



Este trabalho está licenciado sob uma licença [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Fonte: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rppi/article/view/66770>.

Referência

LOPES, Jéssica de Souza; PEREIRA, Éverton Luís. Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 253-280, ago. 2024. DOI: 10.22478/ufpb.2525-5584.2024v9n1.66770. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rppi/article/view/66770>. Acesso em: 14 maio 2026.

Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020

Care for people with disabilities in institutional care services in Brazil: analysis based on Censo SUAS, 2020

Jéssica de Souza Lopes¹ 
Éverton Luís Pereira² 

DOI: [10.22478/ufpb.2525-5584.2024v9n1.66770]

Recebido em: 25/05/2023
Aprovado em: 20/05/2024

Resumo: O objetivo é analisar a oferta de serviços de acolhimento para pessoas com deficiência (PCDs) no Brasil, através do mapeamento geográfico e classificação sobre tipo de gestão. Trata-se de estudo transversal descritivo, a partir dos dados Censo SUAS 2020. Obteve-se o total de 4.852 instituições na modalidade Abrigo, 823 na modalidade Casa-Lar, totalizando 5.675 instituições. 38% são governamentais, e do restante não governamental, 54% possuem algum convênio. Destas 4.131 instituições, 72,79% afirmam ter PCDs acolhidas além do público-alvo. Há 335 instituições exclusivas para PCDs, separadas em 312 (adultos) e 23 (crianças/adolescentes). Concluiu-se que a oferta do acolhimento institucional no Brasil está disposta desigualmente. Portanto, faz-se necessário construir e fortalecer a intersetorialidade entre SUAS e SUS. Os resultados demonstram que a maioria de instituições não governamentais estão à margem das capitais. Há muitas PCDs acolhidas em grande parte desses serviços no país, por um lado se consente um convívio que pode ser produtivo, entretanto, é necessária atenção para a demanda de acessibilidade. Ressalta-se a importância da desinstitucionalização, para restabelecer a autonomia e inclusão social das PCDs, assim, repercutirá na ampliação da proteção social e oferta, com impacto direto qualidade de vida dos sujeitos.

Palavras-chave: cuidado; pessoas com deficiência; acolhimento institucional; assistência social; saúde coletiva.

¹ Universidade de Brasília (UnB)– E-mail: jessicalopes.scunb@gmail.com.

² Universidade de Brasília (UnB)– E-mail: evertonpereira@unb.br.

Abstract: The objective is to analyze the provision of institutional care services for people with disabilities (PWDs) in Brazil, through geographic mapping and classification about type of management. This is a descriptive cross-sectional study, based on the 2020 SUAS Census data. A total of 4,852 institutions were obtained in the Shelter modality, 823 in the Casa-Lar modality, totaling 5,675 institutions. 38% are governmental, and of the remainder non-governmental, 54% have some agreement. Of these 4,131 institutions, 72.79% claim to have PWDs in addition to the target audience. There are 335 institutions exclusively for PWDs, separated into 312 (adults) and 23 (children/adolescents). It was concluded that the provision of institutional care services in Brazil is unevenly distributed. Therefore, it is necessary to build and strengthen the intersectorality of SUAS and SUS. The results demonstrate that the most of non-governmental institutions are outside the capitals. There are many PWDs welcomed in most of these services in the country. On the one hand, it allows for a coexistence that can be productive, however, attention is needed to the demand for accessibility. The importance of deinstitutionalization is highlighted, to reestablish the autonomy and social inclusion of PWDs, thus, it will have an impact on the expansion of social protection and provision, with a direct impact on the quality of life of the subjects.

Keywords: care; people with disabilities; institutional care; social support; public health.

1. Introdução

As trajetórias das pessoas com deficiência (PCDs) são marcadas por histórias de exclusão, abandono e desproteção. Do convívio social aos processos educativos, do acesso às cidades e edifícios ao desfrute da arte e da cultura, as PCDs foram distanciadas da vida social ao longo do desenvolvimento das sociedades. Muitos fatores contribuem para a opressão e discriminação das PCDs e para a sua exclusão das principais decisões que afetam a qualidade de suas vidas (BARTON, 2005).

Este artigo tem o objetivo de analisar a distribuição dos serviços de acolhimento que contam com PCDs entre seus acolhidos no Brasil, refletindo sobre os vazios assistenciais, as formas de gestão e o perfil da oferta, a partir do Censo SUAS 2020. Com isso, traça um panorama sobre como essa oferta no território ainda está aquém do esperado, além de ainda necessitar de uma série de revisões para concretizar o proposto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) (BRASIL, 2009b)

De acordo com o Censo de 2010, realizado pelo IBGE, o Brasil possui 46 milhões de pessoas com deficiência, o que representa 24% da população. O número de PCDs em relação ao Censo anterior aumentou, devido a mudanças no modo de contagem/nomeação dessa população. Este número tem implicações diretas no modo como a sociedade deve se organizar para tratar a deficiência com mais justiça e igualdade (SANTOS, 2008).

Por um lado, é possível visualizar um conjunto de evidências que demonstram como a exclusão pode ser verificada com base nas diversas barreiras vivenciadas por essa população. As barreiras dificultam ou impedem a vida plena das PCDs e sua real inclusão nos espaços coletivos, como a escola, o trabalho, etc. (ABBERLEY, 1987; DAVIS, 2013; BRASIL, 2009b). Para esse contingente da população, diversas pesquisas científicas foram ou estão sendo construídas, bem como políticas públicas vêm sendo implementadas com maior ou menor sucesso.

Por outro lado, existem PCDs que vivem situações ainda mais complexas de exclusão, devido a insuficiência de alternativas de proteção social. Essas pessoas, vivendo em situação de dependência, abandono, ou com vínculos familiares rompidos, muitas vezes são levadas ao acolhimento institucional durante a maior parte de suas vidas, sem perspectivas de fortalecimento da convivência familiar e limitando sua participação na sociedade (BRASIL, 2014), necessitando de olhares ainda mais detalhados, tanto em termos de pesquisas, quanto em ações de políticas públicas.

Instituições destinadas estritamente para PCDs surgiram no Brasil a partir de meados do século XIX. A forma incipiente do tratamento médico da deficiência consistia essencialmente na reclusão social e experimentação, iniciando o chamado Paradigma da Institucionalização da Deficiência. Esse paradigma consistia na retirada das PCDs de suas comunidades de origem e manutenção delas em instituições residenciais segregadas ou escolas especiais, frequentemente situadas em localidades distantes de suas famílias (ARANHA, 2001).

Conforme Marques (1998), a perspectiva assistencialista reforçava o modelo adotado, da institucionalização das PCDs. A este respeito, Santos e Velanga e Barba (2017) descrevem que, a partir de 1717 foram as “Santas Casas de Misericórdia” que exerceram um papel de suma importância na educação das PCDs no Brasil, pois elas acolhiam as crianças pobres e doentes que eram abandonadas pelos familiares. Até a década de 1960, o paradigma da institucionalização serviu a segregação das PCDs sob a justificativa da necessidade de tratamento e de educação (SIERRA, 2010; FRANÇA, 2014).

No Brasil, anteriormente à década de 1970, as ações voltadas para as PCDs concentraram-se na educação e em obras caritativas e assistencialistas. São instituições que, com o intuito caridoso e da ação de acolher aqueles que, de alguma forma, não

possuíam mais possibilidades e/ou vínculos sociais, deram conta de uma população bastante excluída do cuidado pelo Estado (LANNA JUNIOR, 2010).

Entretanto, em muitas situações, a institucionalização se mostra como a única possibilidade para a família, tendo em vista a falta de recursos financeiros e materiais para o trato de seu membro com deficiência, a falta de instrução e/ou de identificação para com ele, a falta de política de cuidados etc. A institucionalização como instrumento, que tem seu papel, traz a percepção da proteção social por parte do Estado com as PCDs (MAIA, 2009).

A realidade dos serviços de acolhimento e da vida das PCDs nesses espaços tem se transformado ao longo dos anos no Brasil. Mudanças importantes nas políticas de saúde, bem como a construção da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), trouxeram novas oportunidades em termos de serviços e de organização de pontos de cuidado no SUS e no SUAS (BRASIL, 2005).

A PNAS prevê a construção e articulação de ações e serviços que visem a superação da vulnerabilidade social. Os objetivos da PNAS explicitam que são sujeitos da Política aquelas pessoas e famílias que dela necessitarem, durante o tempo que estiverem em situação de vulnerabilidade social e/ou violação de direitos (BRASIL, 2005).

Além disso, prevê na caracterização dos municípios brasileiros as metrópoles, identificadas como as cidades com mais de 900 mil habitantes, que embora numericamente sejam contadas em apenas 15 cidades, sua população total corresponde a 20% de toda população brasileira (BRASIL, 2005). É importante dar destaque a localização da instituição, pois é como se dará a integração com os demais setores, facilitando a inserção dos usuários nos demais serviços, programas e ações que integram o SUAS, e com a sua rede de relações sociais.

Na PNAS, a deficiência é um dos fatores de vulnerabilidade, porém não pelas condições físicas ou biológicas. A situação que transforma PCDs em um grupo vulnerável é o fato de terem vivenciado violência histórica e estrutural, o que os impossibilitou de um acesso pleno à cidadania e a outros direitos garantidos para o restante da população. A PNAS traz esse argumento quando coloca que essa vulnerabilidade pode ser intensificada em função da pobreza ou de outras condições sociais desfavoráveis. As PCDs são consideradas as mais pobres, com estigmas e níveis mais baixos de escolaridade da população mundial (ONU, 2011).

Os objetivos da PNAS apontam a necessidade da configuração de uma rede de serviços e ações articuladas para a prevenção e/ou superação de vulnerabilidades, inclusive para evitar a institucionalização. Essas ações e serviços articulados estão tipificados no SUAS de acordo com graus ou níveis de complexidade (CAVALCANTE; RIBEIRO, 2012).

Além da Proteção Social Básica, o SUAS possui a Proteção Social Especial (PSE), que é subdividida em dois níveis: a Média e a Alta Complexidade. A PSE trabalha com indivíduos e famílias que estão com os laços sociais rompidos e que enfrentam situações de violação de direitos. (BRASIL, 2005).

A média complexidade conta com um serviço tipificado, os Centro-dia de referência para PCDs em situação de dependência e suas famílias. Também possui uma função estratégica para evitar as situações de rompimento de vínculos e institucionalização (BRASIL, 2022c).

A Alta Complexidade trabalha em situações mais frágeis, caracterizada pelos serviços de acolhimento, nos quais estão os sujeitos que perderam seus vínculos familiares e sociais e que estão em situações extremas de vulnerabilidade, visto que a rede de apoio, muitas vezes, já não existe mais. Para as PCDs, temos caracterizadas as “Residências Inclusivas” que buscam reinserir esse público na esfera cotidiana e da produção de autonomia. Mesmo com um serviço tipificado, as PCDs estão em diferentes serviços de acolhimento institucional, como nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e outros para crianças e adolescentes (BRASIL, 2022d).

O acolhimento deve favorecer o convívio familiar e comunitário, a utilização dos demais equipamentos e serviços disponíveis na comunidade onde está localizado. Destaca-se que o acolhimento é ofertado em diferentes modalidades, como, por exemplo Abrigo Institucional e Casa-Lar. Ambos devem ser serviços provisórios, com aspecto semelhante ao de uma residência e inseridos na comunidade, oferecendo ambiente acolhedor e condições institucionais para o atendimento com padrões de dignidade, sem identificação de placas indicativas da natureza institucional do equipamento (BRASIL, 2009).

Debater sobre a rede de serviços no enfrentamento da questão da institucionalização é de fundamental importância, pois a integração das políticas públicas e articulação intersetorial contribui para obter melhores resultados frente a essa demanda.

É importante pensar a articulação entre diferentes políticas sociais, em especial a saúde, assistência social e a educação.

Relacionar a proteção social e os serviços de acolhimento pode nos fornecer elementos para pensar a organização e atuação intersectorial, em especial dos sistemas universais de saúde e assistência social, com o enfoque da oferta de cuidado para as PCDs. Cabe destacar que a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) determina que o SUAS e o SUS deverão promover ações articuladas para garantir às PCDs e suas famílias a aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social (BRASIL,2015).

2. Metodologia

Trata-se de estudo transversal descritivo que aborda as características do acolhimento institucional para PCDs por meio da análise do Censo SUAS 2020. O ano foi escolhido por ser o último disponibilizado, estar com os dados completos e por ser marcado pela pandemia da Covid-19.

O banco de dados das informações do SUAS é produzido anualmente a partir das respostas de um questionário eletrônico pelas unidades de assistência social (BRASIL, 2020). O banco é disponibilizado pela Secretaria Nacional de Assistência Social, que faz parte do Ministério da Cidadania. São dados públicos que estão dispostos para a população no site do governo federal³. A partir daí, escolheu-se a pasta Unidade de Acolhimento, e a planilha referente ao Censo Suas 2020 com dados gerais e o dicionário das variáveis.

Para responder ao objetivo deste artigo, considerou-se variáveis que fornecem as informações das regiões, estados e municípios (utilizou-se o número do IBGE), tipo de modalidade; natureza da unidade (governamental ou não); quando não governamental, se possui convênio com o poder público; se há algum acolhido com deficiência (aqui considerou >1 dentro do nº de total dos acolhidos); deficiência física/ sensorial/ intelectual e Transtorno Mental.

No Censo SUAS há oito tipos de modalidade para as instituições de acolhimento, mas nesta análise utilizou-se os dados mais expressivos, sendo Abrigo, Casa-lar e residências inclusivas.

3. Resultados

³<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snass/vigilancia/index2.php>

Como resultado do mapeamento da oferta dos serviços de acolhimento no Brasil, decidiu-se por apresentar as instituições de acolhimento em 3 categorias na 1ª tabela: 1ª Instituições de acolhimento geral (divididas em abrigo institucional e casa lar); 2ª Instituições que dentre o público acolhido declaram ter PCDs; e 3ª Instituições exclusivas para PCDs, que são as residências inclusivas (separadas em adultos e crianças/adolescentes), além de 1 mapa representando cada categoria. Na 2ª tabela, seguindo a mesma estrutura, mostra-se o tipo de gestão das instituições e quando não governamental se possui convênio ou não. Em todas as tabelas têm-se os dados totais do país, Região, Estados e capitais.

Conforme a tabela 1, na 1ª categoria de acolhimento geral, obteve-se o total de 4.852 instituições na modalidade de Abrigo, 823 na modalidade de Casa-Lar, totalizando 5.675 instituições. Os abrigos institucionais representam 84,42% do país em relação a casas-lares. A região Norte possui 4%, a região Centro-Oeste 10%, a região Nordeste 13%, a região Sul 20%; e a região Sudeste 53% do total de instituições do Brasil.

O estado que possui o menor número de instituições, que são abrigos, é o Amapá com 5, representando 2% da região, e 0,08% do país. Distrito Federal possui 32 instituições, já o estado de São Paulo possui 1.512 instituições, e destas 1.364 são da modalidade abrigos. SP representa 51% do quantitativo da região sudeste, 26% do Brasil e o estado de Minas Gerais representa 32% da região sudeste, e 17% do país. Por conta disso, o Sudeste detém o maior percentual das instituições do país.

Há 802 instituições na modalidade de abrigo (17%) e 107 casas-lares (13%) localizadas nas capitais. A capital que concentra o maior número dessas instituições é São Paulo com 239, representando 26% das capitais do país.

Tabela 01: Instituições Gerais de acolhimento nas modalidades abrigo e casa-lar, que acolhem PCD e exclusivas para PCD por região, UFs e capitais, em 2020

Capital/ UF/ Região	Instituições de Acolhimento Geral						Instituições que acolhem PCD						Instituições Exclusivas					
	Abrigo institucional		Casa-lar		Total		Abrigo institucional		Casa-lar		Total		Adultos com deficiência		Crianças/adolescente com deficiência		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AC	20	9%	1	4%	21	8%	13	9%	1	14%	14	9%	0	0%	0	0%	0	0%
AM	26	11%	1	4%	27	1%	16	11%	0	0%	16	10%	2	67%	1	2%	3	75%
AP	5	2%	0	0%	5	2%	3	2%	0	0%	3	2%	0	0%	0	0%	0	0%
PA	92	40%	14	61%	106	4%	64	43%	3	43%	67	43%	1	33%	0	0%	1	25%
RO	43	19%	4	17%	47	1%	20	13%	1	14%	21	13%	0	0%	0	0%	0	0%
RR	20	9%	2	9%	22	9%	18	12%	2	29%	20	13%	0	0%	0	0%	0	0%
TO	26	11%	1	4%	27	1%	16	11%	0	0%	16	10%	0	0%	0	0%	0	0%

Lopes & Pereira. Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.

Rio Branco	12	16%	0	0%	12	15%	7	13%	0	0%	7	13%	0	0%	0	0%	0	0%
Macapá	4	5%	0	0%	4	5%	3	6%	0	0%	3	6%	0	0%	0	0%	0	0%
Manaus	15	20%	1	20%	16	20%	10	19%	0	0%	10	19%	1	100%	1	25%	2	100%
Belém	15	20%	2	40%	17	22%	12	22%	0	0%	12	22%	0	0%	0	0%	0	0%
Porto Velho	8	11%	0	0%	8	10%	5	9%	0	0%	5	9%	0	0%	0	0%	0	0%
Boa Vista	17	23%	2	40%	19	23%	15	28%	0	0%	15	28%	0	0%	0	0%	0	0%
Palmas	3	4%	0	0%	3	4%	2	4%	0	0%	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%
Capitais	74	32%	5	22%	79	31%	54	36%	0	0%	54	34%	1	33%	1	100%	2	50%
NORTE	23	91%	2	9%	25	4%	15	96%	7	4%	15	4%	3	75%	1	25%	4	1%
AL	39	6%	1	9%	50	7%	29	6%	7	10%	36	7%	1	3%	0	0%	1	2%

Lopes & Pereira. *Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.*

BA	21 5	34%	3 6	29 %	25 1	3 4 %	17 0	35%	1 9	28 %	18 9	34%	6	15%	2	5 %	8	19%
CE	82	13%	1 4	11 %	96	1 3 %	65	13%	1 2	17 %	77	14%	8	20%	0	0 %	8	19%
MA	46	7%	1 2	10 %	58	8 %	33	7%	8	12 %	41	7%	9	23%	0	0 %	9	21%
PB	40	6%	7	6%	47	6 %	32	7%	4	6%	36	7%	2	5%	0	0 %	2	5%
PE	11 0	18%	1 5	12 %	12 5	1 7 %	83	17%	6	9%	89	16%	12	30%	1	2 %	1 3	30%
PI	21	3%	0	0%	21	3 %	15	3%	0	0%	15	3%	1	3%	0	0 %	1	2%
RN	44	7%	6	5%	50	7 %	38	8%	4	6%	42	8%	1	3%	0	0 %	1	2%
SE	27	4%	2 3	19 %	50	7 %	18	4%	9	13 %	27	5%	0	0%	0	0 %	0	0%
Maceió	19	11%	1	3%	20	1 0 %	16	11%	1	4%	17	3%	1	5%	0	0 %	1	5%
Salvador	38	22%	7	23 %	45	2 2 %	30	21%	4	17 %	34	6%	2	11%	2	6 7 %	4	18%
Fortalez a	29	17%	5	17 %	34	1 7 %	25	17%	4	17 %	29	5%	6	32%	0	0 %	6	27%

Lopes & Pereira. *Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.*

São Luis	11	6%	6	20 %	17	8 %	11	8%	5	22 %	16	3%	1	5%	0	0 %	1	5%
J. Pessoa	16	9%	0	0%	16	8 %	13	9%	0	0%	13	2%	1	5%	0	0 %	1	5%
Recife	22	13%	4	13 %	26	1 3 %	17	12%	3	13 %	20	4%	6	32%	1	3 3 %	7	32%
Teresina	17	10%	0	0%	17	8 %	13	9%	0	0%	13	2%	1	5%	0	0 %	1	5%
Natal	15	9%	2	7%	17	8 %	14	10%	2	9%	16	3%	1	5%	0	0 %	1	5%
Aracaju	8	5%	5	17 %	13	6 %	5	3%	4	17 %	9	2%	0	0%	0	0 %	0	0%
Capitais	17 5	28%	3 0	24 %	20 5	2 7 %	14 4	30%	2 3	33 %	16 7	30%	19	48%	3	1 0 0 %	2 2	51%
NORDE STE	62 4	83%	1 2 4	17 %	74 8	1 3 %	48 3	88%	6 9	12 %	55 2	13%	40	93%	3	7 %	4 3	13%
DF/Bras ília	21	5%	1 1	10 %	32	6 %	16	4%	9	2%	25	7%	4	17%	1	4 %	5	21%
GO	20 1	46%	2 3	21 %	22 4	4 1 %	16 4	43%	1 3	3%	17 7	47%	6	25%	1	4 %	7	29%
MS	13 0	30%	1 7	16 %	14 7	2 7 %	85	22%	1 4	4%	99	26%	9	38%	1	4 %	1 0	42%

Lopes & Pereira. *Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.*

MT	88	20%	5 6	52 %	14 4	2 6 %	53	14%	2 6	7%	79	21%	2	8%	0	0 %	2	8%
Goiânia	16	41%	5	38 %	21	4 0 %	13	43%	3	30 %	16	4%	1	17%	1	1 0 0 %	2	29%
Campo Grande	16	41%	2	15 %	18	3 5 %	11	37%	2	20 %	13	3%	4	67%	0	0 %	4	57%
Cuiabá	7	18%	6	46 %	13	2 5 %	6	20%	5	50 %	11	3%	1	17%	0	0 %	1	14%
Capitais	39	9%	1 3	12 %	52	1 0 %	30	9%	1 0	16 %	40	11%	6	29%	1	3 3 %	7	29%
CENTR O-OESTE	44 0	80%	1 0 7	20 %	54 7	1 0 %	31 8	84%	6 2	16 %	38 0	9%	21	88%	3	1 3 %	2 4	7%
ES	12 4	4%	2 6	10 %	15 0	5 %	88	4%	1 2	8%	10 0	4%	20	10%	0	0 %	2 0	9%
MG	88 4	30%	7 8	29 %	96 2	3 2 %	69 6	33%	4 5	30 %	74 1	33%	66	33%	6	3 8 %	7 2	34%
RJ	33 4	11%	1 5	6%	34 9	1 2 %	24 6	12%	4	3%	25 0	11%	21	10%	3	1 9 %	2 4	11%

Lopes & Pereira. *Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.*

SP	13 64	46%	1 4 8	55 % 12	15 12	5 1 %	10 51	51%	8 7	59 %	1.1 38	51%	95	47%	3	1 9 %	9 8	46%
Vitória	16	4%	0	0%	16	4 %	11	3%	0	0%	11	3%	4	10%	0	0 %	4	9%
Belo Horizonte	87	20%	1	9%	88	2 0 %	68	20%	1	20 %	69	20%	14	33%	2	5 0 %	1 6	35%
Rio de Janeiro	93	22%	1	9%	94	2 2 %	67	20%	0	0%	67	20%	6	14%	2	5 0 %	8	17%
São Paulo	23 0	54%	9	82 %	23 9	5 5 %	18 6	56%	4	80 %	19 0	56%	18	43%	0	0 %	1 8	39%
Capitais	42 6	16%	1 1	4%	43 7	1 5 %	33 2	16%	5	3%	33 7	15%	42	21%	4	2 5 %	4 6	21%
SUDESTE	27 06	91%	2 6 7	9%	29 73	5 2 %	20 81	93%	1 4 8	7%	2.2 29	54%	20 2	100 %	16	7 5 %	2 1 4	64%
PR	34 1	40%	1 7 5	58 %	51 6	4 5 %	26 0	32%	7 1	9%	33 1	41%	24	52%	1	2 %	2 5	50%
RS	33 4	39%	1 0 4	34 %	43 8	3 8 %	26 4	32%	8 4	10 %	34 8	43%	14	30%	3	6 %	1 7	34%

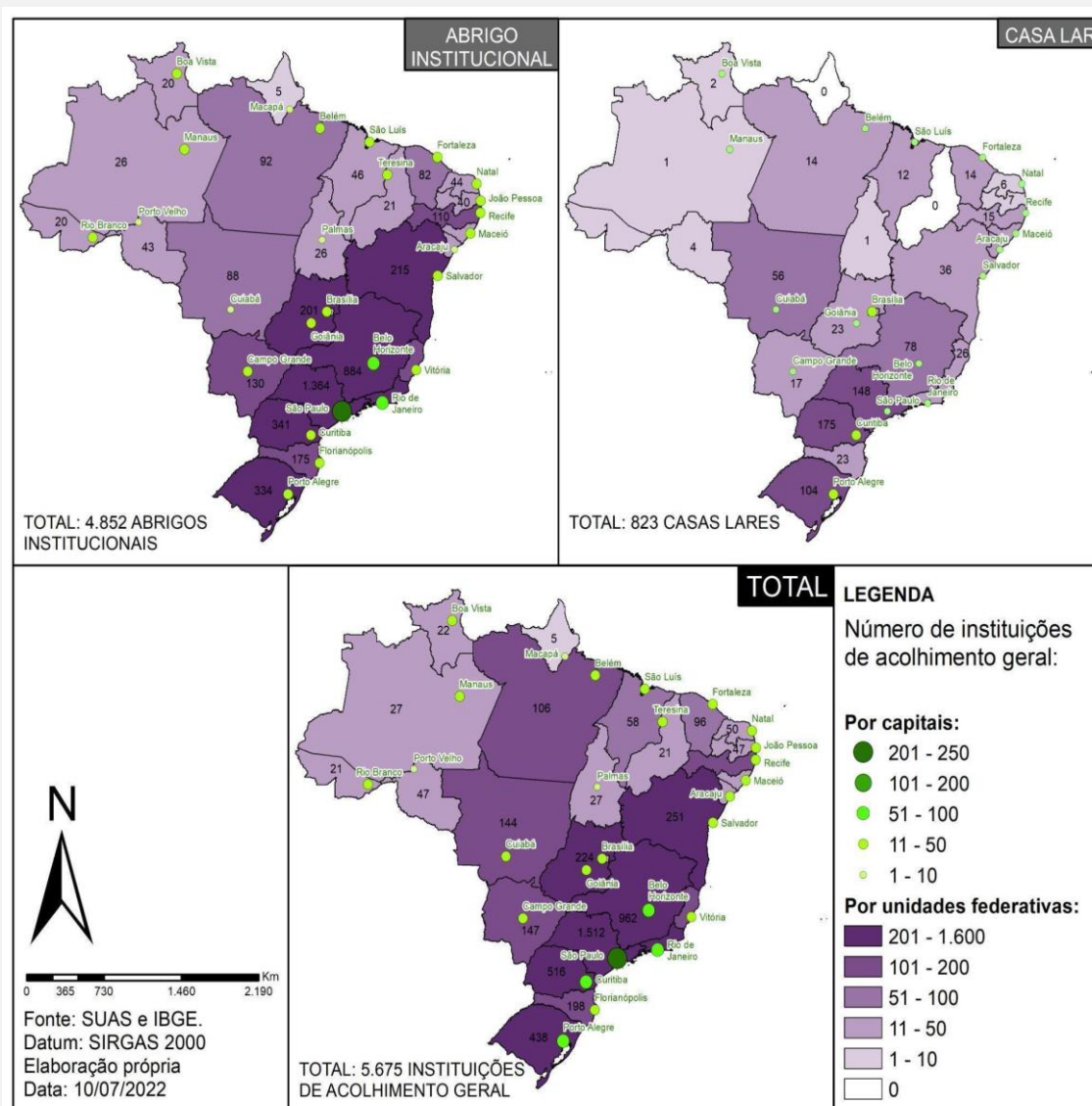
Lopes & Pereira. *Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.*

SC	17 5	21%	2 3	8% 8	19 8	1 7 %	12 3	15%	1 1	1% 1	13 4	16%	8	17%	0	0 %	8	16%
Curitiba	38	43%	1 8	38 %	56	4 1 %	32	44%	2	8%	34	35%	3	75%	1	2 5 %	4	50%
Porto Alegre	33	38%	3 0	63 %	63	4 6 %	29	40%	2 2	92 %	51	53%	1	25%	3	7 5 %	4	50%
Florianópolis	17	19%	0	0%	17	1 3 %	12	16%	0	0%	12	12%	0	0%		0 %	0	0%
Capitais	88	10%	4 8	16 %	13 6	1 2 %	73	11%	2 4	14 %	97	12%	4	9%	4	1 0 0 %	8	16%
SUL	85 0	100 %	3 0 2	100 %	11 52	2 0 %	64 7	80%	1 6 6	20 %	81 3	20%	46	92%	4	8 %	5 0	15%
Total Capitais	80 2	17%	1 0 7	13 %	90 9	1 6 %	63 3	17%	6 2	14 %	69 5	17%	72	23%	13	5 7 %	8 5	25%
BRASIL	48 52	85%	8 2 3	15 %	56 75	1 0 0 %	36 79	89%	4 5 2	11 %	41 31	100%	31 2	93%	23	7 %	3 3 5	100 %

Fonte de dados: Elaboração própria a partir do Censo SUAS 2020, 2022.

Como visualiza-se na Figura 1, os mapas nº 1, 2 e 3 possuem faixas de cores fortes e fracas e diferentes entre si, e a Região Sudeste é representada sempre com a cor mais forte em cada mapa. Quanto mais forte a cor, maior é o número de instituições no estado.

Figura 01: Mapas nº 1, 2 e 3 das instituições de acolhimento geral (abrigo e casa-lares), no Brasil, a partir do Censo SUAS 2020



Fonte de dados: Elaboração própria a partir do Censo Suas 2020 (2022).

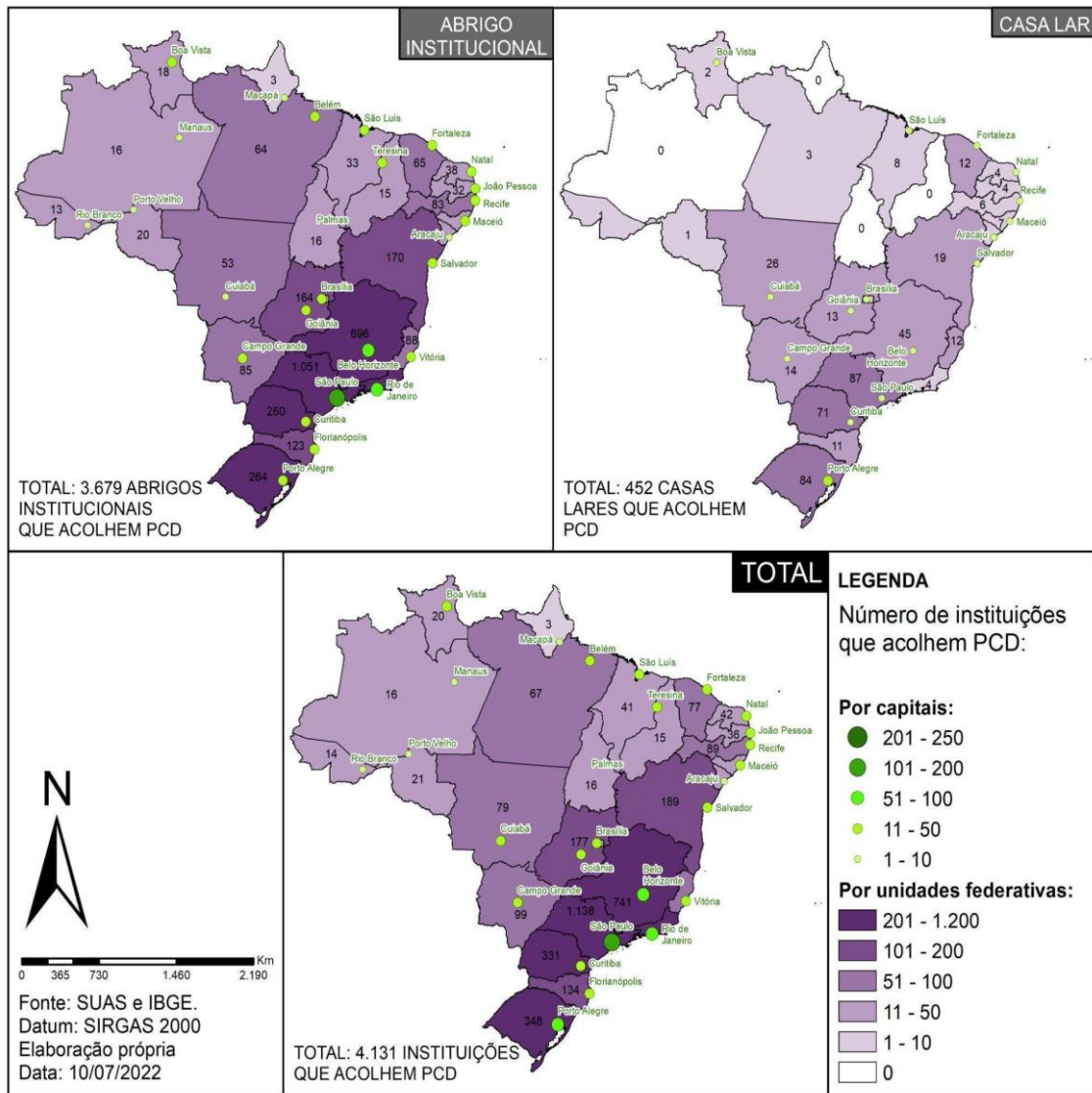
A capital São Paulo abriga de 201 a 250 abrigos, demonstrando uma discrepância com as outras capitais, que em grande parte mantêm-se em 51 a 100 abrigos, e apenas Porto Velho, Macapá, Palmas, Cuiabá e Aracajú estão com número de 1 a 10 instituições. Em relação às Casas Lares, é notório que os números em todos os estados são bem

menores em comparação com os abrigos. Os estados do Amapá e Piauí não possuem Casa-Lar, e os estados de Amazonas, Acre e Tocantins, apenas 1.

No mapa nº 2, verifica-se que o estado que possui o maior número de Casa-Lar é o Paraná com 175. As capitais Brasília, Curitiba e Porto Alegre estão com 51 a 100 Casas Lares. Apesar dos estados do Acre (1), Rondônia (4), Tocantins (1), Espírito Santo (26) e Santa Catarina (23) apresentarem os quantitativos de Casas Lares, nota-se que nenhuma está localizada em suas capitais, Rio Branco, Porto Velho, Palmas, Vitória e Florianópolis, respectivamente.

Essa análise nos mostra que a grande maioria das instituições, exceto São Paulo, não estão localizadas nas capitais e suas regiões metropolitanas, área em que muitos municípios se interligam física, política, cultural e economicamente (PERES et al., 2018).

Figura 02: Mapas nº 4, 5 e 6 das instituições de acolhimento (abrigos e casa-lares), que acolhem Pessoas com Deficiência dentro do seu público específico, no Brasil, a partir do Censo SUAS 2020

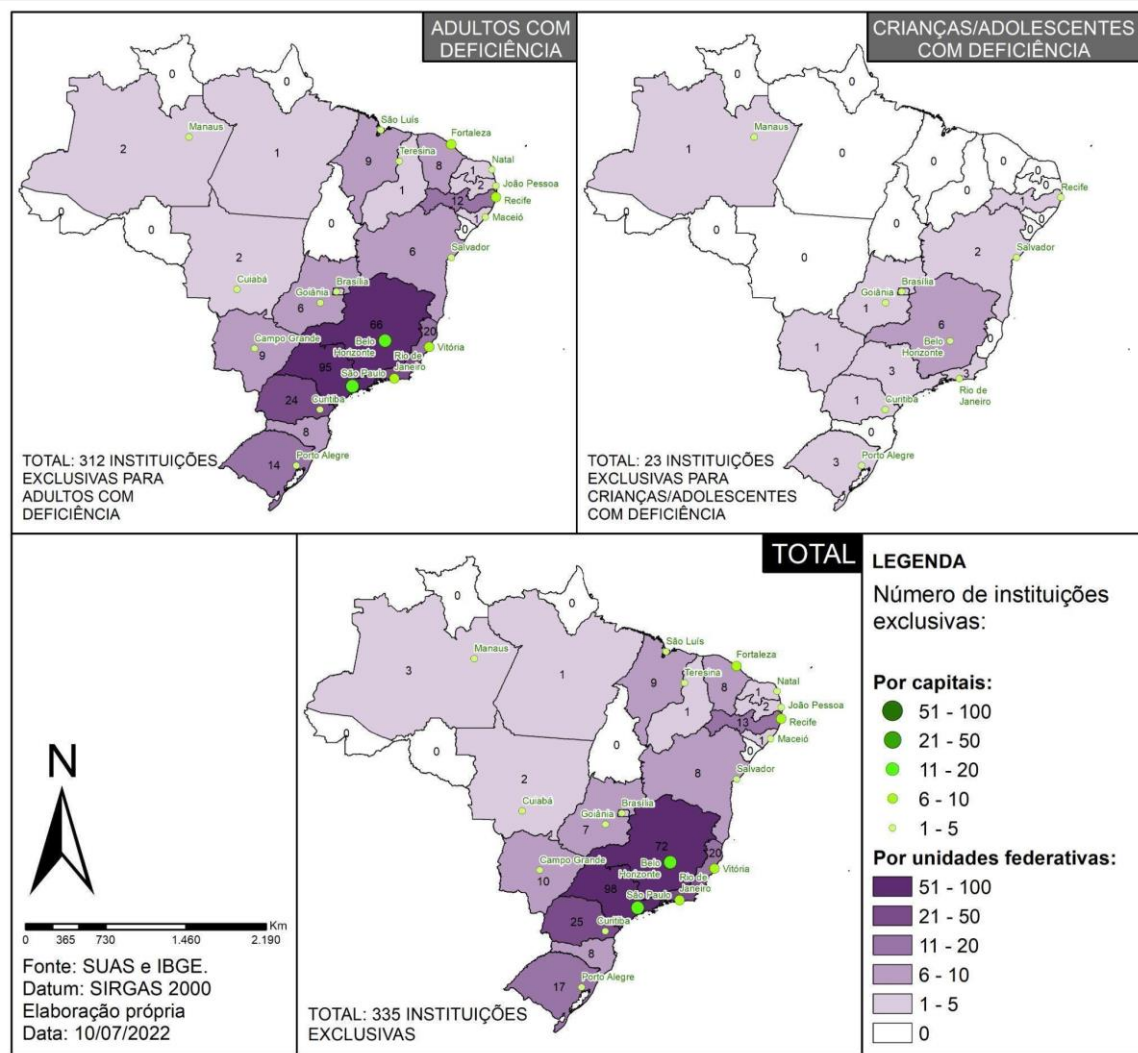


Fonte de dados: Elaboração própria a partir do Censo Suas 2020, 2022.

A diferença do número de abrigos institucionais que acolhem PCD também em relação às casas-lares é expressivo, e as cores se mostram bem mais claras nas casas-lares. Os estados Amazonas, Amapá, Piauí e Tocantins não possuem casas-lares com PCD acolhidos.

Em relação às capitais, São Paulo se destaca com 101 a 200 instituições localizadas na capital. Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Porto Alegre com 51 a 100. Macapá, Boa Vista, Porto Velho, Rio Branco e Aracaju com 1 a 10 instituições, e as demais com 11 a 50.

Figura 03: Mapas nº 6, 7 e 8 das instituições de acolhimento exclusivas para Pessoas com Deficiência, no Brasil, a partir do Censo SUAS 2020



Fonte de dados Elaboração própria a partir do Censo Suas 2020 (2022)

Conforme o mapa nº 7, em relação às instituições exclusivas para adultos com deficiência, o estado de SP e MG possuem a cor mais forte do mapa, seguidos pelo estado do Paraná. No mapa nº 8, em relação às instituições exclusivas para crianças/adolescentes com deficiência, MG possui 6 instituições, o maior número do país, e 16 estados não possuem instituições exclusivas para esse público.

Em relação às capitais, São Paulo e Belo Horizonte se destacam com 11 a 20 instituições localizadas na capital. Rio de Janeiro, Vitória, Fortaleza e Recife, de 6 a 10. As demais com 1 a 5 instituições localizadas na capital, exceto Belém e Florianópolis que não possuem nenhuma instituição exclusiva.

3.1. Tipo de gestão desses serviços de acolhimento no Brasil

Em relação ao tipo de gestão, do total das 5.675 instituições de acolhimento do país, 38% são governamentais, e do restante não governamental, 54% possuem algum tipo de convênio, sendo com a própria prefeitura municipal, com outros municípios, ou estadual. 8% não possuem nenhum tipo de convênio. Na região Norte (83%); Nordeste (52%) e Centro Oeste (50%) predomina a gestão governamental. Nas regiões Sudeste (65%) e Sul (44%) são as não governamentais, sendo que 71% e 69%, respectivamente, possuem algum tipo de convênio.

Sobre as 4.131 instituições que acolhem PCD além do seu público específico, 30% são governamentais e 60% não são governamentais e possuem convênio. 81% da região Norte e 45% da Nordeste 45% são governamentais. 71% na região Sudeste, 59% na Sul e 51% na Centro-Oeste não são governamentais, mas são conveniadas.

Das 335 instituições exclusivas, 70% não são governamentais e possuem convênio. Na região Norte e Nordeste, 50% e 72%, respectivamente, são governamentais. Nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, 75%, 79% e 70% são não governamentais, mas conveniadas. MS possui 50%, PR 54% e PE 39% das instituições exclusivamente governamentais. Os estados com mais instituições exclusivamente governamentais (mas conveniadas), são SP e MG, com 50% e 36% respectivamente. Em relação às capitais, 26% são governamentais e 47% não são governamentais, e destas 26% são conveniadas.

4. Discussão

Os dados apresentados demonstram como os serviços de acolhimento institucional no Brasil estão distribuídos de forma desigual no território. Sabe-se que a oferta de serviços pode auxiliar no acesso e, conseqüentemente, ampliar a qualidade de vida e a garantia dos direitos (TRAVASSOS & MARTINS, 2004; STOPA et.al, 2017).

Em se tratando de serviços para PCDs, esta questão é ainda mais salutar. A baixa oferta de serviços (DE CASTRO, et al., 2021), a falta de acessibilidade (CLEMENTE, et al., 2022), a ausência do Estado (DOS SANTOS & WIESE, 2021), a invisibilidade sistemática vivida por essas pessoas (PEREIRA, et al., 2021) fazem com que as PCDs vivam ainda mais à margem. O que a realidade da oferta de acolhimento mostra reafirma o vivido por PCDs em outras esferas.

A concentração no Sudeste segue uma lógica de outros serviços, bem como pode ser compreendida pela densidade populacional. Isso mostra uma desigualdade regional que precisa ser enfrentada, especialmente para consolidar os princípios do SUAS e do

SUS. A ausência desses serviços obriga, muitas vezes, que as pessoas sejam acolhidas em outros municípios, o que dificulta a reinserção social. Em casos ainda mais extremos, faz com que as famílias que não podem ou não conseguem estar com seus familiares com deficiência precisem assumir completamente o cuidado, podendo causar violências (MELLO, et al., 2020).

Pode-se perceber que a maior parte dos serviços estão nas metrópoles ou áreas metropolitanas. Isso não significa que os serviços de acolhimento não sejam necessários em outros territórios. É preciso refletir sobre a necessidade de garantir serviços de qualidade para as PCDs e suas famílias em seus territórios (BRASIL, 2005), como preconizado pela PNAS, possibilitando um cuidado integral e em diálogo com as redes sociais do sujeito.

A desinstitucionalização é uma forma de criar meios terapêuticos funcionais para o ser humano e para o incentivo de relações autênticas e espontâneas, desmontando os meios que servem ao propósito da naturalização das desigualdades e da banalização da violência (CASTEL, 1987). Desinstitucionalização implica questionar nossas instituições, nossas práticas, nossos papéis e nossos engessamentos sociais e não deve ser confundida com a ação, mais simples, de ‘Desospitalização’.

Essa distinção é importante, prevenindo uma visão estreita que pode contribuir para que as novas modalidades de atendimento, no atual contexto político marcadamente neoliberal – caracterizado por tentativas estratégicas de despolitizar e desprestigiar as questões sociais em nível de Estado –, não se transformem em uma mera externalização da lógica manicomial/institucional, onde os indivíduos são privados de participar ativamente nas decisões que mais afetam suas vidas, inclusive na condução do seu tratamento (OLIVEIRA et al., 2011).

Destaca-se que a desinstitucionalização está presente no contexto de luta organizada das PCDs e de ressignificação da deficiência, na medida em que também possibilitou (e ainda permite) avançar nas discussões sobre: a participação social, cidadania, reabilitação, reinserção social e construção de projetos de vida do segmento (HIRDES, 2009).

Os próprios parâmetros da institucionalização geram a impossibilidade de produção e inserção social, que acaba por promover distâncias entre esses sujeitos e o restante da sociedade (MARQUES, 1998). No âmbito da saúde esse processo das pessoas que viveram por longos períodos em instituições é consequência do início da Reforma

Psiquiátrica Brasileira, que é baseada pela avaliação das condições dos hospitais psiquiátricos no Brasil, com a instituição do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) – Psiquiatria. Outras medidas foram a indicação do fechamento de instituições asilares, a criação de serviços substitutivos ao manicômio – como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e serviços de atenção psicossocial – como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A desinstitucionalização é uma questão central da lei nº 10.216/2001, uma vez que prevê a criação de estratégias de alta programada para usuários internados por longos períodos (BRASIL, 2001).

A construção de serviços de acolhimento para PCDs com base e inserção comunitária e com o propósito de possibilitar maior autonomia para as pessoas com deficiência tem assumido a pauta internacional. Países europeus têm investido em diferentes estratégias para a desinstitucionalização, iniciando o processo com a proposta de serviços humanizados e com o objetivo da inclusão plena e a vida independente (EUROPEAN UNION, 2018). Entretanto, uma pesquisa realizada pela European Network on Independent Living sobre a situação da vida independente e do acolhimento demonstrou que 72% dos países pesquisados ainda estão com suas estruturas inadequadas para contemplar o proposto na CDPD (EUROPEAN NETWORK ON INDEPENDENT LIVING, 2022)

É possível perceber que PCDs estão acolhidas em instituições diversas (a maior parte dos serviços conta com pelo menos uma entre seus acolhidos). Por um lado, a literatura demonstra a importância da inclusão em todas as esferas da vida, evitando a segregação e o uso de serviços exclusivos (PAIVA & BENDASSOLLI, 2017). Porém, cabe destacar que também é evidente a ausência de acessibilidade na maior parte dos serviços (CASTRO, et al., 2011), além das barreiras atitudinais que esses sujeitos enfrentam em suas vidas cotidianas (RIBEIRO & GOMES, 2017).

Os dados apresentados mostram que existem no país 335 instituições exclusivas para PCDs. A distribuição dessa oferta é desigual nas regiões do país e demonstra uma baixa proporção de pensarmos em termos de demanda acumulada, especialmente se pensarmos que, muitas vezes, crianças e adolescentes com deficiência acolhidas “precisam” ser transferidos para outros serviços quando completam a maioria (BERNARDI, 2020). A qualidade dos serviços prestados também é influenciada pela baixa oferta, uma vez que as instituições excedem seus limites de

acolhidos, além de sempre existir filas de espera para acolhimento no país (BASTILHA, 2020; LICIO, et al., 2021; DOS SANTOS, GUEDES, PEIXOTO, 2024)

É importante refletir sobre a necessidade de o Estado e a sociedade civil repensarem as estratégias dispensadas para PCDs que necessitam de acolhimento. O modelo institucional, mesmo com as propostas de inclusão comunitária, ainda carece de novas medidas, principalmente para contemplar as autonomias e os desejos individuais. A desinstitucionalização precisa ser pensada em seus termos mais amplos para possibilitar vidas independentes às PCDs, garantindo os apoios e os cuidados necessários. Mas é preciso avançar na construção de modelos mais individualizados, que garantam a escolha dos sujeitos, com a presença do Estado quando e com os suportes necessários.

A maior parte dos serviços de acolhimento analisados são conveniados, não de execução própria ou governamental. Quando a gestão é de responsabilidade pública, é possível que seja direta ou indireta, a partir do poder público municipal ou estadual. Quando é privada, costuma ser gerenciada através de ONGs, porém não deixam de ser públicas, uma vez que ofertam serviços de responsabilidade da política pública de assistência social e estão sob fiscalização do poder público. Além disso, as instituições geralmente possuem convênios com o poder público, recebendo recursos financeiros para a manutenção ou implementação de ações específicas de cada abrigo (VIEIRA, 2019).

Duas questões podem auxiliar na compreensão desses dados: o primeiro, de que a filantropia marcou a trajetória das ações públicas para PCDs no Brasil (PEREIRA & SARAIVA, 2017). O Estado assume a responsabilidade para com esse público tardiamente e, aos poucos, vem incorporando entre suas preocupações a ampliação de políticas públicas para PCDs. O segundo diz respeito ao caráter caritativo que a assistência social assumiu historicamente no país (BRASIL, 2004). A PNAS e a consolidação do SUAS emergem como formas de romper com essa lógica, porém, os modelos consolidados há anos ainda vigoram em quase todo o território nacional.

Além disso, as PCDs parecem apresentar histórico de maior tempo de institucionalização. De acordo com o relatório da Human Rights Watch (2018), mais de 60% das crianças com deficiência viviam nas instituições há mais de seis anos, em comparação com 5,7% das crianças sem deficiência. Para adultos com deficiência, quase 62% estão em instituições há mais de seis anos.

Destaca-se a relação entre o SUS e o SUAS, onde a ação de acolher e institucionalizar uma pessoa, é pautada pelo conceito de cidadania – o usuário é, antes de

tudo, um cidadão. E é justamente a partir dessa perspectiva que os campos da saúde e da assistência social se entrelaçam, e nesse caso dos serviços de acolhimento, sempre será necessário o trabalho conjunto de ambos os sistemas, pois as PCDs, devido às dificuldades que enfrentam, necessitam de ambos os cuidados da saúde e da proteção básica devido a exclusão e abandono (SALATIEL & LISE, 2019).

5. Considerações finais

Os dados apresentados demonstram como os serviços de acolhimento no Brasil estão distribuídos de forma desigual no território, principalmente para a região Norte e Nordeste. Sabe-se que a oferta de serviços pode auxiliar no acesso e, conseqüentemente, ampliar a qualidade de vida e a garantia dos direitos. Além disso, são executados em sua maioria por organizações do terceiro setor com convênios com o Estado.

Destaca-se ainda que há PCDs acolhidas em grande parte dos serviços de acolhimento no país. Ao mesmo tempo que permite um convívio que pode ser produtivo, é preciso atentar-se para a necessidade de ampla oferta e acessibilidade nesses espaços.

Ressalta-se a importância da desinstitucionalização, para reafirmar a autonomia e a inclusão social das PCDs, pois são as pessoas que apresentam histórico de maior tempo de institucionalização. A desinstitucionalização pode trazer maior qualidade de vida e novas oportunidades de vínculos afetivos, ainda que os laços em família tenham se rompido.

As limitações deste estudo ocorreram pelo fato do formulário do Censo SUAS ser por vezes incompleto e de autopreenchimento pelo profissional ou gestor, o que pode influenciar na qualidade dos dados. Além disso, poucas são as informações sobre PCDs no formulário. Assim, seria importante incluir mais questões específicas, como por exemplo, idade, raça, sexo e quantitativo dos acolhidos PCD por instituição, além de separar por campo único os tipos de deficiência, já que o Censo SUAS considera as deficiências física, sensorial e intelectual como um campo único, e outro classificado como Doença Mental (Transtorno Mental).

Além da pouca produção bibliográfica, teve-se o grande desafio de encontrar informações oficiais acerca do tema. A falta de ênfase na população das PCDs como tema central da institucionalização, tornou-se o embasamento teórico de uma forma geral desafiador e instigante para novas produções. É necessário pensar em novos estudos que tenham como objetivo compreender e detalhar as trajetórias da institucionalização, bem como pensar em soluções práticas para desinstitucionalizar as PCDs.

Referencias [formato APA, LS, 12 pts, uma linha entre cada referência, espaçamento simples, justificado.

Abberley, P. (1987). The concept of oppression and the development of a social model of disability. *Disability, Handicap & Society*, 2(1), 5-19. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02674648766780021>

Aranha, M. S. F. (2001). Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, 11(21), 160-173. <https://claudialopes.psc.br/wp-content/uploads/2021/08/Paradigmas.pdf>

Barton, L. (2005). Emancipatory research and disabled people: Some observations and questions. *Educational Review*, 57(3), 317-327. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00131910500149325>

Bastilha, R. R. (2020). Políticas públicas: Um olhar sobre os serviços de acolhimento. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 9, e671986042. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6042>

Bernardi, D. C. F. (2020). *Levantamento nacional sobre os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes em tempos de covid-19: Apresentação dos resultados: volume 1*. São Paulo: NECA: Movimento Nacional Pró-Convivência Familiar e Comunitária e Fice Brasil. <https://fcaa.mg.gov.br/dados/biblioteca/5/arquivo/Levantamento%20Nacional.pdf>

Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. (2005). Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004. Brasília. http://blog.mds.gov.br/redesuas/wp-content/uploads/2019/07/PNAS_2004.pdf

Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009). Orientações técnicas: Serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-alcolhimento.pdf

Brasil. (2009). Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social. (2014). Institucional, orientações técnicas serviço de acolhimento para jovens e adultos com deficiência em residências inclusivas - Para gestores, profissionais, residentes e familiares – Perguntas e respostas. Brasília.

Lopes & Pereira. *Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.*

https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/caderno_residencias_inclusivas_perguntas_respostas_maio2016.pdf

Brasil. (2015). Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm

Brasil, Ministério da Cidadania. (2022c). Acessar Centro-Dia. <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-centro-dia>

Brasil, Ministério da Cidadania. (2022d). Serviço de acolhimento para pessoas com deficiência. <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/unidades-de-atendimento/servico-de-acolhimento-para-pessoas-com-deficiencia>

Brasil, Secretaria Nacional de Assistência Social. (n.d.). Censo SUAS – Bases e resultados. <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/snas/vigilancia/index2.php>

Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.

Cavalcante, P., & Ribeiro, B. B. (2012). O Sistema Único de Assistência Social: Resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*, 46, 1459-1477. <https://www.scielo.br/j/rap/a/bwPZgHkvMbPcWCcYcgKHtPb/abstract/?lang=pt>

Castro, S. S., Azevedo, S. M., Lima, R. F., & Silva, D. A. (2011). Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 45, 99-105. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JmzdmXDzwZ48DJGB8xnrvCN/abstract/?lang=pt>

De Castro, A. M., Almeida, J. C., & Oliveira, G. P. (2021). Barreiras ao acesso a serviços de saúde à PCD no Brasil: Uma revisão integrativa. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, 2, e11351. <https://revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>

Clemente, K. A. P., Silva, M. A., & Almeida, M. R. (2022). Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: Uma revisão de escopo. *Revista de Saúde Pública*, 56, 64. <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/barreiras-ao-acesso-das-pessoas-com-deficiencia-aos-servicos-de-saude-uma-revisao-de-escopo/>

Davis, L. J. (2016). *The disability studies reader*. New York: Routledge.

Oliveira, W. F., dos Santos Padilha, C., & de Oliveira, C. M. (2011). Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. *Saúde em Debate*, 35(91), 587-596. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341765011>

Dos Santos, G. A. B., Guedes, A. C. O., & Peixoto, A. C. A. (2024). Intervenções no contexto do acolhimento institucional: Uma revisão integrativa. *Peer Review*, 6(9), 166-179. <https://www.peerw.org/index.php/journals/article/view/2122/1217>

Lopes & Pereira. *Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.*

Dos Santos, R., & Wiese, M. L. (2021). SUS e proteção social: Desafios postos às famílias frente à pandemia da Covid-19. *Humanidades & Inovação*, 8(35), 196-209. <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5350>

European Union Agency for Fundamental Rights. (2018). From institutions to community living for persons with disabilities: Perspectives from the ground. Agency Report. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2018-from-institutions-to-community-living-ground-perspectives_en.pdf

European Network on Independent Living. (2022). Independent living survey summary report, December 2020. Agency Report. https://enil.eu/wp-content/uploads/2022/03/IL-Survey_Summary-report_Dec2020.pdf

França, T. H. (2014). A normalidade: Uma breve introdução à história social da deficiência. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 6(11). <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10550>

Human Rights Watch. (2018). “Eles ficam até morrer”: Uma vida de isolamento e negligência em instituições para pessoas com deficiência no Brasil. <https://www.hrw.org/report/2018/05/23/they-stay-until-they-die/lifetime-isolation-and-neglect-institutions-people>

Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 297-305. <https://www.scielo.br/j/csc/a/GMXKF9mkPwxK9HXvFL39Nf/abstract/?lang=pt>

Lanna Júnior, M. C. M. (2010). História do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da PCD. https://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/21097_arquivo.pdf

Licio, E. C., et al. (2021). Reordenamento dos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes e implementação de novas modalidades: Família acolhedora e repúblicas (2010-2018). https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/210506_ri_web.pdf

Maia, A. C. N. (2009). Institucionalização de pessoas com deficiência mental: Um estudo no Abrigo Desembargador Olívio Câmara. In IV Jornada Internacional de Políticas Públicas. Maranhão. http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/eixos/9_estados-e-lutas-sociais/institucionalizacao-de-pessoas-com-deficiencia-mental-um-estudo-no-abrigo-desembargador-olivio.pdf

Marques, C. A. (1998). Implicações políticas da institucionalização da deficiência. *Educação e Sociedade*, 19, 105-122. <https://www.scielo.br/j/es/a/RBtVW8xhfLKghrGzcnb96bq/abstract/?lang=pt>

Lopes & Pereira. *Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.*

Mello, N. F. de, et al. (2021). Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros, 2011-2017. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 30(3), e2020747. <https://www.scielo.org/article/ress/2021.v30n3/e2020747/>

Organização das Nações Unidas (ONU). (2011). Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPCD. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf

Paiva, J. C. M., & Bendassolli, P. F. (2017). Políticas sociais de inclusão social para pessoas com deficiência. *Psicologia em Revista*, 23(1), 418-429. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a25.pdf>

Peres, J. L. P., et al. (2018). O Estatuto da Metrópole e as regiões metropolitanas: Uma análise teórico-conceitual à luz do conceito miltoniano de “território usado”. *Cadernos Metrópole*, 20, 267-288. <https://www.scielo.br/j/cm/a/x93tTJ5CTTQ5ShMcHQvmFpf/?lang=pt>

Pereira, J. A., & Saraiva, J. M. (2017). Trajetória histórico-social da população deficiente: Da exclusão à inclusão social. *Ser Social*, 19(40), 168-185. https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14677

Pereira, É. L., et al. (2021). Invisibilidade sistemática: Pessoas com deficiência e Covid-19 no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25. <https://www.scielo.br/j/icse/a/5jt6TTK54FxZnwdD9jkbNBm/?format=pdf&lang=p>

Ribeiro, D. M., & Gomes, A. M. (2017). Barreiras atitudinais sob a ótica de estudantes com deficiência no ensino superior. *Práxis Educacional*, 13(24), 13-31. <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/927>

Salatiel, V. G., & Lise, R. C. (2019). Rede de cuidados no SUS e SUAS. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2, 66-75. <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/244/73>

Santos, W. R. dos. (2008). Pessoas com deficiência: Nossa maior minoria. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18, 501-519. <https://www.scielo.br/j/physis/a/SDWpCmFGWGn69qtRhdqqGSy/abstract/?lang=pt>

Santos, J. P. da C. dos, Velanga, C. T., & Barba, C. H. (2017). Os paradigmas históricos da inclusão de pessoas com deficiência no Brasil. *Revista Educação e Cultura Contemporânea*, 14(35), 313-340. <http://periodicos.estacio.br/index.php/reeduc/article/view/Article/3237>

Sierra, V. M. (2010). Da luta pelo reconhecimento dos direitos de cidadania às pessoas com deficiência. *Revista Sinais*, 08(1), 54-78. <https://periodicos.ufes.br/sinais/article/view/2767>

Stopa, S. R., et al. (2017). Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública*, 51, 3s. <https://www.scielo.org/article/rsp/2017.v51suppl1/3s/pt/>

Lopes & Pereira. *Cuidado às pessoas com deficiência em serviços de acolhimento institucional no Brasil: análise a partir do Censo SUAS, 2020.*

Vieira, A. S. G. (2019). Reinterpretando o acolher: Um estudo sobre as instituições de acolhimento de infantojuvenil em São Paulo. <https://dspace.mackenzie.br/handle/10899/19963>

Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 190-198. <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/abstract/?lang=pt>