



11º Encontro Internacional de Política Social 18º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Entre o capital e a vida: questão social,
crise ambiental e resistências

Vitória, ES, Brasil, 18 a 20 de agosto de 2026

Eixo: Exploração e Opressões no capitalismo

A desumanização da pessoa com deficiência na Rede de Atenção à Saúde

Ana Elisa de Paiva Farias¹

Resumo: O presente artigo é produto de uma pesquisa em andamento dentro do contexto de residência multiprofissional em saúde e tem como objetivo analisar criticamente a desumanização da pessoa com deficiência na Rede de Atenção à Saúde, considerando a articulação entre o capacitismo estrutural, a desresponsabilização estatal e a transferência do cuidado, sustentando-se nas percepções metodológicas do materialismo histórico-dialético, contribuindo para o fortalecimento de uma práxis profissional crítica e inclusiva.

Palavras-chave: pessoa com deficiência; capacitismo estrutural; rede de atenção à saúde; desresponsabilização estatal.

The dehumanization of people with disabilities in the RAS (Health Care Network)

Abstract: This article is the result of an ongoing study conducted within the context of a multiprofessional health residency program and aims to critically analyze the dehumanization of people with disabilities within the Health Care Network, considering the articulation between structural ableism, state neglect, and the transfer of care responsibilities. The study is grounded in the methodological perspectives of historical-dialectical materialism, contributing to the strengthening of a critical and inclusive professional praxis.

Keywords: people with disabilities; structural ableism; health care network; state neglect.

1. Introdução

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, representou um marco civilizatório ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado. Porém, apesar do discurso oficial de inclusão e universalidade do acesso à saúde, formalizado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006) e na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), os avanços normativos conquistados nas últimas décadas convivem com a realidade concreta de um sistema tensionado pelo subfinanciamento crônico, pela mercantilização progressiva dos serviços, advindas do modo de produção capitalista e pela prevalência de uma racionalidade neoliberal, que

¹ Assistente social, graduada em serviço social pela Universidade Federal de Viçosa/MG. Residente multiprofissional no programa de residência multiprofissional em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-Degenerativas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora/MG. Email: anaelisapf2002@gmail.com

transforma o cuidado em mercadoria e desloca responsabilidades públicas para o âmbito privado e familiar, especialmente para as mulheres e/ou instituições filantrópicas.

A desumanização da pessoa com deficiência, portanto, não se restringe a práticas simbólicas ou pontuais, mas constitui um fenômeno estrutural, inscrito nas relações de poder e nas determinações do modo de produção capitalista, manifestando-se na negação da subjetividade, da autonomia e do reconhecimento desses sujeitos como sujeitos de direitos. Nesse contexto, a deficiência deve ser compreendida como um fenômeno socialmente construído, atravessado por múltiplos marcadores de desigualdade, em que, para efetivação da integralidade do cuidado para pessoas com deficiência depende não apenas da existência de marcos legais, mas de uma profunda reorganização das práticas institucionais, da escuta qualificada dos usuários e da superação das desigualdades de classe, raça, gênero e território, exigindo transformações estruturais e no enfrentamento das desigualdades sociais que limitam o acesso e a permanência desses usuários na Rede de Atenção à Saúde.

Diante disso, o presente trabalho, produto de uma pesquisa em andamento dentro do contexto de residência multiprofissional em saúde, tem como objetivo analisar a desumanização da pessoa com deficiência na Rede de Atenção à Saúde, considerando a articulação entre o capacitismo estrutural, a desresponsabilização estatal e a transferência do cuidado. Enquanto metodologia, adotou-se a abordagem qualitativa, sustentada nas percepções marxistas do materialismo histórico-dialético, por possibilitar uma análise crítica e totalizante da realidade social, compreendendo-a como um processo dinâmico, contraditório e historicamente determinado. A adoção dessa perspectiva revela-se central para a análise das expressões da questão social, uma vez que orienta a investigação para além da aparência imediata dos fenômenos, articulando as dimensões históricas, econômicas e políticas, permitindo então, desvelar as determinações estruturais do modo de produção capitalista que atravessam as políticas públicas e as práticas de saúde.

Como procedimento de investigação, foi utilizado a pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos (Gil, 2002). Para tanto, foi realizado um breve resgate histórico das políticas de saúde no Brasil, destacando os principais marcos legais que orientam a atenção à pessoa com deficiência. Em seguida, traçou-se uma

análise sobre o deslocamento do cuidado para o âmbito familiar e para instituições filantrópicas, evidenciando seus impactos sociais, econômicos e psicossociais, bem como suas implicações na reprodução das desigualdades e na sobrecarga dos sujeitos envolvidos nesse processo.

2. Deficiência e capacitismo estrutural

A análise da deficiência no campo das ciências sociais exige o rompimento com a perspectiva médico-individual, que historicamente reduziu a deficiência à esfera da patologia, da incapacidade e da adaptação individual, para se ancorar no Modelo Social da Deficiência. Conforme argumenta Diniz (2007), a deficiência não deve ser compreendida como um atributo do corpo, mas como uma experiência social produzida na interação entre corpos diversos e ambientes estruturados para excluir aqueles que não se conformam aos padrões hegemônicos da sociabilidade capitalista. Esse deslocamento teórico representa uma inflexão fundamental ao evidenciar que a exclusão das pessoas com deficiência é resultado de decisões políticas, econômicas e institucionais, e não de limitações naturais ou individuais.

Essa concepção encontra respaldo no plano normativo internacional com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Organização das Nações Unidas em 2006, ao definir a pessoa com deficiência, em seu artigo 1º, como

[...] aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (ONU, 2006).

No contexto brasileiro, a Lei nº 13.146/2015 incorpora essa definição em seu artigo 2º, reafirmando o reconhecimento da deficiência como um fenômeno socialmente produzido. Todavia, como advertem Diniz, Barbosa e Santos (2009), a incorporação normativa do modelo social não implica, por si só, a transformação das condições materiais que sustentam a exclusão, uma vez que os direitos formalmente garantidos permaneceram subordinados às contradições estruturais da sociedade capitalista. Ou seja,

Por esse raciocínio se depreende que, para além da condição física, sensorial, intelectual ou fisiológica que acometem singularmente cada pessoa com deficiência, há características sociais, comportamentais, filosóficas, ideológicas que circunscrevem a experiência social de todas elas. Essas características, ao tomar contato com a materialidade da vida social, conformam um método de pensar a deficiência, ou ainda, uma forma de compreensão que responde aos diferentes modos de produção e também

reprodução da vida humana em cada época, submetendo os seres humanos sujeitos a esta experiência a uma grande luta pela sua própria existência como seres sociais e, hodiernamente, o reconhecimento do que compreendemos hoje como direitos de cidadania (SANTOS, 2024 p.15).

Cabe ressaltar que a centralidade atribuída à noção de “barreiras”, ao definir a pessoa com deficiência, constitui um avanço conceitual ao deslocar a responsabilidade da deficiência do corpo individual para a organização social. Entretanto, quando dissociada da crítica às estruturas que produzem e reproduzem tais barreiras, essa noção corre o risco de operar de forma abstrata e despolitizada. É nesse contexto que o conceito de capacitismo estrutural se apresenta como categoria analítica fundamental para compreender como a sociedade capitalista organiza hierarquias corporais baseadas na produtividade, na eficiência e na autonomia individual. Conforme destaca Diniz (2007), o capacitismo institui um ideal de corpo funcional como norma social, relegando os corpos que dela escapam à condição de dependência, tutela e inferiorização moral.

O capacitismo estrutural é, portanto, segundo Bernardes (2024), um sistema que historicamente descriminaliza pessoas com deficiência através de práticas sociais e institucionais disfarçadas de discursos pautados na proteção social desses indivíduos, em prol da manutenção e reprodução da ordem capitalista. Assim, segundo Gesser, Böck e Lopes (2020):

O capacitismo é estrutural e estruturante, ou seja, ele condiciona, atravessa e constitui sujeitos, organizações e instituições, produzindo formas de se relacionar baseadas em um ideal de sujeito que é performativamente produzido pela reiteração compulsória de capacidades normativas que consideram corpos de mulheres, pessoas negras, indígenas, idosas, LGBTI e com deficiência como ontológica e materialmente deficientes. [...] Outrossim, o capacitismo também tem relação com o aperfeiçoamento do sistema capitalista, à medida que há o estabelecimento de um ideal de corponormatividade que corrobora com a manutenção e aperfeiçoamento desse sistema econômico. (GESSER, BÖCK, LOPES, 2020, p.18)

Portanto, o capacitismo estrutural manifesta-se concretamente na desresponsabilização do Estado e na transferência do cuidado para o âmbito privado, especialmente para as famílias e, de modo particular, para as mulheres, reforçando a divisão sexual do cuidado e a naturalização da sobrecarga feminina, deslocando a deficiência do campo dos direitos e da justiça social para o plano da moralidade doméstica (Diniz, Barbosa e Santos, 2009).

3. A saúde da pessoa com deficiência no Brasil: breve contextualização

Ao longo da história, os modelos de atenção à saúde no Brasil foram profundamente moldados pelas dinâmicas políticas e econômicas de cada período, em um cenário permeado por disputas ideológicas e desigualdades estruturais. Esse processo resultou em políticas marcadas por exclusões sistemáticas e por contradições persistentes entre o reconhecimento formal de direitos e sua efetivação concreta no cotidiano.

O modelo capitalista brasileiro, forjado sobre alicerces de concentração de renda e exclusão social, historicamente subordinou o acesso à saúde aos imperativos da produtividade, da lógica mercantil e da manutenção da ordem social vigente. Os corpos dissidentes, especialmente os corpos com deficiência, foram frequentemente invisibilizados, patologizados ou institucionalizados, sendo tratados como objetos de intervenção médica ou assistencial, e não como sujeitos de direitos.

Nesse sentido, as políticas públicas de saúde destinadas à população com deficiência no Brasil refletem um percurso histórico marcado pela exclusão, medicalização e institucionalização dos corpos que fogem à norma produtivista. A ausência de políticas inclusivas até o final do século XX revela a lógica social dominante na qual a deficiência era tratada como anomalia a ser corrigida ou segregada, muitas vezes sem qualquer reconhecimento de direitos civis, sociais ou políticos. A presença de dispositivos legais, ainda que recentes, não elimina a marca histórica de violência institucional que caracterizou o tratamento dispensado a essas pessoas, sobretudo no contexto da saúde mental.

Durante o período da ditadura cívico-militar (1964–1985), o modelo de atenção psiquiátrica e o tratamento da deficiência física e/ou intelectual foram instrumentalizados como práticas de controle social. O caso emblemático da Colônia Hospitalar de Barbacena, em Minas Gerais, onde segundo o Ministério Público de Minas Gerais mais de 60 mil pessoas morreram em condições desumanas entre as décadas de 1930 e 1980, ilustra o modo como o Estado tratava a diferença: com exclusão, tortura e invisibilização. Segundo Arbex (2019), grande parte das pessoas institucionalizadas nesses espaços não apresentavam qualquer diagnóstico clínico, sendo internadas por motivos como gênero, raça, classe, deficiência, orientação sexual, ou comportamentos que desviassem dos padrões normativos da época, subordinando a saúde mental desses

indivíduos a interesses políticos, econômicos e sociais em prol da manutenção da classe dominante.

A ruptura desse paradigma só começa a se desenhar de fato a partir da década de 1970, sendo resultado de pressões históricas dos movimentos sociais, como a luta antimanicomial, o movimento sanitarista e a consolidação de uma concepção ampliada de saúde que culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988. Foi em 1988 que pela primeira vez, a saúde foi reconhecida como um direito universal, inalienável e vinculado às condições de vida, por meio do artigo 196, e não como um privilégio atrelado à capacidade produtiva dos sujeitos. Além disso, a CF-88 trouxe os direitos de saúde, educação e cultura para as pessoas com deficiência através dos artigos 23 e 24:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. (BRASIL, 1988)

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

IX - educação, cultura, ensino, desporto, ciência, tecnologia, pesquisa, desenvolvimento e inovação;

XIV - proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência;

XV - proteção à infância e à juventude;

XVI - organização, garantias, direitos e deveres das polícias civis. (BRASIL, 1988)

Esse marco normativo inaugurou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, instituindo os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. No entanto, mesmo com os avanços constitucionais, a inserção da população com deficiência na política de saúde pública continuou baixa durante os anos 1990, sendo tratada de forma residual e focalizada.

Somente em 2002, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.060/2002, que o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), que visa promover ações intersetoriais de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e redução de danos, estruturando-se com base nos princípios do SUS. Nesse sentido, a PNSPD rompe parcialmente com a abordagem estritamente clínica, ao reconhecer a necessidade de superar as barreiras físicas, comunicacionais e atitudinais que impedem o acesso equânime dos sujeitos aos serviços de saúde. Ainda assim, a política mantém forte influência do modelo médico-reabilitador, com ênfase em práticas terapêuticas e tecnológicas, e não em transformações estruturais que garantam a

cidadania plena, além de ausência de orçamento próprio e de diretrizes operacionais claras, dificultando sua implementação plena nos estados e municípios.

Em 2006, com a ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas, internalizada no ordenamento jurídico brasileiro com status constitucional por meio do Decreto Legislativo nº 186/2008 e regulamentada pelo Decreto nº 6.949/2009, o Brasil formalizou seu compromisso com o modelo social da deficiência. A Convenção representa um marco jurídico e político fundamental ao deslocar a deficiência de uma perspectiva biomédica e individualizante para uma concepção relacional, ou seja, na qual a exclusão decorre da interação entre impedimentos corporais e estruturas/sociais/econômicos excludentes, e não de uma falha intrínseca do sujeito.

Contudo, conforme aponta Diniz (2007), a transição entre modelos médico-reabilitador para o modelo social permanece incompleta, sobretudo quando se observa a implementação das políticas públicas em contextos locais marcados por desigualdades estruturais, subfinanciamento do SUS e fragilidade das políticas intersetoriais. Faltam mecanismos de exigibilidade jurídica eficazes, e persistem às práticas institucionais capacitistas, que reproduzem a lógica biomédica e tratam a deficiência como um problema a ser corrigido, e não como uma diferença a ser acolhida em sua dignidade, negando às pessoas com deficiência o pleno acesso à cidadania e à saúde integral.

Em 2012 tem-se a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio da Portaria nº 793/2012, no âmbito do SUS, na qual representa um esforço para estruturar a atenção especializada de forma regionalizada, por meio da articulação entre atenção primária, unidades especializadas e oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. A Portaria foi complementada pela Portaria nº 835/2012, que define as diretrizes de funcionamento dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), buscando ampliar o acesso ao cuidado especializado e à reabilitação multidisciplinar.

Outro marco importante foi a criação do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, instituído pelo Decreto nº 7.612/2011, que propôs ações intersetoriais nas áreas de saúde, educação, acessibilidade e inclusão social. O plano foi alterado em 2023 pelo Decreto nº 11.793/2023, passando a se chamar Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Novo Viver sem Limite, na qual o Plano tem como diretrizes:

Art. 2º São diretrizes do Novo Viver sem Limite:

- I - o enfrentamento do capacitismo, do preconceito e da violência contra pessoas com deficiência;
- II - o reconhecimento da participação e do protagonismo das pessoas com deficiência;
- III - a garantia de acesso das pessoas com deficiência aos produtos, aos serviços e aos equipamentos públicos e privados;
- IV - a ampliação da participação das pessoas com deficiência nas várias dimensões da vida social, mediante a diminuição das barreiras e das desigualdades sociais;
- V - a prevenção das causas de deficiência;
- VI - a identificação tempestiva da deficiência;
- VII - o reconhecimento da interseccionalidade como componente constitutivo das identidades de pessoas e grupos;
- VIII - o respeito pela diferença e pela plena inclusão das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana no País;
- IX - o compartilhamento pactuado de ações e estratégias com os entes federativos e com organizações e movimentos da sociedade civil; e
- X - a promoção da igualdade equitativa de oportunidades e de adaptações razoáveis para as pessoas com deficiência. (BRASIL, 2023)

Já em 2015, foi promulgada a Lei Brasileira de Inclusão – LBI (Lei nº 13.146/2015), conhecida como o Estatuto da Pessoa com Deficiência, na qual representa o ponto culminante do processo de incorporação dos direitos humanos da pessoa com deficiência no ordenamento jurídico nacional. A LBI consolida os princípios da Convenção da ONU e prevê o acesso integral e prioritário aos serviços de saúde, o fornecimento de tecnologias assistivas, reabilitação, capacitação de profissionais e a eliminação de barreiras institucionais.

É notório que o arcabouço normativo brasileiro referente à saúde da pessoa com deficiência apresenta avanços significativos em termos legais e programáticos. No entanto, a distância entre a legislação e sua implementação concreta reflete os limites impostos por um modelo de gestão pública fragmentado, subfinanciado e muitas vezes orientado por uma lógica de focalização e austeridade, como evidencia a Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como “PEC da morte”, que impôs um teto de gastos sociais por 20 anos, comprometendo diretamente os investimentos em saúde, educação e assistência. Tal medida aprofunda as desigualdades existentes e atenta contra os compromissos assumidos pela Constituição e pelos tratados internacionais.

Assim, a austeridade fiscal, típica da racionalidade neoliberal, subverte os princípios de justiça social e universalidade que fundamentam o SUS, restringindo o direito à saúde às margens da capacidade orçamentária do Estado, na qual a deficiência

continua a ser gerida por uma estrutura pública permeada por lógicas capacitistas, fragmentação institucional e vulnerabilidades financeiras.

4. Pessoa com deficiência e a família na Rede de Atenção à Saúde (RAS): a implementação de linha de cuidado integral nos moldes do SUS e suas contradições

A consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como instrumento de garantia da integralidade no SUS representa um avanço significativo na integralidade do cuidado. A Portaria nº 793/2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência propõe a integração de múltiplos níveis de atenção à saúde, visando o cuidado contínuo. Porém, na prática, a RAS revela-se fragmentada e instrumentalizada para a reprodução das desigualdades sociais, e seu impacto para pessoas com deficiência permanece limitado pela lógica estrutural do sistema de saúde brasileiro, atravessado pelo capitalismo e suas contradições.

O Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que juridicamente garantido como direito de todos, enfrenta um processo sistemático de desfinanciamento e enfraquecimento institucional, que compromete sua capacidade de garantir de forma plena a equidade, integralidade e justiça social. Conforme analisa Paim (2009), o SUS tem sido alvo constante de pressões privatistas, que, ao tensionarem sua natureza pública, corroem sua função transformadora e emancipadora. No caso das pessoas com deficiência, esse cenário se traduz em políticas fragmentadas, muitas vezes limitadas à reabilitação técnica, que desconsideram as múltiplas dimensões da exclusão social. Tal abordagem reforça ainda mais a subalternização desses sujeitos, naturalizando a dependência institucional e fragilizando os princípios de autonomia, participação e cidadania ativa, fundamentais para a consolidação de uma atenção em saúde verdadeiramente democrática e emancipatória.

E embora o SUS proponha uma lógica de atenção integral e articulada em rede, na prática, o atendimento à pessoa com deficiência ainda é fragmentado, centrado em ações reabilitadoras, pautada no modelo biomédico que individualiza a deficiência e desresponsabiliza o Estado e a sociedade pelas desigualdades estruturais. Dessa forma, a RAS, para ser efetivamente inclusiva, deve reconhecer a deficiência como uma questão política e social, e não apenas clínica, incorporando práticas que enfrentam o capacitismo institucional e promovam o cuidado centrado na autonomia, nos vínculos territoriais e na

intersectorialidade. Além disso, o acesso desigual a serviços especializados e tecnologias assistivas reproduz a lógica da necropolítica descrita por Mbembe (2018), em que o Estado decide, direta ou indiretamente, quais vidas são valorizadas ou descartadas, sendo os corpos com deficiência, pobres e negros os mais vulneráveis a essa exclusão letal.

Outro fator importante de se analisar é a transferência do cuidado para o âmbito familiar, sobretudo para mulheres, que expõe e aprofunda as desigualdades estruturais que atravessam as relações sociais, ao mesmo tempo que naturaliza a desresponsabilização estatal. O trabalho informal de cuidado, assumido pelos familiares e responsáveis legais, constitui-se em um mecanismo social que reproduz dinâmicas de opressão e desvalorização, refletindo a fragilidade das políticas públicas e o fracasso do Estado em garantir o direito ao cuidado integral de forma plena aos sujeitos. Essa sobrecarga impõe um desgaste físico e psíquico significativo aos cuidadores e familiares, sobretudo para mulheres, manifestado por elevados índices de estresse, ansiedade, exaustão e sofrimento emocional, agravados pela ausência de suporte institucional e pela precarização econômica que atinge especialmente famílias em situação de vulnerabilidade social.

Assim, a lógica neoliberal, ao dismantelar as redes públicas e reduzir o financiamento de políticas sociais, reforça a mercantilização da vida e desloca para o núcleo familiar a responsabilidade pelo cuidado. Essa dinâmica reforça a exclusão social das pessoas com deficiência, ao mesmo tempo em que compromete a saúde e a dignidade dos seus cuidadores, revelando as contradições de um sistema que prioriza interesses econômicos em detrimento da justiça social e dos direitos humanos.

5. Conclusão

A legislação, embora represente uma conquista histórica dos movimentos sociais, tende a operar como garantia formal de direitos que não se materializam plenamente, na medida em que as estruturas econômicas, políticas e culturais permanecem orientadas pela valorização do corpo produtivo e pela lógica mercadológica da eficiência. Assim, a deficiência se configura como uma expressão das desigualdades estruturais da sociedade capitalista, sendo o capacitismo estrutural o mecanismo ideológico e material que sustenta a negação da plena cidadania e a reprodução da desumanização das pessoas com deficiência.

É necessário reconhecer que a deficiência, enquanto construção social e política, só pode ser enfrentada na medida em que se combate a lógica capitalista, ou seja, “na arena onde as PCD disputam seus direitos, vigora a lógica de produção e reprodução do sistema do capital a qual, por si só, é impeditiva para qualquer ser humano alcançar sua emancipação” (Santos, 2024, p.147). Desmercantilizar o cuidado, descolonizar as práticas em saúde e politizar a deficiência são movimentos indissociáveis de um projeto societário comprometido com a justiça social e com a radicalização democrática do SUS. Nesse sentido, a linha de cuidado integral à pessoa com deficiência não é apenas uma diretriz técnica, mas um campo de disputa por um modelo de vida que não se submeta à necropolítica, nem à lógica da exclusão como norma.

6. Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jul. 2008.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 ago. 2009.

BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov. 2011. (Revogado).

BRASIL. **Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Novo Viver sem Limite. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 nov. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Institui o Novo Regime Fiscal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012.** Estabelece incentivos financeiros para a atenção especializada à pessoa com deficiência no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 jun. 2002.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, Débora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. **Deficiência, direitos humanos e justiça.** Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos, v. 6, n. 11, p. 65–77, 2009.

GESSER, Marivete; BÖCK, Geisa Letícia Kempfer; LOPES, Paula Helena. **Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social.** Curitiba: CRV, 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.** São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MINAS GERAIS. Ministério Público de Minas Gerais (MPMG). **Em evento sobre a luta antimanicomial, MPMG relembra história do extinto Hospital Colônia de Barbacena e discute futuro da saúde mental.** Belo Horizonte, 28 maio 2025. Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/comunicacao/noticias/em-evento-sobre-a-luta-antimanicomial-mpmg-relembra-historia-do-extinto-hospital-colonia-de-barbacena.shtml>

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Resolução A/61/611, de 6 de dezembro de 2006.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SANTOS, Samir Almeida. **A pessoa com deficiência como ser social: aproximações à teoria social de Marx.** 2024. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2024.