



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

NICOLE CAROLINA GUEDES OLIVEIRA DA SILVA

**O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE JOVENS E ADULTOS COM
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA
DE ESTÁGIO JUNTO AO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL
SÃO GABRIEL**

Florianópolis

2018

NICOLE CAROLINA GUEDES OLIVEIRA DA SILVA

**O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE JOVENS E ADULTOS COM
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA
DE ESTÁGIO JUNTO AO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL
SÃO GABRIEL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora Prof^ª: Dr^ª. Vania Maria Manfroi

Florianópolis

2018

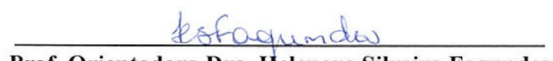
TERMO DE APROVAÇÃO**NICOLE CAROLINA GUEDES OLIVEIRA DA SILVA****O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE JOVENS E ADULTOS COM
DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA
DE ESTÁGIO JUNTO AO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL
SÃO GABRIEL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, de acordo com as normas do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

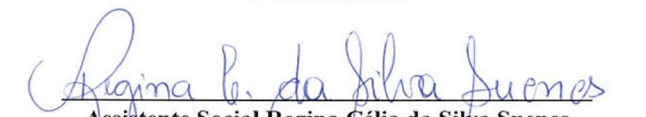
Florianópolis, 03 de Dezembro de 2018



Prof. Orientadora Dra. Vania Maria Manfroi
Departamento de Serviço Social – UFSC
Presidente



Prof. Orientadora Dra. Helenara Silveira Fagundes
Departamento de Serviço Social – UFSC
1ª Examinadora



Assistente Social Regina Célia da Silva Suenes
Secretaria da Assistência Social Trabalho e Habitação – SST
2ª Examinadora

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos vinte jovens e adultos com deficiência intelectual do Serviço de Acolhimento Institucional São Gabriel. Vocês são fonte de inspiração e exemplos de força.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Rosilene uma mulher que é exemplo de garra, força e persistência, que vai realizar o seu sonho se Deus quiser de ver suas duas filhas se formando na Universidade Federal, sem o seu apoio tanto emocional quanto financeiro e incentivo, com certeza não teria chego até aqui, você esteve no meu lado no momento mais difícil da minha vida e jamais vou esquecer o que você fez por mim, sou extremamente apaixonada e grata por ter você ao lado, você é o amor da minha vida.

Ao meu pai Antonio que é a pessoa mais doce e pura que eu conheço, obrigada pelos ensinamentos pelo incentivo e o amor que você transborda, te amo muito pai.

A minha irmã Palloma que é exemplo de dedicação e pessoa, você me inspira e me ensina muito com os seus conhecimentos, quem diria que hoje estaríamos aqui, não é somente minha irmã como é minha melhor amiga e confidente, somos totalmente diferentes mais não há sentimento maior no mundo do que o amor que sinto por você, obrigada por ter me ajudado e sem sombra de dúvidas você será uma excelente Enfermeira, parabéns por essa conquista, primeira de muitas que virão.

A minha Vó Adalziza que sou apaixonada, você é guerreira e te amo incondicionalmente, obrigada por tudo que você já fez por mim.

Ao meu esposo Matheus que esteve presente diariamente sempre me apoiando e me incentivando, obrigada, amo você.

A minha supervisora de Campo Regina, você é um exemplo de pessoa e profissional, sua dedicação e esforço diário com os acolhido do São Gabriel era motivador, se eu chegar a ser metade da profissional que você é saberei que estou no caminho certo. Obrigada pelos ensinamentos, paciência e compreensão você é fantástica, como eu dizia ligada nos 220, você sempre será minha inspiração e jamais esquecerei de você.

Ao São Gabriel pela oportunidade de estágio, agradeço a equipe técnica do serviço Juliane, Magda, Ana Paula, Emanuelle, Tânia e Andreza, obrigada de coração pelo acolhimento, respeito e ensinamentos, a equipe de técnicos de Enfermagem pela convivência cada um da sua maneira contribuiu para o meu crescimento dentro da instituição.

Aos vinte jovens e acolhidos do São Gabriel, impossível passar dois anos com esses homens e sair de lá a mesma pessoa, aprendi e evolui muito com vocês, rompi preconceitos, medos e vergonha e saio do São Gabriel orgulhosa, jamais vou esquecer essa experiência incrível, cresci muito com vocês, obrigado amigos do coração.

Aos meus familiares, tios e primos que diretamente ou indiretamente me incentivaram durante essa trajetória de cinco anos, amo vocês.

Agradecer a minha orientadora Vânia por ter me orientado, foi um ano que tivemos muitos compromissos, mas conseguimos chegar ao objetivo do trabalho, muito obrigada por compartilhar suas ideias e conhecimento comigo.

Agradecer a banca examinadora pela disponibilidade de participar deste momento e por todas as contribuições.

Aos meus colegas e amigos acadêmicos que estiveram presente me apoiando, ajudando e incentivando, sabemos o quanto é bom ter amigos ao nosso lado durante essa trajetória, sou imensamente grata a cada um.

“A inclusão acontece quando se aprende com as diferenças e não com as igualdades”.

Paulo Freire

SILVA, Nicole Carolina Guedes Oliveira da. **O ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL DE JOVENS E ADULTOS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: UMA ANÁLISE A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO JUNTO AO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL SÃO GABRIEL.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018.

RESUMO

Os deficientes intelectuais e o processo de institucionalização de jovens e adultos com deficiência é um tema pouco abordado dentro das pesquisas de graduação do Serviço Social, nessa perspectiva junto a nossa experiência de estágio curricular no Serviço de Acolhimento Institucional São Gabriel, o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) objetiva mapear o perfil dos jovens e adultos institucionalizados no Serviço de Acolhimento São Gabriel e descrever o contexto dessa institucionalização. O trabalho aborda as leis e os direitos da pessoa com deficiência, o que é o serviço de acolhimento São Gabriel, como ele se estrutura, bem como o Serviço Social dentro dessa instituição. A pesquisa é qualitativa pois envolve, de forma exploratória e aproximativa a coleta de informações com uma pesquisa documental das leis e dos prontuários de cada acolhido, no qual apresentamos um perfil dos usuários do serviço. Também realizei uma revisão de literatura e documentos da própria instituição. Os principais resultados obtidos na pesquisa apontam a necessidade de um olhar mais amplo sobre o tema de institucionalização de deficientes intelectuais, suas trajetórias de vida nos fazem rever e entender a particularidade de cada um dentro da instituição.

Palavras chaves: Institucionalização. Jovens e Adultos. Deficiência Intelectual.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAIDD - Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento

AAMR - Associação Americana de Retardo Mental

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora

DI - Deficiência Intelectual

DSM - Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

LBI - Lei Brasileira de Inclusão

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

NECA - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e Adolescente

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PCD - Pessoa Com Deficiência

QI - Quociente de Inteligência

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TEA - Transtorno do Espectro Autismo

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS- Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Faixa etária.....	38
Tabela 2 – Tipo de transtornos.....	40
Tabela 3 – Acesso à renda.....	41
Tabela 4 – Vínculo Familiar.....	43
Tabela 5 - Tempo de institucionalização.....	46
Tabela 6 - Atividade de inclusão.....	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA	14
2.1 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	20
2.2 OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	22
3 ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL E POLÍTICA INSTITUCIONAL	26
3.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL SÃO GABRIEL	32
3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO	34
4 PERFIL DOS USUÁRIOS	37
5 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso é resultado da pesquisa sobre o acolhimento institucional de deficientes intelectuais, pauta na experiência de estágio no serviço de acolhimento institucional São Gabriel. Este abriga vinte jovens e adultos com deficiência intelectual, em São José. O objetivo geral desta pesquisa foi mapear a trajetória de vida dos jovens e adultos com deficiências intelectuais institucionalizados. Também apresenta-se breve reflexão sobre a maneira como ocorre essa institucionalização no Serviço de Acolhimento São Gabriel.

Os objetivos específicos consistem em mapear o perfil dos usuários do serviço, caracterizando a partir de prontuários e sistematizações e identificar os principais avanços dos direitos dos deficientes intelectuais.

A abordagem realizada no projeto será qualitativa, em nível exploratório. Primeiramente realizamos uma pesquisa documental sobre as teorias, as leis e estatutos sobre as deficiências. Do ponto de vista empírico realizamos uma pesquisa nos prontuários dos usuários que foram sistematizados e apresentados em tabelas, visando demonstrar qual era o perfil dos mesmos. Apresentamos os dados em formas de tabelas para facilitar a explicação dos dados. Em seguida, fazemos análise acerca destes.

Gil (2002) afirma que:

A pesquisa qualitativa descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos (GIL, 2002, p. 44).

O presente trabalho está dividido em três partes para obtenção dos seus objetivos, o primeiro capítulo aborda o conceito e as dificuldades acerca da vida da pessoa com deficiência, além de detalhar a deficiência intelectual e as leis que asseguram os direitos destas pessoas. No segundo capítulo aborda-se o acolhimento e as políticas institucionais e, também, uma contextualização do Serviço de Acolhimento Institucional São Gabriel. Outro tema do capítulo é a atuação do Serviço Social no contexto institucional. Já o quarto capítulo apresenta o perfil dos usuários do serviço, divididos em seis tabelas sistematizadas a partir dos dados dos prontuários dos usuários.

O trabalho destaca-se para os jovens e adultos com deficiência intelectual, nessa perspectiva segundo o Censo Demográfico 2010, do IBGE, 45,6 milhões de brasileiros

ou 23,9% da população total, têm algum tipo de deficiência - visual, auditiva, física ou intelectual; 25,8 milhões (26,5%) são mulheres, 19,8 milhões (21,2%) são homens. Do total, 38,4 milhões de pessoas vivem em áreas urbanas e 7,1 milhões em áreas rurais. Destas pessoas, que corresponde a aproximadamente a $\frac{1}{4}$ da população total do país, 6,7% tem alguma deficiência severa e apresenta algum grau de dependência, dentro dos tipos de deficiência acima (BRASIL, 2008).

Estatisticamente, para além dos números informados no Brasil, é importante registrar que o Censo 2010 apurou que, se for considerado cada tipo de deficiência isoladamente, o percentual é elevado para expressivos 32,4% (trinta e dois inteiros e quatro décimos por cento) da população, a evidenciar a existência de deficiências múltiplas, que ultrapassa a casa de quinze milhões (IBGE, 2010, p. 73-79).

Apesar de o Brasil possuir uma legislação que abarca este expressivo contingente populacional, as pessoas com deficiência continuam compondo o quadro das percentagens mais elevadas nas estatísticas de exclusão social:

Para corroborar esta afirmação basta proceder a análise da baixa presença da pessoa com deficiência em setores básicos que promovem a inclusão formada pelo acesso a escola, pelo acesso ao trabalho, pelo acesso ao meio urbano e rural, aos transportes e pelo acesso aos serviços de saúde e reabilitação. A pobreza e a marginalização social agem de forma mais cruel sobre as pessoas com deficiência (BRASIL, 2008, p. 17).

Nesse contexto o trabalho aborda o acolhimento institucional dentro da legislação Brasileira, o documento Orientações Técnicas para Serviços de Acolhimento define esse serviço da seguinte forma:

Os Serviços de Acolhimento integram o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), tendo interface com outros serviços da rede socioassistencial, quanto com demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos. Sua atuação deve basear-se no princípio da incompletude institucional, não devendo ofertar em seu interior atividades que sejam da competência de outros serviços. A proteção integral a que têm direito as crianças e os adolescentes acolhidos deve ser viabilizada por meio da utilização de equipamentos comunitários e da rede de serviços local (BRASIL, 2009, p. 37).

Esses apontamentos me estimularam a discutir sobre a instituição, mostrar quem são esses indivíduos, como convivem, a atuação do Serviço Social e o comprometimento do Estado.

Esse TCC foi resultado da realização de estágio supervisionado no São Gabriel que veio carregada de novas expectativas, de troca de conhecimentos, para dar vazão à

perspectiva de mudanças neste contexto, pois foi o primeiro ano de abertura de campo de estágio de serviço social neste espaço.

Sendo assim, para fortalecer este entendimento na perspectiva de projetar algo diante de todo o contexto já exposto aqui, as observações seja dos acolhidos e dos cuidados realizados junto a este, as leituras, os acompanhamentos junto ao profissional de serviço social e junto a outros técnicos, a participação em reuniões, o contato com documentações, o contato com a rede entre outros, só veio fortalecer e favorecer o trabalho do profissional de Serviço Social.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA

A compreensão sobre deficiência se modificou nos diferentes momentos históricos e culturais, no entanto, permanece na sociedade a compreensão equivocada de que os portadores de deficiência são inaptos para desenvolverem diversas atividades, privando-os dos seus direitos e de sua liberdade, mesmo com todos os avanços legislativos que iremos apresentar a seguir. Segundo Diniz (2007), a deficiência não deveria ser entendida como um problema individual, mas como uma manifestação questão social, pois a pessoa que nasce ou adquire uma lesão, tem muita dificuldade de ter acesso aos bens e serviços produzidos na sociedade, mais pela falta de informação, pelo preconceito e pelas inúmeras barreiras que lhe são impostas.

Assim, historicamente a pessoa com deficiência foi vista como um fardo, um problema para a sociedade e até mesmo para a sua família, tendo em vista o preconceito e a falta de conhecimento sobre o assunto. Citamos o exemplo de que na Roma Antiga as crianças que nasciam com deficiência eram mortas e jogadas em penhascos pois eram entendidas como “anormais”. Segundo Vasconcelos (2002),

No século XX manifestações de críticos passaram a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais e o sistema manicomial. As maiores críticas aconteceram diante do poder médico e de suas práticas de exclusão do sujeito. Era necessário “uma revisão dos paradigmas, que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, que desrespeitam a cidadania do louco”. Dessa forma, surgiram movimentos a favor da reforma psiquiátrica, que queriam novas formas de tratamento à doença mental, inserindo os doentes na sociedade. A partir desses movimentos, novos discursos e novas práticas passaram a sustentar a relação da loucura com a sociedade. (VASCONCELOS, 2002, p.49).

Porém, no século XX, a partir do advento da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU aprovada em 1948, houve a gradativa substituição dos textos legais discriminatórios, e um incremento a outros, especificando os direitos das pessoas com deficiência. Contudo, a questão de fundo que é a intolerância, não foi resolvida.

De acordo com Zavareze (2009)

[...] até o século 20 as pessoas eram consideradas inválidas, ou seja, indivíduos sem valor que representavam um peso morto para a sociedade e para a família. (ZAVAREZE, 2009, p. 3-4).

Na versão preliminar do texto “A Construção Social da Deficiência” Maciel (2007) ressalta que as pessoas com deficiência são sujeitos de direitos. No entanto, a situação de acessibilidade continua sendo um problema, devido a transportes

inacessíveis, edificações públicas sem rampas ou elevadores, embalagens e rótulos sem a tradução para o braille, calçadas sem a identificação dos obstáculos, livros sem edição fonada, comerciantes, servidores públicos e demais profissionais que não sabem se comunicar com uma pessoa considerada ‘diferente’.

Maciel (2007) ressalta que, cotidianamente, as pessoas com deficiência enfrentam uma batalha no gozo de seus direitos. Por mais que a conscientização sobre a defesa dos direitos humanos tenha avançado, sua repercussão na esfera de vida destas pessoas ainda é limitada. A pessoa com deficiência ainda sofre com a idealização da normalidade.

A falta de conhecimento da sociedade, em geral, faz com que a deficiência seja considerada uma doença crônica, um peso ou um problema. O estigma da deficiência é grave, transformando as pessoas cegas, surdas e com deficiências mentais ou físicas em seres incapazes, indefesos, sem direitos, sempre deixados para o segundo lugar na ordem das coisas. É necessário muito esforço para superar este estigma (MACIEL, 2000, p. 53).

Então, é necessária a conscientização de que as pessoas com deficiência não são inválidas e nem incapazes, merecem tratamento igualitário, salientando-se que, não raras vezes, estas pessoas portadoras de deficiência comprovam deter superioridade intelectual, se comparados com aqueles considerados normais (FÁVERO, 2004).

Ribas (1996) destaca a ignorância como sendo a responsável por preconceitos relacionados às pessoas que têm deficiências, pois quando alguém não sabe, começa a achar, podendo assim fazer interpretações que muitas vezes fogem da realidade da vida das pessoas com deficiência física, mental ou sensorial.

Nesse sentido, temos que lutar para que o mundo em que vivemos seja cada vez mais inclusivo. Um mundo em que as pessoas com deficiência física, auditiva, visual e mental convivam com as pessoas que não têm deficiência embora tenham diferenças. Um mundo em que as diferenças entre as pessoas signifiquem o esteio da riqueza da humanidade, Ribas (2007).

Ribas (1985, p.18 e 22) comenta que:

[...] no conjunto dos valores sociais culturais que definem o indivíduo ‘normal’, estão incluídos ‘padrões’ de beleza e estética voltados para um corpo esculturalmente bem-formado. Aqueles que fogem dos ‘padrões’, de certa forma agredem a ‘normalidade’ e se colocam à parte da sociedade. [...] Não é preciso ser deficiente para

não ser reconhecido pela sua própria sociedade. O negro, o homossexual, o louco e até qualquer um que divirja das normas e regras da ordem social podem ser consideradas ‘desviantes’ e assim situarem-se fora da sociedade. O ‘desviante’ é aquele que não está integrado, que não está adaptado, que não se apresenta física e/ou intelectualmente normal, e, portanto encontra-se à parte das regras e das normas. Deste modo, o que mede o ‘desvio’ ou a ‘diferença’ social são os parâmetros estabelecidos pela organização sociocultural.

Portanto, “o preconceito em relação às pessoas com deficiência é traço cultural, milenar, histórico. De certo modo, vive no imaginário coletivo e não será fácil eliminá-lo da sociedade” (GONZALES, 2011, p.).

Diniz (2012) em seu livro “O que é Deficiência” relata que deficiência não é mais a simples expressão de uma lesão que impõe restrições à participação social de uma pessoa, é um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente.

De um modo geral, Diniz (2012) resume o Modelo Biomédico que vê a deficiência como uma consequência natural da lesão, remetendo ao caráter orgânico. Este modelo visava à pessoa com deficiência como objeto de cuidados biomédicos, entedia um corpo com lesão limitado à participação social e reduzia o sujeito apenas à deficiência.

Porém, dentro do Modelo Social, a experiência da deficiência é resultado do ambiente social hostil à diversidade física, desloca a compreensão da deficiência para o contexto, apontando para as barreiras sociais como impeditivos da completa vida em sociedade. Neste contexto, a deficiência é compreendida, a partir da sua transversalidade, como modo de vida e uma possibilidade digna da condição humana.

De uma maneira geral, a deficiência será um tema emergente para as políticas públicas, particularmente as de caráter distributivo e de proteção social. Os pontos de partida das negociações políticas devem ser o novo conceito de deficiência como instrumento de justiça social, e não somente como questão familiar ou individual.

Concordando com Diniz (2012), entende-se que pessoas com deficiências são 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. Porém, apesar de tantas discussões e ganhos, a pessoa com deficiência,

independente de qual natureza da sua deficiência, ainda é alvo de preconceitos dentro da sociedade.

Maciel ainda afirma que:

O “normal” é ser eficiente, é seguir “perfeitamente” a dinâmica da sociedade, que gira em torno da eficiência, do cálculo, da previsibilidade e do controle. Neste contexto, ter uma deficiência não poderia causar outra impressão senão a de ser um “não eficiente”. (MACIEL, 2007, p. 162).

Segundo Sasaki (2006), a prática da inclusão se baseia na aceitação das diferenças individuais, valorização de cada pessoa, convivência dentro da diversidade humana e aprendizagem por meio da cooperação.

Houve maior visibilidade para as pessoas deficientes com o trabalho para PCD e leis políticas implementadas. As deficiências podem ser atribuídas a vários fatores: os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; as doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; as perturbações psiquiátricas; o abuso de álcool e de drogas; a desnutrição; os traumas e as lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

No entanto, no sentido da compreensão das pessoas com deficiência, Ribas (2011, p. 115) compreende que

[...] quando nos desarmamos para conhecer o outro em todas as suas dimensões, com todas as suas particularidades, com todas as suas peculiaridades que são só dele e que moldam um conjunto que não pode ser percebido de maneira fragmentada. Olhar para as pessoas com deficiência e enxergar apenas a deficiência é ter a deficiência de não conseguir enxergar a pessoa com todos os elementos que compõe sua identidade.

Cotidianamente, as pessoas com deficiência enfrentam uma batalha no reconhecimento de seus direitos, embora a conscientização sobre a defesa dos direitos humanos tenha avançado, a repercussão na vida destas pessoas ainda é limitada. A pessoa com deficiência ainda sofre preconceitos com a idealização da normalidade (MACIEL, 2007).

Santos e Nunes (2004, p. 51) acrescentam que:

[...] temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade

que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

Conforme afirma Sasaki (2005), ainda se enfrenta a lógica da pessoa com deficiência vista como um fardo às suas famílias e à sociedade. São pessoas caracterizadas como impossibilitadas de trabalhar, produzir ou ainda incapazes de se relacionar com outras pessoas e estigmatizadas. Apesar de todo o aprofundamento nos estudos, na luta pela garantia dos direitos da pessoa com deficiência, a sociedade ainda insiste em manter o olhar do senso comum.

Outro aspecto da deficiência que deve ser discutida é a deficiência intelectual, objeto particular do campo de estágio.

As causas de deficiência intelectual, ou cognitiva, são variadas e complexas, sendo a mais comum a genética, devido à má-formação fetal ou problemas durante a gravidez. A desnutrição severa e o envenenamento por metais pesados durante a infância também podem acarretar problemas graves para o desenvolvimento intelectual (CAVALCANTE, 2009, p.46).

As capacidades podem ser limitadas, as dificuldades são aparentes na maneira como se comportam na relação com os outros, mas isso não deve ser um empecilho para a real inserção.

Ao pensar esse aspecto, ou seja, ao prepararmos a sociedade para olhar a diferença, podemos estar realmente dizendo que estamos incluindo e aceitando todos da forma como são (ZAVEREZE, 2009, p.04).

Destaca-se o trabalho de Zavereze (2009, p. 4) o qual considera que os caminhos hoje traçados são no sentido de tentar se fazer uma inclusão mais justa, em que realmente insiram as pessoas com deficiência e possibilite a elas uma melhor qualidade de vida, na qual se sintam realmente fazendo parte do contexto das pessoas que são consideradas normais.

Destaca-se o artigo 1º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência estabelece:

Pessoas com deficiência são 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 igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2014).

O Decreto nº 3.298/99, com as alterações do Decreto nº 5.296/04, especifica as deficiências de forma bastante objetiva. O termo mais adequado para referir-se a alguém que possui uma deficiência é “pessoa com deficiência”. Não se deve utilizar a palavra “deficiente”, posto estar relacionada à eventual ineficiência. Pessoa com deficiência é a referência mais adequada, conforme contemplado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, os tipos de deficiência são:

DEFICIÊNCIA FÍSICA: Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida.

DEFICIÊNCIA AUDITIVA: Perda total ou parcial de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferidos por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.

DEFICIÊNCIA VISUAL: Cegueira, na qual a precisão visual é igual ou menor que 0,05 os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidade social; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidade acadêmica; g) lazer; h) trabalho.

DEFICIÊNCIA MENTAL: Está relacionada à saúde mental, está ligada às funções mentais do corpo e que podem gerar transtornos mentais.

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: Associação de duas ou mais deficiências.

2.1 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Durante os anos houve mudanças nos termos utilizados em geral, eram deficiência mental, retardo mental, porém o mais recente a ser utilizado é Deficiência Intelectual (DI). (SCHWARTZMAN; LEDERMAN, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), 10% das pessoas do Terceiro Mundo são portadoras de algum tipo de deficiência. No Brasil, o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) estimou a existência de 24,5 milhões de brasileiros portadores de deficiência e se estima que 50% deles tenham algum grau de DI (SCHWARTZMAN; LEDERMAN, 2017).

[...]deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais (como raciocínio, planejamento e soluções de problemas e aprendizagem acadêmica, entre outros) quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático, que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social. (Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces).(SCHWARTZMAN; LEDERMAN, 2017, p.19).

Conforme Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM (2013) a classificação da DI é de leve à profunda, com base no funcionamento adaptativo, e não em escores de Quociente de Inteligência (QI), sendo o funcionamento adaptativo quem determina o nível que a pessoa necessita. Considerando outras conceituações para DI:

1. as limitações no funcionamento atual deverão ser avaliadas em relação ao contexto das condições ambientais, faixa etária e cultura do indivíduo;
2. a avaliação deverá levar em consideração a diversidade cultural e linguística bem como as características da comunicação, fatores sensoriais, motores e comportamentais;
3. as limitações, em geral, coexistem com potencialidades;
4. a descrição das limitações deverá desenvolver um perfil dos apoios necessários;
5. com os apoios apropriados, o funcionamento das pessoas com DI deve melhorar).(SCHWARTZMAN; LEDERMAN, 2017, p.20).

Segundo Schwartzman; Lederman (2017), em quase todos os diagnósticos da DI os critérios que são propostos é a importância da avaliação do QI, essa avaliação sofre constantes críticas, pois um dos itens a ser observados nas definições de DI é a presença de QI inferior a 70. Sendo o nível de QI uma das condições necessárias para diagnosticar a DI, não se torna suficiente para caracterizar o indivíduo avaliado, uma vez que esse quadro é multidimensional.

Instituída em 1876 a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) reconhecida internacionalmente, no campo da deficiência intelectual é a organização mais antiga, no entanto enfatiza-se que em 2007 ela muda a nomenclatura para

Associação Americana de Deficiências Intelectuais e de Desenvolvimento (AADID). (SASSAKI, 2007).

A AADID (2010) tem sua sede nos Estados Unidos, mais especificamente em Washington e sua finalidade é estudar a deficiência intelectual, tema formula definições, terminologias, conceitos, informações, orientações e sistemas de classificações. Divulgam seus conhecimentos e avanços com elaboração de manuais publicados ao longo dos anos. O primeiro manual é datado de 1921 e o último de 2010 e especifica que:

A deficiência intelectual é caracterizada pela limitação significativa tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo que se expressam nas habilidades conceituais, sociais e práticas. A deficiência origina-se antes dos 18 anos de idade (AAIDD, 2010, p. 1).

Pensando num processo histórico, a deficiência intelectual passou de um estado de estagnação e conformismo do seu diagnóstico para outro de busca ativa de uma conceituação que traga uma intervenção com características funcionais, com isso segundo a Associação Americana de Deficiências Intelectual e do Desenvolvimento (AADID) a deficiência intelectual é caracterizada pela limitação significativa tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo que se expressam nas habilidades conceituais, sociais e práticas.

2.2 OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Nesse item serão apresentados os principais direitos das pessoas com deficiência intelectual, tendo como base as legislações que garantem esses direitos. Segundo o Decreto nº 3298/99 que regulamenta a lei da Deficiência nº 7853/89, define-se:

I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Conforme a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008, p, 12):

Pessoas com deficiência são, antes de mais nada, PESSOAS. Pessoas como quaisquer outras, com protagonismos, peculiaridades, contradições e singularidades. Pessoas que lutam por seus direitos, que valorizam o respeito pela dignidade, pela autonomia individual, pela plena e efetiva participação e inclusão na sociedade e pela igualdade de oportunidades, evidenciando, portanto, que a deficiência é apenas mais uma característica da condição humana.

Conforme a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ratificada pelo Brasil em 2008, por meio de Decreto Legislativo nº 186/2008, pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais podem usufruir de sua participação efetiva e igualitária na sociedade, de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2008, p.01).

A importância de inclusão vem sendo defendida na sociedade e isso teve maior visibilidade a partir de 1981, quando a Organização das Nações Unidas – ONU, elegeu como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes. Desde então, o conceito de inclusão passou a ser debatido em todo o mundo, através da realização de Congressos, Conferências e da aprovação de Declarações, Convenções, Leis, Decretos e Políticas. Portanto, o entendimento é de que uma sociedade inclusiva é uma sociedade para todos. O conceito apareceu pela primeira vez em textos internacionais no ano de 1990, durante uma Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). A resolução 45/91 foi um avanço, pois motivou a sociedade a se estruturar para aprovar as necessidades de cada cidadão. Porém, é importante que seja feita uma reflexão a respeito do verdadeiro significado da expressão “todos”.

Desde as conversas informais às palestras acadêmicas ou até mesmo em leis, essa palavra aparece com frequência, porém deve ser revista. Como podemos dizer que temos uma sociedade para todos quando verdadeiramente não incluímos todos? Participar da construção de uma sociedade inclusiva é como fazer “longos passeios” por nossas ideias e sentimentos.

Cada pensamento é um monstro guloso a ser alimentado sem medo. Refletir sobre a inclusão acorda nossos monstros mais íntimos. Com alguns deles nunca haveríamos nos deparado antes. Vem daí o desconforto causado pelos ideais da inclusão. (WERNEK, 1999, p. 157).

A desigualdade ainda prevalece na sociedade brasileira e a população precisa ser esclarecida a respeito das diferenças e entender que o indivíduo não se restringe a sua deficiência. A população deve observar o que essas pessoas fazem e não o que não conseguem fazer. A história mostra que é muito mais fácil prestar atenção nas

limitações e na aparência do que na capacidade dessas pessoas. Para que tenham uma vida digna e igualitária será necessário que a sociedade receba todos, sobretudo com respeito, possibilitando o ingresso e permanência nas diversas áreas de atividade, como a educação, saúde, mercado de trabalho, lazer, arte e cultura.

A inclusão deve ser feita de forma planejada, atendendo às necessidades de cada pessoa. É a sociedade que deve ser modificada em sua estrutura e em seus serviços oferecidos, é preciso abrir espaços para atender às necessidades de seus membros e construir uma sociedade onde aconteçam não apenas mudanças nos ambientes, equipamentos, transportes coletivos, mas também, mudanças na mentalidade de todos, inclusive a das pessoas com deficiência, possibilitando assim a interação natural na sociedade. A aceitação das diferenças individuais e a valorização da diversidade humana fazem parte do processo de inclusão. Uma sociedade que lida harmoniosamente com as diferenças permite aos indivíduos que se expressem com maior liberdade.

Desta forma, as pessoas com deficiência passarão a ser vistas com respeito e irão sentir-se livres para mostrar a todos seu potencial e habilidades. É este o modelo que desejamos alcançar, onde todos terão o privilégio de aprender a conviver com a diversidade, respeitando o outro como ele é. Isto não é tarefa apenas de um, mas de cada membro da sociedade, com a finalidade de melhorar a vida de todos, em especial a vida das pessoas com deficiência.

A propósito, como tentativa de resgate de seu poder e de sua condição de cidadão, o movimento internacional de pessoas com deficiência, lançou em 2004 uma campanha sob o título 'Nada sobre nós sem nós'. No mesmo ano, o secretário geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Koffi Annah, asseverou que:

De fato, é cada vez mais evidente que as pessoas com deficiência são as mais indicadas para saber como se poderiam superar as barreiras que dificultam a sua participação, devendo, por isso, ser incluídas na concepção, aplicação e avaliação das políticas e programas que afetam sua vida. Além disso, nenhuma sociedade pode afirmar basear-se na justiça e na igualdade, enquanto as pessoas com deficiência não puderem tomar decisões como membros de pleno direito.

A vida do deficiente nunca foi simples, seja no Brasil ou no mundo. Se antes havia a Lei das Doze Tábuas, estabelecendo que era permitido ao pai matar o filho que nascesse com deficiência, surge a primeira emenda na Constituição Brasileira de 1988, dizendo que:

Artigo único: É assegurado aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica especialmente mediante: I - educação especial e gratuita; II – assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica e social do País; III – proibição de discriminação, inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários; IV – possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos (CF, 1978, s/p).

De acordo com o Artigo 8º da Lei nº 13.146 de 2015, inclusão da pessoa com deficiência:

É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico. (BRASIL, 2015, p.2).

O documento “Todos Juntos por um Brasil mais Acessível e a Pessoa com Deficiência” de 2014 ainda afirma que a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência introduz a deficiência de natureza mental, que está relacionada à saúde mental da pessoa (popularmente conhecida como doença mental).

Destaca-se um dos direitos conquistados pela pessoa com deficiência que é o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que se destina à proteção de idosos e deficientes que comprovem não possuir meios de prover sua própria manutenção ou tê-la provida pela família. O benefício compõe a política de assistência social brasileira e é um direito assegurado constitucionalmente.

Embora previsto na Constituição desde 1988, apenas em 1993 o benefício assistencial foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e somente em 1996 foi regulamentado pela Política assistencial, orçamento e justiça no Benefício de Prestação Continuada, implantado após a publicação do Decreto n. 1.744/1995.1-3. Nesse processo, o status constitucional do direito foi importante, na medida em que permitiu o acionamento do Poder Judiciário na via direta do Supremo Tribunal Federal (STF).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um programa assistencial que consiste na transferência mensal e temporária de renda no valor de um salário-mínimo, destinado às pessoas com deficiência e também aos idosos com 65 anos de idade ou mais, ambos/as com renda per capita familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo. A pessoa com deficiência após habilitação do benefício, é direcionada para ser avaliada por assistente social e médico, ambos do INSS, em relação à deficiência e ao grau de impedimento (BRASIL, 2011).

3 ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL E POLÍTICA INSTITUCIONAL

Para falar do acolhimento institucional considera-se importante demarcar a Política Nacional de Saúde Mental, resgatando brevemente seu histórico e as normativas.

Destaca-se a organização dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Assim, Na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, na década de 1990, entram em vigor, no Brasil, as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas práticas dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos. (BRASIL 2005 p.3).

No entanto, de fato, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental, e em especial a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, que consolidam a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõem a conformação de uma rede articulada e comunitária de cuidados para as pessoas com transtornos mentais.

A promulgação da lei 10.216 impõe novos impulso e ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL 2005 p.3).

Se tratando da reforma psiquiátrica, segundo Vasconcelos:

No século XX manifestações de críticos passaram a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais e o sistema manicomial. As maiores críticas aconteceram diante do poder médico e de suas práticas de exclusão do sujeito. Era necessário “uma revisão dos paradigmas, que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, que desrespeitam a cidadania do louco”. Dessa forma, surgiram movimentos a favor da reforma psiquiátrica, que queriam novas formas de tratamento à doença mental, inserindo os doentes na sociedade. A partir desses movimentos, novos discursos e novas práticas passaram a sustentar a relação da loucura com a sociedade (VASCONCELOS, 2002, p.49).

O processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo. São protagonistas deste processo os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e seus familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Trata-se de um protagonismo insubstituível. O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é possível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências). Trata-se afinal, do desafio de construir uma política pública e coletiva para a saúde mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. (BRASIL 2005 p.27).

No Brasil, a legislação vigente que garante moradias acessíveis bem como as normas de construção acessíveis são avançadas, e desde 1983, com a criação da NBR 9050, orientam sobre as regras, parâmetros e requisitos para atender às necessidades da população com deficiência.

Foi aprovado pelo Conselho Nacional de Assistência Social e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente em 18 de junho de 2009, as Orientações Técnicas para os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, 2009), pretendendo estabelecer parâmetros e oferecer orientações para que a rede de proteção favoreça o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Fundamentados nos princípios preconizados no ECA, o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2006), e as Orientações Técnicas para os Serviços de

Acolhimento para Crianças e Adolescentes (2009), formuladas, com consulta pública, pelo Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CONANDA) e pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), se caracterizam como marcos normativos e direcionais nas políticas voltadas para os serviços de acolhimento institucional.

A Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente regulamentou o artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988, nos artigos 4º e 19, ao dispor que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes (BRASIL, 1990).

Crianças jovens e adultos institucionalizados tiveram seus direitos violados através das situações de violência, negligência e/ou abandono vivenciadas. Considerando que as instituições de acolhimento passam a fazer parte do sistema de apoio social e afetivo dos adolescentes e que se configuram como o principal contexto de cuidado, proteção, socialização e desenvolvimento, é necessária uma reflexão sobre as crenças e imagens sociais associadas aos jovens em acolhimento.

O reordenamento institucional proposto pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) teve por objetivo qualificar e adequar os serviços de acolhimento às leis e normativas vigentes, essas determinações legais foram importantes para a reestruturação da rede de proteção e das políticas públicas destinadas a esse segmento.

A estabilidade relacional proporcionada pelas instituições pode atuar de maneira positiva e compensatória. A instituição e os demais equipamentos sociais têm a função de, justamente, trabalhar com as demandas já existentes e possibilitar novas relações e experiências significativas.

Os atributos negativos significativamente associados aos jovens institucionalizados evidenciam a importância de qualificar os

profissionais que têm um papel fundamental na socialização e no desenvolvimento dos acolhidos. É necessário, portanto, um processo cuidadoso de recrutamento e seleção de profissionais baseado em um perfil, considerando critérios específicos para cada cargo institucional (Brasil, 2009).

Muitas vezes, o número inadequado de profissionais, o acúmulo de funções, a alta rotatividade dos funcionários e a urgência da contratação devido à grande demanda prejudicam o bom andamento de adequadas seleção e capacitação (PORTELLA, 2012). A contratação dos profissionais ocorre sem qualquer critério e a capacitação do trabalhador acontece na prática diária.

Destinada a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência, a residência inclusiva é uma modalidade de serviço de acolhimento no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social, conforme estabelece a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) joga luz sobre uma modalidade de moradia destinada às pessoas com deficiência, a saber:

Artigo 31, § 2o A proteção integral na modalidade de residência inclusiva será prestada no âmbito do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) à pessoa com deficiência em situação de dependência que não disponha de condições de autossustentabilidade, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos (BRASIL, 2015).

Ela está organizada em pequenos grupos de até dez pessoas por residência, cuja acolhida e convivência promove o desenvolvimento de capacidades adaptativas à vida diária, autonomia e participação social. Atua em articulação com os demais serviços no território para garantir a inclusão social dos residentes.

O público-alvo é composto por jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, prioritariamente beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar e/ ou que estejam em processo de desinstitucionalização de instituições de longa permanência (BRASIL, 2015).

É importante destacar que no âmbito dos serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade (SUAS), a modalidade do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas caracteriza-se como uma nova perspectiva de promoção do acolhimento às pessoas com deficiência,

rompendo com a lógica do isolamento das grandes instituições e com o paradigma histórico de estruturação dos serviços de acolhimento no formato médico hospitalar.

Reordenar significa reorientar as redes públicas e privadas, que historicamente praticaram o regime de abrigo, para se alinharem à mudança de paradigma proposto. Este paradigma prevê não só a adequação destes serviços aos parâmetros de funcionamento e as orientações metodológicas presentes nos marcos regulatórios vigentes, mas também cumprir a sua função protetiva do Serviço de reestabelecimento de direitos, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e do desenvolvimento de potencialidades das pessoas com deficiência atendidas (MDS, 2012).

Segundo as Orientações Preliminares do Serviço de Acolhimento para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas (MDS, 2012), o serviço deve dispor de equipe especializada e metodologia adequada para prestar atendimento personalizado e qualificado, proporcionando cuidado e atenção às necessidades individuais e coletivas.

Para o atendimento em pequenos grupos a usuários com demandas específicas, ressalta-se a importância de uma equipe técnica do serviço composta por cuidadores e auxiliar de cuidadores, além de trabalhadores do SUAS de nível superior como Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional que de acordo com a Resolução CNAS Nº 17, de 20 de junho de 2011 poderão atender as especificidades dos serviços socioassistenciais, assim como da Residência Inclusiva (MDS, 2012, p 18).

A equipe técnica do Serviço é um dos pontos fundamentais para a efetividade do trabalho.

O Serviço de Acolhimento Institucional ofertado na Residência Inclusiva deve estar articulado com outros serviços do SUAS e tendo interface com as demais políticas públicas. Deve-se basear no princípio da incompletude institucional, ou seja, não deve ofertar em seu interior atividades que sejam da competência de outros serviços e sim buscar articulação para complementação das atividades ofertadas aos usuários e desenvolvimento conjunto de estratégias de intervenções com papéis definidos de cada membro da rede, para evitar sobreposições.

De acordo com as orientações nacionais acerca do processo de reordenamento dos serviços de acolhimento para Residências Inclusivas, para além do reordenamento, das metodologias e normativas, “o olhar não deve estar direcionado apenas para a reestruturação de espaços físicos dos serviços, mas também para estimular a

capacidade de cada indivíduo/ família adquirir maior nível de autonomia, dignidade e sentimento de pertencimento” (MDS, 2015).

Para tanto, o reordenamento deve ser concebido como um processo gradativo de adequação da rede de serviços de acolhimento locais em parceria com os outros serviços socioassistenciais, sociedade civil e demais políticas públicas para que a pessoa com deficiência possa ter assegurado o acesso a cuidados e equipamentos que possibilitem a interação e/ou superação das barreiras existentes (MDS, 2015).

Assim sendo, sob a orientação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2015), seguem os eixos que devem nortear a elaboração do Plano de Reordenamento:

Estruturação de uma rede de serviços de acolhimento condizente com a demanda existente no município; Adequação da infraestrutura física e da capacidade de atendimento, de acordo com os parâmetros de estrutura física e capacidade máxima de cada serviço; Adequação quantitativa e qualitativa das equipes do Serviço, de acordo com a NOB-RH e Resolução CNAS Nº 17, de 20 de junho de 2011; Capacitação permanente dos recursos humanos do Serviços de Acolhimento para Jovens e Adultos com deficiência e do Órgão Gestor; Estrutura que ofereça acessibilidade adequada, condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança e privacidade; Fortalecimento da articulação intersetorial com as diversas políticas públicas e órgãos de defesa de direitos(MDS, 2015, p. 17).

Nesse contexto as deficiências estruturais nos serviços tornam-se empecilho ao desenvolvimento de ações e refletem no atendimento direto aos acolhidos, já que afetam principalmente nas condições de trabalho dos cuidadores e de todos os funcionários da instituição. (REORDENAMENTO SÃO GABRIEL, 2016).

3.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL SÃO GABRIEL

O Serviço de Acolhimento Institucional São Gabriel fundado em 1987, se destaca por ser um serviço de alta complexidade na modalidade de acolhimento institucional, na proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A Unidade de Acolhimento é vinculada ao governo do Estado de Santa Catarina, mas especificamente à Secretaria de Estado de Assistência Social Trabalho e Habitação (SST), que oferta atualmente o serviço a 20 jovens e adultos de 20 a 50 anos que apresentam deficiência intelectual e transtorno global de desenvolvimento e outros transtornos associados que se encontram em situação de dependência e que não dispõem de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar.

O São Gabriel tem como finalidade primordial favorecer a construção progressiva da autonomia, da inclusão social e comunitária e do desenvolvimento de capacidades adaptativas e cognitivas para a vida diária de acordo com orientações da Política Nacional de Assistência Social, os objetivos presentes na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e Orientações Técnicas para Serviços de Acolhimento para Jovens e Adultos com Deficiência/2012.

O Serviço de Acolhimento São Gabriel funciona 24 horas com uma capacidade de atendimento já instalada com vinte acolhidos, o Estado já tentou fazer acordo de parceria com a Prefeitura de São José, mas sem sucesso na época.

Precisando organizar uma estrutura para o funcionamento do serviço, em 2010 por meio de concurso público foram contratados outros profissionais e o quadro funcional, ficou composto por um Técnico Administrativo; um Nutricionista; uma Assistente Social; uma Psicóloga; uma Enfermeira; três motoristas; doze técnicos de enfermagem; seis monitores; quatro cozinheiras; três auxiliar de serviços gerais; uma digitadora. Os técnicos de enfermagem, motoristas e monitores trabalham em sistema de plantão, cumprindo carga horária de 24x72 horas e os funcionários que trabalham de serviços gerais e cozinheira trabalham 12x36 horas. Os demais cumprem carga horária de sete horas conforme determinado pelo Estado. O custeio para pagamento destes profissionais é realizado pelo Estado, como também a responsabilidade pelo fornecimento da alimentação e dos produtos de limpeza e higiene do serviço.

Em relação às atividades de inclusão social que são desenvolvidas com os acolhidos (educação, esporte, lazer, artesanato etc.) algumas são disponibilizadas na comunidade e outras custeadas pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), o qual é administrado por uma curadora. Questões referentes à saúde, como consultas médicas, exames e medicação algumas vezes são viabilizadas pela Unidade Básica de Saúde (UBS), mas muitas vezes é necessário comprar medicação ou realizar atendimento particular devido à demora do sistema de regulação diante das especificidades dos acolhidos, que necessitam de atendimento especializado. Aqui é importante destacar a importância da rede de serviços de saúde qual é ainda bastante precária em relação à oferta de serviços para pessoas com deficiência intelectual.

Desta maneira, todos os jovens e adultos com deficiência atendidos no serviço estão inseridos em atividades inclusivas e um deles no mercado de trabalho. A equipe técnica em parceria com a curadora judicial dos acolhidos procura promover ações

internas e externas, como festas de aniversário e passeios, visando sempre à promoção da igualdade de oportunidades com as demais pessoas da sociedade.

Mas apesar dos esforços da equipe técnica em ofertar um serviço de qualidade, ainda é necessário avançar nesse sentido, devido à necessidade de reordenamento do serviço que prevê adequação no que diz respeito aos parâmetros de funcionamento e às orientações metodológicas presentes nos marcos regulatórios presentes, mas também cumprir a função protetiva de restabelecimento de direitos do serviço de acolhimento.

No âmbito dos serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade (SUAS), a modalidade do Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas caracteriza-se como uma nova perspectiva de promoção do acolhimento às pessoas com deficiência, rompendo com a lógica de isolamento das grandes instituições e com o paradigma histórico de estruturação dos serviços de acolhimento no formato médico hospitalar.

Nesse contexto a composição da equipe que trabalha em Abrigos Institucionais são determinados pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS), que define a equipe mínima de referência formada por psicólogo e assistente social. A equipe multidisciplinar deve manter o trabalho fundamentado na interação das ações de cada profissional, as tomadas de decisões e o trabalho realizado no cotidiano devem manter a visão grupal, de modo a promover o desenvolvimento humano e o cuidado baseado nas peculiaridades de cada jovem e adulto que compõem o ambiente do acolhimento institucional (BRASIL,2009).

Dessa forma, considerando a necessidade de um processo de reordenamento e adequação do serviço ofertado atualmente, sabe-se da necessidade de gerenciamento constante de ações e adaptações de rotina visando à reestruturação do atendimento e do trabalho técnico desenvolvido, visando, sobretudo a melhoria da qualidade de vida dos acolhidos, além do bem estar dos servidores e funcionários e também o desenvolvimento adequado desta política pública.

3.2 O SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

O Serviço Social na Instituição passou a fazer parte do quadro em 2010, pela via concurso público, tendo por objetivos trabalhar a questão da inclusão social, a reintegração, a participação social e a convivência familiar e comunitária dos

acolhidos, promovendo ações para o desenvolvimento da autonomia, autoestima e protagonismo social destes.

A equipe técnica (Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e Nutrição) e gerência se reúnem semanalmente para discutir situações pontuais relacionadas ao serviço, como avaliar as atividades inclusivas que estão sendo realizadas, as questões relacionadas à saúde do acolhido, o manejo dos cuidadores, a elaboração do plano individual de atendimento (PIA) e do plano de organização do cotidiano (POC) e o projeto de reordenamento dentro do serviço, enfim todas as situações que acontecem cotidianamente que precisam ser avaliadas e documentadas para o desenvolvimento do trabalho no São Gabriel. A equipe técnica sem a participação da gerência, também se reúne semanalmente para analisar e formular estratégias, elaborando notas técnicas que servem de suportes para a equipe de cuidadores (técnicos de enfermagem e monitores) entender e saber lidar com demandas mais específicas do Serviço de Acolhimento Institucional São Gabriel.

O Serviço Social dentro desta especificidade atua na organização do serviço juntamente com os demais técnicos, mais com foco no planejamento de atividades inclusivas, elaboração de projetos e planos, orientação junto à equipe de cuidadores/monitores, elaboração de documentação (relatórios, prontuários, notas técnicas, instrumentais avaliativos, pesquisa processual), realização de visitas domiciliares, articulação com a rede socioassistencial, participação em estudos de caso, participação nas reuniões com a curadora dos acolhidos, enfim faz a mediação das demandas que surgem cotidianamente para que se possa ofertar um serviço com qualidade e dignidade, pois na prática nos deparamos com uma série de dificuldades e carências.

Este processo de planejamento para a realização de atividades se torna indispensável para a continuidade do trabalho deste profissional, o resultado do trabalho é refletido no sujeito atendido.

[...] o profissional precisa encontrar as principais mediações que vinculam o problema específico com que se ocupa com as expressões gerais assumidas pela “questão social” no Brasil contemporâneo e com as várias políticas sociais (públicas e privadas) que se propõem a enfrentá-las. O conhecimento dessas políticas sociais (que implica, antes de tudo, o conhecimento das suas fontes e formas de financiamento) é indispensável para o profissional contextualizar a sua intervenção; e a determinação daquelas mediações possibilita apreender o alcance e os limites da sua própria atividade profissional. Estas exigências põem-se a todo profissional interessado na compreensão da sua atividade para além

do seu dia-a-dia: dada a sua alocação socioprofissional – seja no planejamento, na gestão, na execução –, nenhum/a assistente social pode pretender qualquer nível de competência profissional se prender exclusivamente aos aspectos imediatamente instrumentais e operativos da sua atividade. (NETTO, 2009, p. 32).

É de extrema importância responder às demandas do cotidiano profissional através de estratégias (instrumentos) que possibilitem uma intervenção de alcance social. Este processo é constituído a partir de uma elaboração teórica sobre a observação da realidade, com intuito de colocar em prática o que foi desenvolvido intelectualmente.

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano (IAMAMOTO, 1999).

Não só o Serviço Social, mas a equipe técnica, pautada em embasamentos legais e em discussões na perspectiva de mudança de paradigmas, entende a importância de reordenar o serviço de acolhimento, que conforme o Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e Adolescente (NECA) 2010, reordenar significa dar uma nova ordem aos serviços e programas, rever e articular a política pública, repensar os paradigmas conceituais, reorganizar serviços e estruturas institucionais.

Segundo as Orientações Preliminares do Serviço de Acolhimento para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas (MDS, 2012), o serviço deve dispor de equipe especializada e metodologia adequada para prestar atendimento personalizado e qualificado, proporcionando cuidado e atenção às necessidades individuais e coletivas.

Sendo assim, para fortalecer este entendimento na perspectiva de projetar algo diante de todo o contexto já exposto aqui, as observações seja dos acolhidos e dos cuidados realizados junto a este, as leituras, os acompanhamentos junto ao profissional de serviço social e junto a outros técnicos, a participação em reuniões, o contato com documentações, o contato com a rede entre outros, só veio fortalecer e favorecer o trabalho do profissional de Serviço Social, do campo de estágio e do serviço de acolhimento.

4 PERFIL DOS USUÁRIOS

Nesse item serão apresentados os dados colhidos para a elaboração do TCC, a partir dos dados dos prontuários que estão disponíveis.

No serviço de acolhimento institucional São Gabriel, os acolhidos foram institucionalizados por abandono, negligência familiar e acolhidos que não se sabe o real motivo. Os prontuários de cada acolhido que são sistematizações da trajetória de vida de cada um foram realizados pela Assistente Social e a Psicóloga da instituição, com o pouco material que se tinha de cada acolhido.

A instituição abriu em 1984 e nessa época não havia equipe técnica especializada, então não havia prontuários, assim se observou uma relevante ausência de registros dos usuários, hoje tem acolhidos que não se sabe realmente sua trajetória e como chegou no São Gabriel.

Na tabela abaixo realizou-se uma análise de dados documental dos vinte acolhidos, com os prontuários de cada um individualmente, com o propósito de dar visibilidade a esses acolhidos que estão invisíveis dentro da nossa sociedade/realidade mostrando quem é o público do Serviço de Acolhimento Institucional São Gabriel.

Para definir o perfil dos usuários será apresentados os seguintes dados que foram extraídos dos prontuários. Demarca-se, inicialmente que são 20 acolhidos, todos do sexo masculino e todos naturais de Santa Catarina. Quanto à faixa etária, temos a seguinte informação, conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Faixa etária

Faixa Etária	Frequência
26-30	4
31-55	16

Fonte: Prontuários
Elaboração da autora

É importante registrar que a faixa etária mais alta se explica porque a partir do ano de 2000 não aconteceram novos acolhimentos, devido à falta de espaço na estrutura para acolher novos moradores.

Nesse contexto da faixa etária é importante abordar o envelhecimento da pessoa com deficiência intelectual, visto que os acolhidos do serviço tendem a permanecer até a terceira idade institucionalizados. O envelhecimento da pessoa com deficiência intelectual ocorre, muitas vezes, de forma mais rápida, dependendo do tipo de deficiência, considerando as particularidades de cada deficiência. (GIRALDI, 2012).

O envelhecimento do jovem com Deficiência Intelectual DI tem suas particularidades diferentes da população sem deficiência. Com o nível da deficiência, sexo e tipo de residência, tem um papel determinante na vida das pessoas com DI.

De acordo com os autores Diniz e Medeiros ressaltam a importância da atenção aos cuidadores formais e informais, que percebem o envelhecimento da pessoa com DI que tem impacto no bem-estar e implica a reflexão sobre a adaptação às novas:

O ato de revelar a relação entre envelhecimento e deficiência é importante por várias razões: i) indica que o envelhecimento vem acompanhado de algumas limitações nas capacidades físicas e, às vezes, intelectuais; no entanto, apesar do envelhecimento crescente de quase todas as populações do mundo, na maioria delas pouco ou nada se tem feito para que essas limitações não se tornem causa de deficiências; ii) mostra que, na ausência de mudanças na forma como as sociedades organizam seu cotidiano, todos seguem em direção a uma fase da vida em que se tornarão deficientes, o que motiva, ainda que por meio da defesa de interesses egoístas, a melhoria das políticas públicas voltadas à deficiência; iii) lembra que a interdependência e o cuidado não são algo necessário apenas diante de situações excepcionais e sim necessidades ordinárias em vários momentos da vida de todas as pessoas; e iv) afirma que a previsibilidade do envelhecimento permite entender que muito da deficiência é resultado de um contexto social e econômico que se reproduz no tempo, pois a deficiência no envelhecimento é, em parte, a expressão de desigualdades surgidas no passado e que são mantidas. (DINIZ E MEDEIROS, 2004, p.109)

Portanto, deve ser tratado com atenção o processo de envelhecimento das pessoas com deficiências intelectuais devido às suas demandas próprias ligadas às situações de vulnerabilidade de dependência. Torna-se importante conhecer a realidade das pessoas com deficiência intelectual no seu processo de envelhecimento suas vivências e ações acerca do seu entorno centrando nas suas dificuldades e necessidades.

A expectativa de vida das pessoas com DI era de 40 a 45 anos. Essa situação mudou significativamente. Uma pesquisa realizada pela APAE DE SÃO PAULO evidenciou que, na última década, houve um aumento de 20 anos na expectativa de vida das pessoas com DI, que passou de 35 anos em 1991 para 55 anos em 2000 (OLIVEIRA, 2013, p 47).

Se sobre o idoso pesa o estigma de “incapacitado”, por vezes tratado como um “fardo” até mesmo por familiares, no caso do idoso deficiente intelectual há uma dupla exclusão, pois são discriminados por serem idosos e deficientes, sofrem dupla discriminação (PLETSCH, 2006).

Quanto ao tipo de transtorno, a tabela 2 vai apresentar os dados dos usuários.

Tabela 2 - Tipo de transtornos

Tipo de transtorno	Frequência
Transtornos leves	1
Moderados	15
Severos	4

Fonte: Prontuários
Elaboração da autora

A deficiência intelectual em 1986 foi agrupada em quatro níveis de acordo com o QI (Quociente de Inteligência).

A classificação adotada atualmente, refere-se a níveis leve, moderado, severo e profundo de deficiência. No âmbito educacional são utilizados os termos educável (grau leve), treinável (graus moderado e severo) e dependente (grau profundo) de deficiência. (COLEÇÃO EDUCAÇÃO ESPECIAL, 1993 p.19).

Conforme DSM (2013), a deficiência intelectual pode ser definida com base no funcionamento adaptativo e não em escores de QI como era antigamente, as definições dos termos são:

Deficiência Intelectual Leve: este grupo apresenta um leve atraso com dificuldades para aprender a ler, escrever, dentre outras, geralmente identificados nos anos iniciais da escola, capazes de trabalharem tendo assim sua independência econômica.

Deficiência Intelectual Moderada: este grupo apresenta atrasos no desenvolvimento mental, social, motores e também na linguagem são identificados bem cedo. São capazes de executar tarefas simples como cuidados pessoais, podem ainda executar tarefas simples de trabalho.

Deficiência Intelectual Severa: este grupo apresenta um atraso bastante significativo em todo seu desenvolvimento, para executarem atividades como cuidados pessoais, comunicação e ainda ter uma independência individual, necessitam de um treinamento como aprendizado. Com supervisão contínua podem até realizar tarefas simples.

Deficiência Intelectual Profunda: estes indivíduos apresentam muito pouca capacidade para aprender a executar tarefas simples, pois apresentam um grande atraso em todas as áreas. Os indivíduos necessitam de cuidados durante todo o tempo, pois apesar de aprenderem alguns hábitos, não conseguem executá-los.

Assim, pelos dados colhidos nos prontuários conforme a tabela 2, o que necessita de cuidados básicos com higiene, alimentação e vestuário são 4 acolhidos, que possuem Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os demais se alimentam sozinhos, alguns com auxílio na higiene e vestuário.

Tabela 3 - Acesso à renda

Acesso à renda	Frequência
BPC	19
Trabalho formal (PCD)	1

Fonte: Prontuários

Elaboração da autora

O Estado que mantém a casa de acolhimento, com o BPC a curadora compra roupas, sapatos, medicamentos quando necessário, disponibiliza dinheiro para passeios nas instituições que realizam atividades extras, festas de aniversários e presentes em datas comemorativas.

O único acolhido que trabalha formalmente, é na Cottonbaby há onze anos, ocupando a vaga de Pessoa com Deficiência (PCD), auxiliando na produção, uma empresa que oferece higiene pessoal, proteção e beleza localizada em São José. Como trabalha com carteira assinada por lei não recebe o BPC, o seu salário é administrado pela curadora igualmente aos demais curatelados.

O trabalho tem importante relação na vida das pessoas com deficiências e é apontado como atividade fundamental para a realização pessoal, desenvolvimento da auto-estima, interação social, sentimento de pertencimento e capacidade, bem como, construção de identidade e autonomia(TOLDORA 2010).

De acordo com os dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) de 2007, do Ministério do Trabalho e do Emprego, referente à inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, constata-se que dos 37,6 milhões de postos de trabalho apenas 348,8 mil (1%) são ocupados por pessoas com deficiência e destes 2,4% têm deficiência intelectual(ALMEIDA, 2009). Os números evidenciam,

também, que a exclusão de pessoas com deficiência intelectual nas atividades relacionadas ao trabalho é maior do que em outras deficiências. (TOLDORA 2010, p. 159).

Todos os vinte acolhidos são curatelados, a curatela por muitas vezes acaba sendo confundida com a tutela. Galadino (2014) aponta sobre as diferenças de ambos os temas:

Podem ser apontadas as seguintes diferenças: a) a tutela é destinada a menores de 18 anos de idade, enquanto a curatela é deferida, em regra, a maiores; b) a tutela pode ser testamentária, com nomeação do tutor pelos pais; a curatela é sempre deferida pelo juiz; c) a tutela abrange a pessoa e os bens do menor (auditorias e gestão), enquanto a curatela pode compreender somente a administração dos bens do incapaz, como no caso dos pródigos; d) os poderes do curador são mais restritos do que os do tutor.(GALDINO, 2014. p.12).

Sendo assim, a curatela se diferencia por ser a proteção à pessoa e seus bens, ou somente aos bens do maior, em regra, acometido por enfermidade ou que se encontre ausente. (GALDINO 2014).

O juiz que atribui o cargo de curatela para que a mesma gerencie os bens de outra que têm mais de dezoito anos e judicialmente é declarada incapaz independente da incapacidade, que esteja impossibilitada de tomar qualquer decisão. Conforme o Código Civil a curatela é direito daqueles que assim estão inclusos dentre a suas causas, garantindo o Código uma proteção especial. (GALDINO).

Desta forma, curatela refere-se ao poder dado a alguém que tenha capacidade plena, ou seja, capacidade de fato e de direito, para reger e administrar os bens de alguém que, embora maior, não possui a capacidade para fazê-lo. (GALDINO 2014 p 14).

Conforme o Código Civil de 2002 estabelece as pessoas sujeitas à curatela:

Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:

- I - aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil;
- II - aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade;
- III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos;
- IV - os excepcionais sem completo desenvolvimento mental;
- V - os pródigos.(BRASIL 2002).

A curadora tem que prestar conta periodicamente para o juiz, todos os gastos devem ser comprovados mediante a apresentação dos recibos e notas fiscais, os quais podem estar separados mês a mês e a periodicidade de apresentação deste relatório,

que via de regra é anual, porém pode ser semestral ou trimestral conforme o que foi acordado com o juiz durante a sentença de nomeação.

Sendo assim, a curadora administra o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é um ingresso mensal que todos os deficientes e idosos de 65 anos ou mais têm direito e o acolhido do trabalho formal, realizando prestações de contas com tudo o que foi gasto com os acolhidos.

Quanto ao vínculo familiar, observa-se na tabela 4, a seguinte dinâmica:

Tabela 4 - Vínculo Familiar

Vínculo Familiar	Frequência
Com vínculo	4
Com vínculo esporadicamente	3
Sem Contato	13

Fonte: Prontuários

Elaboração da autora

Um dos objetivos da Assistente Social e do serviço é a promoção do contato comunitário e familiar dos acolhidos desde que seja avaliado, que favoreça o seu desenvolvimento e bem-estar.

Durante o estágio consegui perceber que o São Gabriel sempre deixou livre o contato familiar desde que fosse dentro das regras. Assim, os acolhidos podem realizar visitas externas aos familiares e outras pessoas da sua convivência, sendo essas já avaliadas pela equipe técnica e seja de devido conhecimento da curadora judicial, realizando agendamento antecipado e assinando um termo de responsabilidade caso o acolhido sai da instituição.

Acompanhando as histórias de vida constata-se que houve adoção de um dos acolhidos que ocorreu em 2011; que há o relacionamento afetivo de um dos acolhidos, pois possui uma namorada e eles estão juntos, em torno de quatro anos e este frequenta quinzenalmente a casa da mesma; outros dois possuem contatos com irmãs; um frequenta a casa da irmã nas férias de final de ano, ficando por quinze dias na residência e outro a irmã pega em datas comemorativas ou em alguns domingos trazendo-o sempre no final do dia. Um único acolhido recebe a visita do seu pai, uma vez por mês, sempre aos finais de semana e um acolhido recebe esporadicamente a visita da mãe que possui deficiência e quando vai ao acolhimento sempre está acompanhada de familiares. E, por fim há um acolhido que tem contato

esporadicamente com uma tia, que quando ele solicita à Assistente Social, esta agenda a visita à casa da mesma.

É um trabalho desafiador para o assistente social que atua nessa organização, pois precisa atuar com responsabilidade ética e política, no São Gabriel nota-se essa dificuldade da aproximação com os familiares, alguns têm receios de se aproximar e acabar tendo que ficar com a guarda do acolhido, outros possuem ressentimentos pelas ocorrências do passado e familiares que não se tem nenhum contato. É significativa a falta de informação e preparação da maioria das famílias, numa totalidade com baixas condições financeiras.

Nesse contexto trazemos algumas informações da trajetória de vida dos acolhidos do São Gabriel, para mostrar um pouco quem são esses acolhidos e suas vivências. Para tanto, utilizamos os relatos e as sistematizações realizadas pela equipe técnica do serviço.

N.V.R

“Foi institucionalizado no São Gabriel em 02/12/1991, em virtude do falecimento dos pais, na época com 16 anos. De acordo com relatos da Prefeitura de Içara o acolhido possui 4 irmãos, a mãe teria falecido quando o mesmo tinha apenas 10 anos e o pai quando ele tinha 15 anos, uma das irmãs também apresentava deficiência intelectual. Tinha pouco contato social, vivendo em completo abandono. Frequentou a APAE de Içara de 1991 diagnosticado com deficiência intelectual severa (idade mental de 4 anos) hoje está com 43 anos”.

Fonte: Prontuários da Equipe Técnica do São Gabriel

D.S

“Em formulário de triagem da FCEE datado em 1990, o mesmo era fruto de um casamento com mais 7 filhos, segundo relatos até 1 ano e meio de idade era uma criança normal, começou apresentar problemas na fala e comportamento, não se relacionava com as pessoas. O pai relatou maus tratos da mãe já após o seu nascimento, não o alimentava não lhe dava banho e o maltratava fisicamente. O pai se separou e ficou cuidando do acolhido. Em 1995 por meio de guia do conselho tutelar o mesmo foi encaminhado para o São Gabriel, com 9 anos de idade, seria provisoriamente pois seu pai realizaria uma cirurgia mas o mesmo acabou falecendo, ficando permanente até o momento no acolhimento, hoje está com 32 anos de idade”.

Fonte: Prontuários da Equipe Técnica do São Gabriel

A.M.C

“De acordo com relatos e por meio de entrevistas com o Serviço Social e Juizado de menores em 1989, que o pai do acolhido apresentava envolvimento em pequenos furtos, agressão física dirigida à mãe e à irmã. O Acolhido costumava mendigar; possuía 7 irmãos, vivia frequentemente nas ruas, era usuário de cola e entorpecentes. Em 1991, na época com 9 anos de idade foi acolhido na instituição São Gabriel por determinação judicial, já tentou fugir da instituição muitas vezes, chegou a ser internado para reabilitação e hoje apenas é fumante de cigarros controlados por horários, hoje está com 34 anos de idade”.

Fonte: Prontuários da Equipe Técnica do São Gabriel

T.A.P e F.A.P

“Em relatório havia histórico de maus tratos dos irmãos um com 5 anos e o outro com 9 anos de idade, foram abandonados pela mãe que também era deficiente intelectual, tanto o pai quanto a mãe falaram que não podiam oferecer os cuidados necessários que os mesmos demandavam, moravam em situação precária em terrenos de ocupação, o pai era esmoleiro deixando as crianças sob cuidados dos vizinhos, em virtude do abandono, em 1994 os dois irmãos foram abrigados no São Gabriel, hoje estão com 29 e 33 anos de idade”.

Fonte: Prontuários da Equipe Técnica do São Gabriel

V.G

“Conforme relatórios da FCEE em 1999 o mesmo comparecia acompanhado da mãe e de uma acadêmica do Serviço Social devido ao um projeto da época, a partir desse projeto verificaram dificuldades encontradas na família como privação nutricional e afetiva. O pai era carroceiro e ficava pouco com os filhos e a mãe apresentava algum tipo de deficiência. Conforme relatos dos técnicos o acolhido era medroso, parecia que a mãe lhe causava medo. Em 2002 com 12 anos de idade foi encaminhado para o São Gabriel, pelo conselho tutelar pelos os seguintes motivos: sofria todos os tipos de deficiência, física, psicológica, sexual e negligências, permanece no São Gabriel até hoje, está com 28 anos de idade”.

Fonte: Prontuários da Equipe Técnica do São Gabriel

R.V.S

“Vinha sendo atendido na APAE de Santo Amaro da Imperatriz desde 14/03/1989. Relataram que o mesmo apresentava comportamento de auto-agressão estereotípicas e hábitos compulsivos de juntar qualquer objeto do chão (cabelo, grão, folhas etc.) e levar à boca. Apresentando também prejuízos na interação, comunicação, como também dependência para as atividades de vida diária. Em 1989 a FCEE salientou em relatório que o mesmo era proveniente de família com nível sócio econômico baixo, composta por dois filhos, tanto o pai quanto a mãe apresentavam comprometimento em nível psiquiátrico com história de internações”.

Fonte: Prontuários da Equipe Técnica do São Gabriel

V.V

“Foi abrigado no São Gabriel em 1996 na época com 32 anos de idade. De acordo com relatos, a mãe veio a falecer e ele veio a morar com o pai e madrasta. Há registro de que tem também uma irmã por parte de pai e mãe. Posteriormente o pai também veio a falecer e alguns anos depois foi institucionalizado. Existe relato de que o encaminhamento teria sido feito pela FCEE, pois o mesmo encontrava-se em situação de abandono familiar. A família morava em Palhoça, hoje a madrasta e um irmão moram na mesma rua do São Gabriel, mas não mantêm contato com o acolhido, atualmente está com 54 anos de idade”.

Fonte: Prontuários da Equipe Técnica do São Gabriel

Na nossa compreensão esses relatos das institucionalizações mostram uma realidade de abandono e negligência familiar, mas é importante destacar que muitas vezes essas famílias não tinham o apoio necessário nem condições financeiras de prover à necessidades desses sujeitos. Observamos também que na maioria dos casos as mães mostravam, também, um quadro de deficiência intelectual, com mais de dois filhos ou, ainda, parceiros violentos, o que dificultava ainda mais o cuidado e atenção que uma criança com deficiência necessita.

Assim, nos permitimos afirmar que a história de vida desses sujeitos está marcada pelas mais diversas expressões da questão social e pela negação dos direitos de condições de vida dignas, seja para a família, seja pelo sujeito com deficiência.

Na tabela 5 observa-se o tempo de institucionalização dos acolhidos:

Tabela 5 - Tempo de institucionalização

Tempo de institucionalização	Frequência
10-20	14
30-40	6

Fonte: Prontuários
Elaboração da autora

A institucionalização é um processo de adaptação ao novo local de convívio, pois existe horário para acordar, comer, tomar banho e dormir, são pessoas diferentes que passam a fazer parte da vida umas das outras cotidianamente, e é claro que no São Gabriel não é diferente, pelo contrario, são vinte homens com idades e deficiências intelectuais diferentes, falar de autonomia se torna delicado dentro de uma instituição padronizada com regras e horários.

Há acolhidos institucionalizados no São Gabriel há mais de trinta anos, e nesses dois anos de estágio observamos como suas ações mostram que as regras estão institucionalizadas em quase todos eles, sabem quando está perto do almoço, jantar e até mesmo o dia das atividades extras, é como se todos os dias dentro da instituição fossem iguais.

Apesar da autonomia de vida constar na Lei de Promoção e Proteção 147/99, a sua aplicação prática é sempre lenta e motivadora, neste contexto será importante refletir sobre as dificuldades dos cuidadores e técnicos da instituição em empreender o processo de autonomia, mesmo sendo um processo mais difícil se tratando de deficientes intelectuais e institucionalizados.

Nesse contexto recuperando os estudos de Goffman o conceito de instituição por ele definido é:

Local de residência e trabalho onde um determinado número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 1999, p.11).

Goffman dará o nome de “instituições totais” (asilos, hospitais, prisões, quartéis, conventos) sistematizando suas características gerais e comuns que acabam as estruturando.

As instituições totais podem ser enumeradas em cinco agrupamentos, primeiro são as instituições criadas para cuidar de pessoas que são incapazes e inofensivas: cegos, velhos, órfãos e indigentes. Segundo são os locais para cuidar de pessoas

consideradas incapazes de cuidar de si mesmas: sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. O terceiro tipo de instituição é para proteger a comunidade: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. O quarto tipo são os quartéis, navios, escalas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões. E o quinto são espaços para os religiosos, abadias, mosteiros, conventos entre outros. (MARTELEIRA 2004).

Goffman (1987) ressalta que todas as instituições que ele intitula como totais utilizam de um mesmo mecanismo, apartação havendo punições, estratégias e recompensas, não se fazendo diferentes das relações de dominação e poder que vigora em toda sociedade.

Na nossa compreensão o Serviço São Gabriel não é uma instituição total, no entanto, algumas características apontadas por Goffmann permanecem na instituição, como a organização de uma rígida disciplina a qual os internos devem seguir.

Ressaltamos os usuários realizam atividades exta-institucionais, a tabela 6 apresenta as atividades de inclusão realizadas pelos usuários:

Tabela 6 - Atividade de inclusão

Atividades de inclusão	Frequência
Cotidiana	17
Algumas vezes na semana	14

Fonte: Prontuários
Elaboração da autora

Os usuários realizam atividades na Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE): Frequentam 17 acolhidos, entre as atividades oferecidas os acolhidos com mais comprometimento intelectual e de movimentos frequentam o Centro de Convivência (CEVI); e aulas de reciclagem, jardinagem e confeitaria frequentam os acolhidos com menos comprometimento intelectual no Centro de Educação e Trabalho (CENET).

As atividades extras de esporte e alfabetização são:

- Capoeira/FCEE: Frequentam três acolhidos que participam da capoeira, duas vezes na semana no horário do turno em que frequentam na FCEE.

- Alfabetização/SESI: Frequentam 05 acolhidos que participam três vezes na semana de aulas de alfabetização voltadas a pessoa com deficiência.

- Informática/APABB: Frequentam 05 acolhidos duas vezes na semana na sede da Associação de pais, amigos e de pessoas com deficiência, de funcionários do Banco do Brasil e comunidade (APABB).

- Natação: Frequentam 06 acolhidos por meio da Associação de pais, amigos e de pessoas com deficiência, de funcionários do Banco do Brasil e comunidade (APABB). As aulas de natação são realizadas duas vezes na semana e aos sábados.

Nos meses de Janeiro e Julho são planejadas atividades de lazer para os acolhidos semanalmente e estas ações são realizadas em conjunto com a curadora judicial e equipe técnica.

A sociedade inclusiva se baseia no respeito aos direitos humanos, à liberdade, à diversidade, à justiça social em busca da participação democrática e do exercício dos direitos.

Historicamente, os processos de exclusão das pessoas com deficiência intelectual impostos pela sociedade, têm dificultado o acesso desses indivíduos a determinados bens essenciais como saúde, educação e trabalho. Os problemas decorrentes deste fato são a baixa escolaridade, dificuldade de inserção social, pouca circulação e uso dos espaços públicos e comprometimento para desempenhar as atividades profissionais. Como afirmam Ferronato (2008), a lógica de exclusão social consequente da desinformação e preconceito conduz a atitudes e práticas que dificultam ou impossibilitam as oportunidades e o acesso ao mercado de trabalho. (TOLDORA 2010, p. 159).

Nesse contexto a inserção dos acolhidos visa ao desenvolvimento da autonomia e a sua integração a sociedade em que vivem, favorecendo a participação das pessoas com deficiência em todas as esferas da vida.

5 CONCLUSÃO

Neste trabalho de conclusão de curso foi possível demonstrar quem são os acolhidos com deficiência intelectual institucionalizados no Serviço de Acolhimento institucional São Gabriel e suas trajetórias de vida. O objetivo de mapear a trajetória de vida dos jovens e adultos com deficiência institucionalizados e identificar de que maneira é realizada essa institucionalização, foi alcançado na perspectiva de que o trabalho deu visibilidade ao serviço como planejado.

O mapeamento dos prontuários nos proporcionou olhar para a realidade de vida de cada acolhido e suas trajetórias até o acolhimento no São Gabriel, para além da nossa experiência de estágio obrigatório de dois anos. O aprofundamento sobre a deficiência intelectual nos permitiu entender todo o contexto de capacidades e preconceitos existentes na vida de cada um deles.

O Serviço Social é de extrema importância para o serviço de acolhimento institucional, pois é este profissional quem realiza as articulações com as redes de inclusão social e assistência social, pois o profissional tem o domínio das suas técnicas e atribuições, e é fundamental para a articulação do vínculo familiar e comunitário, para tanto, requer cuidado e profissionalismo. Durante nossa experiência no São Gabriel foi notório observar como o assistente social é fundamental para o andamento do serviço, em conjunto com a equipe técnica. Iamamoto (2004, p. 20), descreve que:

Para haver uma prática junto a tais questões, um dos maiores desafios que o assistente social vive é desenvolver sua capacidade a decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas presentes no cotidiano.

Em relação à pesquisa um limitador foi o pouco material produzido no Serviço de Acolhimento São Gabriel, o que dificultou o aprofundamento nas questões das institucionalizações dos acolhidos, levando-se em conta que uma equipe técnica foi formada somente em 2010 e vem sofrendo mudanças na gestão e configuração da equipe, levando mais tempo para um profissional dar continuidade ao trabalho em andamento anterior.

Concluimos que o processo de institucionalização ocorre tendo em vista as várias violações de direitos destes sujeitos, havendo dificuldade para o atendimento necessário aos sujeitos com deficiência intelectual.

As condições dos usuários na instituição seguem uma rotina diária, padronizada de horários e regras a serem cumpridos, tornando os dias dentro da instituição sempre

iguais. Torna-se necessário o reordenamento da instituição que necessita de um maior espaço e mais condições de lazer.

A busca de atividades fora da instituição é uma prioridade do Serviço Social para promover o fortalecimento a inclusão social dos acolhidos, sendo fundamental para auto-estima e progressão da autonomia.

Há muito que se avançar para o atendimento à necessidades dos sujeitos com deficiência intelectual, dentro das suas limitações com incentivos persistência, cada deficiente tem suas capacidades. Houve avanço na legislação, mas não foi acompanhado de condições necessárias para mudar o estigma do preconceito instalado na sociedade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION – AAMR. Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BISSOTO, M.L. 2007. Auto-organização, cognição corporificada e os princípios da racionalidade limitada, UFRJ, **Ciências e Cognição**, 11:80-90. 2007. Disponível em: <www.cienciasecognicao.org/pdf/v11/m337173.pdf>. Acesso em: 07 ago 2018

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Brasília: CNAS, .2009.

_____. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Nacional de Assistência Social. Orientações técnicas para os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/orientacoes_tecnicas_final.pdf/>. Acesso em: 02 nov 2018.

_____. LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências., 1990.

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves, et al. Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14.1. 2009.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 1988.

_____, **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 100p.

DINIZ, Debora; SANTOS, Wederson. Deficiência e discriminação. **Brasília: Letras Livres**, 2010, 97-115, .2010.

FÁVERO, Eugênia Augusta Gonzaga de. Direitos das pessoas com deficiência: garantia de igualdade da diversidade. Rio de Janeiro: **WVA**, 2004.

GALDINO, Vandson dos Santos. Curatela: conceitos, características e inovações trazidas pelo Código Civil de 2002. Conteudo Juridico, Brasilia-DF. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.47461&seo=1>>. Acesso em: 30 out. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed. São Paulo: Atlas S.A., p. 206,1989.

GOFFMAN, E. (1999), *Manicômios, Prisões e Conventos*, São Paulo, Perspectiva.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo demográfico 2010.

_____. **Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência**: lei nº 13.146 de 06 de Julho de 2015. Brasília, DF: Senado Federal, 2015.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. **São Paulo em perspectiva**, 14.2: 51-56. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9788.pdf>> Acesso em: 13 jun. 2018.

MOSCOVICI, Fela. *Desenvolvimento Interpessoal: treinamento em grupo*. Rio de Janeiro: **José Olympio**, 1997.

NECA-Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre Criança e Adolescente. *Imaginar para encontrar realidade: reflexões e propostas para trabalho com jovens nos abrigos*. 1.ed. São Paulo: Associação Fazendo História, 2010.

OLIVEIRA, A. F. Deficiência intelectual e envelhecimento: um desafio contemporâneo. **APAE Ciência**, v. 1, n. 1, p. 33-43, 2013.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao método da teoria social**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Portal MJ (Ministério da Justiça), Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 15 jul 2018.

_____. **Pessoa com Deficiência** – Legislação Federal/Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Pessoa com Deficiência (SNPD). 1. ed. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

PLETSCH, M.D. O envelhecimento das pessoas com deficiência mental: um novo desafio. Anais, 10º Congresso Estadual das APAES de Minas Gerais e 3º Fórum de Autodefensores – Acessibilidade e inclusão: convivência universal, 2006. Disponível em: <http://www.eduinclusivapesquerj.pro.br/livros_artigos/pdf/defic_envelhec.pdf>. Acesso em: 11 set 2018.

RIBAS, João. *Preconceito contra as pessoas com deficiência: as relações que travamos com o mundo*. 2. ed. São Paulo: **Cortez**, 2017.

SANTOS, Boaventura de Souza; NUNES, João Arriscado. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. *Reconhecer para Libertar: os Caminhos do Cosmopolitanismo Multicultural*, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 56, 2003.

SASSAKI, Romeu K. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. 7. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2006.

Secretaria de Estado de Direitos Humanos Assistência Social e Trabalho. Residências Inclusivas. Campo Grande MS, 2013.

SCHWARTZMAN, José Salomão; LEDERMAN, Vivian Renne Gerber. Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. **Inc.Soc.**, Brasília, DF, v.10 n.2, p.17-27, 2017. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/inclusao/article/viewFile/4028/3364>>. Acesso em: 13 out 2018.

Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência em Residências Inclusivas. **Orientações Técnicas Preliminares – Perguntas e Respostas**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2012.

TOLDRÁ, R. C.; De MARQUE, C. B.; BRUNELLO, M. I. B. Desafios para a inclusão no mercado de trabalho de pessoas com deficiência intelectual: experiências em construção. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 158-165, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2º Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

WERNECK, Cláudia. **Quem cabe no seu “Todos”?**. Rio de Janeiro: WVA, 1999.

ZAVEREZE, Taís Evangelho. A construção histórico cultural da deficiência e as dificuldades atuais na promoção da inclusão. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0478.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2018.