

Artigos originais

Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo

DOI: 10.3395/receis.v3i2.264pt



*Wederson
Rufino Santos*

Anis – Instituto de Bioética,
Direitos Humanos e Gênero,
Brasília, DF, Brasil
w.santos@anis.org.br



Debora Diniz

Anis – Instituto de Bioética,
Direitos Humanos e Gênero,
Brasília, DF, Brasil
d.diniz@anis.org.br

Natália Pereira

Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, Brasília, DF, Brasil
nataliapg@yahoo.com.br

Resumo

Este artigo analisa como o discurso biomédico avalia o corpo deficiente para fins de inclusão de uma pessoa com deficiência no sistema de proteção social no Brasil. Foi realizada uma pesquisa empírica com 58 pessoas que buscaram ter acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), programa de proteção social às pessoas com deficiência pobres. Para ter acesso ao BPC, a pessoa com deficiência se submete a uma perícia do corpo realizada por peritos médicos do Instituto Nacional do Seguro Social a fim de atestar sua incapacidade para o trabalho e a condição incapacitante. A partir dos casos que tiveram acesso ao benefício e daqueles recusados, o artigo explora as tênues fronteiras entre o saber biomédico e as concepções morais sobre o corpo normal e produtivo.

Palavras-chave

Deficiência; perícia médica; corpo; assistência social

Introdução

Um corpo com deficiência é uma expressão da diversidade humana.¹ Segundo dados do Censo 2000, 14,5% da população brasileira apresenta restrições de funcionalidade que podem se caracterizar como deficiência (BRASIL, 2000). Mas entre as restrições corporais e a experiência da deficiência há a distância imposta pela desigualdade. Habitar um corpo deficiente é viver em um corpo marcado socialmente pelo estigma, pela desvantagem social ou pela rejeição estética (BUTLER, 2003). A desvantagem social imposta pela deficiência não é uma sentença da natureza, mas uma expressão

da opressão pelo corpo considerado anormal. Esse giro argumentativo da deficiência como tragédia pessoal para a deficiência como matéria de justiça social foi o que permitiu o deslocamento do debate dos saberes biomédicos para os saberes sociais (BARNES et al., 2002).

A compreensão de que a deficiência é uma das muitas formas de se habitar os corpos, podendo inclusive constituir objeto de orgulho pela diferença, como ocorre com as comunidades surdas, é ainda desafiante para os saberes biomédicos (DINIZ, 2007; LANE, 1997). O surdo não é alguém que habita um corpo com restrições auditivas, mas alguém que vive em uma sociedade que

discrimina outras formas de comunicação que não o oralismo (DINIZ, 2003). A afirmação do sujeito passa a se dar pela enunciação do corpo deficiente e não mais pela negação das lesões, em uma aproximação dos estudos sobre deficiência (*disability studies*) do campo dos estudos culturais, feministas e antirracistas (CORKER et al., 2004). Isso não significa o abandono das estratégias de cuidado, cura ou reabilitação oferecidas pela biomedicina, mas anuncia seu caráter insuficiente para a promoção da igualdade em ambientes injustos. O novo campo dos estudos sobre deficiência, em que as idéias do modelo social assumiram proeminência, é uma das respostas mais vigorosas desse giro argumentativo da deficiência como azar para a deficiência como opressão social pelo corpo (BARNES et al., 2002).

Para o modelo social da deficiência, o corpo é um dos espaços privilegiados de ação dos discursos discriminatórios, sejam eles de raça, sexo, gênero, nacionalidade, idade ou deficiência (BARTON, 1998). A desigualdade pela deficiência não se resume às variações impostas pelo corpo com lesões, mas se expressa pela interação com o mundo social pouco sensível à diversidade corporal. Não se nega a existência do corpo como o contorno da habitabilidade humana, apenas não se considera mais suficiente explicar a exclusão social do deficiente com base em seu corpo. Nesse novo modelo de compreensão da deficiência, a opressão não é causada pelos contornos do corpo, mas por valores, atitudes e práticas que discriminam a deficiência.

Essa mudança de perspectiva sobre a deficiência provoca os limites dos modelos teóricos sobre o justo (NUSSBAUM, 2007). Há configurações corporais da deficiência para as quais pequenas mudanças no sistema de transportes ou nos regimes de trabalho facilitarão a inclusão social (PIRES, 2009). No entanto, há casos de pessoas com deficiência, em particular expressões da deficiência mental, para quem ações afirmativas não serão suficientes para a promoção da dignidade e da igualdade: o desafio está em reconhecer a proteção social às pessoas deficientes como uma questão de justiça (KITTAI, 1999; NUSSBAUM, 2007). Foi nesse marco sobre o justo que a Constituição Federal de 1988 incorporou como garantia a proteção social às pessoas deficientes, em uma nova compreensão da assistência social no Brasil. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma política de assistência social que garante a transferência de renda mensal equivalente a um salário mínimo aos idosos e às pessoas com deficiência pobres (BRASIL, 2009).

O BPC foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993, e implementado em 1996. Em março de 2009, atendia a mais de 2,9 milhões de pessoas, das quais mais de 1,5 milhões eram deficientes (BRASIL, 2009). O desenho do BPC foi modificado desde sua formulação inicial, nos anos 1980, até sua regulação pela LOAS (BOSCHETTI, 2006). Apesar de o benefício não exigir contrapartidas, a pessoa com deficiência deve possuir incapacidade para o trabalho e ser pobre para tornar-se elegível (ACRE, 2007; BRASIL, 2008).² A entrada no benefício é garantida por avaliações

médicas e sociais a cada dois anos: a perícia social visa assegurar que a pessoa deficiente vive com renda mensal inferior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, ao passo que a perícia médica deve atestar que o corpo é incapaz para o trabalho e para a vida independente. Ambas as perícias se sobrepõem para a descrição do corpo a ser reconhecido como objeto de proteção do Estado.

No entanto, um dos temas de maior controvérsia sobre o BPC é o da elegibilidade das pessoas deficientes: que doenças, lesões, deficiências ou contornos do corpo seriam elegíveis à proteção social? Como se dá a negociação entre os saberes biomédicos e sociais para determinar qual corpo é deficiente e merece tal proteção? Não basta habitar um corpo deficiente e viver em regime de pobreza; o laudo pericial médico é quem detém a autoridade final sobre a elegibilidade ao benefício (MEDEIROS et al., 2006; DINIZ et al., 2007a; SANTOS, 2006; PENALVA et al., 2009).

Este artigo discute como o discurso biomédico avalia o corpo deficiente para fins de concessão do benefício. Para receber o BPC, a pessoa com deficiência se submete a uma perícia do corpo realizada por médicos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A deficiência já necessita ter sido diagnosticada por outro profissional antes da chegada ao posto de perícia médica do INSS para que seja avaliada segundo os critérios de acesso ao BPC. Por meio de um estudo empírico realizado em uma agência do INSS, o artigo explora as tênues fronteiras entre o saber biomédico e as concepções morais sobre o corpo normal e produtivo.

Percurso da pesquisa

A pesquisa foi conduzida em Unai, em uma agência municipal do INSS onde se realizam perícias médicas sobre deficiência. Unai é uma cidade do interior de Minas Gerais, com uma população de pouco menos de 80 mil habitantes e um único posto do INSS. O levantamento de dados foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com três médicos, o que corresponde ao total de peritos médicos do INSS na cidade, e 58 pessoas com deficiência que buscavam o BPC. Foram também analisados todos os processos de solicitação do BPC por pessoas deficientes relativos aos anos de 2004 e 2005 na cidade: 430 processos ao todo, havendo 276 pedidos negados (64%) e 154 benefícios concedidos (36%). As entrevistas com os médicos foram realizadas na agência do INSS, ao passo que as entrevistas com as pessoas deficientes foram realizadas na casa de cada uma delas.

Os 58 participantes foram divididos em dois grupos: pessoas que receberam o benefício após as perícias social e médica e pessoas que tiveram o pedido recusado, seja por causa da perícia social ou da médica. Dos 28 pedidos recusados, 19 o foram por razões médicas, e nove por razões de renda acima de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita* na família. O total de participantes correspondeu a 10% das pessoas com deficiência que tiveram o acesso ao BPC negado e a 20% das pessoas com deficiência que tiveram o benefício concedido no período de 2004 e 2005 em Unai, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento

Social e Combate à Fome (BRASIL, 2009). As entrevistas foram realizadas em 2007, e os dados, transcritos e analisados em 2008

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília antes da realização das entrevistas. A pesquisa não ofereceu riscos e foi garantido o sigilo quanto à identidade dos participantes. Participaram das entrevistas apenas as pessoas que compreenderam os procedimentos do estudo e aceitaram participar, após o registro do termo de consentimento livre e esclarecido. Diferentes fases desta pesquisa foram financiadas pelo Programa de Iniciação Científica da Universidade de Brasília (PIC/UnB), pelo Edital de Equipamentos da Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec), pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e pela Fundação de Apoio à Pesquisa (FAP) do Distrito Federal.

Biomedicina e trabalho: os contornos do corpo

Habitar um corpo deficiente é condição para ter acesso ao benefício. Mas não basta a autodeclaração sobre a experiência da restrição de funcionalidade ou sobre a vida na pobreza, é preciso o veredicto da perícia social e médica para garantir a elegibilidade ao BPC. E essa não é uma classificação simples, mesmo para o discurso biomédico, que se crê mais objetivo que o discurso social: em 12 anos de funcionamento do BPC, já foram utilizados cinco conceitos biomédicos de deficiência (BRASIL, 2007a). À medida que se altera o conceito, modifica-se o perfil do corpo elegível ao benefício e a ideia de quem é deficiente para a proteção social. Ao contrário do critério de renda, cuja controvérsia encontra-se largamente circunscrita ao debate judicial (PENALVA et al., 2009; SANTOS, 2006), o conceito de deficiência foi alvo de alterações legais na última década. A incorporação da terminologia da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (CIF, 2003) trará novas alterações ao desenho da política a partir de 2009.

A LOAS especifica o artigo 203 da Constituição Federal, que determina ser o BPC devido “às pessoas portadoras de deficiência que comprovem não possuir meios de prover sua manutenção ou de tê-la provida pela família, conforme dispuser a lei” (BRASIL, 1988). Para a LOAS, as pessoas com deficiência elegíveis ao benefício assistencial são aquelas incapazes para o trabalho e para a vida independente (BRASIL, 1993, 2007b). Mas o que significa avaliar a deficiência pela incapacidade ao trabalho para fins de concessão do benefício assistencial? A escolha parece ser uma tentativa de dar objetividade à avaliação de quem seria o sujeito a ser protegido pela política assistencial, agregando outras variáveis de julgamento sobre o corpo que não apenas o discurso biomédico sobre lesões, doenças ou deficiências. Algumas deficiências não geram controvérsias na avaliação médica, como é o caso das deficiências mentais ou dos quadros graves de restrição funcional, como as

tetraplegias ou a surdez bilateral profunda (DINIZ et al., 2007a). No entanto, grande parte dos casos a serem avaliados pelos peritos não se enquadram nesses limites claros do discurso biomédico da deficiência como ausência de funcionalidades específicas, o que dificulta a mensuração da “incapacidade para a vida independente e para o trabalho” (BRASIL, 1993, 2007b).

Há uma centralidade nos valores da independência e da inserção no mercado de trabalho para o julgamento da elegibilidade ao benefício. Ambos são resumidos no Decreto 6.214, de 2007, pelo conceito de incapacidade como “um fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada de inclusão social” (BRASIL, 2007b). Para fins de concessão do benefício, redução na inclusão social é entendida como ausência de participação na escola, para as crianças, e no mercado de trabalho, para os adultos. Disso resulta que o quadro clínico a ser julgado pela perícia médica deve ter como parâmetro de avaliação o quanto a doença, a deficiência ou a lesão restringem a participação social do indivíduo. No entanto, as variáveis de mensuração da participação são, essencialmente, independência e trabalho.

Por independência, entende-se a capacidade do indivíduo de realizar atividades da vida diária, tais como cuidados de si, alimentação, higiene ou locomoção, quesitos especificados no antigo instrumento utilizado pelos médicos durante a perícia. Como para as crianças esses são quesitos rotineiros à vivência dos cuidados da infância, a escola torna-se um dado fundamental para avaliar a inclusão social. Nos últimos anos, uma mudança na forma de avaliação da deficiência deixou de utilizar o acróstico AVALIEMOS como instrumento-guia (BRASIL, 2007a), muito embora os peritos médicos ainda conduzam a avaliação pelos itens do antigo instrumento.

O histórico clínico e trabalhista da pessoa deficiente a acompanha à primeira sessão de perícia médica. No caso dos adultos, o histórico de inserção no mercado de trabalho é um dos primeiros critérios de avaliação do corpo para além do que se exhibe no ato da perícia. O passado trabalhista oferece informações que permitem circunscrever o relato de dependência e incapacidade anunciado pelo deficiente em busca do benefício. O trabalho é uma variável central para os peritos, pois indica a capacidade do corpo para a independência, a inserção social e a produtividade. O fato de já ter trabalhado não torna o deficiente inelegível ao benefício, muito embora seja uma informação privilegiada para se medir o grau de permanência da experiência de exclusão relatada pelo indivíduo.

Para os adultos, os instrumentos da perícia médica são os laudos médicos e o histórico trabalhista disponível na base de dados da Previdência Social; para as crianças, são os laudos médicos e a informação sobre frequência à escola. O parecer social, cujo objetivo é principalmente atestar a pobreza familiar e individual, já está disponível para o médico antes da chegada da pessoa deficiente ao posto do INSS. Há pouco espaço, na estrutura da

avaliação pericial, para uma ressignificação da pobreza para além do recorte de renda de ¼ de salário mínimo, considerando-se fatores tais como gastos com medicamentos e tratamentos médicos ou consumos específicos exigidos pela assistência à pessoa deficiente (MEDEIROS et al., 2006).

Nesse cenário, para os deficientes adultos, avaliar o corpo contrastando-o à incapacidade laborativa torna-se o eixo central da perícia médica, pois se assume a existência de uma variável objetiva para a mensuração da exclusão social. O resultado, no entanto, segundo um dos participantes da pesquisa, é que a perícia torna-se tão restritiva em seus critérios que tende a favorecer apenas “*peessoas em estado quase vegetativo*”.

Trabalho e inclusão social

A metáfora do estado vegetativo é uma provocação ao caráter restritivo da perícia médica para a definição dos corpos que terão acesso ao benefício. Se para os casos-limites o CID que acompanha o laudo médico é suficiente para inserir o indivíduo no sistema de proteção social, para os demais casos, que são maioria, é da negociação interpretativa de como aquele corpo interage socialmente que se define a elegibilidade ao BPC. A Tabela 1 descreve as condições de saúde que tornaram um indivíduo elegível ao benefício, após os laudos médicos e sociais:

Tabela 1 – Benefícios concedidos

Razões Médicas	Pessoas
Deficiências Físicas e Motoras	9
Deficiências Mentais	8
Doenças Crônicas em Estágio Avançado	9
Sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE)	2
Doenças genéticas	2
Total	30

Fonte: Pesquisa “Deficiência em Questão”, realizada durante os anos de 2006 e 2007 em Unaí-MG

Ao lado de um grande número de deficiências físicas e mentais, apareceram câncer, aids e diabetes, todos em estágios avançados. A identificação dessas doenças indica um alargamento do conceito de deficiência utilizado para concessões do BPC, em um movimento interpretativo para além do catálogo biomédico que traça uma fronteira entre doenças e deficiências (MEDEIROS et al., 2006; DINIZ et al., 2007a; SQUINCA, 2007). A Tabela 2 descreve os casos em que o benefício foi negado por razões médicas, muito embora o indivíduo estivesse dentro do recorte de renda exigido para ter acesso ao benefício:

Tabela 2 – Razões do indeferimento

Razões Médicas	Pessoas
Deficiências Físicas e Motoras	4
Doença de Chagas	4
Doenças Vasculares	3

Artrose	3
Doenças Crônicas	1
Leishmaniose	1
Úlcera	1
Epilepsia	1
Hidrocefalia	1
Total	19

Fonte: Pesquisa “Deficiência em Questão”, realizada durante os anos de 2006 e 2007 em Unaí-MG

O perfil médico da segunda tabela demonstra que pessoas portadoras de doenças adquiridas têm menores chances de serem consideradas elegíveis ao BPC, ainda que tais doenças sejam tidas como incapacitantes e atinjam pessoas adultas. Esse dado é sugestivo de como a perícia médica define os contornos do corpo para o BPC – condições de saúde permanentes, sem recursos de tratamento ou cura, ou congênitas são mais facilmente entendidas como deficiências quando comparadas àquelas adquiridas e, muito diretamente, resultantes da interação do corpo com a vida social, como é o caso das chamadas doenças da pobreza (ISHITANI et al., 2006), tais como leishmaniose, doença de chagas e vasculares. Muito embora essas possam ser configurações adquiridas pelo corpo e não propriamente deficiências no sentido biomédico, quando associadas à pobreza, à falta de acesso aos serviços de saúde e a um mercado de trabalho pouco inclusivo, elas desafiam a fronteira tênue entre doença e deficiência. Essa reconfiguração lança a pergunta de qual seria a diferença entre um indivíduo com sequelas graves e incapacitantes da doença de Chagas e um indivíduo com deficiência mental grave, se ambos se encontram em situação de exclusão social e pobreza pelo corpo que habitam?

Há casos em que a gravidade das lesões define um tipo de deficiência com pouco espaço para a contestação médica quanto à elegibilidade ao benefício: por exemplo, crianças e adultos com deficiências mentais e adultos com doenças crônicas em estágio quase terminal. Entre o extremo que agrupa os casos objetivos de deficiência para a biomedicina e as doenças adquiridas durante o curso da vida – como doença de Chagas, artrose, doenças vasculares ou úlcera –, está a fronteira que faz do olhar biomédico sobre a deficiência o terreno mais seguro para que a perícia classifique os contornos do corpo para o BPC. O corpo deficiente deve ser aquele definido pela incapacidade irreversível ao trabalho produtivo e pela gravidade nas restrições funcionais. Mas o interessante é que a incapacidade para o trabalho não se resume à restrição das habilidades corporais, tais como desempenho produtivo, capacidades cognitivas ou força física.

A definição de qual corpo está apto para o trabalho não é resultado de uma narrativa estritamente biomédica sobre normalidade e suas variações na espécie humana. Nenhum catálogo médico de funções e disfunções da espécie é capaz de prever a diversidade de expressões que o corpo adquire e sua postulação à proteção social pelo

BPC. A incapacidade para o trabalho é traduzida por um laudo médico que enuncia um CID, mas este é um texto sobre o corpo que, para além da biomedicina, considera as expectativas sociais sobre a eficiência dos corpos para o trabalho produtivo. O laudo de corpo deficiente elegível ao BPC não é um ato descritivo e objetivo sobre lesões, mas um discurso moral sobre quais expectativas sociais não são passíveis de serem atendidas por determinados corpos. É essa incapacidade de adequação à norma do trabalho, definida por contraste a um ideal de sujeito produtivo, que se expressa na perícia médica ao incluir um indivíduo na proteção social.

Há uma relação de continuidade entre lesões, estigmas e exclusão social. Um corpo com lesões é objeto de rejeição ética e estética, o que resulta na exclusão social dos deficientes, com o confinamento à vida doméstica. Há um estigma permanente que gera a rejeição do corpo deficiente, anunciando sua inadequação às regras do trabalho produtivo (GOFFMAN, 1988). A exigência de que as pessoas deficientes sejam também muito pobres para ter acesso ao BPC torna nebulosa a fronteira sobre as origens da exclusão social – se é a opressão ao corpo com lesões que leva à pobreza, ou se é a pobreza e as expressões da desigualdade que a acompanham o que vulnerabiliza o indivíduo com deficiência. Para as pessoas deficientes com doenças crônicas não consideradas como incapacitantes para a perícia médica, como sequelas da paralisia infantil ou da artrite reumatoide, a narrativa de exclusão do mercado de trabalho deveria ser uma variável concorrente à biomedicina para atestar a incapacidade do indivíduo para a independência.

Dois fatores impedem uma pessoa de ter acesso ao BPC. O primeiro é o recorte de renda, isto é, pessoas com renda familiar acima de $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita*, mesmo que pobres, não podem receber o benefício. O segundo é a ausência de atestado de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, conforme a avaliação feita pela perícia médica. Nesses casos, o discurso médico ressignifica a narrativa de exclusão social apresentada pelo sujeito – a pobreza e a desigualdade não são decorrentes de seu corpo, mas de outros fatores. Já a negação do benefício pelo laudo médico de que o corpo é apto para o trabalho pode se dar por dois motivos. Primeiro por tentativa de fraude, ou seja, o indivíduo não possui lesão, doença ou deficiência elegível ao benefício, mas busca, por meio do BPC, obter renda. Essa é uma situação razoavelmente simples de ser identificada pelos peritos médicos. Mas o desafio está no segundo motivo, isto é, quando os contornos do corpo para atestar sua incapacidade para o trabalho não são tão claros quanto supõe a narrativa biomédica sobre normalidade e suas variações.

Assumindo que os casos eticamente desafiantes são aqueles em que não existe fraude e em que o indivíduo é efetivamente pobre, a pergunta após uma recusa do benefício é como transformar um corpo que se anuncia não-produtivo em um corpo que a biomedicina atesta ser produtivo. O laudo médico, ao não reconhecer a incapacidade para o trabalho, também anuncia a poten-

cialidade produtiva do sujeito e o retira do horizonte da proteção social pela deficiência. Dentre os diagnósticos médicos recusados para acesso ao benefício, estavam casos de doença renal crônica ou doença de Chagas, cujo impacto no corpo exige diferentes ajustes na ordem do trabalho para reconhecer potência produtiva nos indivíduos. Das 28 pessoas com deficiência que solicitaram o benefício e o tiveram negado após a perícia médica, apenas quatro trabalhavam, e 24 declararam não haver trabalhado no último ano em decorrência das lesões, doenças ou deficiências no corpo. Diferentemente da perícia médica que rejeitou a tese da dependência, os indivíduos se descreviam habitando um corpo inapto para o trabalho produtivo.

Isso resulta em uma disputa sobre a autoridade do corpo para o acesso ao benefício. Reconhecer a complexidade da avaliação dos contornos do corpo não significa ignorar a importância da narrativa biomédica para a classificação de corpos potencialmente produtivos e independentes, ou corpos deficientes. Se há algo objetivável nesse cenário discursivo sobre os corpos, é ainda o atestado de pobreza e a classificação médica. No entanto, o que os casos recusados demonstram é que essas duas perícias são ainda insuficientes para a garantia do justo pelo provimento da proteção social às pessoas deficientes.

Medicalização e dependência: o simulacro da criança deficiente no corpo adulto

A aproximação entre exigência de incapacidade para o trabalho e medicalização da deficiência para a concessão do BPC também está na diferença entre se avaliar as crianças e os adultos com deficiência. No caso de crianças e adolescentes menores de 16 anos, não se avalia o quanto a capacidade laborativa é comprometida pela deficiência, mas sim o impacto que a deficiência tem no desempenho de atividades da vida diária ou na restrição da participação social compatível com a idade (BRASIL, 2007b). A restrição na participação social no caso das crianças é equivalente à incapacidade para o trabalho no caso dos adultos, embora sua participação social seja essencialmente entendida como frequência à escola.

Crianças e adolescentes até 16 anos com deficiência são o maior contingente protegido pelo BPC: um em cada 4,5 beneficiários está nessa faixa etária (BRASIL, 2007a, 2009). A restrição de funcionalidades e a dependência de cuidados constantes aliadas à infância favorecem de imediato a ascensão da criança com deficiência como elegível ao benefício assistencial. Por sua vez, os corpos deficientes dos adultos têm de replicar a situação das crianças para receberem o BPC: a gravidade da restrição das habilidades do corpo e a dependência para realizar atos diários como se alimentar e cuidar de si são decisivas para a concessão do benefício. As características do corpo são avaliadas tendo como parâmetro uma conjugação entre gravidade das restrições de funcionalidade e incapacidade irreversível para o trabalho.

O paralelo entre a avaliação dos corpos de crianças e de adultos para acesso ao BPC ilustra a força dos argumentos em torno da vida independente, da disponibilidade do corpo para a produtividade e do acesso às oportunidades sociais oferecidas pelo trabalho. Todos esses valores estruturam modos distintos de traduzir quais estilos de vida são reconhecidos, mas cabe perguntar a pertinência de se desenhar políticas públicas reparatórias que garantirão mínimos existenciais, como é o BPC, tendo esses valores como pressupostos da política de proteção social. Em vez de ser a capacidade laborativa a variável central ao julgamento de quem pode ter acesso à proteção social, por que não pensá-la em termos de como promover e garantir princípios como a igualdade ou a dignidade?

Determinar os aspectos do corpo que constituem uma pessoa como elegível ao benefício assistencial não é uma tarefa simples, mas, para a operacionalização da política, é uma decisão que deve ser tomada em algum momento. Em última instância, definir como devem ser os instrumentos periciais pode traçar os limites entre quem deve ou não ser protegido por uma política pública reparatória. Se deficiência é frequentemente relacionada a limitações no desempenho de habilidades básicas para a vida com dignidade (DINIZ et al., 2007), as políticas públicas reparatórias objetivam remover as desigualdades e injustiças ligadas ao desempenho dessas habilidades. Assim, o BPC procura determinar quais expressões corporais serão consideradas como involuntariamente desvantajosas e, assim, carentes de proteção contra as desigualdades em uma relação entre o corpo e a sociedade. Para isso, os instrumentos periciais deveriam identificar o máximo possível os componentes sociais da experiência da deficiência, já que a perspectiva biomédica tende a restringir o corpo deficiente a noções de patologia e disfuncionalidade (DINIZ, 2007; DINIZ et al., 2007a; SANTOS, 2007).

O modelo de regulação do benefício e a forma como se estrutura a perícia médica são dois fatores que favorecem que o BPC seja desenhado para corpos com graves restrições de funcionalidade. Até mesmo os casos de doenças (aids, câncer, diabetes) incorporadas ao conceito de deficiência para o BPC nos últimos anos só ascenderam ao patamar de incapacidade quando em estágios avançados, ou seja, envolvendo um corpo deficiente em incapacidade irreversível para o trabalho e sob intensa medicalização. Para os peritos, a eleição dos corpos em “estado vegetativo” acontece porque a legislação não dá espaço para outras interpretações e somente a perícia médica é insuficiente. Alguns peritos relatam que “*deveria haver mais de uma perícia, outros profissionais, além dos médicos, e até mesmo visita domiciliar para verificação do quadro socioeconômico dos deficientes solicitantes do BPC*”. Enquanto isso não acontece, as perícias seguem as diretrizes apontadas pela legislação assistencial, o que resulta somente em deficiências graves sendo protegidas pelo BPC.

Considerações finais

No Brasil, educação e mercado de trabalho são duas áreas em que a deficiência passou a ser consi-

derada prioritária para a promoção da igualdade. A sensibilidade dessas duas áreas resulta da mudança de perspectiva sobre a deficiência que passou a orientar as ações de vários países a partir dos anos 1970. Antes, os recursos para lidar com a deficiência se limitavam aos avanços oferecidos pela biomedicina e pelas técnicas da reabilitação. Os recursos biomédicos foram importantes para oferecer melhoria nos padrões de saúde das pessoas deficientes, mas tratar a deficiência como um tema na esfera da igualdade requer políticas em outras áreas, além de educação, mercado de trabalho ou saúde.

A perícia médica é uma peça central à avaliação dos contornos dos corpos deficientes para a proteção social. No entanto, o conceito de deficiência não se resume a um catálogo de lesões, deficiências ou doenças para determinar qual corpo é incapaz para a vida independente e para o trabalho, duas variáveis que garantem a elegibilidade ao benefício. Há nuances, gravidades e sutilezas nas condições de saúde e doença, o que demonstra a insuficiência da narrativa biomédica para classificar os corpos. Deficiência não é apenas um conceito médico ou a corporificação de uma classificação de disfuncionalidade: é principalmente a expressão de uma relação complexa entre corpo e sociedade, em que estigmas, exclusão e opressão operam.

A adoção pelo BPC da compreensão de deficiência estabelecida na CIF deve ser considerada um avanço para a afirmação de que a proteção social é um instrumento de promoção da igualdade. A partir de 2009, os corpos deficientes serão avaliados de acordo com a CIF, um catálogo complexo que propõe uma nova linguagem para a deficiência além da biomedicina (DINIZ et al., 2007b). No entanto, a incorporação do novo conceito de deficiência pelo BPC será um desafio para a implementação da política pública e para a efetivação dos direitos sociais às pessoas deficientes. Um grande desafio será a explicitação dos novos critérios médicos para o julgamento dos contornos do corpo deficiente para se ter acesso ao BPC.

Agradecimentos

Os autores agradecem a leitura de Ana Beatriz Souza, Fabiana Paranhos, Marcelo Medeiros e Nayara Magalhães e às agências de fomento à pesquisa PIC/UnB, Finatec, Fundo Nacional de Saúde e FAP/DF.

Notas

1. As denominações pessoa com deficiência, pessoa deficiente e deficiente serão utilizadas como sinônimas neste artigo.
2. Na definição dos critérios de acesso ao BPC na LOAS, em 1993, era exigido que a pessoa com deficiência fosse aquela incapaz para o trabalho e também para a vida independente. A exigência da incapacidade para a vida independente era considerada por muitos especialistas uma variável de difícil mensuração no processo pericial de acesso ao BPC. Em 2008, essa incapacidade deixou de ser critério de avaliação a partir de Instrução Normativa

do INSS, como resultado de uma Ação Civil Pública do estado do Acre proposta pelo Ministério Público da União, que determinou que o INSS passasse a avaliar, para fins de concessão do BPC a pessoas deficientes, apenas a incapacidade para o trabalho e a situação pobreza.

Referências bibliográficas

ACRE. Ação Civil Pública n. 2007.30.00.000204-0, de 11 de abril de 2007. Proposta pelo Ministério Público Federal e pela Defensoria Pública Federal contra o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), trata dos critérios de elegibilidade ao Benefício de Prestação Continuada. Rio Branco, AC, 2007.

BARNES, Colin; BARTON, Len; OLIVER, Mike. **Disability studies today**. Cambridge: Polity Press, 2002.

BARTON, Len (Org.). **Discapacidad y sociedad**. Madrid: Morata, 1998.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: LetrasLivres, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 5 maio 2009.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8742.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

BRASIL. **Censo demográfico de 2000**. Brasília: IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2009.

BRASIL. **Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao benefício de prestação continuada da assistência social**: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Previdência Social, 2007.

BRASIL. Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e dá outras providências. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm>. Acesso em: 30 mar. 2009.

BRASIL. Instrução Normativa n. 27, de 30 de abril de 2008, do Instituto Nacional do Seguro Social, que estabelece critérios para serem adotados na área de benefícios. Brasília: INSS, 2008. Disponível em: <www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-PRES/2008/27.htm>. Acesso em: 2 dez. 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Benefício de prestação continuada**.

Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: EdUSP, 2003.

CORKER, Mairian; SHAKESPEARE, Tom. **Embodying disability theory**. Condon: Continuum, 2004.

DINIZ, Debora. **Autonomia reprodutiva: um estudo de caso sobre a surdez**. **Cadernos Saúde Pública**, v.19, n.1, p.175-181, 2003. [doi: 10.1590/S0102-311X2003000100019].

DINIZ, Debora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos, 324).

DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Qual deficiência?: perícia médica e assistência social no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2589-2596, 2007. [doi: 10.1590/S0102-311X2007001100006].

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SQUINCA, Flávia. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2507-2510, 2007. [doi: 10.1590/S0102-311X2007001000025].

GOFFMAN, Irving. **Estigma: notas sobre a identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

ISHITANI, Lenice Harumi et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4, p.684-691, 2006. [doi: 10.1590/S0034-89102006000500019].

KITTAY, Eva. **Love's labor: essays on women, equality, and dependency**. New York: Routledge, 1999.

LANE, Harlan. Construction of deafness. In: DAVIS, L. **The disability studies reader**. New York: Routledge, 1997. p.153-171.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. **Estudo do programa brasileiro de transferência de rendas para a população com deficiência e suas famílias: uma análise do Benefício de Prestação Continuada**. Brasília: Ipea, 2006. (Texto para Discussão, 1.184).

NUSSBAUM, Martha. **Las fronteras de la justicia**. Madrid: Paidós, 2008.

PENALVA, Janaína; DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. **Política assistencial, orçamento e justiça: o caso do Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal**. Brasília, DF: 2009. No prelo.

PIRES, Fátima Lauria. **O direito à mobilidade na cidade: mulheres, crianças, idosos e deficientes**. 2009. 88f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Justiça e deficiência: a visão do Poder Judiciário sobre o BPC. **Revista Sociedade em Debate**, v.12, n.2, p.165-186, 2006.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. **Physis**, v.18, n.3, p.501-519, 2008. [doi: 10.1590/S0103-73312008000300008].

SQUINCA, Flávia. **Deficiência e aids: o Judiciário e o Benefício de Prestação Continuada**. 2007. 72f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, Brasília. 

Sobre os autores

Wederson Rufino dos Santos

Assistente Social, mestrando em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB). Finalista do Prêmio Destaque do Ano de Iniciação Científica de 2007, prêmio organizado pelo CNPq. Pesquisador da Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Membro do Grupo de Pesquisas Ética, Saúde e Desigualdade, do Departamento de Social da UnB. Atua principalmente nas áreas de pesquisa científica sobre Deficiência, Assistência Social, Diversidade Sexual, Liberdade de Cátedra, Ética em Pesquisa, Bioética, Direitos Humanos e Teorias de Justiça. Tem artigos científicos publicados sobre Deficiência, Assistência Social, Diversidade Sexual e Política Pública. Foi Tutor no Curso Capacitação à Distância em Ética em Pesquisa financiado pelo Ministério da Saúde e executado pela Anis e UnB.

Debora Diniz

Debora Diniz é doutora em Antropologia pela Universidade de Brasília (1999). Atualmente é professora adjunta da Universidade de Brasília e pesquisadora da Anis: Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero e compõe a diretoria da International Association of Bioethics. Pesquisadora do CNPq. Possui 63 artigos publicados em periódicos científicos, 47 capítulos de livro, 7 livros, 9 livros organizados, 98 artigos de jornal, 5 filmes e 43 prêmios. Desenvolve projetos de pesquisa sobre bioética, ética em pesquisa, direitos reprodutivos, estado laico e deficiência pelo CNPq, Fundação Ford, Prosare, Finep e Ministério da Saúde. É co-editora chefe do periódico *Developing World Bioethics*, co-editora de artigos originais da *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, e do conselho editorial de 9 periódicos nacionais e internacionais. É coordenadora do comitê de ética em pesquisa em humanidades da Universidade de Brasília. O livro “*Pelas lentes do cinema: bioética e ética em pesquisa*”, organizado em parceria com Dirce Guilhem e Fabio Zicker, foi indicado como uma das dez melhores obras de saúde para o Prêmio Jabuti/2008.