

# AS INSTITUIÇÕES RESIDENCIAIS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

Iasmin Zanchi Boueri

Maria Amelia Almeida

Universidade Federal de São Carlos

Agencia de fomento: Capes

## INTRODUÇÃO

O atendimento prestado às pessoas com deficiência intelectual é reflexo de um processo histórico de práticas culturais. Vale salientar que inúmeras são as nomenclaturas utilizadas para designar um mesmo modelo institucional, sendo encontradas na legislação como instituição de acolhimento e isolamento. Na literatura, como instituição de abrigo provisória ou residencial. Será utilizado o termo instituição residencial, pois, trata-se de um ambiente nem sempre acolhedor e nem sempre serve de abrigo provisório aos jovens e adultos com deficiência intelectual.

Têm-se registros em 1900 que o atendimento à saúde era prestado por Santas Casas mantidas por Igrejas (SILVA; MELLO, 2003). Neste momento histórico, as pessoas com deficiência eram internadas e isoladas do convívio social em grandes instituições de caridade, junto com pacientes psiquiátricos, idosos e leprosos. Essas grandes instituições tinham por finalidade oferecer alimentação, higiene e moradia às pessoas socialmente improdutivas (PAULA, 2008; CARLO, 2006). Observa-se ausência total de práticas do Estado para atendimento a essa população. Sendo assim, as instituições eram mantidas pelas Igrejas e por ações filantrópicas da comunidade (SILVA; MELLO, 2003; PAULA, 2008). As informações existentes na literatura sobre a caracterização do atendimento prestado são insuficientes, não podendo assim, ser caracterizado como educacional.

Ainda que as instituições residenciais tenham passado por mudanças substanciais no que se refere à especialização dos profissionais envolvidos no atendimento e cuidado diário dos residentes com deficiência ao longo do percurso histórico, esses modelos institucionais continuaram presentes em nossa sociedade, pois possuem grande demanda de atendimento ainda nos dias atuais (PAULA, 2008).

As instituições residenciais para as pessoas com deficiência continuam sendo uma tendência dos modelos assistenciais adotados e aceitos em nossa sociedade. A maioria dessas instituições se constitui em serviços de pequeno e médio porte, de caráter filantrópico, com grande dependência de

recursos financeiros de poder público e de doações da comunidade (D'ANTINO, 1988; PAULA, 2008). Com a escassez de recursos, a instituição provê aos moradores atividades relativas aos cuidados básicos, como moradia, higiene e alimentação (PAULA, 2008).

Ao serem verificados os números de instituições que prestam serviços de assistência social sem fins lucrativos junto aos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006), percebe-se que, de um total de 16.089 de entidades no Brasil, 677 são designadas instituições residenciais. Entende-se como instituição residencial o acolhimento em caráter especial e provisório a pessoas, em pequenos grupos, que se encontram em situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social, com o objetivo de restabelecer e reconstituir vínculos e autonomia. No caso de crianças e adolescentes, trata-se de uma medida de proteção, provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade (ECA, 1990; IBGE, 2006). Nessas instituições, incluem-se crianças, jovens, adultos e idosos, tendo ou não deficiência (IBGE, 2006). Não foi encontrada caracterização específica da clientela atendida nesse modelo.

Destaca-se que a instituição residencial deve ser utilizada como uma medida provisória para a proteção da criança ou do adolescente (ECA, 1990). Caracteriza-se, portanto, uma pausa no convívio familiar, durante a qual a família, o Estado e a sociedade, supostamente, estarão ensejando esforços para que a convivência seja restabelecida o quanto antes (MELLO; SILVA, 2003). Dessa forma, a flexibilidade institucional é importante para que se encontre a melhor opção em cada circunstância na qual foi estabelecida a medida de ingresso na instituição. Regimes de permanência flexíveis são importantes nos casos de crianças e adolescentes que possuem vínculos familiares e que têm chances de retorno à família de origem (ECA, 1990; MELLO; SILVA, 2003).

Mello e Silva (2003) relatam que existem alguns aspectos legais gerais, pautados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Centro Brasileiro de Infraestrutura (CBIE), que definem questões relacionadas ao funcionamento, à estrutura e ao atendimento oferecido por essas instituições. Verifica-se que a permanência em programas de residência não se deve constituir em fator de isolamento ou exclusão. As diretrizes para a garantia do direito à convivência familiar e comunitária, direito fundamental estabelecido pelo ECA, tratam de vários aspectos a serem considerados para que se evitem o estigma social e o afastamento de crianças e adolescentes da convivência com a família e com pessoas da comunidade. O Art. 92 do ECA (1990) define os princípios que devem nortear as entidades que desenvolvem programas de residência institucional.

Várias são as obrigações apontadas pelo estatuto: a instituição passa a ser responsável pelo residente, tendo que oferecer todas as condições para que ele continue se desenvolvendo; não deve afastá-lo da sociedade; deve prover educação, alimentação e saúde, e ainda manter a autoridade judiciária informada sobre o seguimento de cada caso. Sob a designação de instituições para crianças e jovens com deficiência, encontra-se uma variedade de estabelecimentos, incluindo também instituições que não se destinam somente a essa população, como por exemplo, hospital de retaguarda, hospital psiquiátrico e asilos (PAULA, 2008). É dificultada, desta forma, a caracterização dessas instituições e o levantamento das que realizam cuidados das pessoas com deficiência.

Como mostra a literatura acima descrita, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos que busquem conhecer e caracterizar as instituições residenciais que atualmente prestam serviços aos jovens e adultos com deficiência em nosso país. Dessa forma será possível relatar algumas práticas institucionais e verificar alguns fatores que estão mantendo esses modelos em nossa cultura e quais as alternativas para desinstitucionalização dessa população.

## **OBJETIVO**

Caracterizar as instituições residenciais para pessoas com deficiência intelectual no estado de São Paulo.

## **METODO**

**Procedimento éticos:** A aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética para pesquisas com seres humanos foi deferida e o parecer enviado com o número 151/2011 e protocolo CAAE 0219.0.135.000-11, uma vez que a pesquisa respeita os aspectos éticos da resolução CNS 196/96.

**Local:** Fizeram parte deste estudo 10 instituições que acolhiam pessoas com deficiência intelectual abandonadas pela família ou retiradas do meio familiar pelo conselho tutelar, por negligência e/ou maus tratos

**Documentos institucionais:** Foram solicitados documentos que regem o funcionamento das instituições residenciais do estado de São Paulo, a saber: estatuto institucional, regimento interno e plano de trabalho para 2011.

**Participantes:** Fizeram parte da pesquisa 113 participantes que foram separados em três grupos, a saber: 14 funcionários da equipe administrativa das instituições residenciais; 49 funcionários da equipe técnica das instituições residenciais e; 50 pessoas residentes ou que trabalhavam próximas as instituições residenciais.

**Instrumentos:** Para a coleta de dados fez-se uso de quatro instrumentos não padronizados e elaborados pela pesquisadora. São eles: 1. um protocolo de registro de diário de campo; 2. um roteiro de entrevista semiestruturada para profissionais da equipe administrativa; 3. um roteiro de entrevista semiestruturada para profissionais da equipe técnica e; 4. um roteiro de entrevista semiestruturada para vizinhos da instituição.

**Procedimento de coleta de dados:** Após recebimento de parecer favorável para realização da pesquisa emitido pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar deu-se início a coleta de dados. A pesquisadora entrou em contato via telefone com as 18 instituições residenciais encontradas no estado de São Paulo e enviou um e-mail convite contendo a proposta da pesquisa e procedimentos que seriam utilizados. Foram obtidas respostas de 10 instituições. Conforme a aceitação do convite, a pesquisadora agendava as visitas com duração de 4 a 6 dias em cada instituição. O tempo de coleta foi de oito meses. A primeira visita era conduzida com um funcionário da instituição da equipe administrativa. A pesquisadora era levada a conhecer as dependências físicas de instalação e os setores dos profissionais da área técnica e administrativa. Para a investigação das questões históricas da institucionalização da pessoa com deficiência intelectual, do quadro profissional da instituição, das práticas adotadas pelos profissionais e das facilidades e dificuldades enfrentadas pela instituição e pelos profissionais no manejo com os residentes, foram realizadas individualmente entrevistas com os profissionais da equipe técnica e administrativa, com duração de 1h30min. Para investigar a representatividade da instituição residencial na vizinhança, foram entrevistadas individualmente pessoas que moravam ou trabalhavam nas proximidades. Todas as entrevistas foram registradas em um gravador digital para posteriormente serem transcritas para análise.

**Procedimento de análise de dados:** Foram realizadas análises qualitativas e quantitativas dos dados obtidos por meio dos documentos institucionais, das entrevistas realizadas e dos diários de campo preenchidos no decorrer da coleta. Esse tratamento foi realizado com base na transcrição das entrevistas. A partir das falas dos participantes e da leitura dos documentos institucionais foram elaboradas categorias de análise.

## **RESULTADOS**

As instituições investigadas podem ser classificadas em dois modelos de atendimento prestado. Um primeiro modelo (M1) contemplaria as instituições que atendem crianças e jovens com desenvolvimento típico e atípico e o segundo modelo (M2), abrangeria as instituições residenciais que possuem sua prática voltada apenas para as pessoas com deficiência, não havendo restrições de idade para o

ingresso e nem do tempo de permanência. As instituições mais antigas, fundadas até a década de 80, restringem seu atendimento a pessoas com deficiência e pacientes psiquiátricos. A partir da década de 90 verifica-se o atendimento misto, envolvendo crianças e adolescentes com desenvolvimento típico e atípico.

As diferenças entre esses modelos mantêm-se quando retrata a estrutura física. O M1 apresenta estrutura menor se comparado à área de construção e espaço institucional do M2. Sobre a manutenção financeira não são observadas diferenças. Ambas recebem uma parcela governamental, realizam festas filantrópicas e solicitam doações à comunidade.

Os documentos falam sobre o funcionamento institucional. Para a instituição existir é obrigatória a construção do Estatuto Social que prevê o tipo de clientela atendida e o quadro de funcionários, que descreve a manutenção financeira e garante serviços de higiene, alimentação e saúde (provavelmente por estarem vinculadas às secretarias de saúde). O vínculo a uma secretaria de saúde também influencia as equipes de funcionários, compostas predominantemente por profissionais da área da saúde, envolvendo psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores. A partir do relato dos participantes da equipe administrativa foi possível verificar questões referentes à finalidade da instituição, garantia de trabalho filantrópico, população atendida e equipe multiprofissional da instituição residencial. Foram utilizadas as mesmas categorias apresentadas na análise documental para enquadrar as falas dos respondentes na apresentação da Tabela 1.

Tabela 1. Características das instituições na visão dos funcionários administrativos: finalidade, natureza, clientela e composição da equipe multiprofissional.

INST.	FINALIDADE DA INSTITUIÇÃO	GARANTIA DE TRABALHO FILANTRÓPICO	ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
01	Prestar atendimento na área da saúde e social	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de pacientes neurológicos e pessoas com deficiência intelectual severa	Enfermagem, auxiliar de enfermagem, profissionais da saúde
02	Prestar serviços nas áreas de assist. social, médica e terapêutica	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de pessoas com deficiência intelectual leve	Cuidadoras, médicos, assistente social e terapeutas da área da saúde
03	Prestar atendimento a carentes, fornecer um lar.	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de crianças e adolescentes	Cuidadoras, assistente social e psicólogo
04	Prestar atendimento a carentes, fornecer um lar.	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de crianças e adolescentes	Cuidadoras, assistente social e psicólogo
05	Acolher e amparar em sistema de casa-lar	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de crianças e adolescentes	Cuidadoras, assistente social e psicólogo
06	Prestar serviços na área de assistência social	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de pessoas com deficiência intelectual grave	Enfermagem, auxiliar de enfermagem, profissionais da saúde
07	Prestar serviços na área social e saúde	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de pessoas com deficiência	Enfermagem, auxiliar de enfermagem, profissionais da saúde
08	Prestar serviços na área social e saúde	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de pessoas com deficiência, drogaditos e transtorno psiquiátrico	Enfermagem, auxiliar de enfermagem, profissionais da saúde
09	Prestar serviços na área social e saúde	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de pessoas com deficiência	Enfermagem, auxiliar de enfermagem, profissionais da saúde
10	Prestar serviços na área social e saúde	Instituição filantrópica sem fins lucrativos	Acolhimento de pessoas com deficiência	Enfermagem, auxiliar de enfermagem, profissionais da saúde

As instituições residenciais estudadas têm por finalidade prestar serviços na área social e da saúde, garantindo um trabalho filantrópico sem fins lucrativos, de acordo com o relato dos participantes. Sete instituições acolhem pessoas com deficiência intelectual, sendo que uma atende também pessoas com doenças neurológicas (instituição 01), outra atende drogaditos e pessoas com transtorno psiquiátrico (instituição 08) e três instituições declaram atender crianças e adolescentes com desenvolvimento típico ou atípico até os 18 anos. A equipe que presta atendimento ao residente é formada por profissionais da área da saúde, dando ênfase aos enfermeiros e técnicos em enfermagem.

Com relação às práticas profissionais são encontrados poucos documentos que descrevem o que é realizado para atendimento, ingresso e permanência da pessoa com deficiência intelectual. O relato dos profissionais técnicos sobre as formas de atendimento, já contemplam todas as categorias estudadas e pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Características das instituições na visão dos funcionários administrativos: tipos de atendimentos prestados.

INST.	ATENDIMENTO PRESTADO	ATENDIMENTO FAMILIAR	VISITAS AOS RESIDENTES	MANUTENÇÃO DO RESIDENTE NA INST.	PROJETO DE REINSCRIÇÃO NA SOCIEDADE	ATIVIDADES NA COMUNIDADE
01	Atendimento à saúde	Tem o serviço de resgate dos familiares	Autorizada visita com agendamento	São entregues relatórios judiciais todo semestre	-	Existem passeios e festas dentro da instituição de que a comunidade participa
02	Atendimento à saúde, social e rotina de atividades diárias	Tem serviço para manutenção do vínculo familiar	Visitas mensais ou agendadas pelos familiares ou padrinhos, aos sábados funcionários fazem plantão pra receber os familiares	São entregues relatórios judiciais todo semestre	Oficinas pra trabalhos laborais e inserção no mercado de trabalho	Existem passeios todo mês. A escolha de quem vai depende do comportamento
03	Cuidados gerais necessários à criança e aos adolescentes	Tem serviço de orientação a pais	São autorizadas visitas quando determinado pelo juiz	Reavaliações judiciais são feitas anualmente	Programa de orientação ao adolescente	Existem passeios todo mês
04	Cuidados gerais necessários à criança e aos adolescentes	Tem serviço para manutenção do vínculo familiar	São autorizadas visitas quando determinado pelo juiz	Reavaliações judiciais são feitas anualmente	Programa de orientação ao adolescente	Existem passeios todo mês
05	Cuidados gerais necessários à criança e aos adolescentes	Tem serviço para manutenção do vínculo familiar	São autorizadas visitas quando determinado pelo juiz	Reavaliações judiciais são feitas anualmente	Programa de orientação ao adolescente	Existem passeios todo mês
06	Atendimento à saúde	Tem serviço de orientação a pais	Visitas devem ser agendadas	Avaliações semestrais sobre o desenvolvimento	-	-
07	Atendimento à saúde e assistência social	Acompanhamento familiar e orientação	-	Avaliações anuais para verificar desenvolvimento do residente	Trabalhos ofertados pela comunidade e casas-lares	Existem passeios todo semestre
08	Atendimento à saúde e assistência social	Prestar atendimento psicológico e orientação aos familiares	Visitas devem ser agendadas	Avaliações semestrais sobre o desenvolvimento	Projeto de casas lares	-
09	Atendimento à saúde e assistência social	Acompanhamento familiar e orientação	São autorizadas visitas quando determinado pelo juiz	Avaliações semestrais sobre o desenvolvimento	Projeto de casas-lares	Existem passeios todo semestre
10	Atendimento à saúde e assistência social	-	Visitas devem ser agendadas	Avaliações semestrais sobre o desenvolvimento	Projeto de casas-lares	Existem passeios todo semestre

Pode-se observar que, quanto ao atendimento prestado, são realizados cuidados gerias com ênfase na saúde e nos serviços de assistência social. Quando questionados sobre o atendimento familiar, 09 instituições apresentavam algum tipo de serviço, como resgate ou manutenção de vínculo familiar ou orientações gerais. A maioria das instituições, totalizando 09, permite a visita ao residente desde que agendada e/ou autorizada pelo juiz.

A manutenção do residente na instituição é acompanhada por um relatório semestral ou anual com análise subjetiva sobre o desenvolvimento e relatos sobre alimentação, saúde e higiene. Sobre a temática de reinserção, existem projetos de casa-lar, projetos laborais e orientação ao adolescente. O número de residentes participantes com deficiência é inferior a 10%. A porcentagem aumenta, chegando a 30% dos autorizados a realizarem passeios programados na comunidade.

As pessoas que moram ou trabalham próximas às instituições residenciais visitadas declararam que não conheciam todos os serviços oferecidos por elas, mas tinham conhecimento de outras instituições onde residem pessoas com deficiência. Em geral afirmaram que esses modelos de instituições devem continuar existindo e que outras poderiam ser criadas para atender à demanda da comunidade.

## **DISCUSSÃO**

Em linhas gerais, este estudo procurou mostrar um retrato das instituições residenciais do estado de São Paulo que atendem pessoas com deficiência, tendo como foco o indivíduo com deficiência intelectual.

Observa-se que as instituições pautaram seu estatuto social nos itens descritos no ECA (1990), o que não é condizente com a população atual atendida por essas instituições - jovens e adultos com deficiência. Ao ser vasculhada a legislação que defende os direitos humanos da pessoa com deficiência, foram encontrados documentos que zelam pelo convívio em sociedade dessa população, e recomendam o não isolamento ou afastamento total da sociedade (BRASIL, 1996, 2004, 2006 e 2011).

É possível observar que atualmente ainda ocorre o que PAULA (2008) constatou em seu levantamento: a população de crianças e adolescente cresceu nas instituições residenciais e tanto a pessoa com deficiência quanto a comunidade não foram trabalhadas para que ocorresse a reinserção social. Pode-se levantar a hipótese de que essa falta de preparo e planejamento acabou por “envelhecer” a população atendida nas instituições e fazer com que o estatuto não tivesse tópicos específicos designados a essa nova

clientela. Sendo assim, pode-se afirmar que as instituições residenciais teriam que rever seus estatutos e contemplar a clientela que atualmente faz parte de mais de 90% dessa população.

Os profissionais envolvidos no atendimento dos residentes também fazem parte da equipe administrativa, ou seja, desempenham papel duplo nas instituições. Paula (2008) e D'Antino (1988) já haviam relatado que o desvio de atenção do profissional técnico para buscar recursos financeiros prejudica a qualidade do atendimento prestado. Nas instituições visitadas, observou-se que o tempo gasto com a busca de recursos, promoção de festas e eventos beneficentes reduzia o período de prestação de serviço ao residente.

Muitas vezes, o cuidado com residente fica restrito a cuidadoras e auxiliares de enfermagem (BOUERI, 2010). A sobrecarga desses profissionais faz com que a situação enfrentada fique ainda mais precária. Vale salientar que isso acontece por falta de condições de trabalho adequadas para os funcionários.

As situações relatadas, há décadas, em estudos (CARLO, 2006; PESSOTTI, 2007) sobre instituições residenciais podem ser consideradas atuais se comparadas aos achados desta pesquisa. As instituições residenciais, em sua maioria, quando restringem seu atendimento a pessoas com deficiência, demonstram suprir os aspectos básicos do ser humano, como alimentação, saúde e higiene (PAULA, 2008, BOUERI, 2010). Porém as questões educacionais, o desenvolvimento do potencial e a melhora de qualidade de vida ficam esquecidos.

Os atendimentos encontrados em instituições residenciais em estudos norte americanos (HERSEN; BELLACK, 1976; SPANGLER; MARSHALL, 1983; KISSEL *et. al*, 1983; STONEMAN; AL-DEEN, 1999) demonstraram um foco educacional no manejo realizado com os residentes, o que difere da situação encontrada no Brasil. Enquanto nos EUA foi dada preferência ao ensino de habilidades para tornar independentes os indivíduos com deficiência, facilitando futura inserção social, no Brasil, notam-se poucas mudanças. Um possível entrave é que as instituições residenciais no Brasil são vinculadas à secretaria de saúde. Talvez se fizessem um vínculo com a secretaria da educação, isso poderia auxiliar na mudança de práticas institucionais.

A vizinhança relata que não conhece pessoalmente o serviço oferecido e mesmo assim afirma que há necessidade desses modelos institucionais para que as pessoas com deficiência recebam cuidados apropriados. Mais uma vez, parece que nos remetemos ao passado e permanecemos estagnados. Os dados da vizinhança corroboram as palavras de Szasz (1977) - pode-se afirmar que as práticas

institucionais de isolamento dessa população sempre foi (e ainda é) valorizada pela sociedade que, de certa forma, sentia-se (e ainda se sente) protegida por não se deparar em sua rotina com a população marginalizada. Desde o surgimento desse modelo de aprisionamento dos marginalizados, alguns médicos, advogados e leigos afirmavam (e continuam afirmando), em uníssono, que é uma prática necessária para o bem dessa população.

O desenvolvimento de novas pesquisas na área mostra-se necessário, podendo voltar-se para outras deficiências, como exemplo, pessoas com paralisia cerebral. Uma pesquisa de observação direta da prática dos profissionais com os residentes, envolvendo instituições residenciais que restringem o atendimento a pessoas com deficiência e as que atendem crianças e jovens com desenvolvimento típico e atípico, poderia salientar as diferenças no atendimento da pessoa com deficiência e elucidar novas práticas que possam ser inseridas nos ambientes menos favorecidos.

## REFERÊNCIAS

- BOUERI, I. Z. **Efeitos de um programa educacional para atendentes visando à independência de jovens com deficiência intelectual institucionalizados**. 210 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.
- BRASIL. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996**: Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. 1996.
- BRASIL. **O direito à convivência familiar e comunitária**: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília IPEA/CONADA, 2004
- BRASIL. **Plano Nacional de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária**. Brasília IPEA/CONADA, 2006
- 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. 2011.
- CARLO, M. M. R. do P. de. Os processos no desenvolvimento humano e a questão da (des)institucionalização das pessoas com deficiência. In: **Inclusão e acessibilidade**. MANZINI, E. J. (orgs.) Marília: ABPEE, 2006
- D'ANTINO, M. E. F. **A máscara e o rosto da instituição especializada**. São Paulo: MEMNON, 1998.
- ECA. Estatuto da criança e do adolescente. Lei número 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília.

HERZEN, M.; BELLACK, A. S. A multiple-baseline analysis of social-skills training in chronic schizophrenics. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 9, p. 239-245, 1976.

IBGE. **As entidades de assistência social privadas sem fins lucrativos no Brasil**. 2006. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/peas/2006/assistencia\\_social\\_privada206.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/peas/2006/assistencia_social_privada206.pdf)>. Acesso em: 28 mai. 2006.

KISSEL, R. C; WHITMAN, T. L.; REID, D. H. An institutional staff training and self-management program for developing multiple self-care skills in severely profoundly retard individuals. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 16, p. 395-415, 1983.

PAULA, A. R. de. **Asilamento de pessoas com deficiência**: institucionalização da incapacidade social. São Paulo: MEMMON, 2008.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

SILVA, E. R. A.; MELLO, S. S. G. Contextualizando o levantamento nacional dos abrigos para crianças e adolescentes da rede de serviços de ação continuada. IPEA, **Relatório de pesquisa número 1**, 2003. p. 21-39. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/direitoconvivenciafamiliar\\_/capit1.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/direitoconvivenciafamiliar_/capit1.pdf)>. Acesso em: 04 mai. 200>

SPANGLER, P. F.; MARSHALL, A. M. The unit play manager as facilitator of purposeful activities among institutionalized profoundly and severely retarded boys. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 16, p. 345-349, 1983.

SZASZ, T. S. **Ideologia e doença mental**: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.