



A CONSTITUIÇÃO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E INCLUSIVA E SUAS CORRELAÇÕES COM O CONCEITO DE SAÚDE¹

Wanessa Moreia de Oliveira²
Cristina Maria Carvalho Delou³

RESUMO

No movimento constituinte da Educação Especial para se chegar à perspectiva inclusiva que se propõe na atualidade, observam-se muitas influências de cada contexto histórico e social. Todavia, destaca-se, especialmente, a importância da compreensão social dada à condição de deficiência, a qual pode ser relacionada ao desenvolvimento histórico dos conceitos sobre saúde/doença. Desse modo, o presente estudo objetiva explicitar e analisar as relações estabelecidas entre Educação Especial e saúde, a partir da produção histórica e cultural de tais conceitos. Trata-se de um estudo bibliográfico de abordagem qualitativa, que ampara-se na Teoria Histórico-cultural de Vigotski e na Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel. Como resultado, foi possível constatar que, no percurso histórico traçado, os avanços verificados na EE foram acompanhados ou decorrentes de avanços na área da saúde.

Palavras-chave: Deficiência, Educação Inclusiva, Perspectiva biopsicossocial.

INTRODUÇÃO

A constituição histórica da Educação Especial (EE) foi atravessada por diversas influências contextuais e culturais, sejam de perspectivas econômicas, políticas, sociais, culturais ou outras. No entanto, observa-se que há destaque da influência da compreensão social dada à condição de deficiência (PESSOTI, 1984; SILVA, 1987; MARTINS, 1999; MARTINS, 2015; MOISES, 2019), que por sua vez, pode ser relacionada à concepção que se desenvolveu sobre saúde nos diversos contextos histórico-culturais.

Nessa perspectiva, ao se traçar um paralelo entre os principais marcos históricos de constituição da EE (exclusão/segregação, integração e inclusão) e da compreensão dada, culturalmente, à deficiência (modelo místico/religioso, modelo biomédico, modelo social e modelo biopsicossocial) com o desenvolvimento histórico do conceito de saúde (ausência de

¹ O estudo é parte de uma pesquisa de doutorado.

² Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Ensino em Biociência e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz - IOC/FIOCRUZ, wanessaoliveira@aluno.fiocruz.br.

³ Orientadora. Professora colaboradora no Programa de Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz - IOC/FIOCRUZ, cristinadelou@gmail.com.





doença, bem-estar físico mental e social e teoria biopsicossocial), pode-se observar que as mudanças na compreensão da deficiência e o desenvolvimento da EE ocorreram sob a influência da evolução do conceito de saúde.

Assim, o presente estudo objetiva explicitar e analisar as relações estabelecidas entre EE e saúde, a partir da produção histórica e cultural de tais conceitos.

Para tanto, reconhece a importância da constituição da EE e inclusiva, na medida em que se ampara na Teoria Histórico-cultural de Vigotski (2007) considerando que a aprendizagem, inclusive das pessoas com deficiência, decorre das interações sociais do indivíduo que favorecem o desenvolvimento das suas funções psicológicas superiores⁴ e na Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel (AUSUBEL, 2000), por considerar a aprendizagem significativa como o tipo de aprendizagem que deve ser favorecida a todos os estudantes, inclusive os com deficiência, partindo do pressuposto de que deve-se atuar a partir e sobre a estrutura cognitiva dos estudantes, mediando a construção de novos conhecimentos a partir da relação com os conhecimentos prévios dos sujeitos.

Dessa forma, buscou explicitar conexões entre EE e saúde a partir de quatro principais momentos históricos que registraram diferentes compreensões culturais sobre as pessoas com deficiência e suas possibilidades educativas e as condições de saúde e doença da população, a saber: a) Exclusão/segregação e o modelo místico/religioso de compreensão da deficiência/doença; b) Exclusão/segregação e o modelo biomédico de compreensão da deficiência/doença; c) Integração e o modelo social de compreensão da deficiência e da saúde; d) Inclusão e o modelo biopsicossocial de compreensão da deficiência e da saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo, de abordagem qualitativa (MINAYO, 2015), caracteriza-se como uma pesquisa do tipo exploratória (GIL, 2002), na medida em que pretende dar maior visibilidade ao tema e possibilitar novas reflexões e/ou formulação de hipóteses.

O trabalho foi desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica, buscando referências que abordassem os processos históricos de desenvolvimento dos temas saúde e EE, as quais foram disutidas e organizadas em 4 partes (referentes a recortes históricos), conforme são apresentadas a seguir.

⁴ Segundo Vigotski (2007) os processos psicológicos superiores surgem e sofrem transformações ao longo do aprendizado e do desenvolvimento. Portanto, as práticas educativas e de ensino exercem importante contribuição para o desenvolvimento humano e seus processos psicológicos superiores.





EXCLUSÃO/SEGREGAÇÃO E O MODELO MÍSTICO/RELIGIOSO DE COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA/DOENÇA

As deficiências e as doenças (e a saúde) tem acompanhado o desenvolvimento da espécie humana ao longo do tempo. Ainda nas sociedades primitivas, onde a sobrevivência dependia principalmente da caça e de grandes deslocamentos para busca de recurso e abrigos, os membros mais fracos, enfermos e deficientes eram eliminados em razão de não terem condições de realizar as atividades coletivas para provimento de recursos de subsistência e nem de contribuírem para a defesa pessoal e/ou do grupo (SILVA, 1987; MARTINS, 1999; MARTINS, 2015; MOISES, 2019).

Registros que remontam à Antiguidade Clássica (século VIII a.C. ao século V d.C.), sobre crenças e práticas desenvolvidas nas principais polis gregas, Esparta e Atena, e que depois influenciaram o Império Romano, evidenciaram o tratamento que era dado às pessoas com deficiência, que, em sua maioria, eram sentenciadas a morte logo após o nascimento (PESSOTI, 1984; MARTINS, 1999; MARTINS, 2015; MOISES, 2019; PEREIRA, 2020).

Todavia, foi na sociedade grega que, segundo estudos de Scliar (2007) e Batistella (2007), houve importante mudança na maneira de encarar a doença. A mitologia grega cultuava várias divindades vinculadas à medicina e à saúde, acreditando que tudo podia ser curado, mas as práticas não se limitavam a procedimentos ritualísticos, a cura era obtida também pelo uso de plantas e métodos naturais.

Mas a mudança maior ocorreu com os escritos de Hipócrates (460-377 a.C.), ele contestou a visão mágico-religiosa da doença vigente até então, propondo uma visão mais racional da medicina. Destacando-se a compreensão inicial de que fatores ambientais incidiam no processo de saúde e doença (SCLIAR, 2005; 2007; BATISTELLA, 2007).

No Império Romano (27 a.C. a 476 d.C.), por sua vez, foram assimiladas as contribuições da medicina grega, mas pouco avanço foi verificado nessa área (BATISTELLA, 2007).

Mas, com o advento do Cristianismo, retoma-se a ideia da enfermidade relacionada à religiosidade e à espiritualidade. A doença é encarada como uma forma de purificar a alma e a cura advinda de Deus como merecimento. Nessa perspectiva a alquimia era condenada, já que a cura não podia estar dissociada da fé (SCLIAR, 2005; 2007).

O cuidado com os enfermos e com as pessoas com deficiência, agora também consideradas filhas de Deus, possuidores de alma, passaram a ser alvo da caridade das pessoas





e piedade divina, sendo institucionalizados em ordens religiosas e hospitais desenvolvidos pelo Cristianismo para abrigo para doentes (MARTINS, 1999; ARANHA, 2001; SCLIAR, 2007; MOISES, 2019).

A Idade Média, compreendida entre os séculos V e XV d. C., foi marcada pelo acometimento de diversas doenças e epidemias à população (como varíola, difteria, sarampo, influenza, ergotismo, tuberculose, escabiose, erisipela, lepra, peste bubônica, etc.), além do estabelecimento, pelo cristianismo, de relação de causa e efeito entre doença e pecado (BATISTELLA, 2007).

Em razão das variações teológicas entre as correntes do Cristianismo, a pessoa com deficiência, contraditoriamente, por vezes era alvo de caridade devendo em troca seguir os preceitos cristãos e por outras era culpada pela sua própria condição entendida como derivada do pecado e, portanto, passível de castigo divino na perspectiva cristã (PESSOTI, 1984; MARTINS, 2015).

Para compensar tal ambivalência, amenizaram-se os castigos através da segregação e confinamento, numa perspectiva de caridade e cuidado, já que se oferecia teto e alimentação, mas efetivou-se também o isolamento da sociedade daqueles que a causavam incomodo (PESSOTI, 1984).

Nesse contexto, não havia espaço para a busca de explicação racional para a doença/deficiência. As ciências, inclusive médicas, eram consideradas insultos ao evangelho, e assim as ideias de Hipócrates somente tiveram continuidade entre os árabes e judeus (BATISTELLA, 2007).

Contudo, o poder da Igreja passou a ser questionado e, em resposta às manifestações que colocavam em risco sua hegemonia, a Igreja passou a caçar e exterminar, em nome de Deus, as pessoas consideradas hereges e 'endemoniadas', nas quais eram incluídas muitas pessoas com deficiência, num processo reconhecido como Inquisição.

Como consequência, surge a Reforma Protestante que, por um lado, possibilitou o desenvolvimento da alquimia para fins de tratamento de doenças (SCLIAR, 2005), mas por outro esperava-se que desse nova tratativa às pessoas com deficiência, o que infelizmente não ocorreu (PESSOTI, 1984; ARANHA, 2001).

EXCLUSÃO/SEGREGAÇÃO E O MODELO BIOMÉDICO DE COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA/DOENÇA





Com a transição da Idade Média para a Idade Moderna (XV e XVIII) e o advento do Movimento Renascentista, muitas mudanças ocorreram nas formas de viver e pensar o mundo. Com o teocentrismo cedendo lugar ao antropocentrismo, a questão da deficiência/doença que até esse momento estava mais relacionada a questões místicas e religiosas, passa a ser relacionada com a alteração orgânica. A deficiência, então passa a ser tratada como uma questão médica, não por acaso, já que do mesmo modo a doença passou a ser analisada numa perspectiva mais biológica e orgânica (SILVA, 1987; MARTINS, 1999; 2015; SCLIAR, 2007).

Os médicos Paracelsus (1493-1541) e Cardano (1501-1576) foram os primeiros a contestarem a visão teológica e moral que se tinha da deficiência e da doença até então (PESSOTI, 1984; MARTINS, 1999; ARANHA, 2001; SCLIAR, 2007; MOISES, 2019).

Inaugura-se o modelo biomédico de compreensão da deficiência/doença, no qual "a deficiência seria a consequência lógica e natural do corpo com lesão, adquirida inicialmente por meio de uma doença, sendo uma consequência desta" (FRANÇA, 2013, p. 60).

A relação da sociedade para com as pessoas com deficiência passa a se estabelecer por meio da segregação social de pessoas com deficiência em espaços específicos. O confinamento foi adotado como forma de cuidado para pessoas doentes/deficientes (ARANHA, 2001).

Com o advento do capitalismo (séc. XVI), as pessoas com deficiência passaram a ser vistas como incapazes de se adaptarem ao novo modelo e de realizarem atividades produtivas, reafirmando a compreensão de que a melhor forma de tratá-las seria excluí-las/ segregá-las da sociedade, em locais de internação (MARTINS, 1999, 2015).

A prática educacional, ainda incipiente, que era desenvolvida exclusivamente pela Igreja passa a ser oferecida pelo Estado em resposta à necessidade de preparação de mão de obra para o novo modo de produção instalado (ARANHA, 2001).

Apesar de predominar a ideia fatalista sobre a condição de pessoa com deficiência, compreendendo que pouco ou nada havia a se fazer para educá-las, foram registradas, nesse período, as primeiras experiências educacionais com pessoas com deficiência, mas com poucos exemplos, sendo direcionadas a pessoas surdas e cegas e sem vinculação ao espaço escolar (MARTINS, 2015).

Todavia, outros acontecimentos contribuíram para melhorar o entendimento que se tinha sobre as deficiências/doenças. No século XVII, o desenvolvimento da mecânica influenciou as compreensões sobre o funcionamento do corpo humano. René Descartes (1596-





1650) argumentava à época que o funcionamento do corpo era similar ao de uma máquina e que existia uma diferenciação entre corpo e mente (SCLIAR, 2007).

Nesse contexto, outro fator que marcou a concepção de doença foi o desenvolvimento da anatomia, superando a concepção naturalística da doença, passando a localizá-la nos órgãos (SCLIAR, 2007).

Destas novas formas de ver o corpo, a mente e a doença, mesmo que ainda bastante organicista, também surgiram novas observações sobre as deficiências, em especial sobre a deficiência intelectual, que ampliaram a relação da sociedade para com elas.

Nesse contexto, emergem também as ideias Iluministas, como um movimento que se diferencia do pensamento medieval fortemente embasado na teologia, dando ênfase ao saber racional e buscando "maior liberdade intelectual, econômica e política, em superação ao período anterior" (MOISES, 2019, p. 64).

Dentre os diversos filósofos iluministas destaca-se John Locke (1632-1704), que com sua concepção naturalista da atividade intelectual representou grande revolução na compreensão de educabilidade da pessoa deficiente. A teoria do conhecimento de Locke abalou profundamente a teoria e prática educacional geral da época. O seu entendimento de deficiência "como carência de experiências sensoriais e/ou de reflexões sobre as ideias geradas pela sensação" influenciou as primeiras ações educacionais voltadas às pessoas com deficiência que vieram a se desenvolver mais tarde (PESSOTI, 1984, p. 23; ARANHA, 2001; MARTINS, 2015; MOISES, 2019).

Sob essas influências, foi na Contemporaneidade, especialmente com a Revolução Francesa (1789-1799), quando a educação passou a ser reivindicada como direito de todos, que a educação para as pessoas com deficiência, a EE, ganhou espaço (PLETSCH, 2014).

Entre o final do século XVII e início do século XIX, surgiram as primeiras organizações escolares destinadas a EE de públicos específicos como os surdos e os cegos (MARTINS, 2015).

No final do século XIX, verificou-se o início da era bacteriológica, com a identificação, por microscópio, de microorganismos causadores de doença. Registrou-se assim, grande revolução na área da saúde, que possibilitou, pela primeira vez, a prevenção e cura de doenças, por meio de soros e vacinas (SCLIAR, 2007; BATISTELLA, 2007).

Todavia, apesar do caráter benéfico da era microbiológica é necessário ressaltar o estabelecimento de um caráter unívoco de causalidade da doença, no qual a compreensão da doença se baseava em apenas uma causa biológica, o agente causador, desconsiderando as influências de outros aspectos da vida humana e em sociedade que contribuem para o





adocimento. Assim, a compreensão da deficiência/doença denota forte e restrito apelo biomédico, resultando em uma prática médica "predominantemente curativa e biologicista" (BATISTELLA, 2007, p.45).

INTEGRAÇÃO E O MODELO SOCIAL DE COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E DA SAÚDE

Em meados do século XX, em decorrência das questões humanitárias que despontaram com as guerras, surge a necessidade de se estabelecer um acordo mundial em prol dos direitos humanos. Assim, em 1945 é fundada a Organização das Nações Unidas (ONU), que em 1948 proclamou a Declaração Universal dos Direitos Humanos demarcando a igualdade de direitos de todas as pessoas (ONU, 1948).

A compreensão unívoca de causalidade da doença, que vigorava até então como fator estritamente biológico, começa a entrar em declínio, tendo em vista a emergência de doenças crônico-degenerativas e a diminuição da importância das doenças infecto-parasitárias. Assim, começam a se desenvolver outros modelos explicativos da doença, amparados em múltiplos fatores causais, como o modelo ecológico ou modelo da história natural das doenças, o qual considera que a doença é resultante do desequilíbrio entre três elementos fundamentais: o ambiente, o agente e o hospedeiro (BATISTELLA, 2007).

Apesar de todo desenvolvimento verificado no campo da saúde no século anterior ainda não havia um conceito universal sobre o termo, o que veio a ser definido também em 1948, pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo a OMS a saúde seria "um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 1948, p.1; SCLIAR, 2007).

A partir daí, pouco a pouco, começam a se consolidar as instituições de EE, sendo reforçadas pelo movimento de desinstitucionalização do atendimento de pessoas com deficiência, iniciado por volta de 1960, decorrente de diversos fatores como as diversas denúncias sobre as práticas verificadas nos ambientes de institucionalização, a crescente demanda de ampliação dos espaços de institucionalização/segregação que significavam aumento de gastos públicos, e de processos de reflexão e crítica sobre os direitos humanos (ARANHA, 2001; MARTINS, 2015).

Assim, difundiu-se nova visão sobre as pessoas com deficiência e a EE passou a se amparar em uma ideologia de normalização, na qual se propunha auxiliar o desenvolvimento das pessoas com deficiência de tal modo que pudessem se enquadrar nos padrões e condições





de vida social estabelecidos como normais (ARANHA, 2001; MARTINS, 2015; ASSIS JÚNIOR, 2019).

Assim, inaugura-se a perspectiva da integração que, fundamentada na ideia de normalização, passou a orientar e organizar as ações, principalmente educacionais, direcionadas às pessoas com deficiência (ARANHA, 2001; ASSIS JÚNIOR, 2019).

A integração escolar propunha a oferta aos estudantes com deficiência das mesmas oportunidades de ensino oferecidas aos demais, desde que conseguissem se adaptar à escola. Nessa perspectiva previa mudança apenas por parte do sujeito e não das práticas escolares e de ensino (MARTINS, 1999; ARANHA, 2001; PLETSCHE, 2014).

Tal condição, segundo argumenta Pletsch (2014) retoma a referência o modelo biomédico da deficiência, desconsiderando as especificidades do público, ao centrar o problema nos estudantes com deficiência e desresponsabilizar a escola pela escolarização de todos estudantes.

Sobre esse aspecto, pode-se inferir que seja decorrente da concepção vigente de doença (e também da deficiência) que se amparava no modelo da história natural da doença, o qual, apesar de prever associação de aspectos ambientais aos fatores de adoecimento, teve seu alcance restrito às ações de prevenção de doenças e não promoveu mudanças efetivas nas práticas médicas, que, então, permaneceram centralizadas no fator biológico (BATISTELLA, 2007).

Todavia, a década de 1960 registrou mudanças nessa concepção da doença. Trata-se do modelo da determinação social da saúde/doença que buscou associar diferentes dimensões da vida social aos processos de saúde e adoecimento (BATISTELLA, 2007).

Também nos anos de 1960, inaugura-se o modelo social de compreensão da deficiência, que registrando oposição ao modelo biomédico e, pela primeira vez, propondo completa separação entre deficiência e lesão, interpreta a deficiência como um modo de vida, marcado pela discriminação e opressão, imposto socialmente à pessoas que possuem determinadas lesões no corpo (DINIZ, 2012; FRANÇA, 2013).

No âmbito da saúde, em continuidade ao movimento iniciado pelo modelo da determinação social da saúde/doença, verifica-se o movimento em prol da teoria biopsicossocial que se iniciou no âmbito da psiquiatria, mais especificamente com o psiquiatra americano George Libman Engel, que publica um importante artigo sobre o tema na Revista Science, em 1977 (ENGEL, 2012).

Segundo Engel (2012), a concepção biomédica da doença que ainda dominava o discurso médico àquela época, estava em vistas de retirar a psiquiatria do rol de





especialidades médicas, tendo em vista que dava enfoque apenas a critérios estritamente biológicos, desconsiderando os aspectos sociais e psicológicos que influenciam o estado de doença.

Alinhada a essa perspectiva, em 2001, foi publicada pela OMS a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF), a qual registrou mudança significativa: deixando a deficiência de ser seqüela de doenças e passando a ser pertencente aos domínios da saúde descritos com base no corpo, no indivíduo e na sociedade (DINIZ, 2012; MAIOR, 2015).

A CIF buscou integrar o modelo biomédico e o modelo social, adotando uma abordagem biopsicossocial alinhada à perspectiva de saúde e bem-estar, integrando os aspectos biológicos, individuais e sociais que compõem a vida dos sujeitos (DINIZ, 2012).

Nesse contexto, entra em cena uma nova visão sobre o tratamento social destinado às pessoas com deficiência, inspirada nos modelos social e biopsicossocial de compreensão da deficiência, que constitui um marco histórico no desenvolvimento da EE: a inclusão (ARANHA, 2001).

INCLUSÃO E O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL DE COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E DA SAÚDE

O século XX inaugura a EE numa perspectiva inclusiva. A inclusão no contexto educacional registra seus primeiros movimentos por meio declarações internacionais como a Declaração Mundial sobre Educação para Todos (UNESCO, 1990) e a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), que estabelecem as necessidades e condições de escolarização de estudantes com necessidades educacionais especiais, no contexto do ensino regular.

A partir desses marcos, diversos países dão início as ações de organização e fomento da educação inclusiva e reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência.

Todavia, segundo demarca o estudo de Maior (2015), ainda no início do século XXI, eram poucos os países que haviam regulamentado os direitos das pessoas com deficiência, o que fez com que organizações internacionais que atuavam na defesa dos direitos humanos reivindicassem um documento que estabelecesse proteção especial às pessoas com deficiência. Daí surgiu a proposta da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que foi homologada no ano de 2007.

A Convenção, ratificada no Brasil como emenda constitucional, apresenta o conceito de deficiência como um conceito em desenvolvimento, multidimensional e dinâmico,



"reconhecendo que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras" (BRASIL, 2009). E reafirma o modelo biopsicossocial de compreensão da deficiência, enquanto "uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais" (ASSIS JÚNIOR, 2019).

Do mesmo modo, vai ao encontro do modelo biopsicossocial de compreensão da saúde, proposto no sentido de incorporar as dimensões sociais e não biológicas à perspectiva biomédica de saúde/doença (SAMPAIO; LUZ, 2009; ENGEL, 2012).

No contexto brasileiro, a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) ratifica esse entendimento ao definir pessoa com deficiência como aquela com "impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" (BRASIL, 2015).

Da LBI decorre também a previsão de avaliação biopsicossocial da deficiência, quando necessário, por equipe multiprofissional e interdisciplinar, devendo considerar: "os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; e a restrição de participação" (BRASIL, 2015).

Sobre esse aspecto, ressalta-se a recente aprovação, pelo Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM) como instrumento adequado de avaliação da deficiência a ser utilizado pelo Governo Brasileiro (BRASIL, 2020).

Acredita-se que tal instrumento, inspirado na CIF, será de grande utilidade no âmbito educacional, no qual precisam ser consideradas informações sobre funcionalidade do estudante com deficiência que sejam relevantes para aprendizagem e "entendidas no contexto dos requisitos específicos para a participação bem sucedida que podem diferir consideravelmente de um contexto educacional para outro" (OMS, 2003, p. 67).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a antiguidade e durante muito tempo da história da humanidade - e talvez ainda, em partes - a deficiência e a doença, foram entendidas como sinônimas e por vieses extremos de misticismo e/ou de religiosidade.



Na falta de compreensão biológica/fisiológica e das funcionalidades humanas, a deficiência e a doença eram compreendidas como algo alheio ao organismo, como castigos ou sacrifícios divinos, em resposta ao pecado e a maldição (SCLIAR, 2007; PEREIRA, 2020).

Assim, apenas com o estabelecimento de uma compreensão mais ampla das condições de saúde/doença dos indivíduos desenvolveu-se também uma visão mais ampla, pra além da estritamente biológica, da deficiânica, com a perspectiva biopsicosocial da deficiência, a qual vigora nos dias atuais.

Nesse sentido, apesar de não podermos afirmar a superação completa das diversas perspectivas e compreensões sociais decorrentes de diversos tempos e espaços culturais, foi possível constatar que os avanços verificados na EE foram acompanhados, e muitas vezes decorrentes, de avanços das ciências, especialmente na área da saúde.

REFERÊNCIAS

ARANHA, M. S. F. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**. Brasília, ano XI, n. 21, março de 2001. p. 160 - 173.

ASSIS JÚNIOR, L. C. **O direito fundamental à adaptação razoável na convenção internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência**. Tese (Doutorado em Direito), Universidade Federal da Bahia, Salvador/BA, 2019.

AUSUBEL, D. P. **Aquisição e Retenção de Conhecimentos**: uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Platano, 2000.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-50.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. **Lei Nº. 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE). Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Aprova o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM)**. março de 2020.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense. 2012

ENGEL, G. L. **The need for a new medical model**: a challenge for biomedicine. *Psychodyn Psychiatry*. 2012 Sep; 40(3):377-96.

FRANÇA, T. H. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Revista Lutas Sociais**, São Paulo, vol.17 n.31, p.59-73, jul./dez. 2013.

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





MAIOR, I. L. Quem são as pessoas com deficiência: novo conceito trazido pela convenção da ONU. *In: Revista Científica Virtual da Escola Superior de Advocacia da OAB-SP*. nº 20, verão - 2015. São Paulo: OAB/SP, 2015.

MARTINS, L. A. R. A diferença/deficiência sob uma ótica histórica. *Revista Educação em Questão*, 8/9 (2/1), jul./dez. 1998 - jan./jun. 1999, p. 126 - 141.

MARTINS, L. A. R. **História da Educação de Pessoas com Deficiência**: da antiguidade ao início do século XXI. 1ª ed. Campinas, SP: Mercado das Letras. 2015.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MOISES, R. R. **Ginástica e educação física no instituto benjamin constant de 1930 a 1979**: entre a conformação e a formação humanística da pessoa cega. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos/SP, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição**. Genebra: OMS, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: Edusp; 2003.

PEREIRA, V. A. Inclusão Escolar: histórico e análise das garantias legais da pessoa com deficiência. *Revista Científica Novas Configurações – Diálogos Plurais*, Luziânia, v. 1, n.1, p. 21-33, 2020.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental**: Da Superstição a Ciência. São Paulo: Queros, 1984.

PLETSCH, M. D. **Repensando a inclusão escolar**: diretrizes políticas, práticas curriculares e deficiência intelectual. 2 ed. Rev. e ampl. Rio de Janeiro: NAU, 2014.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3):475-483, mar, 2009.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2 ed. São Paulo: SENAC. 2005.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. Physis: Revista Saúde Coletiva, n. 17, Rio de Janeiro, 2007, p. 29 - 41.

SILVA, O. M. **A epopeia ignorada** – A História da Pessoa Deficiente no Mundo de Ontem e de Hoje. São Paulo: Cedas, 1987.

UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos**: plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. UNESCO, Jomtien/Tailândia, 1990.

UNESCO. **Declaração de Salamanca**: Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais, Salamanca-Espanha, 1994.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Michael Cole [et al] (Org.). Tradução de José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

