

7.08.07 - Educação / Tópicos Específicos de Educação  
**ANÁLISE DA CONCEPÇÃO DE DEFICIÊNCIA NA CID-10**

Laura Resende Abritta<sup>1</sup>, Washington Cesar Shoiti Nozu <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Discente do curso de Medicina, Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD);

<sup>2</sup> Docente da Faculdade de Educação e do Programa de Pós-Graduação em Fronteiras e Direitos Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados.

**Resumo:** A 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) foi aprovada em 1989 e é um sistema classificatório de enfermidades a partir de critérios médicos definidos, com fins estatísticos ao monitorar a incidência e prevalência de doenças. O discurso médico preconiza a questão patológica como a mais importante para a realização dos diagnósticos. Diante deste cenário, o objetivo do presente trabalho foi analisar o discurso do sujeito com deficiência presente na CID-10, com o intuito de refletir sobre algumas implicações para a área educacional. Trata-se de estudo documental e bibliográfico, de cunho exploratório. Os resultados obtidos demonstram que o documento CID-10 é baseado em aspectos biológicos e negligencia o meio social como determinante para a produção de deficiência. Assim, a deficiência é tratada como um estado patológico e segue uma racionalidade que classifica a deficiência como uma incapacidade que gera desvantagens.

**Palavras-chave:** Classificação; Modelo Médico; Educação Especial.

### **Introdução**

O modelo médico é uma poderosa força nos direcionamentos de políticas e práticas da Educação Especial (NOZU, 2013). Nessa direção, a deficiência – como escape do natural, da perfeição do ideal moderno (LOCKMANN, 2013) – será analisada por esse modelo como uma tragédia e uma forma de produção de indivíduos incapazes e com desvantagens perante as pessoas consideradas normais. Assim, percebe-se a construção da mentalidade da deficiência como um problema somente do indivíduo, que passa a ser incapacitado, apresentando desvantagens na sociedade (BISOL; PEGORINI; VALENTINI, 2017). Este modelo apresenta uma normatização que promove a negatividade da diferenciação fisiológica, funcional e morfológica. Esse modelo desde sua concepção analisa a deficiência como uma tragédia e uma forma de produção de indivíduos incapazes e com desvantagens perante as pessoas consideradas normais, como ocorreu durante a Revolução Industrial, em que era necessário uma mão de obra ativa e produtiva promovendo então a marginalização e o desemprego dos inaptos. Além disso, ocorreram as Guerras Mundiais no século XX que aumentaram o número de pessoas com deficiência, de maneira que elevou-se as alternativas para promover a solução ou amenização dos danos corporais e mentais, visto que estavam fora do padrão, ou seja, doentes. Assim, percebe-se a construção da mentalidade da deficiência como um problema somente do indivíduo, que passa a ser incapacitado apresentando desvantagens na sociedade (BISOL, 2017).

Em contraponto ao modelo médico, a partir da década de 1960, sobretudo com o trabalho de pesquisadores do Reino Unido (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010), o modelo social da deficiência tem defendido que as diferenças do corpo são consideradas formas distintas de funcionamento, sem que exista uma forma concebida do que pode ser considerado padrão. Assim, o indivíduo não deve ser o único elemento a se considerar na produção da deficiência, mas deve-se avaliar o meio em que ele está inserido, de modo que as diferenças na estrutura e no intelecto sejam manifestações sociais de um grupo e não um problema que deve ser corrigido para que essas pessoas sejam normalizadas (BISOL; PEGORINI; VALENTINI, 2017). Ademais, o ser humano passa, então, a ser descapacitado pela sociedade e não pela sua patologia, conforme a discriminação restringe a participação do indivíduo deficiente na comunidade, devido a tamanha valorização estética do corpo (MARTINS, 2012).

Por fim, o modelo biopsicossocial analisa a questão da deficiência a partir de um aspecto mais amplo, integrado e social. Assim, a deficiência é resultante de diversos aspectos, de modo que limita o indivíduo funcionalmente. Então, esse modelo propõe uma investigação de múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais, os quais estão presentes na comunidade e são relevantes na formação das deficiências.

Inserindo-se no contexto desse modelo, em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), atentando-se à questão da funcionalidade, ou seja, com fatores contextuais também externos ao indivíduo. Assim, a CIF concebe a deficiência o fruto da interação de habilidades, capacidades e meio ambiente.

Entretanto, ainda que o modelo social tenha enfatizado a necessidade de transformação do ambiente e das estruturas e barreiras sociais, o modelo médico ainda desponta como hegemônico (SARAIVA, 2008; NOZU, 2013; GARCIA; LOPEZ, 2013).

O presente trabalho objetiva analisar o discurso sobre o sujeito com deficiência presente na 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), com o intuito de refletir sobre implicações para a área educacional.

### **Metodologia**

Trata-se de estudo de caráter exploratório e sustenta-se numa abordagem qualitativa que, conforme Minayo (2002, p. 22), trabalha com “um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes”.

A operacionalização metodológica deu-se por meio de estudos documentais (fontes primárias) e estudos bibliográficos (fontes secundárias) (GIL, 2010). Os documentos compreendem classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), particularmente a CID-10 e a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), ao passo que as bibliografias terão como base artigos de periódicos e livros, visando a interlocução com a produção acadêmica sobre a temática.

Os procedimentos para coleta e sistematização dos dados documentais e bibliográficos envolveram: seleção das fontes, leitura e fichamentos, de modo a oportunizar a organização das informações (GIL, 2010).

## **Resultados e Discussão**

A CID-10 constitui-se num sistema classificatório alfanumérico de enfermidades utilizado internacionalmente nos prontuários médicos. Para Farias e Buchalla (2005, p. 188), “a CID-10 constitui um instrumento útil para as estatísticas de saúde, tornando possível monitorar as diferentes causas de morbidade e de mortalidade em indivíduos e populações”.

Em 1976, a OMS publicou a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), cuja compreensão da deficiência parte de um modelo unicausal e linear baseado na doença (FARIAS; BUCHALLA, 2005; BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010). Esta classificação trata a deficiência como um estado patológico e segue uma racionalidade que classifica a deficiência como uma incapacidade que gera desvantagens.

Nesse contexto, classificou-se deficiência como uma anormalidade, ausência de estrutura ou função psicológica, anatômica ou fisiológica, com origem em doença ou distúrbio. Já a incapacidade consiste na ausência ou limitação da capacidade de realizar uma atividade de maneira considerada normal, ou seja, dentro do padrão devido à deficiência. Por fim, a desvantagem representa a restrição do indivíduo para executar ações ditas padronizadas em determinadas sociedades. Assim, por exemplo, a deficiência física seria qualificada como uma incapacidade de se locomover que gera dificuldades de mobilidade, ou seja, uma desvantagem no convívio social.

Tem-se que o processo de caracterização da deficiência ou incapacidade apresenta divergências legais, administrativas, sociais e culturais. Dessa forma, os diferentes métodos classificatórios apresentam definições que compreendem as necessidades próprias, o que impede a criação de critérios específicos que poderiam ser utilizadas para uma determinação distinta. Assim, os profissionais responsáveis pela definição classificatória ao empregar os códigos da CID-10 utilizam critérios legais baseados em definições insólidas, as quais não consideram quesitos funcionais e focalizam diagnósticos médicos (BUCHALLA; NUBILA, 2008). Tal conduta é baseada no modelo médico ou, também denominado mecanicista, data do início do século 16 vinculado ao Renascimento, em que percebe-se um deslocamento do enfoque da cura dos enfermos na medicina para as doenças, assim o as perspectivas e o meio social dos pacientes são negligenciadas pelos profissionais. (BALLESTER, 2010).

Assim, percebe-se que no modelo médico o enfoque é dado à pessoa e não ao meio social para a classificação da deficiência. Nessa racionalidade, o princípio da normalização serviu de força motriz para o discurso médico da deficiência. A normalização fixa no sujeito com deficiência o foco da mudança, responsabilizando-o pelo avanço ou estagnação de suas interações sociais e delegando às instituições a oferta de recursos e serviços que promovessem a normalização de suas condições de existência (ANACHE, 1994; GLAT; BLANCO, 2007). Dessa forma, o modelo mecanicista tem sua responsabilidade na recusa da sociedade em aceitar que é necessário mudar para melhorar a integração das pessoas com deficiência (SASSAKI, 2003).

Além disso, é nítido que no modelo biomédico as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência são específicas e geralmente destinadas a, apenas, algumas áreas na sociedade (MAIOR, 2018).

Nesse contexto, pode-se notar que os modelos de saúde apresentam influência na caracterização da deficiência, e, conseqüentemente na questão da Educação Especial. Sabe-se que, apesar de enormes mudanças, o modelo médico é predominante e determinante em diversos segmentos de maneira que o laudo médico ainda é utilizado para realização de encaminhamentos na Educação Inclusiva. Além disso, tem-se ainda que os indivíduos deficientes são vistos como pacientes que precisam de cura, mas quando não há mais soluções médicas a educação serve como uma maneira de reestabelecer a pessoa deficiente que está em desvantagem social.

Na sequência, tem-se alguns excertos da CID-10, especificamente do Capítulo V, que trata dos transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), com o intuito de explicitar o discurso desse documento sobre a deficiência.

O retardo mental, disposto nas classificações de F70 a F79 da CID-10, é definido como “parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual”. Como se nota, a descrição é centrada somente na doença utilizando como critério o quociente de inteligência (QI), que é uma medida baseada em testes que avaliam as capacidades cognitivas do indivíduo como forma de diagnóstico e caracterização da patologia, com destaque para a necessidade de tratamento e sem relevância para questões socioeconômicas. Para Vigotski (1997) a realização de testes para medição da capacidade intelectual, como pela pontuação do QI,

informa somente sobre o desenvolvimento real, porém não deixa claro a evolução daquilo que está indicado no resultado do teste quando analisado ao longo do tempo. Além disso, Vigotski (1997) afirma que as deficiências não implicam em uma menor desenvolvimento, mas em uma organização psíquica diferenciada do que é normalmente observado.

Ademais, Vigotski (1997) defende que as consequências sociais decorrentes das limitações orgânicas se sobrepõem ao próprio defeito, assim ocorre uma preponderância do defeito secundário em relação ao defeito primário. Dessa forma, uma pessoa com deficiência intelectual com processos pedagógicos inadequados e com suporte socioafetivo impróprio favorecem a sobreposição dos defeitos secundários e o entendimento da condição de deficiência como debilitante.

Por sua vez, a F82 irá tratar do transtorno específico do desenvolvimento motor, cuja característica essencial

[...] é um comprometimento grave do desenvolvimento da coordenação motora, não atribuível exclusivamente a um retardo mental global ou a uma afecção neurológica específica, congênita ou adquirida. (OMS, 2008, [s/p]).

Nessa classificação, a atribuição do comprometimento motor dá-se somente a partir de quesitos fisiológicos, como é destacado de modo notório a questão neurológica, sem considerar a existência de barreiras e fatores externos aos indivíduos como fundamentais no processo de formação do sujeito com deficiência. A F82 também é conhecida como debilidade motora da criança, síndrome da criança “desajeitada” ou transtorno da aquisição da coordenação (OMS, 2008).

Em face destes recortes, é patente que discurso da CID-10 sobre a deficiência concentra-se na patologia, nos agentes mórbidos que atingiram os sujeitos e deixaram suas marcas (CARVALHO, 2012).

Para Saraiva (2008, p. 85),

A ideia de “doença e cura”, que permanece até hoje nas concepções sobre a deficiência, tem aí seus fundamentos e tem dificultado os avanços principalmente no trabalho pedagógico, já que, de acordo com essa proposição, qualquer mudança na condição de deficiência, dependeria, basicamente, da própria criança e do “nível” de sua deficiência.

Nessa perspectiva, o discurso médico implica na manutenção da descrença das capacidades e possibilidades de aproveitamento de condições do aluno com deficiência, já que este é visto “como tendo possibilidade de chegar apenas a um determinado ‘nível’ que sua deficiência permitiria. Nessa situação, a deficiência acaba sendo vista como um elemento que impede o aproveitamento de condições para aprender” (SARAIVA, 2008, p. 86).

De um modo geral, no discurso médico, “valoriza-se a deficiência e perde-se a Pessoa em sua dimensão de integralidade” (CARVALHO, 2012, p. 31), produzindo baixas expectativas em relação às potencialidades de aprendizagem dos sujeitos e aduzindo “a deficiência como uma incapacidade generalizada e definitiva” (CARVALHO, 2012, p. 49).

## Conclusões

A CID-10 integra um sistema que tem suas origens no século XIX. Todavia, apenas a partir da década de 1970 que foram atribuídas as primeiras relações para com a pessoa com deficiência, com a publicação da OMS da CIDID, em 1976. Após vários apontamentos acerca de suas fragilidades, mormente quanto a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, a CIDID teve várias alterações, culminando com a publicação da CIF, em 2001 (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF apresenta um novo olhar sobre a deficiência e a incapacidade, tendo em vista que esses conceitos não são mais consequências da patologia somente, mas de um conjunto de elementos sociais, físicos, ambientais, culturais e psíquicos (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Destaca-se que a OMS compreende que a CID-10 e CIF são sistemas classificatórios complementares, pois mediante a primeira tem-se o diagnóstico dos distúrbios e enfermidades enquanto que por meio da segunda obtém-se dados sobre a funcionalidade. Assim, a associação das classificações permite um entendimento mais amplo dos conceitos de deficiência e incapacidades.

A CID-10 estabelece a comunicação entre profissionais da saúde, além de exercer papel fundamental nos estudos epidemiológicos. Com isso, é possível afirmar sua importância para promoção de saúde e prevenção de doenças, possibilitando ainda o controle de prevalência e incidência das mesmas. Além disso, ao estabelecer a uniformização de conceitos, acaba constituindo uma linguagem universal sobre a deficiência, orientando, dessa forma, políticas públicas e permitindo o diálogo entre estudiosos, profissionais e gestores das áreas de saúde, educação, trabalho, assistência social.

Os resultados obtidos demonstram que o documento CID-10 é baseado em aspectos biológicos e negligencia o meio social como determinante para a produção de deficiência. Nessa direção, tem-se uma linearidade determinística e permanente centrada na patologia. Além disso, na medida em que ocorre o enfoque na lesão como causadora da deficiência, o indivíduo começa a ser visto como incapaz e em desvantagem comparado com as pessoas “normais”.

Assim, no modelo médico o foco de transformação é o próprio sujeito com deficiência. Contudo, como adverte Anache (1994, p. 51) que “à medida em que se lhe atribui tal responsabilidade, a sociedade se exime

dessa tarefa. No entanto, a dificuldade do 'deficiente' em realizar essa incumbência, provavelmente, contribuirá para sua segregação”.

Em face desses elementos, é preciso problematizar a ênfase no modelo centrado tão-somente no sujeito com deficiência, sobretudo em tempos de políticas de inclusão social e escolar. Assim, no âmbito educacional, devemos nos questionar a forma como os laudos médicos estão circulando no ambiente escolar e contribuindo para o desenvolvimento de práticas pedagógicas, bem como a dependência de diagnósticos clínicos para os encaminhamentos dos estudantes com deficiência aos serviços de Educação Especial.

Por todos esses aspectos, os modelos: médico, social e psicossocial exercem papel essencial ao que diz respeito a relação dos fatores externos com o estudo da deficiência. O conhecimento desses modelos permite inferir a importância da Educação Especial, dado a relevância que o meio social inclusivo permite o progresso intelectual, social e motor ao indivíduo com deficiência. Diante do exposto, entre os modelos anteriormente citados, faz-se o uso do modelo médico, por meio do uso de laudo médico sendo um determinante para o acesso à Educação Inclusiva. A educação é um meio fundamental para a inserção da pessoa com deficiência no meio social.

## Referências

- ANACHE, A.A. *Educação e deficiência: estudo sobre a educação da pessoa com “deficiência” visual*. Campo Grande, MS: CECITEC/UFMS, 1994.
- BAMPI, L. N. S.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 4, p.1-9, jul./ago. 2010.
- BISOL, C.; PEGORINI, N.; VALENTINI, C. Pensar a deficiência a partir dos modelos médico, social e pós-social. *Cadernos de pesquisa*, São Luís, v. 24, no.1, p. 87-100, jan./ abr. 2017.
- CARVALHO, R.E. *Escola inclusiva: a reorganização do trabalho pedagógico*. 5. ed. Porto Alegre: Mediação, 2012.
- FARIAS, N. BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.
- GARCIA, R.M.C.; LOPEZ, G.M.B. *Políticas de educação inclusiva no Brasil: uma análise da educação especial na educação infantil (2000-2010)*. Disponível em: < <http://gepeto.ced.ufsc.br/files/2015/04/politicas-de-educacao-inclusiva.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GLAT, R.; BLANCO, L.M.V. Educação Especial no contexto de uma Educação Inclusiva. In: GLAT, R. (Org.). *Educação Inclusiva: cultura e cotidiano escolar*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2007, p. 15-35.
- LOCKMANN, K. Medicina e inclusão escolar: estratégias biopolíticas de gerenciamento do risco. In: FABRIS, E.T.H.; KLEIN, R.R (Orgs.). *Inclusão e biopolítica*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013, p. 129-146.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- NOZU, W.C.S. *Política e gestão do atendimento educacional especializado nas salas de recursos multifuncionais de Paranaíba/MS: uma análise das práticas discursivas e não discursivas*. 2013. 241 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2013.
- OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. São Paulo: CBCD, 2008. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- SARAIVA, M. Formação do professor: contornos da concepção de deficiência para compreender o processo de inclusão. In: MENDES, E.G.; ALMEIDA, M.A.; HAYASHI, M.C.P.I. (Orgs.). *Temas em educação especial: conhecimentos para fundamentar a prática*. Araraquara: Junqueira&Marin; Brasília: CAPES- PROESP, 2008, p. 83-91.
- NUBILA, Di; VENTURA, Heloisa Brunow; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, p. 324-335, 2008.