissional de saúde 5).

Todos os profissionais de saúde consideram a iluminação, a limpeza, a refrigeração e o conforto dos ambientes muito bom.

Catorze dos 15 pacientes entrevistados avaliaram a sala de espera como sendo boa ou ótima, apenas um paciente (paciente 12) a avaliou como regular. Não houve nenhuma avaliação negativa da sala de espera pelos pacientes. Do mesmo modo, a maioria absoluta dos pacientes, 11, considera o conforto das instalações bom ou ótimo, sendo que quatro pacientes e/ou responsáveis a avaliaram como regular. O mesmo se deu em relação aos equipamentos médicos

e à limpeza. Nenhuma pessoa com deficiência entrevistada a considerou ruim ou péssima, sendo que uma minoria a considerou regular e a maioria boa ou ótima.

Sob esse prisma é possível afirmar que o CER possui instalações e conforto de nível satisfatório para os pacientes e profissionais de saúde, podendo ser considerada eficiente sob o ponto de vista estrutural.

3.4.6. Bloco 4 dos pacientes e blocos 6, 7 e 8 dos profissionais de saúde: relação médico-paciente, confiabilidade no serviço público prestado e visão de profissionais e das pessoas com deficiência sobre o impacto que o CER exerce em suas vidas

Ao realizar as entrevistas, foi possível perceber que se o CER é uma política pública de sucesso isso se deve, sobretudo, à relação sólida de confiabilidade que os profissionais da saúde desenvolvem junto às pessoas com deficiência que atendem. Isso faz transparecer a importância de serem alocados recursos humanos especializados para o tratamento específico da saúde global das pessoas com deficiência.

Cass Sunstein (2014, ps. 47-51) ensina-nos, que sob o ponto de vista da Análise Econômica do Direito, o maior indicativo de eficiência de uma política pública são os ganhos humanos que ela representa. Deste modo, considero este agrupamento de perguntas o mais importante dentre todos os da entrevista, pois a relação desenvolvida entre os profissionais de saúde e os pacientes é um ponto nodal acerca da efetividade do CER, ainda mais considerando-se dois autores de suma importância para esta dissertação, que são também nomes de relevo na AED: Cass Sunstein e Amartya Sen.

Para Sen (2018, p. 148), as capacidades desenvolvidas nos indivíduos são termômetros indicadores do quanto determinada sociedade pode se desenvolver. Assim, saber se o serviço prestado no CER foca no desenvolvimento das capacidades dos indivíduos atendidos é sobremaneira importante para as conclusões desta pesquisa. Sunstein (2014, p. 47):

Quando eu estava no governo, um companheiro tinha uma frase incomum e construtiva. Após longas e intensas discussões sobre opções e sobre as dificuldades de sopesar todas, ele respondia: “Ok, agora nós já olhamos e admiramos o problema. O que nós iremos fazer para resolvê-lo?” A resposta era importante porque mudava o foco de atenção do grupo para as preocupações das pessoas envolvidas, seus problemas, suas objeções, sugestões, conduzindo os administradores na direção exata do que é necessário, do que é o senso do melhor a ser feito, ou, ao menos, do menos pior. (tradução livre).

Seguindo essa linha de raciocínio, ouvir as pessoas com deficiência foi primordial. No capítulo 2, foi possível perceber a importância das pessoas com deficiência e de seus próprios familiares na luta pelo direito das pessoas com deficiência. O protagonismo das pessoas com deficiência deve ser considerado pelos gestores de políticas públicas desde a fase da tomada de decisões, ouvindo-os, como na fase de avaliação, buscando saber o nível de satisfação dessas pessoas em relação às políticas a elas destinadas. Foi exatamente isso que se buscou fazer aqui: dar voz a essas pessoas, incluí-las de maneira efetiva e anticapacitista e ouvi-las na análise econômica do direito que ora se constrói sobre o CER. Nesse sentido, Cardozo (2017, p. 52):

Inclusão social não é o encaixe das pessoas com deficiência em uma sociedade que não muda. Inclusão é mudar a sociedade, atitudes devem ser transformadas para que as pessoas com deficiência e as pessoas que não têm deficiência possam fazer parte da sociedade, pois as deficiências aumentam e diminuem conforme o meio onde a pessoa está inserida.

O bloco 4 de perguntas aos pacientes tem como fulcro o atendimento que recebem. Todos os 15 entrevistados consideram adequado o tratamento que recebem. Da mesma maneira, todos consideram o/a profissional de saúde que os atende qualificado para tal.

“Se eu pudesse pagar, ainda se eu pudesse pagar, eu escolheria a doutora que atende nós aqui (sic)” – Paciente 7.

“Eu fico sem dores. Consigo fazer tudo melhor. E o Dr. É bonitão, você já viu ele? (sic)” (paciente 9).

“Já tinham me indicado essa Dra. Ela é muito boa, mas, a gente perdeu o plano de saúde. É a crise, né? Nem acreditei quando vi que ela também atendia aqui. Não deixa nada a desejar pra uma clínica particular. É um atendimento de qualidade mesmo.” (paciente 1).

A totalidade de pessoas com deficiência e familiares entrevistados considera que o atendimento prestado no CER melhora a sua qualidade de vida e das pessoas que convivem com eles. Eles se enxergam indivíduos com maior autonomia a partir do tratamento que recebem no CER. Alguns recebiam atendimento semelhante em clínica particular, quando podiam pagar (a exemplo do paciente 1), mas, ninguém apontou diferenças de qualidade no atendimento prestado na rede privada e do atendimento prestado no CER.

Isso, sem dúvidas, é um ponto extremamente positivo, hábil a indicar que o CER está mais próximo da eficiência administrativa e econômica do que de uma não eficiência, considerando-se o aspecto humano e a capacidade de melhorar a autonomia da pessoa com deficiência, de modo a facilitar o processo de inclusão ao promover a sua saúde global.

Todos os 15 entrevistados acham que o CER está dentro ou acima das expectativas quando iniciaram o tratamento, e todos votaram no CER como uma política pública eficiente. De suma relevância essa opinião das pessoas com deficiência acerca da política pública a elas dirigida. Há, também, um pedido unânime: que aumente a quantidade de profissionais que atendem. Isto porque só com mais profissionais seria possível aumentar o número de consultas, bem como diminuir a fila de espera para as pessoas que estão aguardando o início do seu tratamento.

O bloco 6 de perguntas aos profissionais de saúde aborda sua relação com os pacientes e seus familiares, sendo boa ou satisfatória. Uma queixa comum dentre os profissionais foi o fato de que há procura por algumas pessoas que não são deficientes e que tentam, ainda assim, usufruir do serviço. Isso demonstra que a excelência do atendimento no CER faz crescer a procura, chegando aos ouvidos, inclusive das pessoas que não têm deficiência.

“A relação é boa. Tem bastante procura. Muitos dos que procuram não têm o perfil de ser atendido aqui. É desconfortável ter que dispensar um paciente cujo perfil de atendimento não se encaixa no CER. Mas, é necessário. As pessoas com deficiência já não têm muitos direitos implementados, se aqui é um direito deles, justo que seja exclusivo.” (profissional de saúde 3).

Passando ao bloco 7 de perguntas aos profissionais de saúde, todos estão satisfeitos em trabalhar ali. No entanto, um problema em comum apontado por todos foi a baixa remuneração, não condizente com a alta qualidade dos serviços prestados, e atrasos no pagamento dos salários.

A remuneração é muito baixa. Eu preciso trabalhar em sete lugares diferentes exercendo a minha função para conseguir atingir um padrão financeiro que considero bom. Saio de um plantão para outro, em diferentes regiões do Estado, ainda atendo em hospitais privados e no consultório. Eu tenho planos e sonhos. Se a minha remuneração fosse adequada, poderia trabalhar só aqui, ou aqui e em mais um lugar somente. Tenho uma ideia de fazer uma oficina de reabilitação com reforço ósseo e prevenção de fratura de fêmur. Acredito que isso economizaria muito ao SUS, pois, as cirurgias e profilaxia para fratura de fêmur são extremamente caras. Mas, eu não tenho tempo, nem estímulo financeiro, para desenvolver essa ideia, que é apenas uma. (profissional de saúde 4).

O que me incomoda é não ter respeito ao calendário de pagamento. Nunca se sabe quando ou se vai ter salário. (profissional de saúde 2).

O atraso nos pagamentos dos profissionais de saúde quando as contas do município não fecham é um desrespeito e total desprestígio. Isso desanima. (profissional de saúde 5).

É evidente que caso fossem mais bem remunerados, os profissionais de saúde poderiam se dedicar mais e com afinco no desenvolvimento da pessoa com deficiência. Já restou demonstrado que os profissionais atuantes no CER são altamente qualificados e especializados no atendimento a este público tão cheio de peculiaridades. O trato com os pacientes também é muito bom e proveitoso, dito por ambas as partes.

Sugere-se que uma forma de potencializar os serviços prestados poderia ser um piso remuneratório para os profissionais de saúde que atendem em todos os CERs do Brasil. A União poderia incluir no projeto e na portaria de repasse de verbas o complemento dos vencimentos destes profissionais, que é custeado pelos municípios *a priori*, de modo a igualar por cima o tratamento que os profissionais que exercem tão nobre função, tornando ainda mais produtivo o serviço prestado no CER.

As expectativas dos profissionais de saúde desde o momento em que entraram no CER são diversas. Metade deles já trabalhava no SUS e já sabia o que esperar. Os outros dois entendem que dava para ser melhor, sobretudo em relação à falta de velocidade com que a clínica se moderniza em termos de infraestrutura.

Curioso notar que apesar dos elogios dispensados pelos pacientes aos profissionais de saúde, quando perguntado diretamente aos profissionais de saúde, estes disseram não ser comum receber elogios. No entanto, os pacientes também não fazem reclamações sobre o tratamento, mas reclamam sobre a fila de espera.

Uma dificuldade específica surgiu durante a pandemia, dita pelo profissional de saúde 3: a impossibilidade da prática de terapias em grupo. Este profissional ingressou no CER durante a pandemia de SARs COVID-19 e ele relatou isso com mais detalhes:

“No momento, a maior dificuldade limitadora ao meu trabalho é a pandemia. Eu gosto de fazer reuniões terapêuticas dentre as próprias pessoas com deficiência e com elas e seus familiares. Vejo a necessidade de dar esse suporte às famílias. As pessoas têm dificuldade de entendimento, há muitos estigmas sobre as diferentes deficiências. O indivíduo com deficiência mental (são os que eu atendo) é muito excluído. Muitas vezes, infelizmente, a exclusão começa dentro de casa, pela própria família. Isso, muitas das vezes, não por maldade, mas, por ignorância e desconhecimento mesmo. Sinto que meu trabalho fica incompleto sem a orientação da família”. profissional de saúde 3.

Espera-se que com o advento de uma vacina e/ou medicamento eficaz no combate à COVID-19, as reuniões em grupo, essenciais para o desenvolvimento em saúde mental, sejam retomadas. Todos os funcionários entrevistados relataram que o que o CER II Duque de Caxias tem de melhor é a equipe técnica.

Corpo de funcionários altamente qualificado e comprometido com o SUS e suas diretrizes. Os profissionais sobrevivem e fazem sobreviver a política pública. (profissional de saúde 2).

O ambiente de trabalho é familiar. Sinto-me em casa. A atmosfera legal de trabalho repercute num bom atendimento. (profissional de saúde 3).

O que o CER tem de melhor? Ah! Os profissionais. A equipe é altamente qualificada. (profissional de saúde 1).

Em relação aos principais problemas relatados pelos funcionários, parecem ser problemas que assolam toda a rede do SUS, e não problemas específicos do CER. Entre as reclamações dos profissionais, destacam-se, além da baixa remuneração, o uso político do CER, a burocracia da liberação de verbas e a restrição ao uso de alguns medicamentos aprovados pela Anvisa mas que não fazem parte da lista do SUS.

Eu trabalho com saúde mental. Há uma gama cada vez mais nova e mais moderna de medicamentos, e nem todos constam da lista das farmácias do SUS, apesar de serem aprovados pela Anvisa. Então, eu fico muito restrito nos medicamentos que eu poderia usar nos tratamentos, porque os melhores são caros e a população é pobre. A situação socioeconômica da população é baixa. profissional de saúde 3.

A gestão municipal muda de quatro em quatro em anos, sempre perto das eleições (como agora) tentam fazer uso político do CER. E Nós temos que nos blindar a isso. Eu sou de uma época em que os gestores eram de carreira e não políticos. O gestor politicamente indicado pela secretaria de saúde é ruim, seria melhor ter gestores da própria equipe técnica. profissional de saúde 2.

O principal problema é a liberação de verbas paulatina pela Secretaria de Saúde, que torna tudo mais burocrático. Seria mais eficaz se os repasses das verbas federais fossem feitos diretamente à gestão do CER. Daria mais dinamismo aos gastos, que por vezes se esperarem toda a burocracia, diminuem a sua força de alcance. profissional de saúde 1.

Os diferentes problemas relatados merecem um olhar diferenciado do tomador de decisão no âmbito do CER (em última instância, o Ministério da Saúde). Deve-se atentar a uma atualização da lista de medicamentos do SUS compatíveis com a velocidade da ciência e da indústria farmacêutica. Seria interessante que o Ministério da Saúde, enquanto gestor principal, consultasse os médicos de ponta acerca dos medicamentos que devem ser cadastrados e disponibilizados aos pacientes.

O cerne dos problemas relatados pelas profissionais de saúde 1 e 2 é o mesmo: tentativas de interferência política indevida da gestão local, municipal, sobre o funcionamento do CER. Para isto, sugere-se que o governo federal endureça sua fiscalização perante o CER através de seus órgãos de controle (ouvidoria, corregedorias, Tribunal de Contas - etc.).

Sobre a eficiência especificamente perguntada, as pessoas com deficiência foram unânimes em considerar que se trata de uma política pública eficiente. Já os profissionais de saúde mostraram-se mais exigentes quanto a esse vocábulo.

A ideia é muito boa. Muito válido habilitar as pessoas nas suas capacidades. A dificuldade é na permanência da deficiência mental na vida adulta. Precisa pensar no futuro. O que tem de oferta no mundo lá fora para o adulto deficiente mental? Ir além da saúde, o Estado deve incluir na escola, no primeiro emprego... (profissional de saúde 2)

Eu considero o CER eficiente sim. Apesar de não conseguir um atendimento pleno (demanda grande que gera fila de espera). O problema é depois da alta. É difícil dar alta e não saber que tipo de apoio aquela pessoa com deficiência terá dali pra frente. Mas, o nosso trabalho é voltado para dar autonomia, e a gente confia nisso. (profissional de saúde 3).

Deveria ser eficiente. Tem tudo para ser. Mas, quanto menos intervenção política tiver, melhor. (profissional de saúde 4).

É eficiente, sim. É uma política pública muito boa, direcionada a um público muito especial, muito importante e numeroso. (profissional de saúde 1).

Dentro do possível, é muito eficiente. A satisfação dos pacientes com os serviços prestados é nítida e isso não tem preço. (profissional de saúde 5).

Um problema apontado pelos funcionários é a falta de oferta de programas de atualização em tratamentos à pessoa com deficiência pelo poder central, Ministério da Saúde, e pelo poder local, Secretaria de Saúde. De modo que para ingressar no CER, os profissionais tiveram que demonstrar sua alta qualificação, mas, não são dados incentivos para que se mantenham atualizados. Fica aqui mais uma sugestão ao administrador público.

Não há cursos ou programas de atualização para os profissionais do CER. A gente tem que se virar. O político vê apenas a estrutura, as obras, e não investe no profissional. Não há valorização do servidor. (profissional de Saúde 3).

Já houve pelo município alguns cursos à distância, mas, nada na atualidade. Já teve um programa em parceria com a Universidade de Medicina da cidade e a Secretaria de Educação, que orientava crianças com deficiência em idade escolar. No ano de 2017 foi ofertado um curso de qualificação excelente, a cargo do hospital Sírio Libanês, mas, infelizmente não se repetiu. (profissional de saúde 2).

A valorização do profissional que lida com o público com deficiência não se restringe ao pagamento de um vencimento digno (não que isso não seja importante), mas cursos de atualização são sempre muito bem-vindos e valorizam não só os servidores, como o próprio serviço público prestado, que tende a ser melhor com a reciclagem dos terapeutas.

A derradeira pergunta feita aos servidores sanitaristas merece ser transcrita: “Você considera, pessoalmente, que o CER deu, e dá certo no Município de Duque de Caxias? Por quê? O que melhorou na qualidade de vida dos destinatários?”

Enquanto política macro, precisa caminhar mais. Falta interação com o CER IV que temos aqui no município, acho que é preciso alinhar os caminhos dos dois CER da cidade. Enquanto política micro, em relação ao trabalho local, deveria haver mais profissionais para atender a população. A equipe vem sendo reduzida, em virtude de aposentadorias e não há previsão de reposição. Mas, o trabalho é realizado com muito afinco por todos os funcionários. Por isso dá certo. (profissional de saúde 2).

Dá certo, sim. A gente vê nitidamente a melhora na qualidade de vida dos pacientes. Eles saem melhores, mais seguros, mais independentes em comparação à sua chegada. O que falta pra ser melhor ainda é um aumento salarial. (profissional de saúde 3).

Considero que dá certo, sim. Melhorou muito o atendimento da pessoa com deficiência na cidade. Antes, só tinha o CEAPD e era precário. Só com a verba do município, era possível fazer muito menos do que fazemos hoje. Essa ideia de vir custeado pelo governo federal fez muita diferença. (profissional da saúde 1).

Ainda não. Acho eficiência uma palavra forte, me lembra perfeição. Ainda estamos longe da perfeição, mas, dentro do que pode ser feito, tudo é muito bem feito. (profissional de saúde 4).

A visão dos profissionais de saúde demonstrou ser mais rigorosa do que a própria avaliação dos pacientes. Todos os pacientes entrevistados externaram uma satisfação geral com a política pública. Os funcionários, apesar de também estarem satisfeitos, têm uma visão mais ampla, e sempre enxergam a possibilidade de fazer mais. O gestor deve sempre ouvir seu corpo de funcionários e dar espaço para mais ideias. A valorização do agente público da rua, aquele que põe a mão na massa e presta diretamente o serviço é uma chave para que bons resultados sejam alcançados.

Ao mesmo tempo, mesmo desconhecendo AED, nota-se que os profissionais de saúde enxergam a eficiência como uma meta a ser atingida, e isso é positivo, pois, ao atender as pessoas com deficiência e buscarem ser eficientes, os servidores colocam-se cada vez mais próximos à finalidade coincidente com o interesse público.

Apresentada toda a pesquisa empírica, impende passarmos à conclusão.

CAPÍTULO 4. ANÁLISE, CONCLUSÕES E SUGESTÕES.

Eu aprendi que nunca somos pequenos demais para fazer a diferença.

(Greta Thunberg)

Pais de menores e os adultos com deficiência costumam externar sua satisfação com o CER. Em reportagem do Jornal O Dia, pode-se extrair essa conclusão:

Os pais da paciente Mariana Esperança de Souza, de 8 anos, Bernardino Oliveira e Ana Maria Elias de Souza, contaram que tinham que ir para outro município realizar o tratamento da portadora de paralisia cerebral.

"Antigamente, nós procurávamos tratamento para Mariana e não conseguíamos, a não ser que a gente se deslocasse para longe. Quando descobrimos o CER, ficamos muito felizes porque aqui ela tem todos os tratamentos que teria na Barra e com profissionais maravilhosos. Graças a Deus, nós percebemos melhoras nela e o carinho como ela é recebida", explicou Bernardino.

Quem também se trata no CER é o Miguel Moreira, de 8 anos, filho da auxiliar contábil Claudilene Martins Moreira. Miguel sofreu uma isquemia cerebral no lado esquerdo que afetou o movimento da mão direita e reflexos. O menino começou o tratamento em fevereiro e a mãe já percebe importantes mudanças.⁶

Na definição de Jenkins (1978), política pública é o "conjunto de decisões inter-relacionadas, tomadas por um ator ou grupo de atores políticos, e que dizem respeito à seleção de objetivos e dos meios necessários para logr-los, dentro de uma situação específica em que o alvo dessas decisões estaria, em princípio, ao alcance efetivo desses atores". Retomando as fases, ou ciclos, da política pública, descritos no início, é possível enquadrar os CERs enquanto política pública, dentro do Plano Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Foi elaborada uma política central, sendo sua execução de responsabilidade dos entes locais, com financiamento e fiscalização feitas pela União, o que demonstra inteligência e incentivo aos bons hábitos econômico-financeiros, e que, se aplicado corretamente, tem tudo para maximizar a riqueza pública da verba envolvida, devolvendo saúde à população com deficiência. Tudo no intuito de apresentar uma solução ao problema público da ainda não

⁶ CENTRO de Reabilitação em Caxias atende pacientes com deficiência. **O Dia**, 21 maio 2019. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/duque-de-caxias/2019/05/5644910-centro-de-reabilitacao-em-caxias-atende-pacientes-com-deficiencias.html>. Acesso em: 08 jun. 2019.

integralização total da pessoa com deficiência e tendo em vista a melhora da qualidade de vida destas pessoas.

Através da demonstração detalhada do financiamento, e de estatísticas do número de atendimentos efetuados nos últimos três anos em que a estatística foi realizada, não realizadas nos anos de 2019 e 2020 em razão de atraso ocasionado pela pandemia de COVID-19 (as estatísticas colhidas se referem aos anos de 2016, 2017 e 2018), é possível deduzir que o CER funciona de maneira eficiente quantitativamente, uma vez que atende a um número expressivo de pessoas (cerca de 100 mil pessoas por ano). Que há atendimento ativo, e que um número significativo da população do município é beneficiado. A parcela da população que consegue acesso aos CERs aproveita diretamente da política.

Com todo o exposto, é crível que a nota do município no IDSUS tenha capacidade de ser elevada a partir da inauguração do primeiro CER (o CER II) no município de Duque Caxias. Levando em consideração o baixo IDH do município e seu elevado nível de pobreza, o CER II tem se demonstrado uma política pública hábil com os dados coletados, apesar de ser possível e desejável realizar melhorias.

A crítica que se faz ao projeto do Governo Federal é que ele deveria ser maior: seria extremamente produtivo se mais municípios, e mais Estados, pudessem ofertar à sua parcela deficiente da população o atendimento multidisciplinar que o CER oferece.

Apesar de ser uma excelente amostra do que pode ser feito, há ainda muito mais a ser alcançado: acreditamos que as pessoas com deficiência merecem maior espaço na agenda governamental, merecem maior atenção, uma gama maior de políticas a elas direcionadas. Deixamos aqui a sugestão de ampliação da política, pois, conforme demonstrado no início do trabalho, há um grande quantitativo de pessoas portadoras de deficiência dentro da demografia nacional: quanto mais CERs, mais pessoas seriam potencialmente beneficiadas.

Vimos que as pessoas com deficiência apontam problemas a serem solucionados pelo gestor, como a localização ruim e a dificuldade em agendar as consultas. Transcrevemos nos respectivos tópicos as sugestões sobre localidades mais estratégicas, ou uma adaptação da rede rodoviária do município com ponto de ônibus em frente ao CER. Além da sugestão de modernização do sistema de marcação de consultas, a segurança foi outro problema relatado, tanto pelos usuários quanto pelos funcionários. Assim, sugere-se que o policiamento seja reforçado na região.

Defendemos nesta dissertação que a Análise Econômica do Direito não é um samba de uma nota só. Esse campo teórico cabe não somente para analisar contratos jurídicos milionários

e regulação, como também é campo fértil para as políticas públicas, inclusive as políticas públicas de direitos fundamentais.

Mostramos, como o Direito flertando com a Economia pode ser muito produtivo. Vimos que a AED passou por uma humanização, que teve início com as críticas de Ronald Dworkin acatadas por Posner. A maximização da riqueza deixou de ser monetária e ganha contornos existenciais, compatíveis com a emancipação dos Direitos Humanos.

Também foi visto que Amartya Sen releu a Economia, não apenas pelo aspecto monetário, mas também pela liberdade e autonomia como meios de desenvolvimento, de modo que a autonomia da pessoa com deficiência tem espaço na discussão econômica do desenvolvimento. Com a experiência de Cass Sunstein, fechando o marco teórico com um dos autores contemporâneos e mais respeitados em AED, vimos que o aspecto humano é primordial em qualquer análise de eficiência em políticas públicas. E foram essas diretrizes que procuramos seguir ao realizar a pesquisa.

Sob o ponto de vista da maximização da riqueza, temos que uma das melhores maximizações de riqueza que o gestor público pode devolver à população, valorizando os tributos que o povo recolhe, são políticas públicas eficientes (POSNER, 2007, b). E para investigar essa eficiência, adentramos nos aspectos orçamentários do custeio da política.

Vimos que não é possível ao menor ente da federação custear um serviço público tão caro. Mas vimos que através do projeto desenvolvido, foi possível o repasse de verbas federais, de modo a materializar esse direito à saúde global da pessoa com deficiência, estampado no art. 25 da Convenção de Nova Iorque, que possui status de Emenda Constitucional no Brasil.

Perpassada a questão do custeio, passamos à análise de qualidade, entrevistando pessoas com deficiência que usufruem do CER e os funcionários especializados que lá atendem. Apesar de qualificados, os servidores recebem remuneração abaixo de sua expectativa, por isso reforça-se aqui que seja fixado um piso nacional de remuneração aos trabalhadores do CER em todo o país, com possibilidade de complementação de vencimentos pela União aos servidores vinculados ao CER. Uma fiscalização mais de perto pelos órgãos de controle federais também seria uma boa alusão, já que, mormente em período eleitoral, há denúncias de tentativa de uso político da imagem do CER por candidatos à Câmara de Vereadores.

A relação médico-paciente se mostrou sólida. Há nítido enfoque na promoção da autonomia e independência da pessoa com deficiência atendida no CER II Duque de Caxias. As pessoas com deficiência demonstram sentir-se valorizadas e mais autônomas e independentes com o atendimento recebido no CER, em sintonia com a ideia anticapacitista da

Lei Brasileira de Inclusão. Consideramos, portanto, um saldo positivo, afinal, com as entrevistas.

Foi possível observar que o CER, a despeito de poder ainda melhorar nos aspectos apresentados, está muito mais próximo da eficiência do que de uma eventual ineficiência. O atendimento prestado é bem avaliado pelos usuários, é de alto padrão e as instalações são limpas, adequadas, confortáveis. Espera-se que com essa avaliação, possa haver o despertar de um repensar nos idealizadores e mantenedores da política para que ela seja sempre modernizada e cada vez mais efetiva.

Por fim, ressaltamos que o Ministério da Saúde avaliou tão bem o CER II Duque de Caxias, que em novembro de 2018, foi inaugurado no mesmo Município o CER IV, com as especialidades próprias destes, cuja fachada pode-se ver na fotografia abaixo (Figura 3).

Figura 3 – CER IV – Duque de Caxias.



Fonte: Imagem do CER obtida no sítio eletrônico: <https://odia.ig.com.br/duque-de-caxias/2019/05/5644910-centro-de-reabilitacao-em-caxias-atende-pacientes-com-deficiencias.html>.

REFERÊNCIAS

- ALEXY, Robert. **Teoria de los derechos fundamentales**. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 2005.
- ALMEIDA, Danilo. **Uma crítica ao interpretativismo de Ronald Dworkin a partir do realismo pragmático de Hilary Putnam**. 2011. 119 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- AMARANTE, Paulo; LIMA, Ricardo. **Nada sobre nós sem nós. Relatório final / Oficina Nacional / Coordenado por Paulo Amarante e Ricardo Lima**. Rio de Janeiro, 2009. 122 p.
- ANDRADE, Danilo. **Conheça o ciclo das políticas públicas**. 2016. Disponível em: <https://www.politize.com.br/ciclo-politicas-publicas/> . Acesso em: 06 fev. 2021.
- ARAÚJO, Luiz Alberto David. **Direito das pessoas com deficiência**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. 607 p. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/51/edicao-1/direito-das-pessoas-com-deficiencia>. Acesso em: 06 fev. 2021.
- ARRUDA, Thais Nunes de. **Maximização de riqueza como princípio normativo – a primeira rodada do debate entre Richard Posner e Ronald Dworkin**. In: ADEODATO, João Maurício Leitão; GONZAGA, Alvaro de Azevedo. *Filosofia do direito II* [Recurso eletrônico on-line]. Florianópolis: FUNJAB, 2013. 30 p. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=1a5c761b6d071728>. Acesso em: 06 fev. 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABNT, 2004. 97 p.
- BEITZ, Charles R. **La Idea de los Derechos Humanos**. Madrid: Marcial Pons, 2012. 264 p.
- BIRKLAND, Thomas. **An introduction to the policy process: theories, concepts and models of public policy making**. 3. ed. Nova Iorque e Londres: M. E. Sharpe, 2011. 339 p.
- BLIACHERIS, Marcos Weiss. **Modelo social de deficiência e neurodiversidade**. Seminário de Inclusão: Direito das Pessoas com Deficiência. Capítulo 2. Rio de Janeiro: Associação Práxis Sistêmica, 2020. p. 58-69. ISBN: 978-85-94398-02-4.
- BODART, Bruno. **Análise econômica do direito: a ciência como método de estudo jurídico**. No prelo.
- BRAGA, Mariana Moron Saes; SCHUMACHER, Aluisio Almeida. **Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela teoria do reconhecimento social de Axel Honneth**. *Sociedade e Estado*. v.28, n. 2, p. 375-392, 2013.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 mar. 2019.

BRASIL. **Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm. Acesso em: 19 nov. 2016.

BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. **Lei n.º 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 19 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992.** Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria n.º 1060, de 5 de junho de 2002.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html. Acesso em: 11 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da pessoa com deficiência: diretrizes, políticas e ações.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de ambiência dos centros especializados em reabilitação.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **18/5 - Dia Nacional da Luta Antimanicomial.** 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2721-18-5-dia-nacional-da-lutaantimanicomial-2> . Acesso em: fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Avanços das políticas públicas para as pessoas com deficiência: uma análise a partir das conferências nacionais.** Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-avancos-politicas-publicas-pcd.pdf>. Acesso em: 01 abril 2019.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Recomendação n.º 01, de 24 de abril de 2014. Dispõe sobre a orientação a ser dada aos gestores estaduais e municipais para criação de órgãos gestores da política da pessoa com deficiência e dá outras providências.** Disponível em: <https://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade/atos-normativos/recomendacoes>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BRASIL. Secretaria Especial de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE-PR). **Relatório de Conjuntura “Custos Econômicos da Criminalidade no Brasil”.** 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/governo-federal-apresenta-os-custos-economicos-da-criminalidade-no-brasil>. Acesso em: 03 abril 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS.** Brasília, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/Zy4y9t>. Acesso em: 15.06.2020.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Políticas Públicas e Direito Administrativo. **Revista de Informação Legislativa**, n. 133, p. 89-98, 1997.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **O conceito de política pública em direito.** In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 1-50.

CALABRESI, Guido. **The cost of accidents – a legal and economic analysis.** New Haven: Yale University Press, 1970. 349 p.

CARDOZO, Priscila Schacht. Pessoas com deficiência e o protagonismo nos movimentos sociais. **Revista de Iniciação Científica (Criciúma)**, v. 15, n. 1, 2017.

CENTRO de Reabilitação em Caxias atende pacientes com deficiência. **O Dia.** Rio de Janeiro, 21 maio 2019. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/duque-de-caxias/2019/05/5644910-centro-de-reabilitacao-em-caxias-atende-pacientes-com-deficiencias.html>. Acesso em: 08 jun. 2019.

CLETO, Vinicius. **A convenção de Nova Iorque e o estatuto da pessoa com deficiência: ordenamento brasileiro e políticas públicas.** Editora Conteúdo Jurídico, 2016. Disponível em: <https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/48111/a-convencao-de-nova-iorque-e-o-estatuto-da-pessoa-com-deficiencia-ordenamento-brasileiro-e-politicas-publicas>. Acesso em: 30 mar. 2020.

CONSULTÓRIO ORGANIZACIONAL DA MENTE. **Entidades que atendem autistas - Rio de Janeiro.** Disponível em: http://www.consultoriiodamente.com/index.php?option=com_content&view=article&id=608:rio-de-janeiro&catid=66:entidades-que-atendem-autistas&Itemid=101. Acesso em: 29 mar. 2019.

DANTAS, Tiago. **Liberalismo Econômico.** Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/economia/liberalismo-economico.htm>. Acesso em: 29 out. 2020.

DERZI, Misabel de Abreu Machado; BUSTAMANTE, Thomas da Rosa. A análise econômica de Posner e a ideia de Estado de Direito em Luhmann: breves considerações críticas. **Revista da Faculdade de Direito-UFMG**, Número Especial em Memória do Professor Washington Peluso Albino de Souza, p. 327-352, 2013.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo.** São Paulo: Atlas, 2010. 875 p.

DICIO. **Dicionário Online de Português.** Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/eficiencia/>. Acesso em: 29 out. 2020.

DINSDALE, Geoff; MARSON, D. Brian; SCHIMIDT, Faye; STRICKLAND, Teresa. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. **Cadernos ENAP**, v. 20, p. 1-143, 2010.

DWORKIN, Ronald. **O Império do Direito.** 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 513 p.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério.** 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 592 p.

DWORKIN, Ronald. **Justice in Robes.** Cambridge: Belknap Press. 2008. 308 p.

FAGUNDES, Heleanara; FARIAS, Paulo José Leite. **Competência federativa e proteção ambiental.** Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris, 1999. 444 p.

FAGUNDES, Helenara; BALLINHAS DE MOURA, Alessandra. Avaliação de programas e políticas públicas. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 8, n.1, p. 89-103, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3215/321527164006> . Acesso em: jan. 2021.

FERREIRA, Mariah Brochado e BUSTAMANTE, Evanilda. Tese de doutorado. **O direito à educação em condições especiais das crianças portadoras de TDAH na perspectiva da filosofia da educação e da justiça distributiva.** mar, 2017 – UFMG.

FLESCHE, Carla Machado e MAQUIAVEL, Nicolau. **A submissão da Administração Pública ao princípio da eficiência visando à satisfatória consecução de seus fins.** Boletim Científico ESMPU, Brasília, a. 14, n. 45, p. 211-238, 2015.

FONTE, Eliane Maria Monteiro. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Revista do Programa de pós-graduação em Sociologia da UFPE**, v. 1, n. 18, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>. Acesso em: 22 maio 2019.

FONTE, Felipe de Melo. **Políticas públicas e direitos fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. 368 p.

FREIRE, Alonso. O pêndulo de Posner. **Revista Pensamento Jurídico. FADISP**, v. 87, n. 2, p. 225-248, 2016.

FREITAS, Luís Claudio da Silva Rodrigues. **Direitos da pessoa com deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão**. Seminário de Inclusão: Direito das Pessoas com Deficiência. Capítulo 1. Rio de Janeiro: Associação Práxis Sistêmica, p. 19-42, 2020. ISBN: 978-85-94398-02-4.

GICO JÚNIOR, Ivo. Metodologia e epistemologia da análise econômica do Direito. **Economic Analysis of Law Review**, v.1, n.1, p.7-33, 2010.

GONÇALVES, Everton das Neves; STELZER, Joana. Princípio da eficiência econômico-social no direito brasileiro: a tomada de decisão normativo-judicial. **Sequência (Florianópolis)**, n. 68, p. 261-290, 2014.

GREENSTONE, Michael; NIGAM, Vishan, Does social distancing matter? **University of Chicago, Becker Friedman Institute for Economics Working Paper**, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561244> .

HOLMES, Stephen; SUNSTEIN, Cass. **The cost of rights- why liberty depends on taxes**, Nova Iorque e Londres: W. M. Norton & Company, 1999, 256 p.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Studying public policy. Policy cycles & policy subsystems**. Oxford: Oxford University Press, 2009. 308 p.

HUBBARD, Robert Glenn; O' BRIEN, Anthony. **Introdução a Economia**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 1168 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**: banco de dados agregados do IBGE. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm. Acesso em: 26 abr. 2017.

IOCKEN, Sabrina Nunes. **O controle compartilhado das políticas públicas: uma nova racionalidade para o exercício democrático pela sociedade da desconfiança**. 2017. 279 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

JENKINS, William. **Policy Analysis: A Political and Organizational Perspective**. Oxford: Blackwell, 1978. 278 p.

KELSEN, Hans. **Teoria Pura do Direito**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 378 p.

KRUGMAN, Paul; WELLS, Robin. **Introdução à Economia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 856 p.

LEMOS, Francisco Mendes; FERREIRA, Paulo Felicíssimo. Instituto Benjamin Constant uma história centenária. **Revista Benjamin Constant**. n. 1, p. 1-8, 1995.

LOSCHI, Marília. Pessoas com deficiência: adaptando espaços e atitudes. **Agência IBGE Notícias**, 20 set. 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/16794-pessoas-com-deficiencia-adaptando-espacos-e-atitudes>. Acesso em: 01 maio 2019.

LOWI, Theodor. American business, public policy, case studies and political theory. **World Politics**, v. 16, p. 677-715, 1964.

LYNN, Laurence. **Designing public policy**: A casebook on the role of policy analysis. Santa Monica: Goodyear, 1980. 471 p.

MANDL, Ulrike; DIERX, Adriaan; ILZKOVITZ, Fabienne. **The effectiveness and efficiency of public spending**. Economic Papers. Bruxelas: European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2008. 36 p.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de Direito Administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2000.

MENDONÇA, Maria Lírida Calou de Araújo; SILVA FILHO, Arnaldo Coelho da; OLIVEIRA JÚNIOR, Vicente de Paulo Augusto de. Análise econômica do direito como elemento concretizador da teoria estruturante do direito. **Quaestio Iuris**, v. 11, n. 3, p. 1515-1541, 2018.

MISES, Ludwig Von. **Ação humana - um tratado de Economia**. 3 ed. São Paulo: LVM Editora, 2010. 1020 p.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Mutações do direito administrativo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007. 475 p.

MOVIMENTO DOWN. **Rede de atendimento**. Disponível em: <http://www.movimentodown.org.br/sindrome-de-down/redes-de-atendimento/?estado=RJ&cidade=Rio%20de%20Janeiro>. Acesso em: 29 mar. 2019.

NERY JUNIOR, Nelson. **Princípios do Processo civil na Constituição Federal**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. 245 p.

NEW ZEALAND GOVERNMENT. **A Guide to using the Common Measurements Tool, 2010**. Disponível em: <https://www.publicservice.govt.nz/assets/Legacy/resources/Guide-to-using-the-CMT-March10.pdf>. Acesso em: fev. 2021.

NOVAIS, Jorge Reis. **Direitos como trunfos contra a maioria – sentido e alcance da vocação contramajoritária dos direitos fundamentais no estado de direito democrático**. In: CLÈVE, Clèmerson Merlin; SARLET, Ingo Wolfgang; PAGLIARINI, Alexandre Coutinho. **Direitos Humanos e Democracia**. Rio de Janeiro: Forense, 2007, p. 81.

NOVELINO, Marcelo. **Direito Constitucional**. 3 ed. São Paulo: Editora Método, 2009., 783 p.

NUSDEO, Fábio. **Curso de economia: introdução ao direito econômico**. 6 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. 384 p.

OLIVEIRA, Carolina. Um retrato do autismo no Brasil. **Revista Espaço Aberto**, v. 170, 2018. Disponível em: <http://www.usp.br/espacoaberto/?materia=um-retrato-do-autismo-no-brasil#:~:text=Por%20Carolina%20Oliveira&text=O%20dia%20de%20abril,tamb%C3%A9m%20no%20comportamento%20do%20indiv%C3%ADduo> . Acesso em: fev. 2021.

OTHERO, Marilia Bense; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Necesidades de salud de la persona con discapacidad: la perspectiva de los sujetos a través de historias de vida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 219-333, 2012.

REYMÃO, Ana Elizabeth Neirão; CEBOLÃO, Karla Azevedo. **A análise econômica do direito e a solução de conflitos em tribunais judiciais brasileiros: estudo de caso da jurisprudência do Rio Grande do Sul**. In: KLEIN, Vinícius; BECUE, Sabrina Maria Fedel. *Análise Econômica do Direito – Principais Autores e Estudo de Caso*. Curitiba: Editora CRV, 2019, 512 p.

POSNER, Richard. Tribute to Ronald Dworkin and a note on pragmatic adjudication. *New York University Annual Survey of American Law*, v. 63, n. 9, p. 9-14, 2007a.

POSNER, Richard. **El análisis económico del derecho**. 2. ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de España, 2007b. 1126 p.

POSNER, Richard. **Economic analysis of law**. 7 ed. Nova Iorque: Aspen Publishers, 2007c. 787 p.

POSNER, Richard. **Problemas de filosofia do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2007d. 664 p.

POSNER, Richard. **Direito, pragmatismo e democracia**. Rio de Janeiro: Forense, 2010. 310 p.

POSNER, Richard. **Fronteiras da teoria do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. 605 p.

POSNER, Richard. **A economia da Justiça**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>. Acesso em: 20 maio 2017.

RIBEIRO, Marcia Carla Pereira; CAMPOS, Diego Caetano da Silva. Análise econômica do direito e a concretização dos direitos fundamentais. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, v. 11, n. 11, p. 304-329, 2012.

ROBBINS, Lionel. **Um ensaio sobre a natureza e a importância da ciência econômica**. São Paulo: Saraiva, 2012. 168 p.

RODRIGUES, Vasco. **Análise econômica do direito: uma introdução**. Coimbra: Almedina, 2007. 243 p.

SANTOS, Juliano Machado dos. **Trabalho e cidadania das pessoas com deficiência: abordagens históricas, movimentos sociais, legislação e análise sobre inclusão laboral**. 2014. 72 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage Learning, 2016. 475 p.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2019.

SILVA, Jorge Luiz Mariano da; QUEIROZ, Maria de Fátima Medeiros. Eficiência na gestão da saúde pública: uma análise dos municípios do estado do Rio Grande do Norte (2004 e 2008). **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n. 50, p. 149-170, 2018.

SCHLEMPER, Alexandre Luiz; SHIKIDA, Pery Francisco Assis; OLIVEIRA, Cristiano Aguiar. **Circunstâncias socioeconômicas da decisão pelo crime econômico para jovens encarcerados no Paraná e no Rio Grande do Sul**. In: KLEIN, Vinícius; BECUE, Sabrina Maria Fedel. *Análise Econômica do Direito – Principais Autores e Estudo de Caso*. Curitiba: Editora CRV, 2019, 512 p.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações: uma investigação sobre a natureza e as causas da riqueza das nações**. 1 ed, São Paulo: Madras, 2009. 748 p.

SOUZA, Celine. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

SUNO SEARCH. **Tudo sobre Amartya Sen**. Disponível em: <https://www.sunoresearch.com.br/tudo-sobre/amartya-sen/>. Acesso em: 09 fev. 2020.

SUNSTEIN, Cass. **Valuing life: humanizing the regulatory state**. Chicago: University of Chicago Press, 2014. 248 p.

TABAK, Benjamin Miranda. A análise econômica do direito - proposições legislativas e políticas públicas. **Revista de Informação Legislativa**, v. 52, n. 205, p. 321-345, 2015.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (TCE RJ). Secretaria Geral de Planejamento. **Estudos Socioeconômicos. Municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Duque de Caxias, 2017. Disponível em: <http://www.tce.rj.gov.br/estudos-socioeconomicos1>. Acesso em: 11 jun. 2019.

VERDE, Lucas Henrique Lima; MIRANDA, João Irineu de Resende. **Os bens de informação e o mercado editorial brasileiro: uma análise econômica do direito sobre o PL 3347/2015**. In: KLEIN, Vinícius; BECUE, Sabrina Maria Fedel. *Análise Econômica do Direito – Principais Autores e Estudo de Caso*. Curitiba: Editora CRV, 2019, 512 p.

VOLPATO, Luana Figueiró Silva. breve análise sobre o embate entre o interpretativismo de Ronald Dworkin e o pragmatismo de Richard Posner na construção da decisão judicial. **Barbarói (UNISC)**, Edição Especial, n. 42, p. 103-120, 2014.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2015**. Genebra: WHO, 2015. 164 p. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/world-health-statistics-2015.pdf>. Acesso em: jan. 2021.

YIN, Robert. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016. 336 p.

ZANON JUNIOR, Orlando Luiz. Pós- Positivismo: a versão pragmática de Posner. **Revista Direito e Liberdade**, v.15 n. 3, p. 141-170, 2013. Disponível em: http://www.esmarn.tjrj.jus.br/revistas/index.php/revista_direito_e_liberdade/article/view/567 . Acesso em: jan. 2021.

Apêndice A

Perguntas aos profissionais de saúde do CER Duque de Caxias.

Bloco 1: Perfil

- Nome:
- Sexo:
- Idade:
- Escolaridade:
- Função:

Bloco 2: Trajetória

- Há quanto tempo atua como (ESPECIALIDADE)?
- Quando iniciou o trabalho no CER
- Trabalha em outro lugar?
- Como conheceu até o CER?
- Como foi o seu processo de seleção?

Bloco 3: Localização, acesso e segurança.

- Acesso ao local de trabalho
- Segurança

Bloco 4: Rotina de trabalho

- Como é a rotina de trabalho?
- Carga horária?
- Dias da semana?
- Ambiente de trabalho? Relacionamento com colegas, técnicos e administração.
- Segurança

Bloco 5: Infraestrutura

- Equipamentos
- Iluminação
- Limpeza
- Conforto
- Refrigeração

Bloco 6: Relação com pacientes

- Descrever a relação com os pacientes e seus familiares

Bloco 7: Satisfação

- Está satisfeito em trabalhar aqui?
- Remuneração?
- Expectativa quando iniciou
- Comparação com outros locais de trabalho

Bloco 8 – Perguntas de AED.

- 1- Qual (is) as críticas mais comuns dos pacientes ao CER no seu ponto de vista? E quais os elogios?
- 2- Você considera que o seu trabalho tem o condão de aumentar a autonomia dos pacientes atendidos? Por quê?
- 3- Você considera que poderia fazer mais no serviço público que presta? Qual o maior impeditivo ou dificultador?
- 4- O que você acha que o CER tem de melhor? Por que você acha que o CER funciona bem neste aspecto por você apontado?
- 5- Qual você acha o principal problema no CER? Sugestões de resolução?
- 6- Você considera, sinceramente, que seu trabalho no CER é eficiente? Por quê?
- 7- Você considera o CER uma política pública eficiente? Qual a razão da sua resposta?
- 8- Existe ou existiram programas de qualificação aos profissionais que atendem os pacientes? Quantos profissionais de cada especialidade da saúde há no CER?
- 9- O Município de Duque de Caxias colabora de que maneiras para a manutenção do CER? Há interlocução com outros órgãos, por exemplo, a secretaria de educação? Caso positivo, com quais objetivos? Há dados sobre o efeito dessas interlocuções últimos quatro anos?
- 10- Você considera, pessoalmente, que o CER deu, e dá, certo no Município de Duque de Caxias? Por quê? O que melhorou na vida, ou qualidade de vida, dos destinatários/pacientes?

Apêndice B

Perguntas às pessoas com deficiência e/ou seus responsáveis legais.

OBS. A PESQUISA GARANTE O ANONIMATO, caso o paciente/responsável não queira fornecer seu nome, tudo bem. As perguntas referentes ao tratamento de saúde devem levar em consideração a melhora/estagnação ou piora na vida do paciente.

Bloco 1: Perfil

Nome:

Sexo:

Idade (do responsável e do paciente):

Escolaridade (responsável e paciente):

Serviço Médico que usufrui no CER:

Data de início do tratamento (pode ser o ano):

Primeira vez ou já foi atendido antes:

Bloco 2: Informação

- Como conheceu o local? (Indicação de amigos, encaminhamento da escola, encaminhamento de outra clínica do SUS, etc)
- Facilidade para conseguir consulta (conseguiu agendar): ()PÉSSIMA ()RUIM ()REGULAR ()BOA ()ÓTIMA
- Formas de comunicação: ()telefone ()internet ()presencial ()outra.
- horário de funcionamento: () PÉSSIMO ()RUIM ()REGULAR () BOM ()ÓTIMO

Bloco 3: Localização

- Localização é boa para você? () PÉSSIMO ()RUIM ()REGULAR () BOM ()ÓTIMO
- Acesso (como chega? Ônibus, Van, veículo próprio). Ver distância para ponto, estacionamento, etc).
() PÉSSIMA. ()RUIM ()REGULAR () BOA () ÓTIMA

- Acesso físico ao CER – () PÉSSIMA. () RUIM () REGULAR () BOM () ÓTIMO
(tem rampas, elevadores para pessoas com deficiência física, etc.)

Bloco 4: Atendimento

- 1- Você considera adequado o atendimento de saúde (médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional) que você recebe no CER? () SIM () NÃO.
- 2- Você considera o/a profissional de saúde que o atende qualificado para o atendimento que lhe presta? () SIM () NÃO
- 3- Você considera que o atendimento prestado pelo CER na sua especialidade melhora a sua qualidade de vida? () SIM () NÃO.
- 4- Você considera que com o atendimento prestado no CER há melhora na vida da sua família ou das pessoas que convivem com você? () SIM () NÃO.
- 5- Você se considera mais independente/com mais autonomia para as ações do cotidiano (dia a dia) com o atendimento que você recebe aqui? () SIM () NÃO
- 6- Antes do CER, você recebia atendimento semelhante? () SIM () NÃO.
- 7- Caso tenha respondido sim na pergunta anterior, este serviço era gratuito? () SIM () NÃO
- 8- Você considera o CER uma política Pública de saúde eficiente? () SIM () NÃO
- 9- Serviço prestado acima ou abaixo da expectativa? () ACIMA () ABAIXO () DENTRO.
- 10- O que você considera que poderia melhorar no CER? () número de consultas () conforto do espaço físico () quantidade de profissionais que atendem () qualidade dos profissionais que atendem () aparelhamento para atendimento () OUTROS.
Caso tenha respondido outros, o que seria?

Bloco 5: Infraestrutura

- Sala de espera. () PÉSSIMA () RUIM () REGULAR () BOA () ÓTIMA
Conforto das instalações. () PÉSSIMA () RUIM () REGULAR () BOA () ÓTIMA
- Equipamentos médicos.
() PÉSSIMOS () RUINS () REGULARES () BONS () ÓTIMOS.
- Limpeza. () PÉSSIMA () RUIM () REGULAR () BOA () ÓTIMA.