

AUSTERIDADE FISCAL E A PRODUÇÃO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA: Uma Análise Bioética e Sociológica sobre o Estigma na Reabilitação do SUS

FISCAL AUSTERITY AND THE SOCIAL PRODUCTION OF DISABILITY: A Bioethical and Sociological Analysis of Stigma in Rehabilitation within the Brazilian Unified Health System

Thaís Pessanha de Souza Rodrigues

<https://orcid.org/0009-0003-1799-9463>

Gisele Almeida da Silva Viana

<https://orcid.org/0009-0006-9681-8123>

João Carlos de Aquino Almeida

<https://orcid.org/0000-0002-4059-9930>

Valtair Afonso Miranda

<https://orcid.org/0000-0003-4556-2253>

Rosalee Santos Crespo Istoe

<https://orcid.org/0000-0001-8959-9280>

Resumo: Este estudo analisa o impacto deletério da Emenda Constitucional 95 (EC 95) na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) do Sistema Único de Saúde (SUS), sob uma perspectiva interdisciplinar fundamentada na Bioética da Proteção e na Sociologia da Saúde. O objetivo central consiste em investigar como o congelamento de gastos públicos por vinte anos compromete a transição do modelo médico para o biopsicossocial, utilizando como marcos teóricos a fenomenologia de Susan Wendell, o estigma de Erving Goffman e a expansão de capacidades de Amartya Sen. Os resultados indicam que a austeridade fiscal atua como um mecanismo de estigmatização institucional e "necropolítica orçamentária", produzindo "deficiência social" ao privar o sujeito de tecnologias assistivas essenciais. Reafirma-se o SUS como ferramenta de cidadania inalienável para a justiça social no Brasil.

Palavras-chave: Bioética; Estigma; Reabilitação; SUS; Austeridade.

Abstract: This study analyzes the deleterious impact of Constitutional Amendment 95 (EC 95) on the Care Network for People with Disabilities (RCPD) of the Unified Health System (SUS), from an interdisciplinary perspective grounded in the Bioethics of Protection and the Sociology of Health. The central objective is to investigate how the freezing of public spending for twenty years compromises the transition from the medical model to the biopsychosocial model, using as theoretical frameworks the phenomenology of Susan Wendell, the stigma of Erving Goffman, and the expansion of capabilities of Amartya Sen. The results indicate that fiscal austerity acts as a mechanism of institutional stigmatization and "budgetary necropolitics,"

¹Mestranda pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, taisapessanha@gmail.com ;

²Aluna Especial de Mestrado pelo Curso de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro - UENF, pastoragisele79@gmail.com ;

³João Carlos de Aquino Almeida – Licenciado em Biologia, Bacharel em Filosofia, Mestre e Doutor em Biofísica – Professor da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Email j.almeida@uenf.br ;

⁴Pós-doutorado em Cognição e Linguagem da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro UENF, valtairmiranda@gmail.com ;

⁵Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz/RJ, rosaleeistoe@gmail.com ;

producing "social disability" by depriving individuals of essential assistive technologies. The SUS is reaffirmed as an inalienable tool of citizenship for social justice in Brazil.

Keywords: Bioethics; Stigma; Rehabilitation; Brazilian Public Health System (SUS); Austerity.

1. INTRODUÇÃO

Fundamentado no pacto social de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como um modelo de proteção social universal e inclusivo. Contudo, esse projeto civilizatório tem sido sistematicamente tensionado por diretrizes de austeridade fiscal que comprometem sua sustentabilidade e a expansão do acesso. O advento da Emenda Constitucional 95 de 2016 agravou o subfinanciamento crônico ao instituir o Novo Regime Fiscal, congelando os investimentos reais em saúde por duas décadas. Tal restrição orçamentária negligencia variáveis críticas como a transição demográfica acelerada e a crescente prevalência de patologias crônicas de alta complexidade. Especificamente na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), o estrangulamento financeiro impõe barreiras à expansão dos pontos de atenção e à provisão de tecnologias assistivas fundamentais para o exercício pleno da autonomia (Pedrosa, 2022; Fernandes, Denari, 2017; Brasil, 1988, 2012, 2017).

Para este estudo, adotou-se uma abordagem metodológica qualitativa, fundamentada em uma revisão integrativa da literatura, promovendo a intersecção analítica entre os referenciais teóricos da Bioética e da Sociologia. A busca bibliográfica foi conduzida nas bases de dados SciELO, BVS, Google Acadêmico e na plataforma Research Rabbit. Utilizaram-se descritores como "equidade em saúde", "direito à saúde" e "crise de financiamento", aplicando critérios de inclusão e exclusão rigorosamente alinhados ao escopo temático e ao recorte temporal delimitado para a pesquisa. O percurso analítico dedicou-se a investigar as intersecções entre as dinâmicas econômicas, os ordenamentos jurídicos e as práticas sanitárias, estabelecendo nexos entre o subfinanciamento crônico e a fragilização progressiva do direito à saúde no Brasil contemporâneo (Bertolozzi; Greco, 1996; Rodrigues; Schramm, 2022).

A problematização central parte da hipótese de que o subfinanciamento estrutural não é apenas uma falha contábil, mas projeta uma desvalorização ética sistemática de corpos considerados "improdutivos" pela lógica capitalista. Ao restringir o fornecimento de órteses e próteses, o Estado deixa de atuar como provedor para se tornar um gestor da escassez, empurrando o sistema de volta ao "facilitarismo médico", onde o laudo rápido substitui o cuidado biopsicossocial. Este processo revela que a austeridade fiscal atua como um teto limitador das liberdades reais, transformando a restrição orçamentária em uma barreira existencial intransponível (Pedrosa, 2022; Sen, 2000; Mendes, Carnut, 2018).

O objetivo deste estudo é analisar as vulnerabilidades bioéticas e sociológicas produzidas pela negligência institucional na reabilitação pública brasileira. Busca-se demonstrar como a falência programada das estruturas de cuidado opera o que se define como "necropolítica orçamentária", decidindo indiretamente quais indivíduos terão suporte para a vida autônoma e quais serão abandonados à morte social. A análise pretende desvelar as marcas do estigma que a espera crônica e a precariedade tecnológica imprimem na identidade do usuário do SUS (Mbembe, 2016; Schramm, 2009; Passos, Lacerda, 2025).

O marco teórico integra a fenomenologia de Susan Wendell, a sociologia do estigma de Goffman (1963) e a expansão de capacidades de Amartya Sen, em diálogo com a proposta do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) de Gadelha e Temporão (2018). Conclui-se esta introdução reforçando que a superação da crise exige romper com o consenso neofiscalista para restaurar a dignidade biopsicossocial como motor de justiça social. A relevância deste

trabalho para a equidade reside na defesa da soberania tecnológica e do cuidado integral como ferramentas inalienáveis da cidadania brasileira (Wendell, 1996; Goffman, 1963; Gadelha, 2018; Paim, 2018).

2. O SUBFINANCIAMENTO COMO MECANISMO DE EXCLUSÃO INSTITUCIONAL

A implementação da EC 95 consolidou no Brasil o que é definido por Pedrosa (2022) como a transição do "Estado garantidor" para a "Gestão da Escassez". Segundo este autor, o Novo Regime Fiscal estabeleceu um teto que altera drasticamente o orçamento público da saúde, evoluindo do subfinanciamento crônico para um cenário de desmonte deliberado de políticas sociais conquistadas. Essa política não atinge toda a sociedade de forma igualitária, pois recai sobre as populações que dependem exclusivamente das transferências federais para o custeio de serviços básicos de reabilitação e saúde primária (Pedrosa, 2022).

A lógica fiscal imposta pela austeridade ignora variáveis biológicas fundamentais, resultando no que se sustenta ser a fragilização da autonomia do direito à saúde. Para Freire e Hamilton (2019), o comprometimento dos limites mínimos de financiamento nega, na prática, a efetivação dos direitos fundamentais previstos no pacto constitucional de 1988. No campo da deficiência, esse cenário traduz-se na estagnação da provisão de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), paralisando o fluxo de novas habilitações de centros de reabilitação no território nacional (Freire, Hamilton, 2019).

Sob a ótica de Sen (2000), o subfinanciamento da saúde pública deve ser compreendido como uma privação deliberada de capacidades básicas. Sen argumenta que a deficiência constitui uma "desvantagem de conversão", na qual o indivíduo necessita de proporcionalmente mais recursos para alcançar o mesmo nível de agência que alguém sem deficiência. Quando o Estado corta investimentos na RCPD, ele retira do sujeito a liberdade real de se locomover, trabalhar e participar da vida política, tornando a pobreza uma restrição de agência multidimensional (Sen, 2000).

A dinâmica entre Pedrosa (2022) e Sen (2000) revela que a austeridade orçamentária alimenta um apartheid assistencial no Brasil contemporâneo. Enquanto Pedrosa (2022) mapeia a precarização da infraestrutura física dos serviços públicos, Machado et al. (2018) reforçam que essa precarização é acompanhada por renúncias fiscais que favorecem o setor privado em detrimento da maioria pobre. A falha estatal em fornecer tecnologia de ponta no SUS não é um erro técnico, mas uma restrição política que impede milhões de cidadãos de exercerem sua autonomia plena (Pedrosa, 2022; Machado et al., 2018).

Conclui-se que o subfinanciamento opera como um mecanismo de exclusão que empurra a política pública de volta ao paradigma clínico-centrado e reducionista. Em um sistema operando no limite de sua capacidade financeira, a tendência é o retorno ao redução do cuidado a práticas clínicas simplificadas, onde o laudo funcional rápido substitui a análise biopsicossocial profunda das barreiras sociais. Assim, a exclusão institucional é solidificada quando a racionalidade contábil do Tesouro Nacional se sobrepõe à expansão das capacidades humanas defendida pela Bioética. (Pedrosa, 2022; Sen, 2000).

3. O ESTIGMA DE GOFFMAN E A IDENTIDADE DETERIORADA NA FILA DE ESPERA

A vivência da deficiência no SUS sob regimes de austeridade pode ser profundamente analisada através da categoria de identidade deteriorada. Para Goffman (1963), o estigma surge, o estigma surge na discrepância entre a "identidade social virtual" (expectativas) e a "identidade social real" (atributos possuídos), gerando um profundo descrédito social. No contexto das filas

intermináveis geradas pela EC 95, o indivíduo deixa de ser visto como um cidadão de direitos para se tornar um "paciente em espera", cuja existência é marcada pela precariedade institucional (Goffman, 1963).

O "estigma da precariedade" é agravado quando o Estado fornece equipamentos de baixa qualidade ou mantém o sujeito em situação de abandono crônico. Goffman (1963) classifica as deficiências como marcas que podem gerar percepções de "*defeitos de caráter*", e a falta de tecnologias assistivas confirma esses estereótipos capacitistas de dependência absoluta. A reabilitação, quando negada ou precarizada, transforma o corpo em um atestado de invisibilidade, onde o sujeito é privado do encontro de subjetividades necessário para sua autonomia (Goffman, 1963).

A análise de Mbembe (2016) eleva essa exclusão ao nível da soberania estatal, caracterizando o desfinanciamento como uma prática de necropolítica. Mbembe (2016) afirma que a soberania reside no poder de ditar quem pode viver com plenitude e quem deve ser exposto à morte social e biológica. No SUS, isso se manifesta em uma "necropolítica burocrática", onde a falha sistemática em fornecer insumos básicos condena indivíduos a condições de "mortos-vivos" institucionais (Mbembe, 2016).

A tensão dialógica entre Goffman (1963) e Mbembe (2016) revela que a fila de espera não é um fenômeno neutro, mas uma "zona de abandono" que desumaniza o sujeito. Enquanto Goffman (1963) foca na manipulação da identidade marcada, Mbembe (2016) descreve a transformação de populações em "*seres supérfluos*" para a lógica do capital financeiro. Quando o Estado imobiliza o corpo por falta de investimento, ele está carimbando a identidade desse indivíduo com o estigma da incapacidade produtiva, operando uma gestão do abandono (Goffman, 1963; Mbembe, 2016).

Por fim, a educação libertadora e a participação social surgem como contrapontos fundamentais à desumanização imposta pelo estigma. Argumenta-se que a opressão é alimentada pelo silenciamento das vozes políticas, e a austeridade, ao imobilizar o corpo, silencia também a agência democrática do sujeito. Para superar a "identidade deteriorada", é urgente que o SUS seja reafirmado como um espaço de luta contra a naturalização do sofrimento e pela restauração do direito ao projeto de vida plena (Goffman, 1963; Mbembe, 2016).

4. CORPOS VULNERÁVEIS E A ÉTICA DO CUIDADO EM SUSAN WENDELL

Susan Wendell (1996) oferece uma crítica fundamental à austeridade ao discutir como a sociedade contemporânea "rejeita" corpos que lembram a finitude e a vulnerabilidade humana. Para Wendell, a deficiência é construída através de um processo de exclusão social e da idealização de um corpo "normal", saudável e produtivo. A EC 95 institucionaliza essa rejeição ao comunicar que o suporte a esses corpos é um fardo econômico, reforçando o medo cultural da interdependência e privatizando o ônus do cuidado (Wendell, 1996).

A ética do cuidado em Wendell destaca a necessidade de transcender a normatividade morfofuncional em favor de um diálogo que respeite a singularidade do existir com deficiência. Wendell (1996) argumenta que a austeridade privatiza o cuidado na forma de trabalho não remunerado, recaindo majoritariamente sobre as mulheres no âmbito doméstico. Essa "*incompatibilidade capitalista*" ignora o tempo orgânico do corpo vulnerável, priorizando uma produtividade incessante que exclui aqueles que não podem acompanhar o que pode ser interpretado como uma incompatibilidade com a lógica produtivista (Wendell, 1996).

Sen (2000) dialoga com Wendell ao propor que o desenvolvimento social deve ser visto como a expansão das liberdades reais. Para Sen, o investimento em saúde não é um gasto a ser cortado, mas uma "pré-condição para a agência econômica e social". Quando o Estado abandona sua função mediadora na reabilitação, ele viola tanto a ética do cuidado de Wendell

quanto a agência de Sen, deixando o indivíduo à mercê de uma infraestrutura urbana hostil e excludente (Sen, 2000; Wendell, 1996).

A Bioética da Proteção propõe que a aceitação da vulnerabilidade deve ser uma prática ética transversal na formação dos profissionais de saúde. Esta vertente defende que indivíduos vulnerados necessitam de cuidados específicos e medidas reparadoras que garantam a equidade no atendimento. Ao cruzar Wendell e a Bioética da Proteção, percebe-se que o cuidado integral exige o reconhecimento da fragilidade humana como parte da diversidade, visando transformar o modelo biopsicossocial de uma exigência legal em um cuidado real e humanizado (Wendell, 1996; Schramm, 2008).

Conclui-se que o "corpo rejeitado" pela austeridade fiscal é o espelho de uma democracia fragilizada que não tolera a diferença física e funcional. A análise fenomenológica de Wendell (1996) revela que o reconhecimento da condição física do outro é o desafio fundamental às noções patriarcais de controle e normalidade. Reverter a lógica da EC 95 exige um novo pacto civilizatório que reconheça a deficiência como uma dimensão da diversidade humana merecedora de pleno suporte estatal e reconhecimento ético inalienável (Wendell, 1996; Sen, 2000).

5. INOVAÇÃO E SOBERANIA: O CEIS COMO VETOR DE DIGNIDADE

Gadelha e Temporão (2018) introduzem o conceito de Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) para demonstrar que a saúde é, simultaneamente, um direito social e um vetor estratégico de desenvolvimento nacional. Segundo Gadelha e Temporão (2018), o bem-estar não apenas cabe no PIB, mas pode atuar como uma alavanca para a soberania econômica e tecnológica em saúde. O subfinanciamento da EC 95 atinge duplamente o CEIS ao reduzir o poder de compra do SUS para órteses e próteses e ao cortar recursos vitais de ciência, tecnologia e inovação local (Gadelha, Temporão, 2018).

A soberania tecnológica é uma questão de segurança nacional e de garantia fundamental de direitos para a pessoa com deficiência. Gadelha et al. (2020) argumentam que a lógica da austeridade trata o fomento a laboratórios públicos como "gasto excessivo", mantendo o SUS refém de importações e flutuações cambiais. No entanto, a produção nacional de tecnologias assistivas é o que materializa o direito constitucional, transformando o que Gadelha denomina "soberania de papel" em uma realidade acessível e digna para milhões de cidadãos (Gadelha et al., 2021).

A análise de Mbembe (2016) sobre necropolítica contextualiza a importância estratégica do investimento no CEIS como ferramenta de resistência. Quando o Estado falha em produzir tecnologia, ele cria "zonas de morte social" por negligência técnica sistemática frente a necessidades básicas. O investimento industrial funcionaria como uma tecnologia de enfrentamento da exclusão estrutural, permitindo que o sistema de saúde transite da mera gestão do abandono para uma política que garanta a vida plena através da autonomia técnica (Gadelha, Temporão, 2018; Mbembe, 2016).

A integração do CEIS com as necessidades da RCPD permitiria reduzir o apartheid assistencial discutido por Souza (2021). Enquanto o teto de gastos favorece o dinamismo do setor privado e a renúncia fiscal para a elite, Gadelha e Temporão (2018) propõem um círculo virtuoso onde a demanda pública gera inovação local e reduz custos unitários de equipamentos de reabilitação. Essa integração permitiria que a tecnologia assistiva deixasse de ser vista como um "luxo" financeiro para se tornar uma dimensão da justiça social distributiva e equidade (Gadelha, Temporão, 2018; Souza, 2021).

Em última análise, o CEIS deve ser o pilar de uma nova política que coloque a autonomia do sujeito no centro do desenvolvimento econômico. A soberania tecnológica defendida pelos autores Gadelha e Temporão (2018) é o que garante que a reabilitação não seja

esvaziada pelos imperativos cegos do capital financeiro internacional. Integrar a produção industrial às necessidades biopsicossociais dos usuários é a estratégia definitiva para garantir que o SUS continue sendo um instrumento inalienável de cidadania e soberania nacional no século XXI (Gadelha, Temporão, 2018; Pedrosa, 2022).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão revela uma tensão inconciliável entre os imperativos fiscais da EC 95 e a expansão das capacidades humanas. A lógica da "Gestão da Escassez" atrofia o potencial de cidadãos através do subfinanciamento estrutural. Neste cenário, o teto de gastos atua como o braço operacional da necropolítica orçamentária, ditando quem terá suporte para a vida e quem será abandonado à invisibilidade. A austeridade fiscal funciona como um dispositivo de produção de "identidade deteriorada", utilizando a falha do serviço público para justificar novos cortes (Pedrosa, 2022; Sen, 2000).

O confronto entre as perspectivas de Wendell (1996) e Goffman (1963) aprofunda a compreensão da Bioética na reabilitação do SUS. Wendell (1996) identifica que a exclusão não é apenas física, mas fenomenológica, baseada na rejeição cultural do corpo que lembra a vulnerabilidade, enquanto Goffman (1963) mostra como o Estado, ao negligenciar o fornecimento de tecnologias assistivas, "marca" o indivíduo com o estigma da incapacidade produtiva. Essa convergência teórica sugere que a austeridade fiscal funciona como um dispositivo de produção de "identidade deteriorada", no qual a falha deliberada do serviço público é utilizada para justificar novos cortes sob o pretexto de ineficiência (Goffman, 1963; Wendell, 1996).

A "*necropolítica orçamentária*" de Mbembe (2016) manifesta-se no cotidiano das filas de espera e na precarização da vida nua desassistida. Em diálogo ao trabalho dos autores Gadelha e Temporão (2018), percebe-se que a dependência tecnológica brasileira não é apenas um problema econômico, mas uma escolha política que expõe certas vidas à precariedade extrema. A ausência de fomento a uma indústria nacional assistiva materializa a exclusão e a desproteção dos "vulnerados", confirmando que a austeridade é um mecanismo que dita quem deve permanecer imobilizado pela escassez técnica imposta pelo Estado (Gadelha, Temporão, 2018; Mbembe, 2016).

A urgência bioética exige que a vigilância social e a agência coletiva ocupem o centro do debate sobre o futuro do sistema de saúde. Como defendido por autores da Reforma Sanitária e Bioética da Proteção, o reconhecimento das opressões é o primeiro passo para a transformação das práticas sanitárias em políticas de vida plena. A superação do estigma da precariedade depende da afirmação da saúde como investimento civilizatório, rompendo com o "facilitarismo médico" para restaurar a dignidade biopsicossocial do sujeito com deficiência.

Os achados demonstram que a austeridade fiscal atua como mecanismo produtor de deficiência social e exclusão institucional. O desfinanciamento não é meramente contábil, mas uma política de processos estruturais de exclusão social. É imperativo expandir o CEIS como vetor de soberania e autonomia nacional para restaurar a dignidade humana. A reconstrução da RCPD exige romper com o consenso neofiscalista e reafirmar o pacto civilizatório de 1988. A problematização inicial confirmou-se: o subfinanciamento projeta uma desvalorização ética que estigmatiza o corpo, reduzindo-o a uma condição de passividade e "identidade deteriorada" alimentada pela negligência estatal (Mbembe, 2016; Wendell, 1996; Sen, 2000; Goffman, 1963; Pedrosa, 2022).

Respondendo à problematização, observa-se que a rede de saúde, estrangulada pelo teto de gastos, não consegue fornecer o suporte material necessário para que as garantias legais se concretizem na prática cotidiana. O descompasso entre uma legislação avançada, como o Estatuto da Pessoa com Deficiência, e a realidade material de um SUS subfinanciado aprofunda

o apartheid assistencial e o sofrimento ético-político dos usuários. O retorno ao modelo médico-hegemônico como critério de triagem representa uma força regressiva que ignora o potencial de participação social do modelo biopsicossocial, transformando a economia em um fator incapacitante para milhões (Pedrosa, 2022; Souza, 2021).

Este trabalho beneficia a sociedade ao apontar alternativas concretas para a restauração da dignidade humana: é imperativo expandir o Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS) como vetor de soberania e autonomia nacional. O fortalecimento da participação social e a valorização das equipes multidisciplinares na APS são passos fundamentais para reverter o estigma da precariedade e garantir a integralidade do cuidado. A integração da política industrial com as necessidades da RCPD permitiria que a reabilitação deixasse de ser vista como um fardo econômico, passando a ser compreendida como um motor de desenvolvimento social sustentável (Gadelha e Temporão, 2018; Pedrosa, 2022; Sen, 2000).

O SUS reafirma-se, portanto, como uma ferramenta inalienável de cidadania e democracia substantiva para a justiça social no Brasil contemporâneo. A reconstrução da RCPD exige coragem política para romper com o consenso neofiscalista e reafirmar o pacto civilizatório de 1988 contra os imperativos cegos do capital financeiro. A pessoa com deficiência reivindica o direito de ser protagonista de sua própria história, livre das barreiras e estigmas que a austeridade teima em perpetuar através da negligência institucional programada (Pedrosa, 2022; Wendell, 1996; Goffman, 1963).

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 25 abr. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 07 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolida normas sobre as redes temáticas integradas de atenção à saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2017.

CARNUT, L.; MENDES, Á. **Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública**. Argumentum, v. 10, n. 2, p. 108-121, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i2.19528>. Acesso em: 07 maio 2026.

FERNANDES, A. P. C. dos S.; DENARI, F. E. Pessoa com deficiência: estigma e identidade. **Revista da FAEEDBA**: Educação e Contemporaneidade, Salvador, v. 26, n. 50, p. 77-89, 2017. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-70432017000300077&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2026.

FREIRE, S. G.; HAMILTON, P. D. V. **Novo Regime Fiscal: normas orçamentárias a serviço da fragilização da autonomia do direito**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/19588>. Acesso em: 04 maio 2026.

GADELHA, C. A. G.; KAMIA, F. D.; MOREIRA, J. D. D. **Dinâmica global, impasses do SUS e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS)** como saída estruturante da crise. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 15, n. 26, p. 69-88, 2020.

GADELHA, C. A. G.; TEMPORÃO, J. G. **Desenvolvimento, inovação e saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1929-1934, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018>. Acesso em: 06 maio 2026.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1963.

MACHADO, C. V. et al. **Política de saúde no Brasil em tempos de crise**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. *Arte & Ensaios*, Rio de Janeiro, n. 32, p. 122-151, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>. Acesso em: 05 maio 2026.

PASSOS, J.; LACERDA, N. M. et al. **Repórter SUS**: dez anos após a Lei de Inclusão, SUS ainda falha no atendimento à pessoa com deficiência. *Saúde em Debate*, 2025. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2025/07/reporter-sus-dez-anos-apos-lei-de-inclusao-sus-ainda-falha-no-atendimento-pessoa>. Acesso em: 07 maio 2026.

PEDROSA, K. A. et al. **Necessidade de reconfiguração do financiamento do SUS diante da austeridade**: uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, e8711527785, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27785>. Acesso em: 05 maio 2026.

RODRIGUES, B.; SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva. **Revista Bioética**, v. 30, n. 2, p. 276-285, 2022. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2765. Acesso em: 05 maio 2026.

SCHRAMM, F. R. Bioética do Sistema Único de Saúde (SUS): uma análise pela perspectiva da proteção. **Revista Bioética**, 2009.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
SOUZA, T. M. S. As formas político-jurídicas do Estado no capitalismo contemporâneo e as renúncias fiscais na saúde. São Paulo: USP, 2021.

WENDELL, S. **The rejected body**: feminist philosophical reflections on disability. New York: Routledge, 1996.