



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Mudança sem reforma: o caso da Pensão de Invalidez em Portugal

Ana Patrícia Pica Serrano

Doutoramento em Políticas Públicas

Orientadores(as): Maria Asensio
Professora Associada Convidada
Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro, 2024



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Mudança sem reforma: o caso da Pensão de Invalidez em Portugal

Ana Patrícia Pica Serrano

Júri:

Doutor Pedro Adão e Silva, Professor Auxiliar, Iscte - Instituto
Universitário de Lisboa (presidente do júri)

Doutora Catherine Moury, Professora Associada com Agregação,
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de
Lisboa

Doutor Luís Mota, Professor Auxiliar, Universidade do Minho

Doutora Maria José Sousa, Professora Associada com Agregação,
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Maria Asensio, Professora Associada Convidada, Iscte-
Instituto Universitário de Lisboa

*Ao Bernardo pelo apoio incondicional e por ter tornado esta jornada mais fácil.
Ao Vicente, que me mostrou o que é o amor de mãe e impulsionou a conclusão deste
trabalho.
Aos meus pais e irmã por estarem.*

Agradecimentos

Foram vários os anos até à conclusão desta tese, que sofreu diversas alterações, avanços e recuos, mas que foram profundamente marcados por apoio incondicional e muita partilha. O meu primeiro agradecimento vai para o meu ex-orientador, Professor Pedro Adão e Silva e para a Professora Maria de Lurdes Rodrigues. Sem o incentivo e o apoio de ambos, a inscrição no doutoramento e posterior elaboração desta tese não teriam sido possíveis. Agradeço profundamente à Professora Maria Asensio por ter assumido o trabalho de orientação a meio do processo e por todo o apoio inestimável, especialmente nos últimos meses de redação. Expresso ainda a minha gratidão ao Dr. Paulo Areosa Feio pela concessão da licença sem vencimento, que foi fundamental para a conclusão desta tese.

Ao ISCTE pelas condições de trabalho e investigação que me proporcionou e um agradecimento especial à Neide Jorge e à Sara Silva. À Fundação para a Ciência e Tecnologia pela concessão da bolsa de doutoramento que me permitiu realizar este projeto (**bolsa com a referência SFRH/BD/116482/2016**).

Aos responsáveis e funcionários dos diversos arquivos e bibliotecas que consultei, em especial à Anabela Cristovão, técnica da biblioteca do Gabinete de Estratégia e Planeamento do MTSSS, ao Dr.º Vítor Silva do Núcleo de Documentação e Divulgação da Direção-Geral da Segurança Social, à Dr.ª Teresa Carvalho do Arquivo da Secretaria-Geral do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, à Dr.ª Conceição Ferraz e à Dr.ª Tânia Fernandes do Instituto de Segurança Social, agradeço o excelente acolhimento, gentileza, disponibilidade e apoio incansável. A sua colaboração foi fundamental no acesso a bibliografia e a documentação de arquivo para este estudo. Aproveito para reiterar o mais sincero agradecimento ao painel de entrevistados, cuja contribuição foi essencial para a realização desta pesquisa.

Aos meus pais devo todas as condições que tornaram possível alcançar este momento. Sempre acreditaram no valor da educação e fizeram de tudo para assegurar que eu e a minha irmã tínhamos acesso a ela. Por último, ao Bernardo. O início desta tese coincidiu quase com o início da nossa vida a dois e terminou com o início de uma bonita vida a três. Nunca terei como lhe retribuir todas as discussões, revisões e paciência ao longo deste processo e acima de tudo por todo o amor e apoio.

Resumo

A pensão de invalidez em Portugal é caracterizada por uma forte estabilidade, em particular ao nível do conceito de incapacidade para o trabalho. O mesmo ocorre ao nível da instituição responsável pela verificação desta eventualidade, o Sistema de Verificação de Incapacidades (SVI). Embora este represente um elemento inovador e se verifique uma mudança bastante visível na sua composição, a inércia legislativa é o traço distintivo dos procedimentos e regras desta área de política. O que explica esta aparente resiliência institucional que atravessa vários ciclos políticos? Partindo de uma abordagem *bottom-up*, esta tese defende que existe uma mudança invisível que não se materializa em alteração legislativa, resultando numa transformação subtil da natureza da política em causa: a mudança institucional é um processo contínuo e dinâmico que ocorre através de ajustes e adaptações nas práticas organizacionais da principal agência envolvida na certificação da invalidez, em particular dos peritos médicos do SVI. Através de pesquisa documental inédita e de entrevistas a atores de relevo, identificam-se três mecanismos causais entre implementação e mudança da natureza da política: 1) a autonomia relativa da tecnocracia do SVI, cujos escalões mais altos desempenham, simultaneamente, o papel de burocratas de rua e de elite técnica superior; 2) as características genéticas e normativas do conceito de invalidez, que lhe conferem uma natureza ambígua e dá aos executores da política um elevado grau de discricionariedade para interpretar e adaptar a sua atuação de acordo com valores idiossincráticos sobre o que deve constituir a proteção na invalidez, resultando em adaptações não refletidas na lei; e 3) um ambiente institucional aberto e não delimitado por instrumentos classificativos ao nível da certificação de invalidez que favorece a inovação institucional nas práticas de certificação.

Em suma, a análise demonstrou que a burocracia, em especial a de rua, pode contribuir para a mudança institucional.

Palavras-chave: Pensão de invalidez; Incapacidade para o Trabalho; Segurança Social Burocratas de rua; Implementação; Inovação Institucional.

Abstract

The disability pension in Portugal is characterized by significant stability, particularly regarding the concept of work incapacity. The same applies to the institution responsible for verifying this condition, the Disability Verification System (SVI). While the SVI represents an innovative element and shows noticeable changes in its composition, legislative inertia remains the defining feature of the procedures and rules in this policy area. What explains this apparent institutional resilience across various political cycles? Adopting a bottom-up approach, this thesis argues that an invisible change is taking place, which does not manifest in legislative alterations but results in a subtle transformation of the nature of the policy in question. Institutional change is understood as a continuous and dynamic process occurring through adjustments and adaptations in the organizational practices of the primary agency involved in certifying disability, particularly the medical experts of the SVI. Through unprecedented document-based research and interviews with key actors, three causal mechanisms linking implementation and changes in the nature of the policy are identified: 1) the relative autonomy of the SVI technocracy, whose higher echelons simultaneously play the role of street-level bureaucrats and senior technical elites; 2) the genetic and normative characteristics of the concept of disability, which confer an ambiguous nature, granting policy implementers a high degree of discretion to interpret and adapt their actions based on idiosyncratic values about what disability protection should entail, resulting in adaptations not reflected in legislation; and 3) an open institutional environment, unbounded by rigid classificatory instruments in disability certification, which fosters institutional innovation in certification practices.

In conclusion, the analysis demonstrated that bureaucracy, particularly street-level bureaucracy, can drive institutional and policy change.

Keywords: Disability Pension; Work Incapacity; Social Security; Street-Level Bureaucrats; Policy Implementation; Institutional Innovation.

Índice

Índice de Quadros	xi
Índice de Figuras	xiii
Siglas	xv
Introdução	1
A incapacidade para o trabalho numa perspetiva internacional	2
O caso português – estado da questão	8
Prestações sociais por incapacidade laboral – a pensão de invalidez como objeto de estudo	11
Pergunta de partida e objetivos	16
Estrutura da tese	18
CAPÍTULO 1 Quadro teórico	21
1.1 Teorias da mudança institucional e inovação de políticas	21
1.2 Os burocratas de rua	29
1.3 Policy entrepreneurs	31
1.4 Street-level policy entrepreneurs	32
1.5 A discricionariedade e o ambiente organizacional	34
1.6 Argumento	39
CAPÍTULO 2 Metodologia e desenho da pesquisa	43
2.1 Período de análise	43
2.2 Recolha de dados	44
2.3 Notas metodológicas adicionais	49
2.4 Limitações da investigação	50
CAPÍTULO 3 A pensão de invalidez – dinâmicas de mudança e continuidade	53
3.1 Condições gerais de elegibilidade à pensão de invalidez	56
3.2 Compensação da perda de rendimento	68
3.3 Manutenção e reintegração no mercado de trabalho	72
3.4 Conclusão	79
CAPÍTULO 4 O Sistema de Verificação de Incapacidades: origens e configuração institucional	85
4.1 O SVIP: antecedentes e os motivos da sua criação	86
4.2 Composição e funcionamento do SVIP	98

4.3 Variáveis concorrentes para a apreciação da incapacidade: clínicas e sociodemográficas	108
4.4 Instrumentos de apoio à certificação	109
4.5 Conclusão	111
CAPÍTULO 5 Proteção na invalidez – um ideário reabilitativo não concretizado?	115
5.1 A filosofia da dignificação do trabalho e do aproveitamento do indivíduo	116
5.2 Divergência ou convergência no processo de implementação?	125
5.3 Conclusão	142
CAPÍTULO 6 Invalidez: ambiguidade conceptual, discricionariedade e subjetividade	149
6.1 Invalidez relativa: “uma premissa legal inventada impossível de quantificar”	151
6.2 A invalidez absoluta	159
6.3 Profissão ou tarefas exercidas?	168
6.4 Conclusão	174
CAPÍTULO 7 Instrumentos utilizados na implementação da política.....	177
7.1 A inadequação das tabelas de indemnização: o pianista e a violoncelista que perderam um dedo	177
7.2 Os instrumentos de implementação	180
7.3 A arquitetura institucional - refúgio para uma tomada de decisão o mais acertada e o menos subjetiva possível	209
7.4 Manuais de avaliação pericial, outras <i>guidelines</i> e a formação.....	214
7.5 A experiência adquirida.....	225
7.6 Conclusão	227
CAPÍTULO 8 Um momento de mudança de política visível: o caso do REPI.....	233
8.1 De uma abordagem geral à especificidade: tratamento individualizado de doenças....	234
8.2 De volta à generalização: a reversão do tratamento doença a doença.....	238
8.3 O que retiramos deste enredo?.....	244
Conclusão	251
Implicações para a política pública	257
Fontes e bibliografia.....	259
Fontes Primárias	259
Bibliografia.....	263
Anexos	279
Anexo I – Lista de legislação analisada por ordem cronológica	279

Anexo II – Grupos de Trabalho constituídos no âmbito da pensão de invalidez e do SVIP	288
Anexo III – Decisões dos requerimentos entrados e das comissões de recursos	291
Anexo IV – Guiões das entrevistas.....	292

Índice de Quadros

Quadro 1: Critérios de seleção do objeto de estudo

Quadro 2: Lista e respetiva sigla dos entrevistados

Quadro 3: Dimensões de análise da pensão de invalidez (1962-2018)

Quadro 4: Resumo da evolução do prazo de garantia

Quadro 5: Resumo da evolução do regime especial de proteção na invalidez

Quadro 6: Evolução da extensão e tipo de invalidez

Quadro 7: Evolução dos requisitos de acesso ao regime especial de proteção na invalidez

Quadro 8 - Rede de Centros de Emprego do IEFP dotados de médico do trabalho, por distrito, em 1987

Quadro 9: Pensionistas com remunerações registadas (2000-2018)

Quadro 10: Meios de Prova requisitados pelos CRSS

Quadro 11: Encontros Nacionais realizados no âmbito do SVI

Quadro 12: Conferências regionais realizadas no âmbito do SVIP

Índice de Figuras

Figura 1: Percentagem de pensões de invalidez suspensas ao ano (1990-2017)

Figura 2: Idade média à entrada na pensão de invalidez

Figura 3: Taxa de deferimento dos requerimentos de pensão de invalidez

Figura 4: Evolução dos pensionistas de invalidez em Portugal (1970-1987)

Figura 5: Composição do SVIP à data que foi implementado

Figura 6: Evolução dos pensionistas de invalidez em Portugal (1987-2018)

Figura 7: Composição das CVIP à data que foram implementadas

Figura 8: Composição das CVIP a partir de 200

Figura 9: Composição dos meios técnicos de assessoria ao SVIP

Figura 10: Fluxograma de um pedido de pensão de invalidez

Figura 11: Imagem utilizada por Fernando Nascimento, sobre a criação do SRP e as suas ações de reabilitação profissional publicada na Revista *Performance* em fevereiro de 1968

Figura 12: Percentagem de pensões de invalidez relativa e absoluta (2008-2018)

Figura 13: Caixa VII do formulário de informação médica

Siglas

ARS - Administração Regional de Saúde

ATC - Assessor Técnico de Coordenação

CM – Conselho Médico

CNP – Centro Nacional de Pensões

CRSS - Centro Regional de Segurança Social

CVIP - Comissão de Verificação de Incapacidade Permanente

DGCSP - Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários

DGORH - Direção-Geral da Organização e Recursos Humanos

DGSS - Direcção-Geral da Segurança Social

DR – Decreto Regulamentar

DL – Decreto-Lei

IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional

ISS – Instituto de Segurança Social

LBSS - Lei de Bases da Segurança Social

ISSOPG - Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral

PSD – Partido Social Democrata

TNI - Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais

SESS – Secretário de Estado da Segurança Social

CPP – Classificação Portuguesa de Profissões

SVI – Serviço de Verificação de Incapacidades

SVIP – Serviço de Verificação de Incapacidades Permanentes

REPI – Regime Especial de Proteção na Invalidez

Introdução

As políticas sociais e as instituições de segurança social adotadas e consolidadas na segunda metade do século XX em diversas partes do mundo proporcionaram aos cidadãos proteção contra diferentes riscos sociais (Marshall, 1950, Titmuss, 1958, Esping-Andersen, 1990, Mendes, 2011, Pierson, 1994). Entre esses riscos conta-se a incapacidade para o trabalho, que é o foco deste estudo. A incapacidade para o trabalho é um fenómeno que, por motivos de saúde, impede os indivíduos de desempenharem, no seu todo ou em parte, o exercício de uma atividade profissional, por conta de outrem ou por conta própria, tendo como consequência a perda ou redução de rendimentos (Neves, 2001:390; Pieters, 2019:63).

Esta tese procura explicar porque é que a política de incapacidade, no caso da pensão de invalidez em Portugal, é nos seus aspetos centrais altamente estável. A inércia legislativa sobre a matéria é um traço marcante que faz desta área de política um laboratório interessante para conseguirmos identificar as condições que levam uma política pública a assumir contornos de estabilidade, num quadro regional marcado por reformas ou estímulos de mudança. Além disso, neste trabalho argumentamos que é preciso ir além da camada visível onde a mudança seria expectável ocorrer, para a encontrarmos a um nível mais obscuro – o da implementação. Antes, porém, de avançarmos para o puzzle que deu origem a esta investigação e para o argumento que ela defende, é essencial determo-nos em dois aspetos peculiares que ressaltam da revisão da literatura especializada sobre o tema específico da incapacidade. Primeiro, e mais relevante, o caso português não foi objeto de estudo académico sistemático, nem comparativo, no interior do leque de análises às políticas de incapacidade. No quadro do debate sobre a reforma e a inércia dos Estados-providência, este é um elemento digno de nota. Um segundo aspeto relaciona-se com o teor das análises que encontramos nesse leque. Na sua maioria, os estudos internacionais, de caso ou comparativos, procuram identificar as variáveis que explicam a variação das taxas de incapacidade em diversos Estados. Embora este não seja o objetivo desta tese, essa literatura é fundamental para nos familiarizarmos com o quadro de política mais amplo (e comparativo) que compõe o cenário de argumentação do nosso estudo de caso. Por quadro mais amplo referimo-nos às questões comuns que atravessam a problemática da reforma das políticas de incapacidade noutros casos comparáveis, às linguagens que os cientistas sociais usam para falar da incapacidade enquanto objeto de política social e aos atores e variáveis estruturais que eles identificam como relevantes neste domínio.

Assim, esta introdução encontra-se organizada da seguinte forma. Depois de contactarmos com algumas análises internacionais importantes – que não esgotam o conhecimento sobre o tema, mas que põem em evidência a lacuna sobre o caso português –, abordamos o estado da questão sobre a incapacidade em Portugal. Segue-se o puzzle argumentativo e a pergunta de partida desta tese, bem como os objetivos que ela pretende atingir. A organização da tese e um breve resumo dos capítulos podem ser encontrados no final desta introdução.

A incapacidade para o trabalho numa perspetiva internacional

O tema da organização social da doença e, portanto, da incapacidade, é tão antigo quanto a própria sociedade (Boer *et al*, 2004) e continua a colocar desafios significativos aos governos. Veja-se que, em meados da década de 80, começou a proliferar um entendimento generalizado, tanto nos EUA, como na Europa Ocidental, de que os programas de pensões/benefícios por incapacidade estavam de alguma forma em crise, resultado do rápido crescimento do número de beneficiários e da despesa que lhe veio a estar afeta a partir do final da década de 60 e início da década de 1970, sendo a adequação ou eficácia dos programas uma preocupação secundária (Stone, 1984:7-9). Perante este panorama, desde a década de 1990, muitos países procederam a reformas substanciais com o objetivo de promover a participação de indivíduos portadores de incapacidade no mercado de trabalho e, assim, reduzir a sua dependência face às prestações sociais (OCDE, 2003).

São vários os estudos que ao nível académico procuraram explicar este crescimento exponencial de beneficiários e despesa. Num estudo comparativo entre a experiência norte-americana e sete países (Alemanha Ocidental, França, Israel, Itália, Holanda, Suécia e Reino Unido), Haveman *et al* (1984) verificaram que as determinantes do crescimento são semelhantes em todos os casos: (i) a utilização das pensões por incapacidade como forma de providenciar proteção social aos trabalhadores mais velhos em situação de desemprego de longo prazo; (ii) aumento da cobertura e dos níveis do benefício; e (iii) um relaxamento dos critérios de elegibilidade. Uma revisão mais focada em dois casos, com remissões para estudos comparativos *large-N*, pode ajudar-nos a compreender, na prática, o modo como estes fatores influenciam os níveis de incapacidade, bem como o potencial político e institucional para alterar o *status quo*. Na literatura revista, os casos Holandês e Inglês são apontados como os mais paradigmáticos, quer pelos elevados números de beneficiários que registaram nas décadas de

70 e 80, como também pelas reformas e medidas políticas que implementaram para “resolver” esta questão.

Bax et al. (1979) e Douben e Herweijer (1979) analisaram a relação entre o fenómeno da incapacidade e o desemprego na Holanda, testando a hipótese de que a diminuição na procura de mão de obra aumentara o número de beneficiários por incapacidade. Partindo de uma abordagem económico-comportamental, estes estudos confirmaram que, para grande parte dos setores da economia, existe uma relação positiva entre aumento da taxa de desemprego e o aumento do número de beneficiários. Na mesma linha de investigação, Van den Bosch e Petersen (1980) concluíram que 40% dos beneficiários de incapacidade em 1980 pode ser considerada desemprego “escondido”. Combinando abordagens médico-sociológicas e abordagens microeconómicas, Aarts & Jong (1992) procuraram analisar as potenciais determinantes de entrada nos esquemas de seguro social por incapacidade e avaliar os seus impactos. Os resultados desta análise são consistentes com os apresentados acima, uma vez que os autores concluíram que o programa de incapacidade não cobre apenas o risco de perda de rendimento devido a incapacidade, mas também serve como segurança social para situações de desemprego e de reforma antecipada.

Por comparação, o caso inglês também tem sido tomado como objeto de análise recorrente devido a uma série de fatores históricos. O Reino Unido é um dos países que registou um maior número de beneficiários –os números mais do que triplicaram desde 1979 e, por exemplo, em 2003, 7% da população ativa estava fora do mercado de trabalho a receber algum tipo de benefício por incapacidade. Estes números conduziram a reformas que visaram restringir o acesso às prestações sociais de proteção na incapacidade para o trabalho e que colocaram em prática conceitos de ativação, aumentando as obrigações relacionadas com o trabalho (Houston & Lindsay, 2010). Além disso, estes autores constataram que não se verifica qualquer estratégia com vista a melhorar a empregabilidade e a saúde daqueles que já são requerentes, para além de os empurrar para um programa geral e obrigatório denominado *The Work Programme* ou para outras atividades diretamente relacionados com o trabalho (v. tb. Lindsay e Houston, 2013; Beatty e Fothergill, 2013). À semelhança do que aconteceu na Holanda, o caso inglês é também revelador do fenómeno do “desemprego escondido”. Por exemplo, um estudo conduzido na cidade de Glasgow¹ aferiu que a redução de novos pedidos

¹ Os autores selecionaram a região de Glasgow como caso de estudo, por ter tido (e continuar a ter) mais requerentes de benefícios por incapacidade do que qualquer outra região administrativa na Escócia. Aparentemente, este fenómeno tem como principal motor a desindustrialização que ocorreu entre 1971 e 1991, tendo sido destruídos mais de 100.000 empregos industriais.

de benefícios por incapacidade deveu-se mais a um fortalecimento do mercado de trabalho do que a mudanças na política nacional ou em programas locais (Webster *et al*, 2010).

No estudo de Green e Shuttleworth (2013), realizado com base num inquérito a beneficiários de prestações por incapacidade aplicado na Irlanda do Norte durante 2006-07, são exploradas as visões relativas ao mercado de trabalho tendo em conta fatores como a geografia, idade, duração do pedido, tipo de doença e nível educacional. As conclusões mostram que as atitudes, motivações e expetativas derivam concretamente de lugares, não podendo ser dissociadas de variáveis como a idade e a geografia: com efeito, as autoras consideram que as predisposições e disposições não serão alteradas apenas pela implementação de planos motivacionais e políticas de incentivo e penalização (*carrot and stick*) que se focam apenas no comportamento, mas sim de um conjunto de políticas holísticas. Para além do mais, o contexto geográfico que enquadra mercados de trabalho com baixa procura impõe constrangimentos que dificultam a *ativação* dos requerentes de benefícios em algumas regiões (Green e Shuttleworth, 2013:69). Ficou patente que a maioria dos beneficiários mostra ter uma forte ligação ao mercado de trabalho, tendo 55% dos inquiridos considerado que é muito importante ter um trabalho e apenas 30% que o trabalho não é de todo importante. Já quanto às expetativas de regressar ao mercado de trabalho, apenas 11% dos inquiridos esperava conseguir reintegrá-lo nos dois anos seguintes, com cerca de 46% convictos de que o seu retorno estava fortemente condicionado por melhorias no seu estado de saúde e 43% não revelando ter expetativas de retornar ao mercado de trabalho. Contudo, há que ter em conta que este tipo de respostas está fortemente associado à idade e à duração do benefício: são os beneficiários da faixa etária 45-64 e os que permanecem dentro do benefício por mais de quatro anos aqueles que mais responderam não terem expetativas de regressar ao mercado de trabalho no futuro e que consideraram pouco importante exercer qualquer atividade laboral.

Além dos estudos que procuraram explicar o crescimento de beneficiários ou os tipos de reformas aplicadas, existem estudos focados noutro países para além da Holanda e Inglaterra e que tentam, por exemplo compreender quem são os beneficiários que retornam ao mercado de trabalho e porquê. Exemplificativo dessa análise é o estudo da *International Social Security Association* (2001) que aborda as várias intervenções pelo sistema de segurança social e pelo sistema de saúde em seis países – Dinamarca, Alemanha, Israel, Holanda, Suécia e EUA – e qual o seu impacto nos padrões de retorno ao trabalho. Corroborando a literatura sobre o caso holandês, constatou-se que a mais elevada taxa de retorno ao mercado de trabalho está

presente neste país, tendo como principal motor a importância da relação entre o empregador e o trabalhador. O facto de os empregadores não poderem despedir rapidamente trabalhadores doentes ou incapacitados, em conjugação com um quadro institucional mais flexível em relação ao retorno gradual do trabalhador, permite à Holanda granjear sucessos nesta área de política (ISSA, 2002:33). Outra determinante para o retorno ou não ao mercado de trabalho é o *timing* da intervenção médica e vocacional, sendo de salientar neste campo o “bom” exemplo da Suécia: na oitava semana de ausência do trabalhador por incapacidade é planeado um programa de reabilitação que resulta de uma parceria entre a segurança social e o empregador (ISSA, 2002).

O papel do empregador pode, assim, ser reequacionado estrategicamente para condicionar o universo de beneficiários, mas sempre em combinação com outros instrumentos mais ou menos draconianos. De acordo com Høgelund (2003), existem duas estratégias para limitar a entrada nos programas de incapacidade: uma estratégia que tem por base os benefícios por incapacidade e uma estratégia mercantilizadora, sendo ainda possível uma combinação destas. Segundo o autor, a primeira estratégia inclui tornar as prestações de incapacidade menos generosas, apertando os critérios de elegibilidade e reduzindo o nível de benefícios; alterar a estrutura organizacional e financeira dos programas de incapacidade, reduzindo os incentivos dos vários atores envolvidos na administração das prestações; e modificar a avaliação médica e ocupacional da incapacidade, tentando reduzir a subjetividade e a discricionariedade no procedimento de concessão. Já a segunda estratégia visa reduzir, desde o início, a necessidade de saída do mercado de trabalho, prevenindo incapacidades relacionadas com o trabalho ou mantendo trabalhadores com problemas de saúde por meio de adaptações no local de trabalho, subsídios salariais e formação profissional. Esta segunda abordagem, para além de procurar limitar a entrada em programas de incapacidade, procura aumentar a oferta de trabalho para este grupo. Concentrando a sua análise na preservação do posto de trabalho através de ações como adaptações, subsídios e formação, Høgelund demonstra como é que dois países (Holanda e Dinamarca) focados num mesmo objetivo – melhorar a ligação dos indivíduos com incapacidades ao trabalho e reduzir a sua entrada em benefícios de incapacidade – seguiram modelos institucionais diferentes no que diz respeito à posição do empregador e que em última instância têm um resultado diferente na inclusão e exclusão laboral. A Holanda adotou uma estratégia conservadora em que coloca a responsabilidade no empregador, ao passo que a Dinamarca optou por uma estratégia tipicamente social-democrata com uma extensa responsabilidade pública, em que o papel do empregador é limitado e voluntário.

O impacto da atitude do empregador face a trabalhadores incapacitados também tem sido estudado como possível mecanismo para a redução de requerimentos de benefícios por incapacidade. Geuskens *et al* (2008)² seguiram um conjunto de indivíduos em Roterdão com início de artrite durante 12 meses e concluíram que para 39% do grupo, o posto de trabalho foi adaptado, nomeadamente através de alterações no ambiente do trabalho ou de redução no horário laboral³. Para o mesmo tipo de doença, outros autores concluíram que o desenvolvimento de estratégias e instrumentos externos à doença, como por exemplo o grau de apoio por parte dos colegas e chefes, são vistos como barreiras ou facilitadores para se continuar a trabalhar (Allaire, 2004, Lacaille *et al*, 2007, Gignac e Cao, 2009).

Inserida na corrente dos estudos que procuram contribuir para o debate em torno da discussão sobre as mudanças no Estado-Providência, a análise de Van Gerven (2008) oferece um estudo comparativo sobre as mudanças nos direitos e condições de acesso em vários programas de segurança social (desemprego, doença e incapacidade e benefícios de assistência social) no Reino Unido, na Holanda e na Finlândia. A autora concluiu que entre 1980 e 2006 os três países reduziram o nível de generosidade dos benefícios por incapacidade. No que diz respeito à componente da ativação, ela desempenha um papel menos significativo, exceto se os requerentes forem certificados com incapacidade parcial ou temporária. Ainda que seja considerada uma forma mais branda de ativação quando comparada à que é aplicada aos indivíduos em situação de desemprego, a autora aponta que nos três países os requerentes são obrigados a participar em entrevistas e atividades de reintegração, embora o nível de compulsividade e relação com a inserção no trabalho seja menor. Dos três países, a Holanda é o que impõe medidas mais rigorosas de ativação: os indivíduos com incapacidade a receberem benefícios devem procurar trabalho, aceitá-lo se oferecido ou envolverem-se em atividades que melhorem as suas hipóteses de reintegração no mercado. Apesar de estas medidas serem direcionadas para os requerentes parcialmente incapacitados, os indivíduos com incapacidade total e permanente são obrigados a participar em entrevistas e satisfazer reavaliações para legitimar periodicamente o recebimento de benefícios (Van Gerven, 2008:248-250)

Os trabalhos até aqui abordados demonstram que a crise dos benefícios por incapacidade só pode ser compreendida pela combinação de várias perspetivas (mercado de

² O objetivo principal do estudo foi a identificação dos fatores que levavam ao afastamento do trabalho e à redução da produtividade de indivíduos com condições articulares inflamatórias iniciais.

³ Apesar destas adaptações, os autores verificaram que os trabalhadores que realizaram adaptações no trabalho apresentaram com mais frequência redução na produtividade em comparação com aqueles que não procederam a adaptações (68% versus 36%), bem como indicaram mais afastamentos por doença (33% contra 17%).

trabalho, empregabilidade e saúde), uma vez que as diferentes dimensões (e variáveis) interagem umas com as outras e, ao confluírem, levam a que a uma proporção significativa de indivíduos em idade ativa beneficie de esquemas sociais por incapacidade não voltando ao trabalho (Houston e Lindsay, 2013:234).

Como vimos, uma dessas dimensões é a do Estado enquanto ator com autonomia relativa, como arena onde são definidas as regras do jogo do acesso a benefícios por incapacidade ou estrutura institucional que condiciona, em diferentes momentos, os padrões do fenómeno em estudo. Neste sentido, a definição de incapacidade, por exemplo, não pode ser considerada nem um objeto nem um critério neutros. Ela está sujeita a múltiplas interpretações e, por isso, institui um campo com inúmeras tensões. As múltiplas camadas institucionais parecem ter um papel decisivo em vários momentos da política, da definição/formulação, passando pela aplicação e terminando no controlo. O campo é complexo porque envolve, dependendo dos países, atores com origens institucionais (sociais e culturais) diversas e pontos de veto administrativos localizados nas fronteiras de vários organismos. Vale a pena referir, contudo, que mesmo as teorias neo-weberianas sobre a formação e funcionamento dos Estados modernos reconhecem a importância desta dimensão cultural (cf., por exemplo, Loveman, 2005). Foi precisamente o que fizeram Bowkes e Star (2000) quando cruzaram a abordagem meramente institucional com a abordagem cultural para demonstrar como, na prática, “as questões puramente técnicas (...) constituem de facto muito da interação humana e muito do que acabamos por identificar como natural”. Assim, os sistemas e esquemas de classificação (incluindo os estatais) “representam sempre múltiplos grupos e interesses” e, ao fazê-lo, podem reter um elevado grau de flexibilidade política (2000: 323-325). A conclusão semelhante chegou Deborah Stone (1984), num estudo comparativo com o objetivo de explorar o significado da incapacidade para o Estado. Mais concretamente, a autora tentou explicar, comparando os casos inglês, alemão e norte-americano, porque é que o Estado cria uma categoria de incapacidade e como é que formula uma definição administrativa viável. Stone sugere que a expansão e contração do programa (em número de beneficiários e despesa) pode ser efeito do conceito dinâmico e flexível que é a “incapacidade” ao lidar com várias tensões sociais – dignidade moral, incapacidade e métodos clínicos – e mostra como é que a certificação médica da incapacidade emergiu como um mecanismo administrativo para resolver dilemas associados à redistribuição de políticas de proteção social (Stone, 1984: 180 e ss.).

Olhando para o conceito de incapacidade como dinâmico e flexível, seria impossível não mencionar os peritos médicos que assumem um papel central na certificação da

incapacidade. Estes são considerados os *guardiães* que controlam e validam a legitimidade de um indivíduo integrar formalmente esta categoria. Quanto a isto, são de mencionar alguns estudos produzidos acerca dos dispositivos de validação e que procuram compreender o processo de determinação da incapacidade. Dell-Kuster *et al.* (2014) concluíram que as avaliações da capacidade para o trabalho diferem substancialmente entre os médicos que tratam os requerentes de um benefício por incapacidade e o grupo de médicos especializados na avaliação, sugerindo que deve ser efetuada uma apreciação atenta do processo de avaliação de incapacidade com o objetivo de reduzir este nível de desacordo e, assim, melhorar a aceitação pública do processo. Contudo, há que ter em conta que a prática médica nas avaliações da segurança social é diferente da prática clínica em muitas formas. Enquanto a última tem o foco na doença e na cura, a primeira é uma avaliação conduzida e regida por um contexto legal, que, de acordo com a compreensão moderna da incapacidade, é parte do processo de validação de uma possível deturpação do estado de saúde, onde o engano e fingimento (ainda que de forma implícita) parecem ter integrado o conceito de incapacidade (Stone, 1984:28). Acresce ainda que a avaliação é condicionada por restrições e constrangimentos que os órgãos tuteladores lhe colocam e que o foco parece estar, atualmente, na capacidade e no retorno ao trabalho (Boer et al, 2009). Na temática das restrições, devemos questionar-nos sobre a discricionariedade dos atores presentes nos diferentes momentos da avaliação e/ou reavaliação da incapacidade, que, de acordo com o tipo de avaliação e sistema, podem integrar desde médicos, a técnicos profissionais de emprego e juízes.

O caso português – estado da questão

Vimos que é vasta a literatura que, de várias perspetivas e com diferentes objetivos, estuda o fenómeno da incapacidade para o trabalho. Contudo, a este nível – pelo menos ao nível da incapacidade adquirida durante a vida –, sabe-se muito pouco sobre o caso português. A produção académica sobre o assunto é bastante limitada⁴, nomeadamente acerca de possíveis reformas que possam ter sido levadas a cabo. O conhecimento disponível sobre Portugal provém, sobretudo, da cobertura dos *media*, que ao longo dos anos tem dedicado alguma

⁴ Por contraste com a temática da deficiência, em particular, ao nível congénito, em que é de louvar a produção académica, nomeadamente os estudos de Fontes (2008; 2009; 2014; 2016) e de Pinto (2011a; 2011b, 2015), que entre outros objetivos demonstraram que a forma como se conceptualiza a deficiência tem profundas implicações no desenho das políticas públicas que procuram responder às necessidades das pessoas com deficiência.

atenção às questões relacionadas com a concessão de pensões por incapacidade em Portugal, revelando uma série de problemas e desafios que afetam tanto os beneficiários como o próprio sistema de segurança social. Entre os principais temas discutidos estão:

- 1) Alegações sobre a existência de orientações orçamentais por parte dos governos para restringir a concessão destas prestações. Um exemplo notável é o caso destacado pelo jornal *Público* durante a campanha às presidenciais de 2016 de Maria de Belém Roseira. Na ocasião, numa feira semanal em Valongo, Belém acusou o governo em exercício de procurar reduzir as atribuições de pensões, resultando na suspensão de pensões a pessoas com condições de saúde graves.⁵
- 2) Injustiças e rigidez no processo de concessão das pensões: relatos de indivíduos que enfrentaram dificuldades significativas na obtenção ou manutenção das pensões. Um exemplo retratado pela comunicação social é o caso de uma mãe, cujo filho portador de esquizofrenia perdera a pensão, provocando dificuldades financeiras neste agregado familiar. Este caso, a par de outros, ilustra como as decisões sobre estas pensões podem ter um impacto profundo e por vezes devastador na vida das pessoas. Outro exemplo é a história de um indivíduo com depressão recorrente que viu o seu pedido de pensão ser rejeitado mais do que uma vez, podendo revelar traços de severidade ou de ausência de flexibilidade no processo de concessão destas prestações⁶.
- 3) Excesso de flexibilidade na concessão de pensões: em contraste com os casos de dificuldade mencionados acima, a comunicação social também abordou casos em que a concessão de reformas por incapacidade foi *excessiva* ou *inadequada*. A história de diversos trabalhadores do setor bancário a quem foram atribuídas pensões por problemas de saúde aparentemente considerados leves (colesterol elevado ou fígado gordo) é disso exemplo⁷. A discrepância entre os critérios de concessão e negação de pensões levanta assim questões sobre a equidade e a justiça do sistema.
- 4) Dificuldades na avaliação médica: o processo de avaliação médica é outro dos temas recorrentes, tendo a comunicação social apontado discrepâncias entre os relatórios

⁵ *Público*, 16 de janeiro de 2016: <https://www.publico.pt/2016/01/16/politica/noticia/havia-ordens-para-a-seguranca-social-reduzir-as-pensoes-por-incapacidade-denuncia-maria-de-belem-1720436>.

⁶ *Público*, 16 de janeiro de 2016: <https://www.publico.pt/2016/01/16/politica/noticia/havia-ordens-para-a-seguranca-social-reduzir-as-pensoes-por-incapacidade-denuncia-maria-de-belem-1720436>; <https://www.publico.pt/2010/08/16/sociedade/noticia/nao-confundam-depressao-com-tristeza-1451643>.

⁷ *Público*, 03 de junho de 2016: <https://www.publico.pt/2016/06/03/economia/noticia/governo-confirma-que-reformas-por-invalides-na-banca-nao-precisam-de-junta-medica-1733992>.

médicos apresentados pelos requerentes e as decisões da instituição que procede à verificação da incapacidade. Essas notícias levantam questões sobre a eficácia e a justiça do sistema de avaliação, especialmente quando os médicos responsáveis pela avaliação da incapacidade não possuem especialização na área específica da condição do paciente. Foi o caso de Cidália, - retratado pelo *Público*- uma requerente de pensão de invalidez, cuja primeira avaliação foi realizada por uma estomatologista, apesar de os seus problemas de saúde estarem relacionados com o sistema nervoso central, em decorrência de um tumor benigno⁸.

- 5) Fraudes no acesso à pensão de invalidez: por exemplo, uma peça da RTP1 de 1993, retrata a atribuição de pensões de invalidez sem incapacidade objetiva e permanente para o exercício de uma profissão na sequência de reestruturações de empresas ou setores de atividade⁹. Outro exemplo de fraude retratado pelos *media* é a emissão de diagnósticos falsos por parte de médicos de modo a facilitar a obtenção de pensões de invalidez¹⁰.
- 6) Questões relacionadas com o valor relativamente reduzido destas pensões: casos como o retratado pelo *Diário de Notícias* e pelo *Expresso*, que conta a história de Rui Rosinha, um bombeiro que ficou incapacitado, procurando ilustrar como as pensões muitas vezes não são suficientes para garantir uma vida digna aos beneficiários¹¹.

Em suma, os problemas identificados e discutidos pela comunicação social revelam um sistema complexo e muitas vezes injusto, caracterizado por dificuldades na obtenção de pensões, discrepâncias nas avaliações médicas e alguns casos de fraude. Embora tenham recebido alguma atenção pela comunicação social, em parte como uma forma de denunciar alegadas injustiças e inadequações, estes temas foram ainda assim analisados de forma superficial. São, portanto, várias as lacunas de conhecimento a preencher relativamente ao caso português. Em particular, pouco se sabe sobre os processos de mudança da pensão de invalidez, uma das prestações sociais que protege os indivíduos em caso de incapacidade para o trabalho e sobre o

⁸*Público*, 26 de janeiro de 2019: <https://www.publico.pt/2019/01/26/sociedade/noticia/mulher-queixase-ministerio-publico-medicos-nao-reconheceram-incapacidade-1859384>.

⁹*RTP Arquivos*, 14 de abril de 1993: <https://arquivos.rtp.pt/conteudos/fraudes-na-seguranca-social/>.

¹⁰ *Diário de Notícias*, 30 de maio de 2018: <https://www.dn.pt/portugal/tres-medicos-acusados-de-burlar-estado-em-mais-de-39-mil-de-euros-9392498.html/>;
<https://www.publico.pt/2016/01/21/local/noticia/medico-admite-em-tribunal-ter-facilitado-relatorios-para-pensoes-de-invalidez-1720976>.

¹¹*Expresso*, 28 de maio de 2018 <https://leitor.expresso.pt/diario/28-05-2018/html/caderno-1/temas-principais/fundo-social-vai-compensar-vitaliciamente-bombeiro-de-pedrogao-que-ia-ficar-com-pensao-de-267>.

dispositivo que procede à verificação dos requisitos de acesso a este tipo de proteção social¹². Este trabalho procurará assim dar resposta a estes tópicos.

Prestações sociais por incapacidade laboral – a pensão de invalidez como objeto de estudo

Apesar das narrativas da comunicação social serem construídas em torno da pensão de invalidez¹³, esta não é a única forma de proteção em caso de incapacidade laboral. A moldura jurídico-legal portuguesa prevê quatro tipos de incapacidade e eles resultam de acidente de trabalho, doença profissional, doença natural e invalidez. São as causas e os efeitos da incapacidade que irão determinar o tipo de proteção social a aplicar.

Três destas situações – doença profissional, doença e invalidez – no contexto da atual legislação portuguesa são eventualidades protegidas pelo sistema de segurança social. As incapacidades resultantes de acidentes de trabalho estão fora do âmbito da proteção pela segurança social, ao contrário do que se tem vindo a verificar noutros países europeus (Marques, 1997:81). Quanto à duração e também aos seus efeitos no tempo, as incapacidades podem ser classificadas como temporárias e permanentes. As incapacidades decorrentes de doença são temporárias, as que decorrem de acidentes de trabalho e de doença profissional podem ser temporárias e permanentes e a invalidez é por natureza permanente. Por fim, a duração da incapacidade terá impacto no tipo de prestação social que irá cobrir a eventualidade. Em virtude disto, o objeto alvo de análise foi selecionado em torno de três critérios: 1) responsabilidade da cobertura; 2) duração da incapacidade e 3) o tipo de prestação que cobre a eventualidade. O quadro 1 sintetiza os critérios que orientaram a seleção.

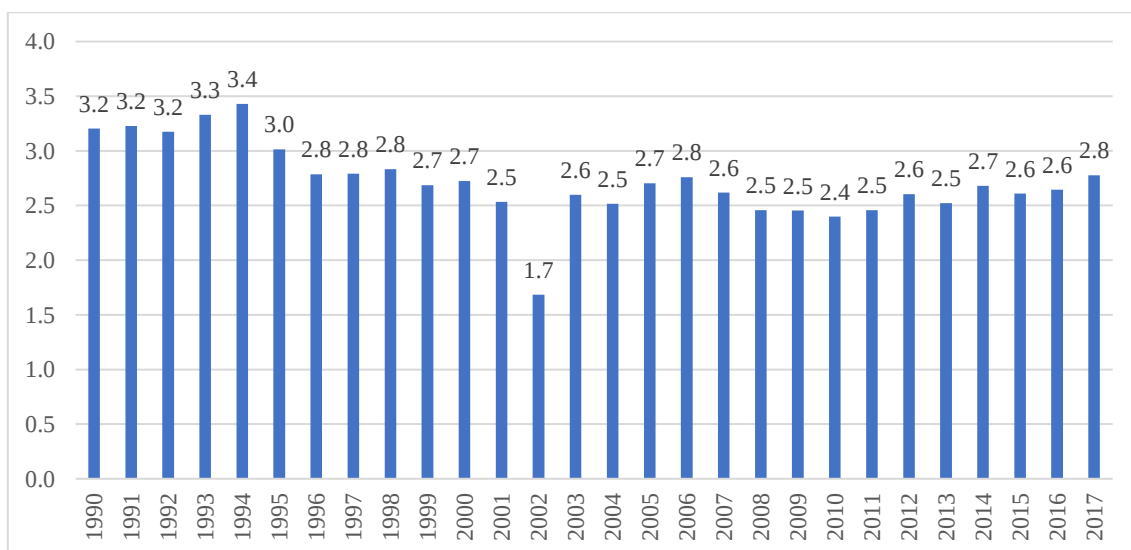
É pelo facto de o direito à reparação de danos emergentes de acidentes de trabalho ser da responsabilidade patronal, embora com a obrigatoriedade de transferência para companhias

¹² É de sublinhar que, de uma outra perspetiva e de forma muito menos aprofundada, em 2013, procurou-se perceber de que forma é que o papel dos órgãos de peritagem médico-laboral, ou seja, a instituição que procede à verificação dos requisitos de incapacidade para o trabalho se alterou com a reforma do Estado Providência Português: Serrano, Ana (2013). *Os Órgãos de Peritagem Médico-Laboral: ao serviço da Reforma do Estado*. Tese de Mestrado. ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

¹³ E, por vezes, é abordado de forma incorreta. Por exemplo, a pensão de invalidez não é atribuída com base em percentagens de incapacidade. No entanto, no dia 13 de março de 2024, pelas 21:21, durante o Telejornal das 20h, o canal de televisão TVI transmitiu uma notícia sobre o assunto, mencionando o caso da requerente de pensão de invalidez, Josefina Silva Neto, afirmando que foi avaliada com uma Incapacidade Permanente Geral Parcial de 75,64%. Como será demonstrado ao longo desta tese, essa interpretação é incorreta. <https://tviplayer.iol.pt/programa/jornal-nacional/63e6588b0cf2665294d4f012/video/646e5b340cf2665294e4da9e>.

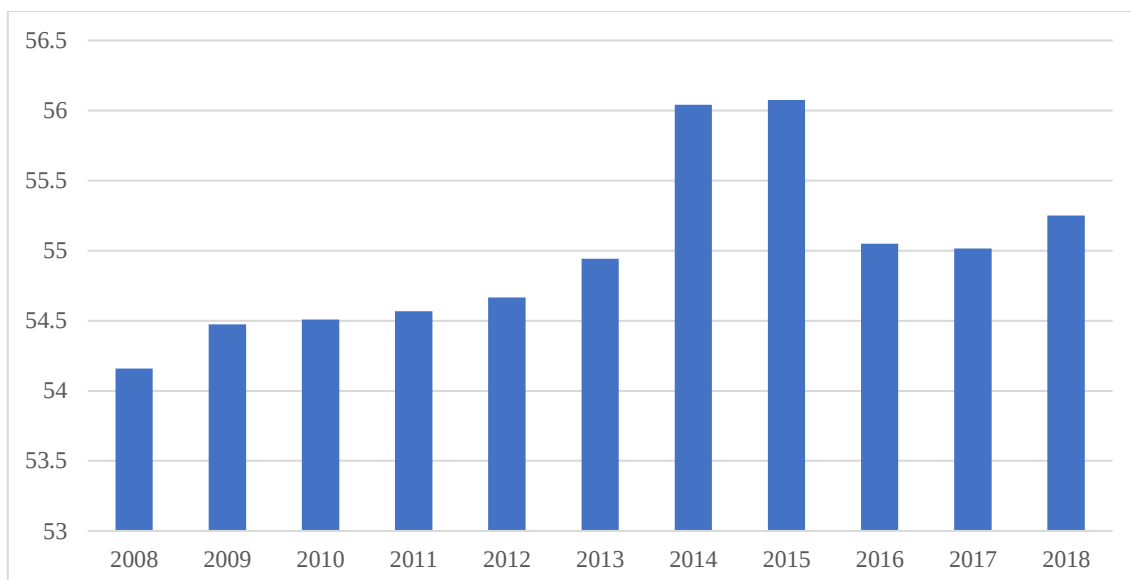
de seguros e, portanto, não tendo a segurança social qualquer responsabilidade, que se optou por excluí-lo deste estudo. Por outro lado, decidiu-se manter o foco da análise nas incapacidades permanentes para o trabalho, porque o tipo de proteção social que origina é uma prestação diferida, ou seja, uma pensão. Ao contrário das prestações imediatas (ex.: subsídio de doença em caso de incapacidade temporária), que têm um período curto de formação, reportado a meses, as prestações diferidas têm uma arquitetura institucional mais complexa: a sua formação reporta a anos, quer no acesso ao direito, quer para efeitos de cálculo. Quanto à sua duração, apesar de não ser vitalícia, as pensões são concedidas até que o beneficiário atinja a idade da reforma, a menos que haja uma revisão da incapacidade. Isso implica que, uma vez atribuída, a probabilidade de um indivíduo ser pensionista até ao final da sua vida é muito alta e, por isso, a sua reentrada no mercado de trabalho até ao final da sua vida é pouco provável. Veja-se que o número médio de pensões de invalidez suspensas entre 1990 e 2017 foi relativamente baixo - 2,7% - e a idade média de entrada na pensão de invalidez foi de 55 anos. Isto significa que, em média, um indivíduo à data de hoje é pensionista de invalidez cerca de 11 anos e sete meses antes de se tornar pensionista de velhice, o que reduz o número de anos inserido no mercado de trabalho e, em consequência, diminui o número de anos de contribuições e aumenta o período durante o qual a segurança social realiza pagamentos, gerando encargos para o sistema.

Figura 1: Percentagem de pensões de invalidez suspensas ao ano (1990-2017)



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Centro Nacional de Pensões partilhados com a doutoranda

Figura 2: Idade média à entrada na pensão de invalidez



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Centro Nacional de Pensões partilhados com a doutoranda

É por força dessa arquitetura e da despesa social que absorvem que as pensões são vistas como áreas-chave na reforma do Estado-Providência. E uma eventualidade protegida por uma pensão duradoura – e não por um subsídio temporário – parece-nos ser merecedora da nossa atenção. Logo, da interseção destas três dimensões (responsabilidade da cobertura, duração, tipo de prestação), selecionou-se a eventualidade “invalidez”, provocada por doença natural, e a pensão de invalidez institucionalmente enquadrada no âmbito material do regime geral de segurança social para objeto de estudo¹⁴. Assim, a análise que efetuaremos no capítulo 3 circunscreve-se ao âmbito do regime geral dos trabalhadores por conta de outrem, do sistema previdencial¹⁵, por ser “o mais importante e decisivo e constitui o regime jurídico supletivo ou

¹⁴ São as pensões de velhice, mais do que as de invalidez, que geram um forte volume de despesa no âmbito do sistema de segurança social, mas como veremos mais adiante, por exemplo, num determinado período, as pensões de invalidez, foram caracterizadas pelos diferentes atores políticos como uma importante fonte de despesa.

¹⁵ De acordo com a Lei de Bases da Segurança Social em vigor- Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro- o sistema de segurança social português é composto por três sistemas. O sistema previdencial e “visa garantir, assente no princípio de solidariedade de base profissional, prestações pecuniárias substitutivas de rendimentos de trabalho perdido em consequência da verificação das eventualidades legalmente definidas” e “abrange os trabalhadores por conta de outrem ou legalmente equiparados e os trabalhadores independentes. O sistema de segurança social português é ainda composto pelo sistema de proteção social de cidadania – subsistema de solidariedade e tem como objetivos assegurar direitos básicos dos cidadãos e a igualdade de oportunidades, bem como promover o bem-estar e coesão sociais. Inclui o subsistema de ação social e o subsistema de solidariedade. O primeiro visa corrigir e evitar situações de carência e desigualdade socioeconómica, além procurar atenuar situações de dependência, disfunção e vulnerabilidade sociais junto de grupos específicos como crianças, jovens, pessoas com deficiência e idosas, bem como procura promover a integração comunitárias das pessoas e o desenvolvimento das respetivas capacidades, e o subsistema de solidariedade. O segundo, através de um

a regulamentação padrão dos demais regimes de segurança social” (Neves, 1996:442). No entanto, ressalvamos que para efeitos do nosso argumento, teremos de proceder também à descrição das mudanças registadas no regime especial que existe no âmbito da invalidez.

Pode-se questionar porque não optar pela doença profissional para objeto de estudo, já que ela cumpre os mesmos critérios de cada dimensão: em termos de duração pode gerar incapacidades permanentes, além de que em termos de programa social que cobre a eventualidade também assume a forma de uma pensão. No entanto, ao contrário da invalidez, quando um trabalhador desenvolve uma doença profissional que resulta em incapacidade para o trabalho, o empregador é, por lei, obrigado a adotar medidas de reintegração do indivíduo. Para tal, deve assegurar a sua formação profissional, a adaptação do posto de trabalho, o trabalho a tempo parcial e a licença para formação ou novo emprego¹⁶ e condições especiais de trabalho como o direito a dispensa de horários de trabalho com adaptabilidade, de trabalho suplementar e de trabalho no período noturno¹⁷. Já o quadro legislativo português que regula a invalidez fomenta a coexistência entre formas de proteção compensatória e formas de proteção *ativadas*, ou seja, que impulsionem a participação e a manutenção no mercado de trabalho, mas não prevê essa obrigação por parte do empregador. Por esta razão, pareceu-nos pertinente analisar se e como são operacionalizadas medidas de reabilitação e reconversão profissional quando não são compulsivas e verificar se esta abordagem tem sido consistente desde o início do período de análise deste estudo.

princípio de solidariedade nacional, tem como objetivo garantir direitos essenciais, de forma a acautelar e eliminar situações de pobreza e exclusão, fornecendo prestações de caráter não contributivo em casos de comprovada necessidade pessoal ou familiar, quando não abrangidos pelo sistema previdencial. Das prestações deste subsistema destacam-se as pensões sociais (de velhice e invalidez); o Rendimento Social de Inserção e os complementos sociais, destinados a complementar o valor da pensão estatutária quando esta é inferior à pensão mínima do regime geral da segurança social (Cabral e Rodrigues, 2017:70). Existe ainda um terceiro sistema, o sistema complementar, que “compreende um regime público de capitalização e regimes complementares de iniciativa coletiva e de iniciativa individual.”

¹⁶ N.º 1 e n.º 2 do art.º 155.º da Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro.

¹⁷ N.º 1 do art.º 157.º da Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro.

Quadro 1: Critérios de seleção do objeto de estudo

	Doença Natural	Acidentes de Trabalho	Doença Profissional	Invalidez
Responsabilidade da cobertura	Segurança Social	Seguradoras Privadas	Segurança Social	Segurança Social
Duração	Temporária	Temporária e Permanente	Temporária e Permanente	Permanente
Programa social que cobre a eventualidade		Temporária: indemnização diária para compensar a perda de rendimentos	Temporária: indemnização diária para compensar a perda de rendimentos	Pensão de invalidez e medidas de reabilitação, reconversão profissional e ativação não compulsivas
	Subsídio de Doença	Permanente: Pensão Vitalícia e medidas de reabilitação e obrigatoriedade de aplicação de medidas reconversão profissional por parte empregador	Permanente: Pensão por Doença Profissional e medidas de reabilitação e obrigatoriedade de aplicação de medidas reconversão profissional por parte empregador	

Fonte: Elaboração própria

Além disso, verificou-se que o único organismo no país com competência para confirmar a causa profissional de uma doença e para graduar a incapacidade dela resultante é, desde 1962¹⁸, o mesmo, ainda que tenha sofrido algumas transformações institucionais (Castel Branco, 2011): a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, que em 1999 deu lugar ao Centro Nacional de Proteção Contra os Riscos Profissionais e em 2007, por via do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado foi integrado no Instituto de Segurança Social (ISS, IP), passando a designar-se de Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais (DPRC).¹⁹ Já no âmbito da invalidez, a instituição responsável pela avaliação e certificação da incapacidade para o trabalho passou por profundas transformações institucionais, que visaram, em parte, superar a divisão institucional entre os órgãos que verificavam as incapacidades e aqueles que concediam as pensões. Por essa razão, o atual

¹⁸https://www.seg-social.pt/documents/10152/156134/riscos_profissionais_0/580d756e-26eb-477c-ab01-1feb0c339d7c/580d756e-26eb-477c-ab01-1feb0c339d7c

¹⁹ De acordo com o organograma do Instituto de Segurança Social é um dos departamentos operacionais deste instituto, a par dos Departamentos de Prestações e Contribuições; Comunicação e Gestão do Cliente; Desenvolvimento Social e Fiscalização.

Sistema de Verificação de Incapacidades (SVI), que certifica a incapacidade permanente para o trabalho será, a par da pensão de invalidez, objeto de análise detalhada nesta investigação. Sublinhamos ainda que este organismo procede à verificação dos requisitos de acesso a várias prestações sociais que protegem outras eventualidades (ex.: incapacidade temporária, dependência e deficiência). No entanto, a pensão de invalidez foi a prestação inauguradora do SVI.

Por fim, ainda que em pouca extensão, a área das doenças profissionais já tem algum conhecimento produzido. Dois exemplos são os estudos de Castel Branco (2010) e o de Querido (2017). O primeiro, de uma perspetiva antropológica, procurou compreender as consequências da doença profissional na vida pessoal e familiar dos bailarinos clássicos de uma companhia de dança situada em Lisboa. O segundo, a partir de uma perspetiva sociológica, por intermédio de histórias de vida de indivíduos diagnosticados com doença profissional ou em processo de certificação, investigou a forma como são geridos os casos de doença profissional pela entidade responsável, ou seja, pelo DPRC. Apesar das abordagens distintas, os dois estudos apresentam pontos em comum, nomeadamente a identificação da inadequação das respostas institucionais, destacando ainda a insuficiência das práticas de proteção e reabilitação dos trabalhadores afetados por doença profissional.

Já no domínio da incapacidade provocada por doença natural, que é o foco desta tese, os únicos estudos realizados concentram-se na descrição do quadro epidemiológico e na identificação das determinantes da incapacidade, em especial da temporária em Portugal (Graça, 2002; Gomes *et al*, 2013; Mouta, 2016). Note-se que nenhum destes estudos analisa de forma sistemática as peças legislativas que regulam a pensão de invalidez, com o objetivo de entender como é que a prestação social e os procedimentos médico-administrativos evoluíram ao longo tempo. Assim, até ao momento, ainda nenhum estudo identificou, na diacronia, se a área em causa se pautou por continuidade ou por momentos de reforma ou se as políticas públicas nesta área incluem uma componente de ativação e se ela se encontra a promover eficazmente a reintegração dos beneficiários no mercado de trabalho. Também nenhum destes estudos examina a evolução do dispositivo de avaliação de incapacidade, o SVI, especialmente no que diz respeito à sua composição e ao processo de certificação.

Pergunta de partida e objetivos

Uma análise preliminar da legislação – que aprofundamos no capítulo 3 - que regula a pensão de invalidez indica uma forte estabilidade nas dimensões nucleares da pensão. Por exemplo, o

conceito de invalidez e, portanto, de incapacidade para o trabalho mantém-se estável de 1963 até 2007, ano em que é criada a categoria de invalidez absoluta. Apesar desta alteração, a categoria de invalidez que passará a intitular-se de invalidez relativa, que teremos oportunidade de explicitar naquele mesmo capítulo, mantém-se exatamente a mesma desde os anos 60. Relativamente ao SVI, embora ele represente o elemento inovador nesta área de política e após a sua criação identifiquemos uma mudança bastante visível na sua composição, ao nível dos procedimentos e das regras o que se verifica é inércia.

A despeito de toda esta inércia institucional, que teremos oportunidade de mapear, as percepções dos atores relevantes colocam-nos um puzzle: é que estes atores, tanto dentro como fora do SVI, desafiam a própria ideia de estabilidade. Eles acreditam que os critérios aplicados mudaram, quando de facto não sofreram modificações ao nível legislativo. Uma breve análise da imprensa, permite recuperar o testemunho de um perito médico do SVI, que afirmou anonimamente ao jornal *Público* em 2017: “Desde há alguns anos que os critérios vão sendo cada vez mais apertados; antes, ai de quem não reformasse uma pessoa com cancro; agora, ter uma doença oncológica não implica que se dê a reforma por invalidez²⁰”. Na mesma peça jornalística, Ana Elisabete Ferreira, advogada que à data prestava apoio jurídico no Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro também dá conta de uma alteração de critérios, afirmando que: “os critérios estão muito apertados” (...) e que os requerentes “quase têm de estar em coma para terem direito à pensão de invalidez”. É um facto que são visões contraditórias, mas o que nos chama a atenção aqui é a suposta alteração nos critérios e onde é que esta se encontra codificada. Além disso, o número de pensionistas de invalidez tem vindo a conhecer uma forte redução (ver análise detalhada no capítulo 4 e figura 6), o que adensa este problema analítico e levou a que se levantasse a hipótese de que esta tendência de redução decorra de alterações aos critérios de avaliação “por parte das equipas médicas, resultantes, eventualmente, de orientações do próprio Governo no sentido de limitar o número de beneficiários, sem relação direta com qualquer legislação produzida Lousada (2016:144).

Isto suscita duas questões centrais: será a resiliência institucional que caracteriza a pensão de invalidez e o SVI apenas aparente? E o que explica essa aparente resiliência que atravessa vários ciclos políticos? Estas são as questões que orientam o presente trabalho de investigação, que tem três objetivos: i) contribuir para o estudo da invalidez, área que carece de uma investigação aprofundada para melhorar a compreensão e a eficácia das políticas públicas que

²⁰ *Público*, 25 de junho de 2017: <https://www.publico.pt/2017/06/25/sociedade/noticia/pensoes-de-invalidez-diminuem-para-quase-metade-em-duas-decadas-1776675>.

com ela se relacionam (Junqueira, 2014); ii) identificar continuidades e/ou rupturas no plano das ideias e da implementação, contribuindo para o debate teórico sobre mudança institucional, um dos principais temas de estudo na área das políticas públicas; e iii) estudar os fatores que levam os atores e as instituições a provocar a mudança ou contribuir para a sua estabilidade. Esta focalização na análise da mudança e dos seus fatores justifica a opção por uma análise na diacronia, que permita detetar ressurgimentos e adaptações de ideias do passado, baseando-se em três perspetivas teóricas bastante consolidadas: o neo-institucionalismo, a burocracia de rua e a literatura sobre empreendedores de política, convocando para tal as perspetivas dos atores institucionais.

Neste sentido, esta investigação, através de uma análise documental aturada e da auscultação de dezasseis membros do Conselho Médico do Instituto de Segurança Social, quinze dos quais são peritos médicos que integram o SVI, – que nesta investigação classificamos como *burocratas de rua* – dois decisores políticos e um burocrata ministerial, procurará esclarecer estes pontos menos claros. Em particular, pretendemos demonstrar a importância da burocracia ministerial e de rua para impulsionar a mudança e, bastante relevante para este trabalho, identificar a existência de eventuais divergências entre o desenho da política e a sua implementação, demonstrando como é que a atuação dos burocratas de rua pode gerar mudança institucional num quadro de grande estabilidade legislativa após a mudança inicial. Como demonstraremos, este trabalho confirma a ideia de que a mudança institucional pode emergir a partir da interpretação de conceitos e normas que abrem espaço para que os atores implementem as regras existentes de novas formas. A própria instituição é, portanto, catalisadora de mudança, ideia que a literatura académica mais recente no domínio das políticas públicas e da ciência política tem vindo a promover.

Estrutura da tese

Esta tese é composta por oito capítulos. O capítulo um traça o estado da arte - fundamental para fornecer pistas sobre as formas de mudanças e os agentes causais da mudança ou estabilidade da política em análise, enquanto o capítulo 2 detalha a metodologia empregada.

No capítulo 3 esboçamos os processos mudança na pensão de invalidez ao nível legislativo. Uma vez que o objetivo é traçar as mudanças ocorridas entre 1962 e 2018, este é um capítulo eminentemente descritivo. Assim, se o leitor o entender e não tiver interesse suficiente sobre as mudanças ocorridas na pensão de invalidez, sugerimos que foque a sua

atenção nas subsecções 3.1.3; 3.14; 3.3.1; 3.3.2 e 3.4 e passe de imediato para a conclusão final desse capítulo.

O capítulo 4 proporciona uma análise abrangente e detalhada dos antecedentes e dos motivos que levaram à criação do SVIP em Portugal e do seu processo de implementação. Também analisa a evolução legislativa da sua composição, o circuito de avaliação da incapacidade para o trabalho, as variáveis que influenciam a incapacidade laboral e os instrumentos de apoio à certificação.

O capítulo 5 procura demonstrar a distância entre o que seria normativa e axialmente esperado e aquilo que aconteceu na prática, ou seja, no quadro da implementação. Para isso, recorreremos à análise do conceito de invalidez e a forma como este se relaciona com a evolução da composição do SVIP, evidenciando que um ideário reabilitativo que orientava o pensamento à época da criação e consolidação do sistema não foi plenamente alcançado. A ausência de recursos e a falta de apoio por parte de alguns atores responsáveis pela implementação da política contribuíram para este desfecho.

Nos capítulos 6 e 7 foi necessário dar voz direta aos entrevistados. No essencial, eles tentam demonstrar como é que os peritos médicos operacionalizam aquilo que foi descrito nos capítulos 2, 3 e 4. Como é que, através da prática quotidiana da peritagem, os burocratas de rua que iremos seguir moldam a natureza dos critérios de acesso?

Por fim, o capítulo 8 submete a nossa hipótese central a um teste por comparação com uma instância teoricamente negativa: selecionámos um momento de mudança da política mais visível de forma a podermos verificar o comportamento dos peritos médicos do SVI numa conjuntura que promoveu a sua influência direta junto dos decisores políticos. Veremos que, depois de chamados a participar do desenho de uma reforma de política e de contrariados pela evolução do contexto político em 2016, eles não perderam a sua autonomia e impacto subterrâneo na política de invalidez.

CAPÍTULO 1

Quadro teórico

1.1 Teorias da mudança institucional e inovação de políticas

O debate teórico acerca da mudança institucional divide-se em dois ramos distintos. De um lado, os teóricos neo-institucionalistas que fundamentam as suas teses no conceito de *equilíbrio pontuado* (Krasner 1984, 226), combinando a ideia de trajetória dependente com conjunturas críticas (Arthur 1994; Capoccia e Kelemen 2007; Collier e Collier 1991; Pierson 2000a) e que argumentam que as mudanças são súbitas e induzidas exogenamente. Além disto, os estudos comparativos mais proeminentes sobre a reforma do Estado Providência tenderam a destacar a inércia política ao invés da mudança (Visser e Hemerijck, 1997:49), como os trabalhos de Esping-Andersen (1996) e de Paul Pierson (1994). Em contraste, um segundo ramo começou a apresentar explicações teóricas alternativas sobre como é que as instituições mudam ao longo do tempo (Hacker, 2005; Orren e Skowronek, 2004; Streeck e Thelen, 2005; Thelen, 2003, 2004, Mahoney e Thelen, 2010), demonstrando que as perspectivas centradas na estabilidade institucional, que tendem a desvalorizar ou a categorizá-las como *simples* adaptações institucionais podem resultar em mudanças significativas e transformadoras ao longo do tempo. Ademais, Streeck e Thelen (2005) sublinham a importância de se evitar quadros conceituais polarizados entre a tendência de estabilidade institucional e as mudanças exclusivamente abruptas e disruptivas.

Kathleen Thelen, em *How Institutions Evolve* (2004), criticou o modelo de *equilíbrio pontuado*, que, como vimos, propõe que as instituições são, por norma, caracterizadas por longos períodos de inércia, pontuados ou interrompidos ocasionalmente por momentos críticos que provocam transformações rápidas (True, Jones e Baumgartner, 2007: 155-156). Thelen argumentou que a maioria das mudanças ocorre fora desses momentos críticos e é mais influenciada por mecanismos endógenos do que por fatores externos. Hacker (2005) alinha com a escola de pensamento de Thelen, ao sustentar que mudanças significativas podem ocorrer gradualmente sem necessidade de momentos críticos ou de choques externos. Hacker expandiu as formas de mudanças propostas por Thelen, que introduziu os conceitos de *layering* (adição de novos elementos a uma estrutura institucional existente²¹), e *conversion* (ocorre quando as regras permanecem formalmente as mesmas, mas são interpretadas e aplicadas de novas

²¹ Como a integração de contas de poupança privada num sistema tradicional de pensões.

formas²²), ao desenvolver o conceito de *policy drift*. Este conceito demonstra que pode existir mudança gradual e significativa nas instituições devido à inação dos formuladores na adaptação das instituições às novas circunstâncias socioeconómicas. As regras ou normas permanecem as mesmas, mas o seu impacto muda porque o contexto ou ambiente ao redor da instituição evolui, tornando as políticas existentes desatualizadas ou inadequadas.²³ A estes três tipos de mudança gradual, Thelen e Streeck (2005) acrescentaram o de displacement - quando novas regras ou normas substituem as antigas, pelo facto de as práticas existentes perderem legitimidade ou por surgirem novas ideologias ou normas que desafiam as instituições estabelecidas - e o de exaustão institucional²⁴, que ao contrário dos outros quatro modos, que conduzem a mudança, resulta em colapso institucional, embora o colapso seja gradual e não abrupto. Ao contrário do *policy drift*, em que as instituições podem manter a sua integridade formal apesar de perderem gradualmente a sua conexão com a realidade social, a exaustão institucional é um processo no qual os comportamentos invocados ou permitidos sob as regras existentes operam para miná-las. Estas formas de mudança desenrolam-se gradualmente, de forma subtil e contínua e podem ser mais prevalentes do que se costuma reconhecer (Streeck e Thelen, 2010:31).

Os estudos acima mencionados, apesar de terem contribuído significativamente para o entendimento das formas de mudança institucional, deixaram algumas questões em aberto: porque é que se verifica um tipo de mudança institucional em vez de outro²⁵ ou que fatores é que explicam a direção seguida pelo *policy drift* ou pela mudança incremental. Alguns estudos empíricos e outros eminentemente teóricos procuraram colmatar estas fragilidades e que detalhamos imediatamente abaixo.

Béland (2007), por exemplo, considera que para a mudança institucional ser compreendida de forma plena, é imprescindível reconhecer o papel das ideias – crenças e suposições dos atores – que moldam a forma e a orientação dessa mudança e que, muitas vezes, se manifestam como um paradigma de políticas específicas²⁶. Esta abordagem, que tem em

²² Como a transformação dos programas de assistência social nos EUA nos anos 1960 para promover a igualdade racial.

²³ Por exemplo, de acordo com Hacker, nos Estados Unidos, a transição de um sistema de pensões “pay-as-you-go” para planos de contribuição definida reflete essa inadequação perante mudanças socioeconómicas.

²⁴ Um exemplo de exaustão institucional é o estudo de Christine Trampusch’s (2005), onde demonstra que as políticas de reforma antecipada na Alemanha, inicialmente projetadas para lidar de forma direcionada com o declínio de determinadas indústrias durante um período de pleno emprego, foram sendo gradualmente sobrecarregadas à medida que o contexto económico mudou, criando uma dinâmica perversa.

²⁵ Por exemplo, porque ocorre uma mudança do tipo *layeiring* e não *conversion*.

²⁶ Sobre o conceito de paradigma de política, ver Peter Hall (1970 e 1993). Utilizamos o conceito deste autor que define paradigma de política como um conjunto abrangente de ideias que especifica como os

conta a importância das ideias nos processos pelos quais as políticas e as instituições mudam fora anteriormente desenvolvida por Hall (1983; 1993), a respeito das condições que favorecem ou constroem a *policy innovation*, definida como “a capacidade dos dirigentes do Estado para antecipar os problemas sociais com que o Estado se irá confrontar, para desenhar novas políticas apropriadas a esses problemas e para as implementar de forma bem-sucedida” (Hall, 1983: 46). Através da análise empírica da elaboração e implementação das políticas macroeconómicas na Grã-Bretanha, entre 1970 e 1989, e partindo do conceito de aprendizagem social, Hall propôs três tipos de mudança: de primeira, segunda e terceira ordem. Enquanto nas mudanças de primeira e segunda ordem coexistem elementos de mudança com elementos de continuidade, as mudanças de terceira ordem são *completas e totais*. As mudanças de primeira ordem referem-se a ajustes incrementais nas políticas e ocorrem sem alterar os objetivos da política: as configurações dos instrumentos de política são alteradas à luz da experiência adquirida e de novos conhecimentos, enquanto os objetivos gerais e os instrumentos de política permanecem os mesmos. As mudanças de segunda ordem dizem respeito a alterações mais significativas nos instrumentos de política e nas suas configurações: apesar de os objetivos gerais da política permanecerem os mesmos, há uma reavaliação dos métodos e instrumentos utilizados. Por fim, as mudanças de terceira ordem compreendem transformações radicais e abrangentes nas políticas, que envolvem alterações tanto na hierarquia dos objetivos como nos instrumentos utilizados e nas suas configurações. Estas mudanças são frequentemente associadas a uma mudança de paradigma em que a política em vigor é reavaliada e substituída por uma nova. Além disso, como demonstrado por Hall (1993), as mudanças de terceira ordem têm lugar em momentos de crise ou quando as condições económicas e sociais exigem uma reorientação da política – por exemplo, a transição do modelo Keynesiano para um modelo monetarista na Grã-Bretanha durante as décadas de 1970 e 1980. Essas mudanças são mais raras e representam descontinuidades significativas no discurso e na prática política. Ainda no modelo de Hall é de destacar que os funcionários públicos, enquanto “experts within the civil service” (Hall, 1993:281), desempenham um papel essencial na mudança, mas as suas funções e influência variam conforme a natureza da mudança. Na mudança de primeira ordem, os especialistas dentro da burocracia controlavam a informação e o aconselhamento que chegavam ao decisor e garantiam que as mudanças eram feitas de acordo com as convenções estabelecidas pelo paradigma vigente. Nas mudanças de segunda ordem, também “é notável que os funcionários,

problemas serão percebidos, que objetivos podem ser atingidos através da política e que tipos de técnicas podem ser utilizados para os atingir.

e não os políticos, desempenharam o papel mais central em cada instância de aprendizagem social” e consequentemente de mudança, embora mais ajustada “à plataforma conservadora da época” (Hall, 1993: 283) e, portanto, ao paradigma vigente. Nas mudanças de terceira ordem há uma erosão da influência dos funcionários públicos e a ascensão de novos atores na promoção da mudança. Se nos outros dois tipos de mudança tinham um papel central na formulação e implementação de políticas, no terceiro tipo de mudança viram a sua autoridade ser distribuída por uma gama de atores, que incluía o Primeiro-Ministro, os mercados financeiros e outros atores políticos, refletindo uma nova dinâmica na governança económica. Além disso, a participação dos políticos e dos media na discussão e formulação de políticas tornou-se mais proeminente, sendo indicativo de uma dinâmica de poder, onde a política e a opinião pública passam a desempenhar um papel mais significativo na definição das diretrizes económicas.

O peso do funcionalismo público nos processos de mudança varia. O modo como o aparelho de Estado está organizado, não apenas no que toca ao sistema político (relações executivo-legislativo e triangulação com o poder judicial), mas também “entre a liderança política e a administração pública, entre os departamentos (...) e entre os vários escalões no interior dos próprios departamentos” (Hall, 1983: 44) irá determinar, pelo menos em parte, o poder relativamente autónomo da tecnocracia de Estado, logo, a sua influência na *policy innovation*. A hipótese de que a natureza da mudança de uma determinada política é mais incremental quanto maior o peso da tecnocracia burocrática foi, mais recentemente confirmada em dois estudos acerca da viragem neoliberal em França (Fourcade-Gourinchas e Babb, 2002; Prasad, 2005). Aí a inovação pautou-se por um certo incrementalismo, com a adoção de novas políticas a fazer-se a um ritmo mais modesto e materialmente menos radical do que o que aconteceu nos EUA ou no Reino Unido. Os impulsos neoliberais nestes dois países caracterizaram-se por traços empreendedores e populistas, chegando rapidamente ao radicalismo, uma vez que as políticas partidárias e burocráticas eram altamente conducentes a taxas rápidas de inovação política: a presença de partidos fracos, estruturas estatais descentralizadas, burocracias permeáveis, fortes ligações (embora informais) entre grupos de interesses e a burocracia estatal e uma cultura política de amadorismo contribuíram para desencadear uma trajetória radical, mas democrática, para o neoliberalismo. Pelo contrário, o padrão de resiliência-com-mudança do caso francês pode ser explicado invocando características estruturais simetricamente opostas. Em democracias representativas altamente autónomas, a inovação só ocorre quando está presente uma das seguintes condições: um partido mobiliza a maioria do eleitorado em oposição a políticas anteriores implementadas pelo partido no

governo; mimética internacional; a expertise tecnocrática chega a um consenso em torno de um conjunto de ideias concretas. No caso francês, foi sobretudo a última variável a fazer a diferença quanto ao *tipo* de mudança: a inovação brota de dentro de um aparelho administrativo superior (entre o staff técnico ministerial recrutado nas *grandes écoles*) altamente centralizado, o que em última instância torna a agenda *setting* virtualmente dependente da evolução académica. Segundo Prasad,

a dependência de experts leva a inovações de política que estão amarradas às inovações que ocorrem no mundo académico, bem como a um processo metódico de pesquisa pelas práticas de sucesso [internacionais] (...). (Prasad, 2005: 396)

Esta ligação apertada ao campo universitário explica também porque é que algumas das inovações assumiram um racional punitivo e outras um racional moderado, uma vez que a origem *académica* das ideias inovadoras (e não política *strictu sensu* ou da sociedade civil mais vasta) tornava a alta administração relativamente autónoma quer da população em geral (e, por isso, indiferente à (im)popularidade de certas medidas) quer dos setores sociais mais radicalizados em prol do credo neoliberal. O “ethos racionalista” da tecnocracia que controla o Estado é aqui um fator decisivo no tipo de cultura institucional que prevaleceu e que moldou o ritmo da adoção e da natureza das políticas.

O que estes estudos confirmam quanto ao impacto de uma tecnocracia que controla os cargos burocráticos (e mesmo políticos) nos processos de inovação ou mudança tem aliás respaldo noutras análises que mostram precisamente o mesmo noutras políticas que não a económica. Qualquer que seja a área de política, fala-se numa cultura institucional profissionalizada quando ela é dominada por “racionais científicos – nos quais o policymaking está sujeito a uma linguagem pericial, de orientação instrumental e de cálculo racional” e, portanto, muito mais dependente das “normas profissionais e regras probatórias das disciplinas especializadas envolvidas na arena da política” em questão (Ingram et al., 2007: 118). Em contextos sectoriais em que predominam fortes agências administrativas, são estas e não outras as principais determinantes do desenho das políticas.

Dada a importância das condicionantes da mudança gradual e do peso relativo de certos atores, não surpreende que alguns estudiosos avançassem para sínteses teóricas de fôlego. Os já citados Mahoney e Thelen (2010) enfatizaram a importância de entender que características do contexto político e das instituições determinam o tipo de mudança institucional que pode ocorrer – *displacement, layering, drift ou conversion* –, e como é que essas características influenciam o perfil do agente de mudança que provavelmente emergirá e prosperará num

determinado contexto institucional, assim como as estratégias que esse agente provavelmente adotará para promover a mudança (Mahoney e Thelen; 2010:16).

Relativamente ao contexto político, a questão central é se ele permite ou não aos defensores do *status quo* fortes ou fracas possibilidades de veto, significando isso que, em alguns contextos, os atores que desejam manter as instituições existentes podem ter mais poder para bloquear mudanças, enquanto noutros, esse poder pode ser limitado. Deste modo, em contextos políticos com fortes possibilidades de veto, o *displacement* e a *conversion* enfrentam desafios significativos. O *displacement* torna-se difícil devido à capacidade dos defensores do status quo em bloquear mudanças abrangentes, enquanto a conversão é limitada pelos mesmos poderes de veto que restringem alterações nas regras e na sua aplicação. Neste tipo de contextos, o *drift* e o *layering* surgem como modos de mudança mais viáveis, porque permitem que os agentes da mudança introduzam novas normas ou deixem as instituições tornarem-se obsoletas sem enfrentarem diretamente a resistência dos *veto players*, o que permite que a transformação institucional ocorra de maneira mais gradual e menos conflituosa.

Em adição, as características das regras institucionais também afetam a mudança: algumas podem ser mais flexíveis e abertas a interpretações, enquanto outras mais rígidas e resistentes a mudanças. Significa isto, que, por exemplo, a forma de mudança que tenderá a ocorrer em ambientes institucionais altamente discricionários é o *drift*, pois a flexibilidade na interpretação e aplicação das regras permite que os atores promotores da mudança implementem novas normas que substituem as antigas, bem como a *conversion*. Isto contrasta com ambientes caracterizados por uma baixa discricionariedade, onde formas de mudança como o *layering* e o *displacement* são mais prevalentes devido à resistência institucional e à dificuldade de implementar mudanças diretas.

Os autores argumentam, portanto, que a mudança institucional frequentemente ocorre quando problemas de interpretação e aplicação das regras abrem espaço para que os atores implementem as regras existentes de novas formas (p.4). Ou seja, a própria instituição contém em si, pelo menos parcialmente, a fonte da mudança. Neste modelo, as instituições são geradoras de mudança e não apenas de estabilidade, devendo ser entendidas como entidades dinâmicas que podem evoluir e transformar-se ao longo do tempo. Esta visão implica que as instituições possuem características que podem torná-las vulneráveis a estratégias de mudança e, portanto, qualquer análise sobre mudança institucional deve considerar tanto fontes exógenas como endógenas. Em suma, apesar de as instituições serem estruturas duradouras que moldam o comportamento, também possuem propriedades dinâmicas que permitem e facilitam a

transformação, o que exige uma análise mais profunda das interações entre agentes e instituições.

É de sublinhar que um conceito central para o modelo de análise destes autores é o de *compliance*, que se refere à conformidade com as regras e normas institucionais e, portanto, à eficácia das instituições e, que na análise de Thelen e Mahoney é visto como um ator dinâmico e variável na análise da estabilidade e mudança institucional. Embora ajudem a reduzir a incerteza e estabeleçam limites à ação, tal como previsto pela nova sociologia económica (Douglas North, 1990), as instituições não conseguem assegurar um *guia* completamente claro e preciso para a ação dos indivíduos. Na maioria de vezes, há uma grande margem na “interpretação do significado das regras ou na forma como essas regras são aplicadas na prática” (Mahoney e Thelen, 2010:11). Esta perspetiva diverge das abordagens racionalistas orientadas para o poder, como a de Knight (1992, citada em Thelen e Mahoney, 2010:11), que reconhece a ambiguidade das regras como um campo de conflito, mas assume que diminuirá com o tempo ou será resolvida através da formalização de regras ou ambos os cenários. Pelo contrário, Thelen e Mahoney (2010), consideram a ambiguidade como “uma característica mais permanente, mesmo quando as regras são formalizadas”, uma vez que o seu significado e interpretação nunca são totalmente claros. Portanto, o *compliance*, conceito fundamental na abordagem à mudança institucional destes dois autores, não é um processo automático nem garantido, uma vez que as regras institucionais, por mais detalhadas que sejam, nunca são suficientemente precisas para abarcar todas as complexidades da vida real. Assim sendo, as oportunidades de mudança institucional, como defendem Streeck e Thelen (2005), têm origem na ideia de que a formulação e a implementação das regras nunca são perfeitas. Nessa *imperfeição* surgem oportunidades de mudança associadas à distância entre a regra ideal e a regra real, que resulta da implementação prática e da interação entre os diversos atores. Nesse sentido, a interpretação sobre o significado das regras, num contexto que pode ser mutável, cria margens de incerteza que podem abrir caminho a alterações institucionais.

Além disso, os limites cognitivos dos legisladores podem gerar resultados imprevistos que exigem correções, clarificações ou, em alguns casos, a criação de novas regras que respondam a situações emergentes (Streeck e Thelen, 2005)). As regras que são inicialmente projetadas pelo legislador são, na maior parte das vezes, executadas por atores diferentes daqueles que as criaram, criando espaço para que a mudança ocorra na implementação ou execução de uma regra (Mahoney e Thelen, 2010:13). O estudo de Lieberman (2006 citado em Mahoney e Thelen, 2010:13) sobre a implementação de leis de direitos civis, especificamente a aplicação da *Equal Employment Opportunity Commission* e a de políticas de ação afirmativa

concluiu que, embora as políticas sejam formalmente definidas, o modo como são implementadas pode variar significativamente, dependendo das interpretações dos atores envolvidos e das dinâmicas sociais e políticas em jogo, tendo o autor enfatizado a importância da fase de implementação na formação e transformação das políticas públicas.

Além disso, o *compliance* é fortemente influenciado pelos interesses divergentes dos atores envolvidos, que irão disputar as oportunidades proporcionadas pela ambiguidade, uma vez que questões de interpretação e implementação podem ter profundas consequências na alocação de recursos e nos resultados substantivos das políticas (Mahoney e Thelen, 2010). *Vencedores e perdedores* dentro de um contexto institucional têm motivações diferentes quanto à interpretação e aplicação das regras, o que pode resultar em tensões e disputas sobre a preservação ou alteração das instituições. Essas dinâmicas são amplificadas pelos *gaps* ou *soft spots* entre a norma e a sua implementação. É nesses espaços de ambiguidades que ocorrem as contestações e negociações sobre o significado e a eficácia normativa das instituições, permitindo que surjam mudanças incrementais. Assim, o *compliance* não reflete apenas a conformidade com as normas existentes: pode ser também um motor de mudança institucional moldado pela interpretação das regras e pelos interesses em jogo. Como demonstrado por Palier (2005), as reformas estruturais na política social francesa foram alcançadas através de medidas ambíguas, que permitiram agregar diferentes interesses, mesmo que muitas vezes contraditórios, dos diversos atores envolvidos. Sindicatos, governo, funcionários públicos e empregadores apoiaram as mesmas medidas, mas por razões distintas e, por vezes, opostas. A aceitação dessas novas medidas parece depender justamente da sua capacidade de ser interpretada de maneiras diferentes, permitindo que uma ampla coligação de interesses diversos as apoie. Portanto, em vez de mudanças claras e ideologicamente orientadas, essas reformas ocorreram de forma incremental e gradual, baseadas num consenso ambíguo, mais do que numa nova visão ou paradigma coerente.

Por fim, a ambiguidade é um fator que facilita a criatividade “através de processos de iteração, projeção e avaliação.” (Emirbayer e Mische 1998; citados em Jackson, 2005). A ambiguidade não se apresenta como uma explicação rival, mas sim um fator que pode ser integrado nas diferentes abordagens teóricas (interesses, instituições e ideias) como fez Jackson (2005). No seu estudo sobre a codeterminação²⁷ em França, concluiu que a ambiguidade permite a criatividade ao proporcionar espaço para variações e inovações dentro das instituições

²⁷ De acordo com o autor, a codeterminação é “um conjunto complexo de instituições legais e sociais que regulam a participação dos empregados na tomada de decisões das empresas, através de conselhos de empresa e a representação nos Conselhos de Supervisão de grandes empresas.” (Jackson, 2005:230).

existentes e nas práticas organizacionais, acabando por resultar em mudanças ao longo do tempo. Em vez de ter sido substituída por uma nova instituição, a codeterminação evoluiu gradualmente através das diferentes interpretações dos atores-chave.

1.2 Os burocratas de rua

O tipo de mudança que temos discutido, que ocorre sem rupturas abruptas nas regras ou estruturas institucionais, mas através de ajustes subtis e contínuos não precisa necessariamente de surgir de atores com motivações transformadoras. Ao invés, pode ser um subproduto não intencional que emerge de disputas distributivas, nas quais as partes envolvidas não tinham como objetivo explícito as mudanças que acabaram por ocorrer (Mahoney e Thelen, 2010:22-23).

De uma forma geral, as análises sobre as mudanças no Estado-Providência que partem de um ponto de vista neo-institucional (Sckopol, 1992; Pierson, 1994, 2005), não desceram ao nível organizacional, deixando por explorar o papel específico das burocracias de rua (Brodkin, 2020). Em contraste, a teoria da burocracia de rua (Lipsky, 1980) coloca estas organizações e o conjunto de agentes responsáveis pela prestação direta de políticas e serviços aos cidadãos no centro da sua análise. Esses agentes, denominados como burocratas de rua²⁸, no curso regular do seu trabalho interagem diretamente com os cidadãos²⁹ e implementam políticas e regulamentos ao nível mais baixo da administração pública, isto é, ao nível operacional (Lipsky, 1971). No entanto, este é um *locus* central da ação governamental, na medida em que são eles que fornecem os serviços públicos e mantêm o regular funcionamento do Estado.

O conceito de burocratas de rua foi cunhado por Lipsky³⁰, autor que se insere num conjunto amplo de académicos que adotam uma abordagem *bottom-up*. Esta abordagem

²⁸ De acordo com Lipsky (2010), exemplos típicos de burocratas de rua são professores, polícias, assistentes sociais, profissionais de saúde, juizes, advogados públicos e outros oficiais dos tribunais e muitos outros funcionários públicos que concedem o acesso a programas estatais ou outros serviços públicos. Segundo o autor, os indivíduos que trabalham nestas funções tendem a ter bastante em comum, uma vez que as suas condições de trabalho são muito semelhantes.

²⁹ Embora uma das principais características dos burocratas de rua seja a interação cara a cara com os cidadãos (Maynard-Moody e Musheno, 2003; Lipsky, 2010), estes também podem comunicar por outros canais, como correspondência postal, email, chamadas telefónicas ou videoconferência. Além disso, alguns teóricos têm argumentado que o avanço das tecnologias de informação tem removido esta característica em alguns setores desta categoria profissional (Bovens e Zouridis, 2002). Neste âmbito, ver o estudo de Keiser (2010), que procurou explicar a forma como é que burocratas de rua implementam políticas quando não têm interações presenciais com os requerentes.

³⁰ O conceito foi originalmente proposto num documento elaborado para a reunião anual da *American Political Science Association* de 1969, intitulado *Toward a Theory of Street-Level Bureaucracy*, tendo sido posteriormente revisto e publicado em Hawley e Lipsky (1977: 197–213).

considera a fase de implementação das políticas públicas um processo dinâmico e iterativo (Tummers e Bekkers, 2012:6) e preocupa-se com o contexto individual e organizacional no qual a implementação de políticas ocorre, uma vez que reconhece a sua capacidade de influenciar os resultados produzidos (Matland, 1995:149; Tummers, Steijn e Bekkers, 2012, p:2). Em contraste com o modelo *top-down*, que vê a implementação como um processo racional, passível de ser planeado e controlado pelos formuladores (Tummers e Bekkers, 2012:6), o modelo *bottom-up* considera que os burocratas de rua podem desempenhar um papel fundamental no processo de formulação de políticas ao influenciar e ajustar informalmente as políticas que originalmente foram desenvolvidas por outros atores do sistema político (Cohen *et al*, 2023:343) Sublinhe-se que uma implementação adequada das políticas públicas requer que os burocratas de rua atuem como agentes morais sensatos que, entre outras coisas, têm de ser capazes de lidar com diretrizes ambíguas, equilibrar valores conflitantes e priorizar a alocação de recursos limitados. No entanto, eles operam em ambientes de trabalho extremamente desafiadores, que, ao longo do tempo, podem desgastar e reduzir a sua sensibilidade moral. Embora os serviços públicos dependam da integridade moral destes agentes, eles acabam, paradoxalmente, por comprometer essa mesma capacidade de ação (Zacka, 2017:4).

É importante destacar que, embora seja vasta a literatura produzida sobre a atuação dos burocratas em diversas áreas de política e em diferentes países (e.g. Mashaw, 1983; Meyers *et al*, 1998; Blackmore, 2001), em Portugal, a produção de estudos neste domínio ainda é limitada. Contudo, trabalhos como os de Costa (2019) e de Ribeiro (2021) destacam-se como excelentes exemplos nesta área. O primeiro estudo analisa as políticas de imigração, focando-se na implementação do Artigo 88.º, n.º 2, da Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, que possibilita a regularização dos imigrantes em Portugal mediante existência de contrato de trabalho. A autora analisou as burocracias envolvidas direta e indiretamente neste processo: o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras e a Segurança Social. Através de entrevistas a imigrantes brasileiros que passaram pelo processo de regularização, o estudo constatou que estes burocratas exercem um elevado nível de discricionariedade na aplicação deste artigo. As práticas destes atores resultaram em diferentes desfechos durante o atendimento: “alguns imigrantes foram beneficiados e outros prejudicados no momento do atendimento” (Costa, 2019:82). Já o segundo teve como objetivo aferir a presença ou ausência de barreiras enfrentadas pelos burocratas de rua da Polícia de Segurança Pública (PSP) na aplicação do Artigo 170.º do Código Penal, que desde 2015, criminaliza comportamentos como “atos exibicionistas”, “propostas de teor sexual” e “contacto de natureza sexual”. A autora identificou que os burocratas de rua não

enfrentam apenas obstáculos na implementação deste artigo: eles contribuem para a criação desses obstáculos. As características específicas deste tipo de assédio dificultam desde logo a implementação deste artigo. Além disso, Ribeiro (2021:4) apontou que as características do contexto de aplicação do artigo são um fator determinante: “um ambiente marcado pela prevalência de uma cultura masculina, com indícios de adesão a mitos e de desvalorização da gravidade da prática do assédio” dificulta a sua implementação. Por fim, fatores como o género dos agentes e a vitimização por assédio sexual em espaços públicos parecem influenciar de forma significativa a implementação do artigo 170.º

1.3 Policy entrepreneurs

O conceito de empreendedores políticos tem origem no termo cunhado por Kingdon (1984), que os caracterizou como atores dispostos a investir recursos, nomeadamente financeiros, tempo, energia e reputação — com a expectativa de que os resultados de mudança política lhes sejam favoráveis, quer sejam materiais ou solidários. Além disto, são atores dinâmicos que colaboram entre si, tanto dentro como fora da esfera governamental, com o intuito de introduzir inovações ou promover mudanças (Kingdon, 1984; Mintrom, 2019; Mintrom & Norman, 2009). No entanto, outros objetivos ou metas como desenvolvimento pessoal ou ganhos monetários podem fazer parte das suas motivações (McCaffrey & Salerno, 2011). De sublinhar ainda que o termo lucro ou ganhos pode, para estes atores, incluir componentes como a boa vontade, confiança da comunidade, satisfação pessoal e desenvolvimento local (Mintrom, 1997; Mintrom & Norman, 2009). Enquanto forma de participação política, o empreendedorismo de políticas envolve atores dispostos a correr riscos, identificar problemas e soluções políticas e utilizar habilidades políticas e momentos oportunos para alcançar objetivos específicos (Cohen, 2023b).

Desde o preponderante trabalho de Kingdon (1984), que define estes atores como fundamentais na fase de agendamento das políticas, ao criarem condições favoráveis para o acoplamento dos três fluxos³¹ e a consequente abertura da janela de oportunidade- colocando em destaque as soluções que defendem no centro da atenção política -, o conceito de

³¹ A teoria dos três fluxos, proposta por John Kingdon (1984), sugere que o processo de formulação de políticas públicas é composto por três fluxos relativamente independentes: o fluxo dos problemas, que identifica as questões a serem resolvidas; o fluxo das soluções (ou políticas), que inclui as alternativas propostas para lidar com os problemas; e o fluxo político, que envolve a dinâmica política, como mudanças no governo ou na opinião pública. Estes três fluxos precisam de se "acoplar" no momento certo para que uma janela de oportunidade se abra, permitindo que as políticas propostas sejam efetivamente colocadas na agenda política.

empreendedores de políticas tem sido amplamente explorado (Arnold, 2021a; Capano & Galanti, 2018; Mintrom, 2000, 2019; Petridou, 2017; Petridou & Mintrom, 2021; Zahariadis, 2008, 2016).

De acordo com Cohen (2023), este tipo de empreendedorismo não se restringe a áreas de políticas específicas nem a contextos institucionais formais ou informais. Como anteriormente demonstrado por Frisch-Aviram *et al.* (2020) através de uma revisão sistemática de 229 estudos, os empreendedores de políticas estão presentes em diversos contextos nacionais e em diferentes domínios políticos. Esses atores podem provir do setor público, privado ou do terceiro setor e as suas ações são extensíveis a vários níveis governamentais. Assim, o empreendedorismo de políticas pode ser compreendido como o papel que diferentes indivíduos podem desempenhar em momentos e questões distintas, em vez de ser uma característica fixa de um indivíduo ou grupo (Capano & Galanti, 2021).

1.4 Street-level policy entrepreneurs

Tradicionalmente, a maioria das pesquisas sobre empreendedorismo político caracteriza-o como um fenómeno que ocorre ao nível das elites políticas ou entre indivíduos que mantêm conexões significativas com essas elites. No entanto, um conjunto de literatura emergente sugere que os burocratas de rua também podem atuar como empreendedores de políticas, com capacidade para criar e promover inovações (e.g., Arnold, 2021b; Aviv *et al.*, 2021; Cohen, 2021; Cohen & Aviram, 2021; Cohen & Klenk, 2019; Durose, 2011; Frisch Aviram *et al.*, 2021b; Golan-Nadir, 2021; Lavee & Cohen, 2019; Lotta *et al.*, 2021; Nouman & Cohen, 2023; Petchey *et al.*, 2008; Zhang *et al.*, 2021), que podem transformar significativamente as políticas. Esse fenómeno é descrito como *street-level policy entrepreneurship* (Cohen *et al.*, 2023). Este corpo de literatura procura integrar duas abordagens distintas numa única corrente teórica: os estudos sobre os trabalhadores de rua que, como vimos, operam ao nível inferior, na fase de implementação de políticas (Lipsky, 2010), e os estudos sobre o empreendedorismo político, tradicionalmente focados nos decisores de topo, ou naqueles, que procuram influenciar a decisão na fase de formulação das políticas (Anderson *et al.*, 2020; Kingdon, 1984; Mintrom & Luetjens, 2017; Vallett, 2021).

Este conjunto de estudos sugere que os burocratas diferem significativamente dos empreendedores de políticas tradicionais (Arnold, 2021b). Enquanto estes direcionam os seus esforços para a fase do agendamento e formulação de políticas, ou seja, na aprovação inicial de

políticas, os burocratas de rua têm uma função crucial na implementação. Estes operam num espaço onde as suas decisões diárias impactam diretamente a experiência dos cidadãos e podem levar a inovações dentro das suas instituições. Ainda que tenham oportunidades limitadas para iniciar mudanças gerais nas políticas e estruturas, eles exercem influência sobre a prestação diária de serviços aos seus utilizadores, que pode ser utilizada para promover mudanças (Brodkin, 2011). Contudo, Cohen and Aviram (2021) argumentam que os *street-level entrepreneurs* podem ir mais além e contribuem para a forma como as políticas são desenhadas e interpretadas. Por outro lado, Arnold (2015, 2021b) argumenta que estes burocratas de rua podem ser empreendedores através da adaptação dos seus métodos de trabalho, utilização de redes de pares e procura de novas oportunidades, como a expansão de recursos através de pedidos de financiamento adicional de políticas ao nível da rua. No seu estudo de 2015, que se debruçou sobre agências ambientais ao nível estadual no EUA, ela concluiu os seus funcionários “desenvolvem ou adotam inovações políticas destinadas a melhorar os processos de implementação que executam e a consolidar essas inovações nas atividades diárias dos seus pares burocráticos” (2015:309). Aquilo que a autora considera como inovações são "processos ou produtos codificados com o potencial de mudar substancialmente os resultados das políticas" e que são novos na jurisdição onde são introduzidos.

Em suma, e adotando, a descrição de Wihlborg e Jacobaeus (2023), os empreendedores de políticas de nível de rua têm um contato mais direto com os clientes³² do que os burocratas em geral e são mais inovadores nas suas práticas do que os burocratas de nível de rua em geral.

Como veremos, o empreendedorismo ao nível de rua ajuda a explicar a inovação político-institucional dentro das burocracias e por parte dos burocratas, cujas escolhas diárias moldam as políticas (Arnold, 2021a). Por outras palavras, as ações de implementação levadas a cabo por este grupo podem produzir resultados diferentes daqueles equacionados aquando da formulação de uma dada política (Kirby e Krone, 2002:51) –podendo existir *street level divergence* (Gofen, 2013:473) -, o que faz com que estes atores possam ser classificados não só como *policy takers*, mas também como *policy makers* (Gianakis, 1994:299; Gofen, 2013:473).

³² A literatura citada utiliza a expressão clientes, que na verdade são os cidadãos que recorrem aos serviços públicos.

1.5 A discricionariedade e o ambiente organizacional

Dado que a sua atuação é essencial para a implementação de políticas e, como demonstrado por vários autores, exercem as suas funções com um nível significativo de discricionariedade (de Boer & Eshuis, 2018; Hupe, 2019; Lipsky, 2010; Maynard-Moody & Musheno, 2012; Raaphorst, 2018; Riccucci, 2005; Sager et al., 2014, 2020; Thomann, 2015), acreditamos que os burocratas de rua podem influenciar a forma como as instituições se adaptam e evoluem ao longo do tempo. No âmbito desta investigação, adotamos a terminologia predominante nos estudos da administração e gestão pública e na área das políticas públicas, que enfatiza a discricionariedade como a liberdade de atuação dos funcionários públicos — especialmente daqueles que atuam na posição de burocratas de rua (Evans & Hupe, 2020). Neste sentido, o amplo poder discricionário, característica comum às burocracias (Lipsky, 2010), pode ser concebido “como o exercício de julgamento e liberdade de agir dentro de limites controlados externamente” (Evans e Hupe, 2020:7).

A emissão de regras e orientações que regimentem a arena do jogo e o espectro de escolhas disponíveis dentro dos quais as decisões são tomadas procura traçar os limites dentro dos quais a discricionariedade pode ser exercida. Em boa verdade, embora exista alguma variação entre os grupos de profissionais, quase todos os aspetos do trabalho das burocracias de rua são definidos por regras e procedimentos (Maynard-Moody e Musheno, 2000). Esta é uma característica marcante da vida burocrática, mas a regulamentação por vezes é imprecisa ou ambígua, fornecendo apenas restrições fracas e parâmetros vagos em relação aos julgamentos de nível de rua (Lipsky, 2010; Maynard-Moody e Musheno, 2000).

A complexidade inerente aos seus papéis³³ implica que a discricionariedade que exercem não pode ser adequadamente substituída por regras rígidas, orientações ou diretrizes. A discricionariedade, portanto, permite-lhes interpretar essas regras de forma que se ajustem às situações concretas com que se deparam.

Para além da importância da discricionariedade na tomada de decisões complexas, outros afirmam que esta característica pode moldar o resultado das políticas. Como sugere Brodtkin (2020:63), é nas micropráticas discricionárias dos burocratas de rua que a metapolítica do Estado-Providência é indiretamente moldada. Num estudo anterior (2011), ao analisar a reforma do apoio social *Assistência Temporária a Famílias Necessitadas*, sob os

³³ Por exemplo, os polícias decidem que cidadãos deter e que comportamentos ignorar; os juízes decidem quem deve ter pena suspensa a quem deve ser aplicada a pena máxima; os professores decidem quem será suspenso e quem não e por aí adiante (Lipsky, 2010).

auspícios da Nova Gestão Pública, Brodtkin demonstrou que estes profissionais não respondem apenas a incentivos de desempenho e também utilizam o seu poder discricionário para ajustar as suas práticas informais. Isso resultou na aplicação de abordagens inovadoras, que respondiam aos objetivos da política de formas não previstas pelos formuladores. Especificamente, a autora concluiu que os trabalhadores de nível de rua (assistentes sociais e *caseworkers*) desenvolveram padrões informais de prática que refletiam um cálculo individual de custos e benefícios, levando a resultados que não são imediatamente capturados nas métricas de desempenho convencionais, o que coloca em evidência as limitações da Nova Gestão Pública na mensuração do sucesso ou insucesso de uma política. Esta capacidade de adaptação dos burocratas é essencial para entender como o trabalho de implementação de uma política é realizado na prática, indo muito além das intenções formais das políticas.

Um outro grupo de estudos procurou demonstrar que a capacidade dos burocratas de rua em exercer a discricionariedade nas suas funções permite-lhes implementar procedimentos operacionais-padrão que, embora não sejam frequentemente reconhecidos como inovações políticas, têm o potencial de alterar substancialmente os resultados das políticas (Arnold, 2021). Uma boa evidência desta afirmação encontra-se no estudo de Baez e Abolafia (2002) que ilustra como os burocratas de rua de uma agência estatal com foco em indivíduos com deficiências transformaram a política de habitação para este grupo de cidadãos. Originalmente, estas pessoas eram institucionalizadas, mas os *empreendedores burocráticos* introduziram mudanças significativas que levaram a que as casas comunitárias se tornassem a norma. A mudança descrita por Baez e Abolafia não foi imposta de cima para baixo. Pelo contrário, tratou-se de um processo emergente, que resultou da capacidade desses funcionários realizarem mudanças através da “construção de sentido” quando confrontados com pressões externas e internas. Este processo de interpretação e atribuição de significado às situações em que se encontravam resultou no desenvolvimento de uma compreensão coletiva sobre como responder a pressões externas. Ao longo do tempo, estes funcionários improvisaram soluções compartilhadas para problemas comuns e institucionalizaram uma política de habitação muito diferente da existente. Os empreendedores de políticas ao nível de rua podem ser inovadores no quotidiano das suas funções, adotando e moldando mudanças de forma prática e incremental, mesmo que inicialmente estejam apenas a lidar com meras tensões e restrições do contexto organizacional em que atuam.

Wihlborg e Iacobaeus (2023) analisaram a atuação dos burocratas de rua em dois contextos municipais na Suécia: daqueles que trabalham nos centros *Digidel*, - postos públicos de apoio digital, projetados especificamente para promover a inclusão digital - e daqueles que

trabalham em serviços de bem-estar convencionais, como os serviços de apoio social, onde a inclusão digital é apenas uma de várias atribuições. Os autores concluíram que o nível de discricionariedade e o ambiente organizacional têm um impacto significativo no desenvolvimento de práticas empreendedoras. Nos centros Digidel, os burocratas tinham maior liberdade de atuação, o que lhes permitia implementar soluções inovadoras e oferecer um apoio mais amplo aos seus *clientes*, como por exemplo, a impressão de formulários e o acesso aos seus registos médicos. Além disso, a estes profissionais fora-lhes atribuída uma variedade de atribuições e eram incentivados a colaborar com diversos atores, ao contrário dos serviços de bem-estar convencionais, que estavam limitados a nichos de serviços específicos. A flexibilidade organizacional dos centros Digidel facilitou comportamentos empreendedores, ao passo que as estruturas mais rígidas dos serviços tradicionais limitaram a inovação. O foco centrado no *cliente* dos centros Digidel possibilitou que os burocratas abordassem as necessidades mais amplas dos cidadãos e os *educassem* sobre o funcionamento dos serviços digitais, em contraste com a abordagem restrita dos serviços convencionais, que se concentrava em problemas específicos. O estudo conclui assim que o contexto em que os burocratas operam é crucial para a adoção de práticas empreendedoras e para apoiar iniciativas de inclusão digital, destacando que ambientes baseados em projetos, como estes centros, oferecem mais oportunidades para a criatividade e inovação. Contudo, em ambos os casos estudados, os entrevistados mencionaram vários exemplos de como as suas ações poderiam ter implicações no sistema e no design de serviços. Embora os autores tenham concluído que esses exemplos não envolvam diretamente a criação de políticas, como definido por Cohen e Aviram (2021), eles demonstram que “vão além da sua discricionariedade para alcançar os objetivos das políticas”. Dessa forma, Wihlborg e Iacobaeus concluíram que os trabalhadores dos centros Digidel se enquadram melhor na conceção de Arnold (2021) de empreendedores de políticas de nível de rua: investem bastante, adaptando os seus métodos de trabalho, utilizando redes de colaboração e procurando novas oportunidades, como a expansão de recursos através de pedidos de financiamento adicional.

Como se vê, a possibilidade de um burocrata de rua exercer o papel de empreendedor depende de determinadas circunstâncias institucionais, estabelecidas tanto por condições organizacionais como por condições relacionadas à política (Algotson & Svensson, 2021). Não especificamente focado na questão do empreendedorismo, Cohen (2018) elencou as condições organizacionais como um dos fatores que influenciam a tomada de decisão dos burocratas de rua, a par do ambiente externo e das características pessoais. As condições organizacionais incluem, como já abordámos acima, o nível de discricionariedade concedido aos funcionários,

as interações com os colegas, o impacto das atitudes e crenças dos pares, as normas subjetivas estabelecidas pelas chefias, a disponibilidade de recursos e incentivos organizacionais, os requisitos e restrições impostos pela gestão e a cultura organizacional.

O ambiente abrange as pressões externas que os burocratas de rua enfrentam além dos limites das suas organizações e podem surgir de diversas fontes, como mudanças sociais ou económicas. O exemplo que o autor utiliza para ilustrar este tipo de mudanças é o aumento da taxa de desemprego, que consequentemente pode aumentar a carga de trabalho dos assistentes sociais. Além disso, essas pressões podem decorrer da legislação, do sistema regulatório, interações com outros serviços estatais e ainda organizações não governamentais. O exercício de influência política sobre o comportamento burocrático, bem como o contexto político e cultural mais amplo, como a prevalência da ideologia neoliberal e o impacto das reformas da Nova Gestão Pública ou ainda os sinais recebidos dos cidadãos e o conteúdo específico das políticas conforme foram desenhadas são elementos que também integram esta categoria (Cohen, 2021). Parece-nos fundamental nesta categoria citar o estudo de Keiser (1999). A autora tinha como objetivo analisar como é que as características dos estados federais americanos afetavam a verificação dos critérios de elegibilidade ao *Social Security Disability Program* e, consequentemente fazer ilações sobre o uso da discricionariedade pelos burocratas de rua. Para tal, utilizou um modelo que incluía três fatores: o ambiente económico, o ambiente das tarefas dos requerentes e o ambiente político. O modelo utilizado pela autora explicou 78% das variações nas taxas de benefício por incapacidade nos cinquenta estados dos EUA. Relativamente ao ambiente económico, a autora verificou uma relação positiva entre a taxa de desemprego e o número de beneficiários; relativamente ao ambiente das tarefas, os estados com maior predominância do setor manufactureiro na atividade económica também tendiam a ter mais beneficiários; por fim, no que diz respeito ao ambiente político, estados com um maior número de parlamentares do Partido Democrata tendem a conceder mais este tipo de benefícios do que aqueles com mais parlamentares Republicanos. Por outro lado, variáveis como pressões fiscais sobre os orçamentos estaduais e o compromisso com o bem-estar social não demonstraram impacto significativo nas concessões do benefício, que no nosso estudo é equivalente à pensão de invalidez. Além disso, o estudo sugere que a presença de grupos de interesse, como advogados dos requerentes ou organizações de defesa destes cidadãos podem aumentar a taxa de benefícios concedidos. Na visão de Keiser (1999) os resultados do seu estudo confirmam que o uso da discricionariedade pelos burocratas de rua é influenciado tanto por valores profissionais como por pressões políticas. Como mencionámos, os estados com uma influência do Partido Democrata tendem a ser mais “permissivos” na concessão dos benefícios

por incapacidade. Isto suporta a ideia de que a implementação das políticas pode ser influenciada por dinâmicas políticas mesmo depois de a legislação ter sido aprovada e estar em vigor. Em termos de discricionariedade, os resultados sugerem ainda que os valores profissionais dos burocratas podem promover equidade ao ajustarem as suas decisões com base em fatores como a idade e o posto de trabalho. No entanto, sublinhamos que, na nossa visão, a forma como a autora desenhou o seu estudo apenas capta a discricionariedade de forma indireta.

Por fim, as características pessoais compreendem uma grande variedade de atributos individuais, como os valores, crenças, padrões, ideologia, preferências económicas influenciadas por incentivos, bem como interesses próprios. Neste domínio, o estudo de Tummers et al. (2009) dá-nos um excelente exemplo de como os valores e as crenças dos indivíduos podem afetar a implementação de políticas: quando em 2004 lhes foi solicitado que implementassem uma nova lei sobre incapacidade para o trabalho, cerca de 240 médicos holandeses, equivalentes aos peritos médicos do SVI, convocaram uma greve contra a nova lei e alguns deles optaram por abandonar as suas funções, uma vez que não conseguiam alinhar os seus valores profissionais com o conteúdo da política. De uma outra perspetiva, ou seja, focando-se já no próprio processo de tomada de decisão acerca da atribuição, por via de discussões em grupos focais na Bélgica, Países Baixos, Noruega e Eslovénia (n =9) e da aplicação de um questionário (n=60) a médicos que certificam a incapacidade para o trabalho, os autores descobriram que este grupo de profissionais chegou a conclusões comuns sobre a incapacidade do requerente, embora registassem variações nos graus de incapacidade a atribuir. Os argumentos e os fundamentos agrupados em cinco categorias de avaliação de incapacidade – o estado saúde do requerente, o processo de avaliação, a perspetiva de recuperação e reabilitação, os esforços do requerente para recuperar e retomar o trabalho, e a evidência médica - utilizados por estes atores refletiam interpretações individuais da incapacidade.

Por fim, e retomando novamente os aspetos organizacionais, não poderíamos deixar de destacar a questão dos recursos- tempo, humanos, financeiros e informação. A inadequação desses recursos em relação ao volume de trabalho é mais uma das características comum às burocracias de rua, afetando diretamente o trabalho destas organizações (Lipsky, 2010). A escassez de recursos aumenta a pressão dos burocratas de rua para tomarem decisões rápidas sobre os *clientes* e muitas vezes, processam casos com informações insuficientes ou inadequadas. Como temos vindo a ver até aqui, a interpretação burocrática formal da política não é aleatória: é antes de mais influenciada uma miríade de fatores, nas quais se incluem os recursos e os incentivos institucionais (Brodkin, 1997). Diante desta limitação de recursos e, por possuírem um grau relativamente elevado de discricionariedade, os burocratas de rua

tendem a desenvolver *coping mechanisms* (Lipksy, 1980:82). Entre esses mecanismos destacam-se: a) a identificação de padrões de ação baseados em estereótipos de forma a otimizar o uso do seu tempo e recursos; 2) alteração na percepção do seu próprio trabalho com o objetivo de tornar os seus objetivos mais compatíveis com os recursos disponíveis; e 3) alteração na percepção dos clientes, de forma a facilitar a obtenção de resultados positivos no seu trabalho (Lipksy, 1980, p. 82-83).

1.6 Argumento

Não seria honesto omitir aqui que o objetivo inicial desta dissertação era perceber quais os fatores político-institucionais da evolução dos pensionistas de invalidez em Portugal. No entanto, após uma leitura detalhada dos diplomas legislativos e depois de realizadas as primeiras entrevistas, surgiram questões sobre a viabilidade de operacionalizar um conceito de invalidez conforme formulado na legislação e sobre a sua forte estabilidade, bem como sobre a estabilidade da arquitetura e dos procedimentos de atuação do SVI.

Em consequência disto, o tema central deste trabalho, que utiliza a pensão de invalidez como laboratório de análise para estudar a mudança e a inércia das políticas públicas, é a atuação dos peritos médicos do SVI enquanto possíveis agentes de mudança. Classificamos este grupo de entrevistados como burocratas de rua, uma vez que interagem diretamente com os cidadãos, desempenhando uma posição de mediação indireta entre estes e o Estado e que, no seguimento desse contacto, tomam decisões que têm impacto na vida dos cidadãos (Lipksy, 2010; Zacka, 2017). No caso em apreço, eles são determinantes no processo de atribuição da pensão (Soderberg et al 2003, Slebus et al, 2007). Além disso, os peritos médicos, tal como prevê a literatura sobre burocratas de rua, estão na base da pirâmide das organizações hierárquicas e, como se verá, possuem uma margem significativa de discricionariedade. Ainda que em menor escala, esta tese demonstrará ainda a importância da atuação da burocracia ministerial para momentos de mudança institucional que, como mostraremos, teve um papel fundamental na criação do SVI.

Como demonstrámos anteriormente, os empreendedores de políticas são indivíduos que se destacam no processo político por investirem mais tempo, energia e recursos do que a maioria dos outros atores, de forma a atingir determinados objetivos políticos. Para isso, estes atores recorrem a uma variedade de abordagens proativas e, por vezes, arriscadas como a criação de coligações políticas de apoio e a divulgação de informações estratégicas para influenciar os decisores (Kingdon, 1984; Arnold, 2021). Além disto, as investigações em torno dos

empreendedores políticos focam-se na adoção e implementação de inovações ao nível legislativo, ainda que não necessariamente originais (Walker, 1969; Mintrom, 1997, 2000 citados em Arnold, 2020). Em contraste, os burocratas de rua são tradicionalmente retratados de uma forma que os coloca longe do papel de empreendedores. Os economistas têm demonstrado a sua falta de adaptabilidade, a forma como procedem à alocação ineficiente de recursos e a tendência a expandir-se além do tamanho ideal; os cientistas políticos, sociólogos e antropólogos têm criticado o seu viés a favor das elites, a sua resistência à mudança, a sua capacidade de usurpar os poderes daqueles oficialmente eleitos e a sua tendência a serem capturados por interesses especiais ou a forma como ignoram, alienam ou mesmo degradam a sua classe, bem como os cidadãos que deviam servir, tendo demonstrado que o próprio encontro burocrático — o momento em que os cidadãos contactam com os serviços públicos — pode ser humilhante, desmoralizante e paternalista; que pode contribuir para reforçar distinções de status; e que pode desencorajar os cidadãos de serem participantes ativos na vida política (ver, para todos, Zacka 2017).

As teorias clássicas sugerem ainda que esses funcionários enfrentam múltiplos desafios, como mandatos conflitantes com os dos seus superiores, exigências dos cidadãos e limitações de tempo e recursos (Pressman e Wildavsky, 1973; Weatherley e Lipsky, 1977; Hupe e Hill, 2007). Estas perspetivas sugerem que a pressão contínua do quotidiano “impele-os a desenvolver heurísticas — mecanismos que utilizam os recursos disponíveis ao invés de procurar novas formas de ação ou inovação” (Arnold, 2020:440). No entanto, vimos que um conjunto de literatura demonstra que é possível que os burocratas de rua atuem como empreendedores. Bons exemplos que referimos acima foram os estudos de Baez e Abolafia (2002), que demonstram que os empreendedores burocráticos de rua podem provocar mudanças institucionais profundas e o de Arnold (2015) que os classifica como agentes da administração pública que desenvolvem ou adotam inovações políticas para melhorar os processos que implementam e garantir que essas inovações sejam incorporadas no trabalho diário dos seus colegas. Durose (2011), por sua vez, demonstrou que os funcionários ao nível local que prestam serviços nos bairros no Reino Unido reinterpretam as regras governamentais de forma a responder às necessidades concretas, adaptando e ajustando as políticas às realidades locais. Em consonância com os princípios defendidos por esta literatura, argumentamos que os peritos médicos atuam como empreendedores de políticas, adaptando o conceito de invalidez e promovendo adaptações no processo de certificação da incapacidade para o trabalho que eles consideraram tornar o sistema mais eficaz, mas também mais *justo*.

Uma vez que defendemos que nem toda a mudança tem de estar codificada, a nossa hipótese central é a de que existe mudança invisível que não se materializa em alteração legislativa. Os critérios de acesso à prestação social e o SVI são transformados por práticas institucionais que só são visíveis no exercício dos organismos que intervêm neste campo de política, sendo a mudança provocada por fontes endógenas – pelos executores da política. Esta mudança ao nível da execução, promovida pelos burocratas ministeriais e pelos peritos do SVI, resulta numa transformação subtil da natureza da política, evidenciando que a mudança institucional é um processo contínuo e dinâmico que ocorre através de ajustes e adaptações nas práticas organizacionais dos diversos organismos envolvidos na certificação da invalidez. Pode não existir uma mudança direta na pensão de invalidez, mas existe mudança na sua execução, o que por sua vez transforma a natureza dos critérios de acesso à proteção.

Esta tese propõe, verificando-os, três mecanismos causais entre execução/implementação e mudança da natureza da política: 1) a insularidade relativa desta tecnocracia, cujos escalões mais altos (assessores técnicos de coordenação e membros do Conselho Médico) apresentam uma característica verdadeiramente excecional – eles desempenham, simultaneamente, o papel de burocratas de rua, no sentido clássico do termo, e de elite técnica superior. Devido à natureza profundamente técnica da certificação da invalidez, os decisores políticos têm dificuldade em dialogar de igual para igual, o que permite que a mudança seja impulsionada pelos peritos do SVI através das suas práticas. Além disso, 2) as características genéticas e normativas do conceito de invalidez conferem-lhe um caráter ambíguo que consequentemente atribui aos peritos médicos do SVI um elevado grau de discricionariedade. Esta característica institucional permite-lhes interpretar e adaptar a sua atuação de acordo com valores idiossincráticos sobre o que deve constituir a proteção na invalidez, resultando em adaptações que não encontram respaldo direto na legislação. Por exemplo, embora possa contrariar a expectativa dos cidadãos, alguns dos peritos médicos do SVI acreditam que o trabalho pode representar uma forma de bem-estar na sociedade, o que pode levá-los a negar um pedido de pensão em casos de incapacidade considerados menos graves. Embora admitam a possibilidade de erro, a verdadeira falha, no seu entender, reside na falta de investimento do Estado e dos empregadores no desenvolvimento de um sistema eficaz de reabilitação e reintegração profissional. Tentaremos mostrar ainda que 3) um ambiente institucional aberto e não delimitado por instrumentos classificativos ao nível da certificação de invalidez favorece a inovação institucional e uma adaptação nas práticas de certificação.

CAPÍTULO 2

Metodologia e desenho da pesquisa

2.1 Período de análise

Apesar de o modelo previdencial concretizado pelo Estado Novo, que tinha como base a figura dos seguros sociais, ter sido marcado pela sua “incipiência e incompletude, quer no plano material (v.g. prestações a conceder), quer no plano pessoal (v.g. categorias de trabalhadores abrangidos por esquemas de seguro)” (Cabral e Rodrigues, 2017:24; ver tb. Hespanha, 2000), a nossa análise parte de dois diplomas da década de 60. Esses diplomas integram a denominada Reforma da Previdência Social de 62, o projeto legislativo mais relevante neste domínio que marca o início da convergência com os Estado-Providência europeus (Carolo, 2006). Esta opção decorre ainda do facto de “aquando da transição para a democracia, ao contrário de outras áreas de política, a segurança social manteve princípios organizadores anteriores”, (Ferreira, et al: 2016) revelando-se fundamental regressar ao passado para melhor compreender a trajetória das duas políticas³⁴. A Lei n.º 2115, de 23 de junho de 1962 e o Decreto-Lei n.º 45266, de 23 de setembro de 1963³⁵ são os pontos de partida para a análise das mudanças que ocorreram na pensão de invalidez e como se verá, de alguma forma também no SVIP. A nossa análise prolonga-se até ao ano de 2018, ano para o qual as instituições oficiais dispunham de dados quantitativos atualizados à data do nosso pedido. Ao longo da dissertação, optámos por utilizar esses dados de forma parcimoniosa e quando estritamente necessário, uma vez que o grosso desta investigação é ancorada em informações de carácter qualitativo. Os dados estatísticos foram fornecidos pelo Centro Nacional de Pensões, através da Unidade de Planeamento e Controlo de Gestão do Gabinete de Planeamento e Estratégia do Instituto da Segurança Social. Esses dados não coincidem com o início do nosso período de análise, uma vez que “por força

³⁴ Contudo, é pertinente sublinhar que as origens do Estado-Providência em Portugal remontam ao período anterior ao Estado Novo: durante a Monarquia é criada a Repartição de Beneficência e o Conselho Superior de Beneficência Pública e, durante a I República, em 1919, é promulgada a legislação dos Seguros Sociais Obrigatórios na doença, acidentes de trabalho e nas pensões de invalidez, velhice e sobrevivência, ainda que só efetivados por via da legislação corporativa de 1933 e 1935. O seguro social obrigatório contra a invalidez surge na legislação de 1919, especificamente no Decreto n.º 5638.

³⁵ Até 01 de janeiro de 1994, o regime de proteção social na invalidez e velhice foi regulado por legislação de 1963, à qual o legislador foi introduzido múltiplas modificações pontuais e sem revisão da legislação de base. Esta prática resultou numa “proliferação de diplomas e despachos que tornaram difícil a aplicação do regime.” (Cardigos, 1993:1).

do histórico de migração de dados e carregamento da aplicação ora em uso³⁶, só existiam dados válidos e disponíveis para algumas matérias a partir de 2000 ou de anos subsequentes. Esta limitação reforça ainda mais a nossa preferência na utilização de dados qualitativos, que foram recolhidos através da análise legislativa, documentação de arquivo e entrevistas.

2.2 Recolha de dados

A abordagem escolhida para esta tese só podia ser operacionalizada através de um método de investigação qualitativo: análise de fontes primárias impressas e de arquivo triangulada com entrevistas. A conciliação das duas técnicas de recolha de dados garantiu coerência lógica ao trabalho, tendo sido desenvolvidas de forma progressiva e, por vezes, em simultâneo: ou seja, por vezes fizemos descobertas nas entrevistas e nos arquivos que nos levaram a ficar mais alertas na análise legislativa e vice-versa. Termos optado pelo método qualitativo relevou-se bastante satisfatório, pois permitiu capturar aspetos essenciais do processo de implementação e da tomada de decisão na avaliação da incapacidade para o trabalho - algo que não seria obviamente viável através de uma metodologia quantitativa.

2.2.1 Análise legislativa

A recolha de documentação primária orientou-se num primeiro momento pelo objetivo de captar os processos de mudança ou não mudança nos critérios de elegibilidade da pensão de invalidez, bem como no processo de certificação da incapacidade para o trabalho. Assim, em primeiro lugar, procedeu-se a uma reconstrução histórico-legislativa, na medida em que são as normas legais e os atos regulamentares que representam as decisões de mudança ou manutenção do *status quo* por parte dos decisores políticos, incluindo membros do executivo e do parlamento. Reuniu-se uma vasta coleção de atos publicados em Diário da República, Série I e Série II, entre 1962 e 2017 –, Leis, Decretos-Lei, Decretos-Regulamentares, Portarias e Despachos. No total, a base legislativa resultou num conjunto de 52 diplomas, elencados no anexo I, de forma a orientar a leitura dos capítulos. Abaixo enumeram-se os três diplomas que estavam em vigor à data de redação deste trabalho e que mais relevam para este estudo:

- Decreto-Lei n.º 360/97, de 17 de dezembro com alterações através do Decreto-Lei n.º 377/2007, de 9 de novembro, que procede à definição do sistema de verificação de incapacidades (SVI), no âmbito da segurança social.

³⁶ Email da Unidade de Planeamento e Controlo de Gestão do Gabinete de Planeamento e Estratégia do Instituto da Segurança Social, de 27 de março de 2019.

- Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio, que aprova o regime de proteção nas eventualidades invalidez e velhice dos beneficiários do regime geral de segurança social.
- Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto, que aprova o regime de proteção especial na invalidez.

2.2.2 Recolha e análise de documentação em arquivo

A recolha de documentação arquivística é essencial para reconstituir o processo de implementação da prestação em estudo, especificamente o seu método de atribuição através do SVIP. Neste domínio, é de destacar o acervo documental do arquivo da Secretaria-Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e Segurança Social, a documentação consultada na biblioteca do Gabinete de Estratégia e Planeamento do mesmo ministério e no Núcleo de Documentação e Divulgação da Direção-Geral da Segurança Social.

A correspondência oficial entre direções-gerais e gabinetes governamentais, entre burocratas ao nível de rua (médicos e peritos médicos) e os relatórios de grupos de trabalho a que tivemos acesso nestas bases documentais permitiram obter dados relevantes para compreender as ideias e o contexto que, por um lado, promoveram algumas das transformações legislativas que parecem pouco significativas ou que, por outro lado, contribuíram para a reprodução institucional. Em última instância, eles permitem reconstruir os processos de mudança e de implementação da perspectiva dos diferentes atores envolvidos. Mais importante ainda: esta recolha permitiu consolidar o argumento de que aqueles que trabalham no terreno adotam soluções, moldando a política em resposta a obstáculos como a ausência de recursos, contextos organizacionais menos favoráveis ou à ambiguidade legislativa. Acreditamos que estes obstáculos, em particular, as ambiguidades na redação da legislação contribuem para mudanças adaptativas, visto que cria alguma margem para o arbítrio: basta dizer, para já, que os burocratas de rua escolhem a forma de interpretação e aplicação do conceito de invalidez. De forma a validar e aumentar a confiabilidade na precisão interpretativa que fazemos dos documentos, ao longo do texto são fornecidas reproduções dos mesmos, por vezes extensas, mas essenciais (Yin, 1980).

2.2.3 Entrevistas

Paralelamente à recolha de documentação em arquivo, realizámos entrevistas individuais, de modo a compreender as perspetivas dos diferentes atores sobre a pensão de invalidez e sobre o SVI. Entrevistámos dois/duas decisores(as) políticos(as) com competências nestas matérias e um(a) burocrata ministerial que contribuiu para a criação do SVIP. Dado que o foco deste trabalho é a fase de implementação, os atores privilegiados para a aplicação desta técnica de investigação foram os peritos médicos do SVI. No total, foram entrevistados 15 peritos médicos e mais um(a) membro do Conselho Médico.

As entrevistas aos peritos tiveram como principal objetivo entender como é que eles se auto-representam e posicionam no desempenho das suas funções; o seu entendimento relativamente à dicotomia objetividade-subjetividade na decisão de atribuição ou não da pensão; os instrumentos a que recorrem no exercício de certificação e os retratos que fazem da evolução da pensão e do sistema onde se movimentam. Já as entrevistas aos decisores procuraram perceber as suas perceções sobre a evolução da pensão de invalidez e quanto ao papel do SVI na sua operacionalização. Por fim, a entrevista ao(à) burocrata ministerial teve como objetivo contribuir para a reconstituição das origens do SVI e do ideal de proteção na invalidez então em voga.

No anexo IV é possível consultar os guiões das entrevistas, que foram semiestruturadas. Em relação aos peritos do SVI, existiu uma preocupação em proporcionar-lhes espaço de fala, auscultando atentamente exemplos e histórias que representam a sua prática enquanto peritos médicos e burocratas de rua. Este cuidado permitiu, em simultâneo, revelar informação que refletia as suas crenças e formação e a forma como eles as aplicam no desempenho da sua função (Kelly, 1994:121). Além disso, as histórias e exemplos mencionados por estes peritos foram ao “mesmo tempo um microscópio para examinar detalhes minuciosos e explorar o horizonte intelectual em busca de temas e padrões” (Maynard-Moody e Musheno, 2006: 26).

As questões colocadas, que versavam temas como instrumentos de avaliação e ambiguidade do conceito de invalidez, a adoção de uma posição mais ou menos defensiva em relação aos requerentes, o desenvolvimento de simplificação ou atalhos para a tomada de decisão e as visões sobre a arquitetura institucional do sistema não foram especificamente desenhadas para confirmar a existência de divergência entre a legislação e a implementação ou a existência de mudança invisível, subtil ou adaptativa, como assim a designamos: esse objetivo surgiu à medida que o objeto de estudo se foi revelando por via das entrevistas. Explorar os temas desta forma pareceu-nos apropriado, uma vez que os dados recolhidos através desta

técnica não foram a única fonte de evidência sobre o processo de implementação. Pelo contrário: complementam informações de natureza primária que encontrámos nos arquivos. O objeto desta tese foi sendo, desta forma, co-constituído.

Por fim, relativamente a este ponto, destacamos a forma como optámos por utilizar os dados recolhidos nas entrevistas. Decidimos não nos coibir na utilização de excertos, por vezes longos, para que os temas abordados possam “ser ouvidos na primeira pessoa”: Mais uma vez, sublinhamos que revelar as palavras dos entrevistados, com as suas hesitações, repetições e interjeições, ao invés de apenas interpretá-las confere força ao nosso argumento.

2.2.4 Processo de seleção dos entrevistados e formato de realização das entrevistas

O SVI em 2018 contava com a prestação de serviços de cerca de 280³⁷ peritos médicos, que são contratados pelos centros distritais de segurança social em modalidade de avença e, por isso, não fazem parte do quadro de trabalhadores permanentes. Assim, um número significativo de peritos médicos e o regime de contratação, que poderá implicar um fenómeno de *turnover* com algum significado – entrada e saída de médicos peritos do sistema – justificou a aplicação do método de entrevista apenas a peritos médicos com funções de coordenação. Ademais, por esta razão é impossível definir um número absoluto de números médicos a trabalhar no sistema.

Cada centro distrital de segurança social conta com um Assessor Técnico de Coordenação (ATC), que tem assento no Conselho Médico, órgão consultivo para questões de natureza médico-funcional no âmbito do SVI. Num universo de 18 ATCs, a nossa amostra contempla 11 e mais um membro do Conselho Médico que não é ATC. A amostra foi obtida através de contactos efetuados com o Gabinete de Planeamento e Estratégia do Instituto de Segurança Social e com a Presidente do Conselho Médico. Houve ainda ATCs que forneceram os contactos de outros colegas. Nos casos em que não foi possível obter o contacto por esta via, o centro distrital de segurança social foi contactado diretamente via email, solicitando um pedido de entrevista ao respetivo ATC. Não obtivemos resposta de cinco centros distritais e um deles recusou-se a responder à entrevista.

Foi ainda possível entrevistar quatro peritos médicos sem função de coordenação apontados como excelentes peritos pelos respetivos ATCs, bem como a Presidente do Conselho Médico, cuja formação é na área do direito.

³⁷ Este dado foi fornecido por email, pelo Gabinete de Planeamento e Estratégia do Instituto de Segurança Social.

Após a análise das atas do Conselho Médico e alguma pesquisa documental, concluímos que a grande maioria dos ATCs desempenha o cargo há tempo suficiente para nos fornecer uma visão abrangente da evolução do sistema e da forma e critérios da certificação da pensão de invalidez, prestação para a qual o sistema foi originalmente criado. Ao tempo enquanto coordenadores, importa adicionar o tempo acumulado como peritos médicos no sistema. Veja-se o caso dos entrevistados 6, 7, 10 e 15 que iniciaram funções no SVI em 1988, ano de início do seu funcionamento. Isto torna-os portadores de memória institucional longa o suficiente (quadro 2) para os objetivos desta tese. Além de terem sido peritos médicos no passado, os ATCs entrevistados continuam a exercer a função de peritagem no dia-a-dia, não se limitando a coordenar o trabalho do centro.

De forma a não possibilitar a associação do entrevistado ao centro distrital no qual é ATC ou perito ou ao cargo político que desempenhou, foi atribuído um código e uma sigla a cada um dos entrevistados:

- ECM – significa entrevistado com assento no Conselho Médico.
- EPM – significa entrevistado perito médico sem assento no Conselho Médico.
- ED – entrevistado com competências de decisão ao nível político.
- EB- entrevistado com competências ao nível da burocracia ministerial.

Quadro 2: Entrevistados e siglas de anonimização

Codificação	Plano	Sigla	Início de funções no SVI ou no Conselho Médico
Entrevistado(a) 1	Membro do Conselho Médico	ECM1	Sem informação
Entrevistado(a) 2	Membro do Conselho Médico	ECM2	Década de 90
Entrevistado(a) 3	Membro do Conselho Médico	ECM3	1990
Entrevistado(a) 4	Membro do Conselho Médico	ECM4	Sem informação
Entrevistado(a) 5	Membro do Conselho Médico	ECMC5	Década de 90
Entrevistado(a) 6	Membro do Conselho Médico	ECM6	1988
Entrevistado(a) 7	Membro do Conselho Médico	ECM7	02 de janeiro de 1988
Entrevistado(a) 8	Membro do Conselho Médico	ECM8	1997
Entrevistado(a) 9	Perito Médico com funções de coordenação	EPM9	2018
Entrevistado(a) 10	Perito(a) Médico(a) com funções de coordenação	EPM10	1988
Entrevistado(a) 11	Perito Médico(a)	EPM11	2018
Entrevistado (a) 12	Perito Médico(a)	EPM12	2003-2016

Entrevistado(a) 13	Membro do Conselho Médico	ECM13	28 de abril de 1989
Entrevistado(a) 14	Membro do Conselho Médico	ECM14	1991
Entrevistado(a) 15	Membro do Conselho Médico	ECM15	1988 (com interrupções)
Entrevistado(a) 16	Membro do Conselho Médico	ECM16	1987
Entrevistado(a) 17	Decisor(a) Político	ED1	n/a
Entrevistado(a) 18	Decisor(a) Política	ED2	n/a
Entrevistado(a) 20	Burocrata Ministerial (Trabalhador(a) em funções públicas)	EB	n/a

Fonte: Elaboração própria

À exceção de três entrevistas, todas foram realizadas via vídeo-teleconferência através das plataformas Microsoft Teams ou Colibri Zoom. Este método facilitou bastante o processo de recolha de informação, já que as áreas de residência e de trabalho dos entrevistados englobaram vários pontos do país. Felizmente, podemos afirmar que no processo de recolha de informação nenhum dos entrevistados revelou resistência em partilhar informação, o que tornou esta investigação ainda mais rica. Toda a informação foi recolhida e tratada de forma anónima pela autora deste trabalho, estando apenas disponível e acessível a esta e estritamente para os fins da presente investigação, de acordo com a declaração de consentimento informado assinada pelos(as) entrevistados(as).

2.3 Notas metodológicas adicionais

O Sistema de Verificação de Incapacidades Permanentes (SVIP) foi originalmente concebido para efeitos de enquadramento dos requerentes nas condições legalmente previstas de abertura do direito às prestações pecuniárias dos regimes de segurança social. Inicialmente certificava apenas o acesso à pensão de invalidez e consequentemente de grande invalidez.

Em 1997 altera a sua designação para Sistema de Verificação de Incapacidades (SVI), uma vez que passa a ser composto pelo Sistema de Verificação de Incapacidades Temporárias – criado em 1992, pelo Decreto-Lei n.º 236/92, de 27 de outubro e que avaliava a incapacidade temporária para o trabalho dos beneficiários que se encontram com baixa clínica e a receber subsídio de doença – e pelo Sistema de Verificação de Incapacidades Permanentes. Até 1997, estes serviços estavam regulados em diplomas autónomos e funcionavam independentemente um do outro. O Decreto-Lei n.º 360/97 procedeu à integração dos dois num único diploma, de forma a garantir a unidade da avaliação das incapacidades e atualmente os peritos médicos

exercem funções de certificação tanto ao nível das incapacidades temporárias, como ao nível das incapacidades permanentes. O mesmo se passa com os assessores técnicos de coordenação, que têm competências de coordenação em ambas as áreas. Portanto, é comum encontrar em algumas secções da tese referências apenas a SVI ao invés de SVIP, bem como pelos entrevistados. Contudo, sublinhamos que o nosso foco de análise é na criação inicial do SVIP e no processo de certificação da incapacidade permanente para o trabalho, e, portanto, na atribuição de pensão de invalidez.

Verificámos ainda que os diferentes diplomas intercalam a designação entre sistema e serviço de verificação, sem qualquer justificação. A título de exemplo, o Decreto Regulamentar n.º 57/87, de 11 de agosto utiliza sempre a terminologia sistema, mas no n.º 5 do art.º 31.º designa-o como serviço. Os próprios documentos oficiais, como por exemplo do ISS, fazem o mesmo, utilizando por vezes a expressão serviço³⁸. Por uma questão de uniformidade, optámos por utilizar sempre a terminologia sistema, que é a mais utilizada ao longo do Decreto-Lei n.º 360/97 que, como já mencionado, estava em vigor na fase de redação desta tese. Dizemos que estava em vigor, porque no dia 5 de janeiro de 2024 foi publicado em Diário da República o Decreto-Lei n.º 8/2024, que altera o sistema de verificação de incapacidades.

2.4 Limitações da investigação

Em termos metodológicos, o nosso trabalho enquadra-se num estudo de caso, pelo que as ilações daqui retiradas, embora válidas no âmbito desta investigação, não devem ser diretamente extrapoláveis para outra área de política. Como já explicado, a pensão de invalidez foi utilizada como laboratório para testar o papel dos burocratas de rua em processos de inércia ou de mudança institucional. Assim, para podermos extrapolar as nossas conclusões teria sido essencial proceder a uma comparação sistemática com outra área de política. Uma abordagem deste tipo teria possibilitado verificar se as condições institucionais que promovem a inovação institucional pelos burocratas de rua se mantêm consistentes em diferentes contextos político-institucionais.

Outra limitação deste estudo reside no fraco estabelecimento de relações entre os dados quantitativos e os dados qualitativos recolhidos. Seria interessante – e importante – explorar, por exemplo, de forma mais detalhada como é que os processo de tomada de decisão em

³⁸ Ver por exemplo, os seguintes guias: [5fa47eed-12a2-400f-88e4-34072a1e5526 \(seg-social.pt\)](#); [3aa2cb7d-b3f6-406c-b07c-2457fdb23ef \(seg-social.pt\)](#).

diferentes centros distritais influenciam as taxas de deferimento dos requerimentos de pensão de invalidez. No entanto, sublinhamos que esse tipo de análise foi dificultado pela disponibilidade limitada de indicadores específicos, como os números relacionados às taxas de deferimento que, devido à migração de dados, só estavam disponíveis a partir de 2008.

Como se verá adiante, os peritos médicos do SVI têm como função certificar a incapacidade para o trabalho, não tendo de desempenhar qualquer papel no âmbito das políticas de reabilitação. Contudo, as conclusões relativas à fraca articulação entre a vertente passiva da pensão de invalidez e a vertente ativa – políticas de reabilitação – baseiam-se exclusivamente na análise dos documentos de arquivo e nas entrevistas que foram realizadas aos peritos, aos decisores políticos e a um funcionário com funções ao nível ministerial na época da criação do SVIP. Assim, teria sido importante incluir as perspetivas de representantes do Instituto de Emprego e Formação Profissional para obtermos uma visão mais abrangente e equilibrada do nosso objeto de estudo. Apesar dos esforços empreendidos, que incluíram investigação e alguns contactos preliminares, revelou-se inviável ouvir o lado do IEF: o ex-responsável principal pelos peritos médicos do trabalho, que identificámos através das atas de reuniões do Conselho Médico do Instituto de Segurança Social – o Dr. ° Francisco Fagulha – já faleceu, o que limitou as possibilidades de aprofundamento desta vertente do estudo³⁹. Contudo, parece-nos que a informação obtida em arquivo colmata parcialmente essa lacuna, complementada pelo facto de um(a) dos (as) peritos médicos entrevistados (ECM7) ter também desempenhado funções como perito médico do trabalho do IEF.

Também no domínio da relação entre atores, poder-se-ia aprofundar a análise da interação entre a burocracia de rua e a burocracia ministerial, em particular para verificar qual o seu impacto na regulamentação e supervisão da autonomia dos peritos médicos do SVI. Embora aqui abordada, como não poderia deixar de ser, um conjunto de fatores metodológicos tornou uma aferição mais elaborada desta questão impossível. Primeiro, ainda que fosse possível questionar diretamente os entrevistados acerca dessa relação, e que as respostas pudessem ser trianguladas com análise documental, a verdade é que o melindre de que, neste domínio em que o que está em causa é evidentemente a prevalência de critérios *objetivos* (porque supostamente científicos) de acesso à pensão, se revestiria uma questão assim formulada poderia inquinar todo o processo de entrevista. Este risco, que poderia ser assumido, era demasiado grande para uma investigação que poderia abordar a matéria de uma outra forma,

³⁹ De sublinhar que chegámos a ter uma entrevista agendada como um(a) perito médico do trabalho do IEF, que foi identificado(a) a partir dos programas do Encontro Nacional do SVI. No entanto, o(a) entrevistado não compareceu.

a nosso ver, mais interessante e menos apontada a uma lógica de atribuição de responsabilidades que não é inteiramente compaginável com a abordagem neo-institucionalista e os seus pressupostos ontológicos: muitas vezes, a estratégia seguida pelos atores decorre menos de um cálculo racional puro do que de um ‘deixar correr’ sistémico. E é justamente isto que o nosso capítulo 8 acaba por demonstrar. A ausência de uma reforma de grande magnitude nesta área de política é, de si, reveladora de um outro modo de atuação: um em que a avidez pela medicalização do sistema e as operações concretas ao nível da implementação, estruturalmente, trabalham para manter esta política pública numa rota desejada pelos governantes. Quando assim não aconteceu e efetivamente se tentou tocar na matéria num contexto político muito especial – o da crise das dívidas soberanas – o ecossistema da política respondeu de forma conservadora. Além disso, ao longo das entrevistas – numas mais que noutras – sempre que foi suscitada a questão da interferência da tutela ela foi-o voluntariamente pelos entrevistados, negando-a. O que não significa, sem dúvida, que nunca existiu; mas sinaliza a posição pericial ou política que os entrevistados preferem destacar: a da defesa da autonomia e da objetividade.

Variáveis como a idade ou o género também podem influenciar diretamente a atuação dos burocratas de rua. No entanto, por questões de manutenção do anonimato, optou-se por não caracterizar sociodemograficamente os(as) entrevistados(as) nem ter em conta a relevância dessas variáveis. Embora isto possa levar a que se subvalorize a influência de variáveis importantes, havia que sopesar as vantagens do anonimato e as limitações que ele impunha. Tratando-se de uma amostra não-representativa dos burocratas de rua do SVI, orientada para captar as perceções e atitudes da quase totalidade do universo de ATCs – a franja superior deste sistema –, a recolha de dados sociodemográficos perde relevância. Onde a recolha se imporia era num estudo do universo dos peritos médicos do SVI ou de uma amostragem representativa desse universo, algo que está fora do âmbito deste trabalho.

Por fim, é importante reconhecer a minha posição enquanto potencial fonte de viés, reforçando assim a transparência da investigação. Antes de iniciar esta pesquisa, desempenhei funções profissionais no setor público, que incluíram, entre outras responsabilidades, a análise de critérios de elegibilidade para o financiamento de projetos e, por fim, tornei-me trabalhadora em funções públicas. Esta trajetória profissional em que procurei sempre ler a legislação e aplicá-la de uma forma abrangente e positiva para os beneficiários das políticas pode, em certa medida, ter influenciado a nossa perspetiva sobre a implementação de políticas públicas. Apesar disto, esta tese resulta de um esforço profundamente rigoroso para minimizar qualquer traço de subjetividade, mantendo-a fundamentada em critérios objetivos e ancorada nos dados recolhidos.

CAPÍTULO 3

A pensão de invalidez – dinâmicas de mudança e continuidade

O embrião do Estado-Providência em Portugal remonta a 1919, através da promulgação do sistema de seguros sociais obrigatórios. Este sistema abrangia, a par de outras eventualidades como a doença, velhice e a sobrevivência, a proteção social na eventualidade de invalidez⁴⁰. Previam-se que este modelo de seguros fosse gerido pelo Estado através do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral (ISSOPG)⁴¹, em articulação com a iniciativa privada e que as contribuições fossem repartidas entre o patronato e os beneficiários. Uma inflação desenfreada associada a uma insuficiente vontade política viria a condenar este modelo de seguros ao fracasso.

Quando em 1928, António Oliveira Salazar tomou posse do Ministério das Finanças, que tutelava desde 1925 o ISSOPG⁴², a aplicação dos diplomas que regulavam os seguros sociais foi suspensa por serem considerados excessivamente estatizantes e por não serem bem recebidos pelas companhias de seguros⁴³. A lógica de seguro social acabou por ser integrada no modelo corporativo do Estado Novo, perdendo, no entanto, a sua “articulação com a concepção democrática da evolução social que estava na sua origem” (Pereira, 2017:28). Deste modo, neste período, procedeu-se à institucionalização da previdência corporativa e das caixas sindicais de previdência⁴⁴, ao mesmo tempo que se abafou tanto a lógica de seguro social obrigatório, devido à sua inspiração socialista, como os princípios do mutualismo associativo devido à sua conexão popular e obreirista (Garrido, 2017).

O modelo previdencial do Estado Novo viria a ser um sistema imperfeito e não universal, marcado pela sua “incipiência e incompletude, quer no plano material (v.g. prestações a conceder), quer no plano pessoal (v.g. categorias de trabalhadores abrangidos por

⁴⁰ Na legislação de 1919, o seguro social obrigatório contra a invalidez estava previsto no Decreto n.º 5638.

⁴¹ A administração geral do sistema de seguros sociais era feita através deste instituto, criado a 24 de maio de 1919, e que integrou a já existente Direcção-Geral de Previdência, a Direcção-Geral da Assistência e as direcções gerais referentes à Mutualidade e a Direcção dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

⁴² Originalmente tutelado pelo Ministério do Trabalho.

⁴³ Para saber mais sobre a introdução do seguro obrigatório e sobre a mudança de atitudes do Estado e da sociedade em relação à previdência, ler entre outros, Pereira, Miriam Halpern (2017). “As Origens do Estado Providência em Portugal: As Novas Fronteiras entre Público e Privado” em *Cadernos Sociedade e Trabalho: Cem Anos de Políticas Sociais e do Trabalho*, 20. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Lisboa

⁴⁴ Cujo regulamento geral foi decretado em outubro de 1935 após a promulgação de Lei de bases – Lei n.º 1884, de 1935.

esquemas de seguro)” (Cabral & Rodrigues, 2017:24) e funcionava segundo uma lógica intra-profissional de base corporativa.

Apesar dessa incipiência e deficiência, a invalidez, considerada um risco clássico, continuou durante o período do Estado Novo a ser coberta, nomeadamente para os trabalhadores do comércio, indústria e serviços, ao contrário de outros riscos como os acidentes de trabalho e as doenças profissionais que não eram cobertos através da previdência corporativa (Garrido, 2017). A proteção deste risco mediante uma prestação, que como já vimos assume a forma de uma pensão, perdura até aos dias de hoje.

A pensão de invalidez integrou, assim, desde cedo o sistema de proteção social português. Trata-se de uma prestação pecuniária mensal, atribuída aos beneficiários que estão permanentemente incapacitados para o trabalho, cuja causa não seja de origem profissional, e pode ser complementada com outras prestações. A sua principal função é dar resposta à parte económica do risco, ou seja, à perda de salário. Atualmente ela pode ser requerida por trabalhadores por conta de outrem, por conta própria, trabalhadores independentes, membros de órgãos estatutários de pessoas coletivas, tais como diretores, gerentes e administradores e por beneficiários do Seguro Social Voluntário. No entanto, como referimos na introdução deste trabalho, esta análise cinge-se ao regime geral dos trabalhadores por conta de outrem.

Feita esta breve resenha histórica, neste capítulo, procuraremos escarpelizar a evolução seguida por esta prestação social, entre 1962 e 2018, procedendo-se a uma leitura descritiva dos diplomas legais que ao longo do tempo a regeram. Ressaltamos que este é um capítulo dedicado a identificar tendências de mudança e não a explorar os fatores que as desencadearam – embora avancemos com algumas pistas abordadas na legislação ou noutros estudos –, tal como não é dedicado a explorar os efeitos dessas mudanças.

Uma vez que o quadro legislativo que regula a proteção social na invalidez prevê, desde 1963, que esta pode ser complementada com serviços de recuperação e readaptação funcional, procuraremos analisar a trajetória da forma passiva da proteção social e a trajetória dos princípios de ativação. Enquanto a primeira se traduz numa compensação financeira da perda de rendimento, por via do pagamento da pensão, a segunda forma inclui a previsão da existência de planos de emprego ou outros instrumentos de política social que incentivem a participação no mercado de trabalho, independentemente das formas ou do grau de obrigatoriedade que revistam (Caleiras & Carmo, 2022:39).

Tipicamente, são três as dimensões a distinguir num exercício analítico de mudanças dos programas da segurança social: estrutura do benefício (acesso e regras de elegibilidade), estrutura do financiamento (impostos e/ou contribuições) e estrutura gestonária e regulatória

(regulação estatal, parceiros sociais ou outros grupos de partes interessadas, dependendo do programa ou país) (Bonoli e Palier, 1998; Stiller, 2007 citados em Van Gerven, 2008:67). Para observar as mudanças em detalhe, foi necessário estabelecer fronteiras e selecionar as dimensões que mais relevam para este estudo. Assim, nesta investigação, o foco incidirá sobre os elementos da primeira dimensão. Esta opção justifica-se pelo facto de ser nessa dimensão que se concentram possíveis alterações relacionadas com os direitos e condições de acesso aos benefícios sociais, permitindo abordar questões que estão no cerne dos valores e normas do Estado Providencia – por exemplo, quem é elegível e quanto recebem (Van Gerven, 2008:67-68). Essas questões, como será demonstrado, são verificadas pelos burocratas de rua durante a fase de implementação da prestação social. Adicionalmente, considerando que o sistema de proteção na invalidez também incorpora dispositivos que promovem a participação no mercado de trabalho e que vários estudos demonstram que desde os anos 90 os governos têm vindo a redesenhar as políticas com base numa mudança ideacional da provisão passiva para ativa, exploraremos o dever ou responsabilidade que é imputada a este grupo de pensionistas (Fonseca, 2008:213, 216; Van Gerven, 2008:35).

De forma a testar o efeito de cada um dos diplomas legislativos na prestação social em análise, construiu-se uma grelha comparativa (quadro 3) que captasse as mudanças na sua arquitetura institucional nos seguintes elementos:

1. condições gerais de elegibilidade;
2. compensação da perda de rendimento;
3. manutenção e reintegração no mercado de trabalho.

Quadro 3: Dimensões de análise da pensão de invalidez (1962-2018)

Proteção Social na Invalidez	Dimensões	Indicadores
Pensão de invalidez (compensação)	Condições gerais de elegibilidade à pensão de invalidez	Prazo de garantia Definição de incapacidade para o trabalho e tipos de incapacidade
	Compensação da perda de rendimento	Fórmula de cálculo e montante da pensão

Princípios de ativação	Manutenção ou reintegração no mercado de trabalho	Revisão da incapacidade Permissão de acumulação com rendimentos provenientes do trabalho Reabilitação Profissional
------------------------	---	--

Fonte: Elaboração Própria

Antes de iniciarmos a referida análise, é importante ressaltar que a atribuição da pensão não ocorre num vácuo administrativo. Isso significa que todos os critérios que serão aqui discutidos estão sujeitos a uma verificação por parte de entidades públicas localizadas no setor da segurança social e trabalho. Entre essas entidades estão o Sistema de Verificação de Incapacidades (SVI), responsável por avaliar a incapacidade laboral e determinar o acesso à pensão; o Centro Nacional de Pensões (CNP), responsável por gerir as prestações diferidas do Sistema de Segurança Social e de outras que com elas se relacionem; ou o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), responsável por executar a política de formação profissional e emprego. De acordo com os objetivos desta investigação, a estes atores será dada uma maior ou menor ênfase em capítulos subsequentes.

3.1 Condições gerais de elegibilidade à pensão de invalidez

3.1.1 Prazo de garantia no regime geral

O prazo de garantia é um requisito de acesso a várias prestações sociais, incluindo à pensão de invalidez, e corresponde a um período mínimo de carreira contributiva que o trabalhador deve preencher para poder beneficiar da abertura do direito à pensão. Por norma, este período é mais curto nas prestações imediatas e mais longo nas prestações diferidas, como as pensões (Cabral e Rodrigues, 2017:93). O propósito deste requisito é limitar a entrada de beneficiários (Clasen et al, 2001) no sistema previdencial – anteriormente denominado regime contributivo ou geral – que é financiado pelas quotizações dos trabalhadores e contribuições das entidades empregadoras. Assim, o prazo de garantia é a primeira barreira de acesso a ser transposta.

Nos últimos anos do Estado Novo, deu-se uma redução do prazo de garantia para a pensão de invalidez: inicialmente, ele era de cinco anos de inscrição, contados após o início a que se reporta a primeira contribuição e 30 meses de contribuições ou cinco anos civis com

entrada de contribuições⁴⁵, instituído pelo Decreto n.º 45266, de 23 de setembro de 1963⁴⁶; com o do Decreto n.º 486/73, de 27 de setembro, o prazo foi reduzido para três anos de inscrição e 24 meses de contribuições, o que potenciava um aumento do número de pessoas cobertas.

Após o 25 de Abril, a tendência inverteu-se, verificando-se um aumento gradual do prazo de garantia⁴⁷. Reconhecendo a imprevisibilidade da invalidez, o Decreto-Regulamentar (DR) n.º 25/77, de 4 maio, eliminou a necessidade de três anos de inscrição, mas aumentou o número de meses com contribuições para 36 meses. O DR n.º 60/82, de 15 de setembro elevou ainda mais esse prazo para 60 meses com a justificação de que os prazos que estavam em vigor eram “excessivamente curtos” e que não fazia sentido permitir o acesso ao sistema previdencial a beneficiários com carreiras contributivas significativamente baixas, uma vez que essas situações eram salvaguardadas pelo regime não contributivo⁴⁸.

Nos anos 90, o governo de centro-direita do Partido Social Democrata (PSD) adotou medidas de controlo da despesa no sistema de pensões (Ferreira, *et al*: 2016), com o objetivo de potenciar a sua sustentabilidade. No entanto, a este nível, as alterações foram pouco significativas. O Decreto-Lei (DL) n.º 329/93, de 25 de setembro estabeleceu um novo regime de pensões de velhice e invalidez, mas manteve o prazo de garantia estabelecido no DR 60/82.

⁴⁵ O estabelecimento deste prazo de garantia é apenas para concessão de prestações no âmbito da Caixa Nacional de Pensões e em relação às demais caixas de pensões não se estabelecem restrições face aquilo que está disposto nos seus estatutos. É ainda pertinente referir que no decreto n.º 45266, a inscrição aparece com o significado de *vinculação à instituição*, ao mencionar que “são inscritos obrigatoriamente nas caixas sindicais de previdência” (ver Neves, 1996:316).

⁴⁶ Este mesmo decreto também previa uma redução dos anos de inscrição de dez para cinco.

⁴⁷ De acordo com Conceição (1979) em *Curso de Formação sobre Segurança Social – Regime de Benefícios Diferidos, Invalidez*, o impacto do tempo de inscrição é inócuo para o acesso a pensão de invalidez, uma vez que o tempo de inscrição era contabilizado desde o início do mês a que se reporta a primeira contribuição devida em nome do beneficiário para qualquer Caixa até ao momento em que a pensão era requerida, considerando-se assim a inscrição vitalícia. Isto significa que o tempo de inscrição não é interrompido pela inexistência da entrada de contribuições durante qualquer período de tempo.

⁴⁸ Desde a Revolução Democrática, os sucessivos governos empenharam-se na melhoria do sistema de proteção social herdado do Estado Novo e na institucionalização de prestações sociais assentes numa lógica de cidadania de direitos. Assim, em 1974, foi criada a pensão social pelo DL n.º 217/74, de 27 de maio e implementada e regulada em 1977. No entanto, é em 1979, no governo provisório de Maria de Lourdes Pintassilgo, que o esquema mínimo de proteção social, independente de qualquer vínculo laboral ou de contribuição prévia, é formalmente reconhecido, consagrando-se a universalização do sistema de segurança social. Esta decisão política foi a impulsionadora da criação do regime não contributivo em 1980 através da promulgação do DL n.º 160/80, que consagra e consolida o reconhecimento do direito à segurança social a não beneficiários do sistema contributivo. Este diploma prevê que a pensão social de invalidez seja regulada, em conjunto com a pensão social de velhice, em diploma próprio, mas aponta desde logo que o critério estabelecido para a condição de recursos é obtido por um índice de referência à retribuição mínima mensal garantida que determina a fixação, o cálculo e a atualização das pensões, uma vez que aqui não se aplica o prazo de garantia. Esta forma de referenciação mantém-se até 2006, sendo posteriormente substituída pelo Indexante de Apoios Sociais (IAS)⁴⁸, mecanismo que irá ser abordado na secção 3.2 deste capítulo.

No entanto, o prazo passa a ser expresso em anos contributivos e não em meses⁴⁹ - cinco anos -, e é dada uma maior clareza à forma de contagem, na medida em que estabelece uma densidade contributiva mínima anual. O diploma estatui que os cinco anos civis podem ser seguidos ou interpolados com registos de remunerações e define ano civil com densidade contributiva como “o total de dias com registo de remunerações igual ou superior a 120”⁵⁰. Para além disso, denota-se alguma flexibilidade na contabilização do prazo de garantia, dado que o diploma permitia que nos anos civis com remunerações registadas em que não se verificassem os 120 dias, “os dias com registo de remunerações neles verificados são tomados em conta no apuramento da densidade contributiva dando-se como cumprido um ano civil por cada grupo de 120 dias”⁵¹.

A necessidade de controlo orçamental em conjugação com as projeções da Comissão Europeia sobre as consequências do envelhecimento demográfico no aumento da despesa social e um efeito de maturação decorrente do aumento de pensionistas levaram a que o Partido Socialista, que governava em maioria absoluta, procedesse à emblemática reforma de 2007 (Ferreira *et al*, 2016) com efeito direto nas pensões de invalidez e que de forma breve abordaremos na secção 3.2 deste capítulo. O DL n.º 187/2007, de 10 de maio, que incorporou as principais medidas da reforma, não rompe com a tendência de estabilização do prazo de garantia, mas fá-lo depender do tipo de invalidez, tema que se abordará mais adiante. Para a atribuição de pensão de invalidez relativa, o prazo de garantia é de cinco anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações, enquanto para a atribuição da pensão de invalidez absoluta ele é de três anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações. Por fim, o diploma prevê que na sequência de revisão da incapacidade, e caso o pensionista transite de uma pensão de invalidez absoluta para relativa, seja salvaguardado o direito à pensão mesmo que não preencha o respetivo prazo de garantia⁵². Relativamente à metodologia de contagem da densidade contributiva mantêm-se os parâmetros do DL n.º 329/93, de 25 de setembro.

⁴⁹ De acordo com o artigo 16.º do Decreto-Lei n.º 329/93, de 25 de setembro, o prazo de garantia para atribuição da pensão de invalidez é de cinco anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações.

⁵⁰ N.º 1 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 329/93, de 25 de setembro.

⁵¹ N.º 2 do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 329/93, de 25 de setembro.

⁵² O prazo de garantia não é exigido nas situações em que o beneficiário tenha esgotado os 1095 dias de registo de remunerações por equivalência à entrada de contribuições por motivo de doença (art.º 16.º, n.º 2 do DL n.º 329/93 e art.º 16.º, n.º 3 do DL N.º 187/2007).

Quadro 4: Evolução do prazo de garantia

Diploma	Prazo de Garantia	Governo
Decreto n.º 45 266, de 23 de setembro de 1963 (até 31/12/1973)	5 anos de inscrição e 30 meses com entrada de contribuições ou 5 anos civis com contribuições	Estado Novo
Decreto n.º 486/73, de 27 de setembro (a partir de 1/1/74)	3 anos de inscrição e 24 meses com entrada de contribuições	Estado Novo (altera velhice)
Decreto-Regulamentar n.º 25/77, de 4 maio	36 meses com entrada de contribuições	I Governo Constitucional constituído pelo PS
Decreto-Regulamentar n.º 60/82, de 15 de setembro	60 meses com entrada de contribuições	VIII Governo Constitucional constituído pela coligação PSD-CDS-PPM
Decreto-Lei n.º 329/93, de 25 de setembro A partir de 1/1/94	5 anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações. Adicionalmente, para o preenchimento do prazo de garantia são considerados os anos civis em que o total de dias com registo de remunerações seja igual ou superior a 120	XII Governo Constitucional – constituído pelo PSD
Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio	5 anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações – pensão de invalidez relativa 3 três anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações – pensão de invalidez absoluta	XVII Governo Constitucional – constituído pelo PS

Fonte: elaboração própria a partir dos diplomas legais.

3.1.2 O prazo de garantia no Regime Especial de Proteção na invalidez (REPI)

Além da pensão concedida pelo regime geral, existe um regime especial, instituído tendo em vista objetivos de justiça e solidariedade social. Este regime procura acautelar situações de invalidez causadas por doenças de rápida evolução e precocemente invalidantes que resultam em incapacidade permanente para o trabalho.

Foi em 1989 com a promulgação da Lei n.º 1/89, de 31 de janeiro, que se materializou a primeira medida de discriminação positiva na área da incapacidade para o trabalho. Esta lei garantia aos cidadãos portadores da doença *paramiloidose familiar* um esquema de proteção especial na invalidez com condições mais favoráveis, desde que cumprindo determinados requisitos. As regras de concessão, incluindo a fixação do prazo de garantia, foram estabelecidas no DR n.º 25/90, de 9 agosto, fixando-o em 36 meses com registo de remunerações, em contraste com os 60 meses exigidos aos beneficiários do regime contributivo geral.

O final dos anos 90 e o início dos anos 2000 são marcados por um novo paradigma associado à discriminação positiva, alargando-se este esquema, que goza de um prazo de garantia mais curto, a beneficiários portadores de doença de *Machado-Joseph*, do vírus da imunodeficiência humana (*HIV*), de doenças oncológicas de *esclerose múltipla*⁵³. Posteriormente, em 2009, a lei unificou os regimes especiais, estabelecendo um prazo de garantia de três anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações e expandindo o leque de doenças protegidas ao abrigo do regime especial, que passou a incluir a doença de *Parkinson*, a doença de *Alzheimer* e a *esclerose múltipla lateral amiotrófica*⁵⁴.

Quadro 5: Evolução do regime especial de proteção na invalidez

Diploma	Doença	Prazo de garantia	Governo
Lei n.º 1/89, de 31 de janeiro e Decreto-Regulamentar n.º 25/90, de 9 agosto	Paramiloidose Familiar	36 meses	XI Governo Constitucional constituído pelo PSD
Decreto Legislativo Regional n.º 21/92/A, de 21 de outubro, regulamentado no âmbito da segurança social, pelo Decreto Regulamentar	Machado-Joseph	36 meses com registo de remunerações	XII Governo Constitucional constituído pelo PSD

⁵³ Respetivamente reguladas pelos seguintes diplomas: Decreto Legislativo Regional n.º 21/92/A, de 21 de outubro, regulamentado no âmbito da segurança social, pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 9/93/A, de 6 de abril; DL n.º 216/98, de 16 de julho; DL n.º 92/2000, de 19 de maio e DL n.º 327/2000, de 22 de dezembro.

⁵⁴ Pela Lei 90/2009, de 31 de agosto. Embora não se enquadre no âmbito deste trabalho, importa referir que este regime de proteção especial foi alargado aos subscritores da Caixa Geral de Aposentações através do Decreto-Lei n.º 173/2001, de 31 de maio, até então exclusivamente aplicado aos trabalhadores inscritos nos regimes de segurança social.

Regional n.º 9/93/A, de 6 de abril			
Decreto-Lei n.º 216/98, de 16 de julho	HIV	Três anos civis seguidos ou interpolados com registo de remunerações por entrada de contribuições ou por situação equivalente	XIII Governo Constitucional constituído pelo PS
Decreto-Lei n.º 92/2000, de 19 de maio	Doenças Oncológicas	36 meses com registo de remunerações por entrada de contribuições ou por situação equivalente	XIV Governo Constitucional constituído pelo PS
Decreto-Lei n.º 327/2000, de 22 de dezembro	Esclerose Múltipla	Três anos civis seguidos ou interpolados com registo de remunerações por entrada de contribuições ou por situação equivalente	XIV Governo Constitucional constituído pelo PS
Lei 90/2009, de 31 de Agosto	Todas as anteriores + Parkinson + Alzheimer + Esclerose múltipla lateral amiotrófica	Três anos civis seguidos ou interpolados com registo de remunerações	XVII Governo Constitucional constituído pelo PS

Fonte: elaboração própria a partir dos diplomas legais.

3.1.3 Definição de incapacidade para o trabalho no regime geral: invalidez; invalidez relativa e absoluta

O *benchmark* internacional revelou a existência de diversos quadros normativos na forma como é graduada a extensão da invalidez. Por exemplo, Boer *et al* (2004:21-22) identificaram que o quadro normativo dos Países Baixos previa a existência de sete níveis de invalidez; a Noruega seis níveis; a Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Itália, Reino Unido e Estados Unidos utilizam o método “tudo ou nada” e em países como a França, Hungria e Espanha alguns níveis são estabelecidos de acordo com a necessidade de prestação de cuidados, como, por exemplo,

no desempenho de atividades diárias básicas. No mesmo sentido, aponta o estudo comparativo de 2010 da OCDE, que identificou que são vários os países que modelizam a prestação em função de níveis parciais de invalidez, tais como a República Checa, Finlândia ou Alemanha (OCDE, 2010:108-109). De destacar o caso da Dinamarca, que em 2003 aboliu a atribuição de pensão parcial, concedendo apenas uma pensão total se após várias tentativas de ativação do beneficiário estas não surtirem efeito e este continuar incapaz de exercer um trabalho a tempo parcial ou um trabalho remunerado através de um subsídio salarial permanente (Boer et al, 2004:65; OCDE, 2010:109).

Em Portugal, tendo como ponto de partida o Decreto n.º 45266, de 23 de setembro de 1963, verificamos apenas a existência de um nível de invalidez. Previam-se que teriam direito à pensão de invalidez os indivíduos que “por motivo de doença ou acidente que não estivesse coberto de legislação especial sobre acidentes de trabalho e doenças profissionais e estivessem definitivamente incapacitados de trabalhar na sua profissão, de modo a não poderem auferir no desempenho desta mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal⁵⁵”. Da leitura do conceito, concluiu-se que o que estava implícito era uma perda ou redução da capacidade de ganho provocada por doença natural ou comum, em que a pensão de invalidez tinha uma natureza substitutiva e não indemnizatória como ocorre nos riscos profissionais. Essa perda era considerada total, uma vez que o grau de incapacidade exigido se situa acima dos 50%, ou seja, 66%⁵⁶. Além do mais, a «temporalidade» era e é outra característica do conceito. Para que a redução da capacidade para o trabalho fosse definitiva era exigida uma consolidação da situação do requerente ou presunção de que viesse a prolongar-se por períodos mais ou menos longos:

na falta de tratamento de recuperação profissional adequado, o beneficiário não teria melhoria apreciável dentro dos 3 anos subsequentes, de forma a poder auferir, no desempenho da sua profissão mais de 50 por cento da remuneração da correspondente ao seu exercício normal.⁵⁷

Como se vê na citação acima, a incapacidade a certificar era face à profissão que o beneficiário tinha desempenhado nos últimos três anos contributivos ou, no caso de ter desempenhado mais do que uma, face aquela que correspondesse a remuneração mais elevada. Contudo, se à data do requerimento da pensão o pagamento de contribuições tivesse cessado por um período superior a doze meses consecutivos ou se se verificasse uma interrupção de

⁵⁵ N.º 1 do art.º 77 do Decreto n.º 45266, de 23 de setembro de 1963.

⁵⁶ Barrias, José. 1999. *Módulos Profiss. Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social. Prestações por Invalidez. Guia do Formando*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Secretaria de Estado do Emprego e Formação. p. 3.3.

⁵⁷ N.º 3.º do artigo 77.º do Decreto n.º 45266, de 23 de setembro de 1963.

contribuições por igual período nos cinco anos que precedessem o requerimento, a pensão só seria atribuída se a redução da capacidade existisse não só para “às profissões desempenhadas pelo beneficiário nos últimos três anos de contribuição, mas também para qualquer outra profissão de categoria equivalente e que fosse compatível com igual formação e habilitações profissionais.”⁵⁸ Embora, à primeira vista, este último requisito possa parecer uma condição acessória, na verdade é de extrema importância para a natureza do conceito de invalidez. Apesar de ter sido abolido em 1993⁵⁹, este critério, como veremos no capítulo 4, levou a uma tomada de posição em 1972 pela 3.^a Subsecção – *Riscos comuns, da 3.^a Secção – Promoção e segurança social – do Conselho Superior da Ação Social do Ministério das Corporações e Previdência Social*⁶⁰, após a reclamação de uma beneficiária.

Além da eliminação deste critério em 1993, os pressupostos subjacentes ao conceito de incapacidade permanente mantiveram-se inalterados até 2007, não se verificando até então qualquer acolhimento da ideia de graduação da incapacidade, da qual, por exemplo, se fizesse depender o montante da pensão. Neste campo o diploma que inova no ordenamento jurídico português é o Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio, ao estabelecer um esquema prestacional estruturado de acordo com a severidade da incapacidade. A partir de 2007, o legislador introduz dois tipos de invalidez – relativa e absoluta –⁶¹, o que, de acordo com o documento *Linhas Estratégicas da Reforma da Segurança Social* do Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social, permitia “modular com maior equidade e justiça social as prestações atribuídas, bem como a melhoria da protecção na eventualidade de invalidez” (MTSS, 2006:23).

O primeiro tipo refere-se às situações cobertas pela legislação anterior, o que significa que o conceito de invalidez relativa se tem vindo a arrastar desde 1963 até à atualidade e o requerente só é considerado permanentemente incapacitado para o trabalho se for comprovado que não é

capaz de obter no mercado de trabalho uma remuneração superior a um terço da remuneração considerada normal para um indivíduo sem qualquer incapacidade e no caso de ser admissível alguma recuperação, num horizonte temporal de três anos, esta não lhe permita garantir mais de 50% da remuneração de um indivíduo sem qualquer incapacidade. A capacidade de ganho não poderá ultrapassar os 33,3% da normal (se não for previsível qualquer recuperação) ou 50% (se for previsível recuperação nos 3 anos imediatos).⁶²

⁵⁸ N.º 5 do Artigo 77.º do Decreto n.º 45266.

⁵⁹ Por via do Decreto-Lei n.º 329/93, de 25 de setembro.

⁶⁰ Projeto de Parecer ao Proc. 19/153 – Juntas Médicas de revisão de pensionistas – problema de subsistência de invalidez geral. PT/MTSSS/DGSS/15.

⁶¹ Artigos 13.º, 14.º e 15.º do Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio.

⁶² Conselho Médico Nacional (2001). Critérios de Avaliação Pericial I. Ministério do Trabalho e da Solidariedade, p.A.4.

Ele reporta-se ao exercício da última profissão desempenhada e, se à data do pedido, o beneficiário exercer mais do que uma profissão abrangida pelo regime geral, a invalidez só será reconhecida se a redução da capacidade de ganho se reportar à profissão com remuneração superior.⁶³

Já para «entrar» na categoria de invalidez absoluta, o beneficiário tem de se encontrar “numa situação de incapacidade permanente e definitiva para toda e qualquer profissão ou trabalho⁶⁴⁶⁵”, tendo assim como objetivo cobrir situações de incapacidade mais graves. É ainda estabelecido um critério adicional para enquadrar a categoria: o beneficiário não pode apresentar “capacidades de ganho remanescentes” e não se pode presumir que “venha a recuperar, até à idade legal de acesso à pensão de velhice, a capacidade de auferir quaisquer meios de subsistência.⁶⁶”

É de realçar que a mudança de 2007 ficou marcada pela sua relativa *não novidade*. Nos capítulos 5 e 6 demonstraremos que alguns atores, com ou sem posições de destaque na administração pública, defenderam em 1973 a instituição de graus ou tipos de invalidez, embora a mudança só viesse a ocorrer três décadas depois. Além do mais, à data, já existiam em Portugal instrumentos jurídicos que previam a modulação das pensões em função de níveis ou tipos de invalidez. Apesar de não ser o centro da nossa análise, o Decreto 46548, de 23 de setembro de 1965⁶⁷, parece apontar para uma diferenciação relativamente a níveis ou tipos de invalidez – invalidez normal, agravada e muito agravada – no caso dos trabalhadores autónomos. Não menos relevante é a referência que o legislador faz ao tema no Decreto-Regulamentar n.º 60/82, de 15 de setembro (que, como se viu acima, apenas alargava o prazo de garantia), argumentando que a redefinição da eventualidade e graduação das pensões deveria ser feita:

(...) em função da gravidade de deficiência verificada, elemento essencial qualificativo da situação que determina a intervenção da segurança social. Esta linha de orientação não só é susceptível de aumentar a eficácia das prestações como afasta a ideia de natureza irreversível de qualquer incapacidade.

⁶³Após a entrada em vigor do DL n.º 187/2007, as pensões de invalidez ativas foram convertidas em pensões de invalidez relativa, podendo ser solicitado pedido de revisão de incapacidade.

⁶⁴ N.º 1 do art.º 15.º do DL n.º 187/2007, de 10 de maio.

⁶⁵Ainda que vá além do nosso objeto de análise, não poderíamos deixar de mencionar que no que diz respeito ao regime não contributivo, em 1980, na sequência da publicação do diploma que regula a pensão social de invalidez, estabeleceu-se que esta apenas seria atribuída se o requerente fosse reconhecido como inválido para toda e qualquer profissão. Esta opção do legislador parece revelar uma distinção entre segurança social e assistência social, não estando sujeitos aos mesmos requisitos os requerentes das prestações do sistema de proteção social de cidadania.

⁶⁶ N.º 2 do art.º 15.º do DL n.º 187/2007, de 10 de maio.

⁶⁷ Promulga o regulamento Geral das Caixas de Reforma ou de Previdência dos trabalhadores autónomos.

Quadro 6: Evolução da extensão e tipo de invalidez

Diploma	Extensão e tipo de invalidez	Regime/Sistema	Governo
Decreto n.º 45 266, de 23 de setembro de 1963	Redução da capacidade de ganho a auferir na peritagem médico-social: 1/3 da remuneração correspondente Impossibilidade de recuperar nos três anos subsequentes a capacidade de auferir no desempenho da profissão mais de 50% da remuneração. (art.º 77.º, n.º 1 e)	Contributivo/Previdencial	Estado Novo
Decreto-Lei n.º 329/93, de 25 de setembro	Redução da capacidade de ganho a auferir na peritagem médico-social: 1/3 da remuneração correspondente Impossibilidade de recuperar nos três anos subsequentes a capacidade de auferir no desempenho da profissão mais de 50% da remuneração. (art.º 17.º)	Contributivo /Previdencial	XII Governo Constitucional constituído pelo PSD
Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio	Invalidez relativa: 1/3 da remuneração correspondente e impossibilidade de recuperar nos três anos subsequentes a capacidade de auferir no desempenho da profissão mais de 50% da remuneração. Invalidez absoluta – o beneficiário deve apresentar uma incapacidade permanente e definitiva para toda e qualquer profissão de trabalho. (art.º14.º)	Contributivo/Previdencial	XVII Governo Constitucional constituído pelo PS

Fonte: elaboração própria a partir dos diplomas legais.

3.1.4 Critérios na definição da incapacidade no regime especial

Apesar da introdução tardia⁶⁸ de tipos de invalidez no regime geral, como vimos anteriormente, o legislador, em 1989, optou por acautelar a proteção na invalidez originada por determinadas doenças que pela sua gravidade e evolução originam, por vezes com grande rapidez, situações extremamente invalidantes, o que culminou em 2009 no regime especial de proteção na invalidez. Portanto, o conceito de inválido era distinto do praticado no regime geral e fixava requisitos distintos para cada uma das doenças que constam no quadro abaixo:

Quadro 7: Evolução dos requisitos de acesso ao regime especial de proteção na invalidez

Doença	% de incapacidade funcional	Requisitos adicionais
Paramiloidose Familiar	70% de incapacidade nos termos da Tabela Nacional de Incapacidades	• Recenseamento no Centro de Estudos de Paramiloidose do Porto ou nas delegações que por este venham a ser criadas. • Emissão da informação médica pelo Centro de Estudos de Paramiloidose do Porto ou das suas delegações. • Também pelo Centro de Estudos de Paramiloidose, a certificação da impossibilidade de locomoção devido à doença. • A informação devia ser atestada por dois médicos do Centro, cujas assinaturas deveriam ser notarialmente reconhecidas.
Machado-Joseph	Incapacidade igual ou superior a 70%, nos termos da Tabela Nacional de Incapacidades	Deliberação pelos serviços de verificação das incapacidades permanentes de que o requerente se encontra em situação de incapacidade permanente ou com impossibilidade de locomoção, motivada pela doença do machado (ou de Joseph), conforme o caso.
HIV	-	Sem requisitos adicionais.

⁶⁸ Tardia, pois, como veremos, muitos anos antes já havia sido abordada e defendida por atores da burocracia portuguesa.

Doenças oncológicas	-	Informação médica autenticada por organismo oficial especializado do foro oncológico, comprovando a doença que origina a incapacidade para o trabalho. Deliberação do SVIP de que o requerente se encontra em situação de incapacidade permanente ou com incapacidade de locomoção.
Esclerose Múltipla	-	Sem requisitos adicionais

Fonte: elaboração própria a partir dos diplomas legais.

A Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto, que aglutinou os regimes especiais, uniformizou os critérios de acesso destes regimes: apresentação de informação clínica emitida por médico especializado comprovando a doença que origina a incapacidade para o trabalho e que a deliberação do Sistema de Verificação de Incapacidades Permanentes (SVIP) fosse no sentido de incapacidade permanente ou com incapacidade de locomoção, ao mesmo tempo que elimina a percentagem de incapacidade funcional para a paramiloidose familiar e para a doença de Machado de Joseph. De acordo com o exposto, ser portador da doença, bem como a sua certificação por especialistas não é, por si só, condição bastante para atribuição da pensão de invalidez: é necessária uma constatação da existência de uma incapacidade pelo SVIP, tal como o é nos outros regimes.

Em 2015, na sequência da constituição de uma *Comissão Especializada para a determinação das doenças suscetíveis de serem abrangidas pelo regime especial de proteção na invalidez* foi suprimida a lista de doenças passíveis abrangidas pelo regime especial de proteção na invalidez e foi estabelecido um novo conceito de proteção especial independente de qualquer doença e que implicava o preenchimento cumulativo dos seguintes requisitos:

situação de incapacidade permanente para o trabalho, não suprimível através de produtos de apoio ou de adaptação ao, ou do posto de trabalho, decorrente de doença de causa não profissional ou de responsabilidade de terceiros, que clinicamente se preveja evoluir para uma situação de dependência ou morte num período de três anos⁶⁹.

A partir de 2015, para efeitos de atribuição de pensão de invalidez especial, passa a ser necessário instruir o processo com informação clínica emitida por médico especializado, comprovando a existência de doença que origina a situação de incapacidade permanente para o trabalho à luz do novo conceito acima enunciado. Ressalva-se que apesar da publicação deste decreto em Diário da República, o mesmo nunca chegou a vigorar, acabando por ser revertido

⁶⁹ Decreto-Lei n.º 246/2015, de 20 de outubro.

na legislatura seguinte e repondo em parte os critérios da Lei n.º 90/2009: volta a contemplar de forma específica as doenças anteriormente previstas, acrescentando a esse leque as doenças raras, e alarga o conceito ao contemplar todos aqueles com “um prognóstico de evolução rápida para uma situação de perda de autonomia com impacto negativo na profissão por eles exercida.”⁷⁰

3.2 Compensação da perda de rendimento

3.2.1 A evolução do regime geral

O cálculo e o montante das pensões de invalidez obedecem ao critério da *limitação económica do direito à segurança social*, querendo isto dizer que integram apenas uma percentagem da remuneração média dos indivíduos. Nesta dimensão, as normas de determinação do montante da pensão de invalidez são comuns à prestação de velhice, verificando-se uma certa colagem ao quadro normativo que regula esta última eventualidade. O cálculo do valor da pensão tem em conta três tipos de fatores, considerados estáticos, e um fator considerado dinâmico. A determinação da remuneração de referência, a aplicação da taxa anual de formação e a dimensão da carreira contributiva enquadram-se no primeiro conjunto de fatores, enquanto o fator de sustentabilidade é o fator dinâmico introduzido apenas em 2007. Serão, assim, estes os fatores que iremos analisar de seguida⁷¹. Adiantamos que nesta dimensão, as alterações na pensão de invalidez estão profundamente associadas às três grandes reformas da segurança social que tiveram lugar desde a criação da Lei de Bases da Segurança Social, feitas em 2000, 2002 e 2007, que visavam essencialmente o nível de generosidade das pensões de velhice e para as quais terão contribuído diversos estudos sobre a sustentabilidade do sistema, fundamentalmente entre 1995 e 2005. Entre esses estudos é de destacar o *Livro Verde*⁷² e o *Livro Branco*⁷³, produzidos por uma comissão de peritos (Comissão do Livro Branco da Segurança Social), nomeada pelo Governo em 1995 com a missão de desenhar uma proposta de reforma (Carolo, 2014).

Iniciaremos novamente a nossa análise tendo como ponto de partida o Decreto n.º 45266. Nos termos deste diploma, a pensão de invalidez era igual a 2% do salário médio global

⁷⁰ N.º 1 do art.º 2.º da Lei n.º 6/2016, de 17 de março.

⁷¹ A análise que se segue refere-se apenas ao regime geral de segurança social.

⁷² Visão inicial e provisória do Livro Branco divulgada para discussão pública no final de junho de 1997.

⁷³ Documento composto pelo relatório da comissão de peritos e por um conjunto de declarações finais dos seus membros, individual ou coletivamente assumida.

do beneficiário por cada ano com contribuição, até ao máximo de 80% e um teto mínimo de 20% do salário base do trabalhador. Caso o valor obtido fosse inferior a 60% do salário médio dos 10 anos com melhores remunerações, a pensão conhecia um acréscimo que podia ir até 10% desse salário, desde que no total não fosse excedido o limite de 60%. Em 1983⁷⁴, de forma a controlar os efeitos dos índices de baixa profissionalidade⁷⁵ e a conjuntura inflacionista, o processo de formação e cálculo das pensões foi alterado, acompanhando os mesmos termos da fórmula adotada para a pensão de velhice. Assim, aumentou a taxa de retribuição média por cada ano civil com entrada de contribuições e aumentou o valor máximo da taxa global de pensão. Isto significa que a taxa de formação da pensão passou a ser de 2,2% por cada ano civil com entradas de contribuições, com um limite mínimo de 30% e um limite máximo de 80% da retribuição tida em conta para o cálculo. Além disso, passa a ser considerada a média salarial das remunerações dos melhores 5 anos dos últimos 10 anos. Porém, será no início da década de 90 que este cenário de maior generosidade na formação das pensões se inverterá.

Apesar de a reforma da segurança social, e, em particular, do sistema de pensões, estar associada aos três momentos acima identificados, o processo de reforma do sistema de pensões da segurança social, como já referimos anteriormente, começou no início da década de 90, concretamente em 1993, tendo sido aplicadas as primeiras medidas de contenção da despesa no sistema de pensões, sob a égide do PSD. Nesse sentido, no cálculo das pensões, a taxa de formação da pensão reduziu novamente de 2,2% para 2% ao ano por cada ano civil com registo de remunerações. A taxa global de formação da pensão é o produto da taxa anual pelo número de anos civis com registo de remunerações, tendo por limites mínimo e máximo, respetivamente, 30% e 80%, sendo que são considerados os anos civis com densidade contributiva igual ou superior com registo de remunerações. A remuneração média passa a corresponder aos melhores 10 dos últimos 15 ao invés dos cinco dos melhores 10⁷⁶. De acordo com Cardigos (1993), a extensão deste alargamento foi resultado de uma ponderação dos seguintes pontos: a) quanto mais breve for o período contributivo considerado para calcular a pensão, maior é o risco de desigualdade entre o rendimento médio do período mais significativo da carreira e o valor da pensão resultante; b) um período de referência curto pode incentivar fraudes e abusos, levando a declarar valores mais baixos nos anos menos relevantes para a média salarial que serve de base para o cálculo da pensão, enquanto inflaciona artificialmente os valores que contribuem para o cálculo da mesma; c) os trabalhadores afetados negativamente

⁷⁴ Decreto Regulamentar n.º 9/83, de 7 de fevereiro.

⁷⁵ Períodos de efetivo exercício de atividade profissional remunerada.

pelo mercado de trabalho nos últimos anos da sua vida ativa serão prejudicados de forma proporcional ao encurtamento do período de contribuição dos salários para o cálculo das pensões. Importa ainda referir que as remunerações consideradas passaram a ser revalorizadas de acordo com coeficientes definidos por portaria, tendo em conta o índice de preços no consumidor sem habitação e foi ainda definida uma pensão mínima.

Sete anos mais tarde, em 2000, sob a governação do Partido Socialista (PS), é realizada a primeira reforma da segurança social, embora limitada a alterações na forma do cálculo de pensões (Carolo, 2014): alargou o período a considerar, procurando ter em conta a média da carreira, que como está dito acima até então era a média dos melhores 10 anos de contribuição dos últimos 15.

Dois anos depois, sob a governação de um governo de coligação de maioria absoluta PSD/CDS, procede-se à introdução de uma nova fórmula de cálculo das pensões⁷⁷. A remuneração de referência passa a ser aquela que resultar da média das remunerações anuais revalorizadas de toda a carreira contributiva e nos casos em que o número de anos civis com registo de remunerações for superior a 40, considera-se, para apuramento da remuneração de referência, a soma das 40 remunerações anuais revalorizadas mais elevadas. É sobretudo este o elemento mais inovador deste diploma face ao regime previsto no diploma de 93. De acordo com Malheiro (2016), esta alteração é fundamentada em ideais de justiça social e reflete uma dupla preocupação: por um lado, visa garantir que as pensões reflitam mais fielmente as remunerações ao longo da vida profissional; por outro, procura equilibrar financeiramente o sistema ao eliminar estratégias de manipulação do valor das pensões, que tendem a beneficiar aqueles que têm conhecimento das regras do sistema e as utilizam para apresentar, fidedignamente, apenas os valores das remunerações dos últimos 15 anos. Esta alteração podia permitir que a taxa de formação atingisse até 92% da remuneração de referência, em oposição ao limite anterior de 80%. Em relação à taxa de formação da pensão, é feita uma diferenciação entre beneficiários com 20 ou menos anos de contribuições e beneficiários com mais de 20 anos de contribuições. No caso do primeiro grupo, a taxa anual de formação é de 2% por cada ano civil relevante para efeitos da taxa de formação da pensão, sendo a taxa de formação global o produto da taxa anual pelo número de anos com registo de remunerações relevantes para o efeito. No segundo grupo, a taxa anual de formação passa a ser regressiva por referência ao valor da respetiva remuneração de referência, vistas como mecanismos de diferenciação positiva. Com esta medida, o legislador considerava que se valorizavam as carreiras

⁷⁷ Por via do Decreto-Lei n.º 35/2002, de 19 de fevereiro.

contributivas mais longas, ao mesmo tempo que tornava possível que a taxa de formação atingisse os 92% da remuneração de referência, ao invés, dos anteriores 80%, como já mencionado.

Por fim, no âmbito da Reforma de 2007, que de acordo com Carolo (2014) constituiu a terceira tentativa no processo de reforma da segurança social que teve início em 1996 e foi também a mais marcante (Murteira, 2011), procedeu-se à generalização da fórmula de cálculo introduzida em 2002⁷⁸: a taxa anual de formação da pensão varia entre 2% e 2,3%, em função do número de anos civis com registo de remunerações e do montante da remuneração de referência; a taxa global de formação da pensão é igual ao produto da taxa anual pelo número de anos civis relevantes, no máximo de 40; são relevantes para a taxa de formação da pensão os anos civis com densidade contributiva igual ou superior a 120 dias com registo de remunerações. A medida mais significativa no âmbito desta reforma foi a introdução do fator de sustentabilidade na pensão de velhice, que na pensão de invalidez só se aplica na data de convalidação desta em pensão de velhice. Trata-se de um mecanismo que penaliza as reformas antecipadas e que provoca a redução do valor da pensão à medida que a esperança de vida aumentar, sendo calculado pelo quociente entre a esperança de vida em 2006 e a esperança de vida no ano anterior ao início da reforma (Murteira, 2008). De realçar que desde o início da sua aplicação, o fator de sustentabilidade não foi aplicado aos pensionistas de invalidez absoluta que à data da convalidação em pensão de velhice tivessem recebido por um período superior a 20 anos aquele tipo de pensão. Em 2017, no âmbito da publicação do regime especial de acesso antecipado à pensão de velhice para os beneficiários do regime de segurança social e do regime de proteção social convergente com carreiras contributivas muito longas⁷⁹, procedeu-se à eliminação deste fator para qualquer tipo de pensão de invalidez. De referir ainda um terceiro aspeto que merece destaque no âmbito desta reforma e que já foi mencionado anteriormente: o método de indexação das prestações. As prestações, nas quais se inclui a pensão de invalidez, deixaram de estar dependentes apenas da inflação, passando a relacionar-se também com o ritmo de crescimento económico, e a remuneração mínima nacional deixou de ser referência para a indexação das prestações de nível mínimo.

⁷⁸ O diploma de 2002 estabelecia um período de transição entre 2002 e 2016, ao longo do qual poderia ser utilizado o método de cálculo mais favorável. Isto significa que os efeitos da introdução de novas regras não estavam a ser plenamente sentidos até 2007, ano em que é introduzido o DL n.º 187/2007 e acelera a transição para a fórmula de cálculo que faz depender a remuneração de referência e, assim, o nível da pensão das remunerações da toda a carreira contributiva.

⁷⁹ Decreto-Lei n.º 126-B/2017, de 6 de outubro.

3.2.2 A evolução no âmbito do REPI

Anteriormente vimos que os regimes especiais de invalidez exigiam prazos de garantia mais curtos em comparação com as incapacidades causadas por outras doenças. Também no que diz respeito à determinação do montante da pensão têm sido aplicados critérios diferenciados na sua taxa de formação. No primeiro regime especial (paramiloidose familiar) e no regime especial de invalidez por doença de Machado-Joseph, o montante da pensão era igual a 3% da remuneração média, obtida pelo total das remunerações dos três anos civis a que correspondiam as remunerações mais elevadas de entre os últimos 10 anos com registo de remunerações⁸⁰.

O regime especial de invalidez por HIV, por doença do foro oncológico e esclerose múltipla adotou a mesma fórmula, mas a remuneração média era obtida pelo total das remunerações dos três anos civis a que correspondiam as remunerações mais elevadas de entre os últimos 15 anos com registo de remunerações⁸¹.

Mais tarde, a Lei n.º 90/2009, que revogou todos os regimes especiais de invalidez e criou o regime especial de proteção unificado, instituiu regras de formação uniformes para todas as doenças ao abrigo deste regime: a remuneração de referência é o total das remunerações dos três anos civis a que correspondam as remunerações mais elevadas entre os últimos 15 com registo de remunerações, não impossibilitando a aplicação das regras previstas no regime geral, ou seja, no Decreto-Lei n.º 187/2007, se a fórmula se revelar mais favorável ao beneficiário.

3.3 Manutenção e reintegração no mercado de trabalho

3.3.1 Reabilitação profissional

As medidas de retorno ao mercado de trabalho respondem a princípios de ativação dos pensionistas e podem ser “compreendidas de forma intercambiável com o termo de reabilitação profissional” (Stucki, et al, 2015:4). Escorpizo *et al* (2011) definem reabilitação profissional como uma abordagem multidisciplinar disponibilizada a indivíduos em idade ativa que enfrentam desafios de saúde, limitações ou restrições que têm impacto no seu desempenho laboral, podendo ser disponibilizada numa variedade de configurações, serviços e atividades.

⁸⁰ Arts.º 5.º do Decreto-Regulamentar n.º 25/90, de 9 de agosto e do Decreto Regulamentar Regional n.º 9/93/A.

⁸¹ Art.º 3.º do Decreto-Lei n.º 216/98, de 16 de julho; art.º 5.º do Decreto-Lei n.º 92/2000 e art.º 4.º do Decreto-Lei n.º 327/2000, respetivamente.

Por exemplo, aconselhamento profissional, desenvolvimento e requalificação de competências ou modificação do local de trabalho.

Como descrito no início deste capítulo, o Decreto n.º 45266 previa que a proteção na invalidez fosse além do pagamento de uma prestação pecuniária, devendo ser complementada com a atuação de serviços de recuperação e readaptação profissional. Em adição, este diploma previa também a integração de assessores técnicos de emprego no sistema que viria a certificar o acesso à invalidez com o objetivo de obter informação mais fidedigna sobre “as possibilidades de trabalho e remuneração dos pretendentes às pensões de invalidez”⁸². Entendemos que isto e a referência no mesmo diploma à necessidade de articulação e cooperação entre as instituições de previdência e entre estas e os serviços de saúde “na ação médico-social e na recuperação e reeducação dos inválidos”⁸³ são indícios de uma natureza reintegradora do sistema de proteção social na invalidez. Ou pelo menos demonstra certa intencionalidade nesse sentido. Como veremos no capítulo 5, nos primeiros anos do regime democrático, sublinhou-se a mesma conceção da proteção na invalidez, como um todo integrado. Por exemplo, o *Curso de Formação sobre Segurança Social – Regime de Benefícios, Pensão de Invalidez* iniciava-se justamente com essa ideia:

a proteção na invalidez é realizada mediante a concessão de pensões e serviços de recuperação e readaptação profissional, devendo estes ser organizados nos termos que foram estabelecidos por normas aprovadas pelos Ministro dos Assuntos Sociais. (Conceição, 1979:1)

Posteriormente, os últimos dois diplomas que reformularam o esquema de proteção na invalidez também evidenciam um espírito de complementaridade entre proteção passiva e ativa dos rendimentos através de programas de readaptação, reabilitação e de aproximação ao mercado de trabalho. O artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 329/93, de 25 de setembro prevê que a “proteção na eventualidade de invalidez pode ser complementada por acções de readaptação e reabilitação profissional (...) asseguradas pelas instituições de segurança social ou por serviços dos sectores da saúde e do emprego e formação profissional, nos termos previstos em legislação própria.” No mesmo sentido aponta o preâmbulo do diploma em vigor ao antecipar a “definição de medidas de activação dos pensionistas de invalidez (...) que visem a reinserção profissional destes beneficiários no mercado de trabalho, valorizando e incentivando as suas capacidades remanescentes”⁸⁴, medidas estas a serem reguladas em legislação própria. Sublinhamos, no entanto, que em momento algum o envolvimento em programas de readaptação e reabilitação

⁸² Decreto 45266, de 23 de setembro de 1963, ponto 7 do preâmbulo: Gestão administrativa e financeira.

⁸³ Decreto 45266, de 23 de setembro de 1963, ponto 10 do preâmbulo: Coordenação das modalidades de previdência social.

⁸⁴ Preâmbulo e art.º 108 do DL n.º 187/2007.

profissional foi obrigatório, ou seja, o direito à pensão ou à sua manutenção não está dependente da participação nestas ações.

Contudo, ainda que a legislação reguladora da pensão reflita a promoção de políticas de reabilitação, há quem defenda que nesse domínio a segurança social manteve uma posição de algum afastamento, “talvez mesmo de verdadeiro alheamento” (Neves 1996: 460). Em virtude disso, em meados da década de 90, a necessidade de articulação setorial, particularmente entre a educação, o emprego, a segurança social e saúde passou a estar no centro das preocupações políticas; no entanto as práticas institucionais ao nível da articulação e coordenação mantêm-se algo incipientes (CPRG, 2007:136). Problema algo antigo, para o qual já se havia proposto outra solução – esta mais autónoma e recaindo apenas sobre o setor da segurança social – sem descurar, todavia, a premência da articulação intra e intersectorial: em 1990, Ilídio Neves, na qualidade de Diretor-Geral dos Regimes de Segurança Social considerava que a segurança social podia atuar neste domínio de forma isolada com medidas próprias, “a que porventura não se tem dado relevo”, como a permissão de acumulação da pensão de invalidez com rendimentos derivados do exercício de atividade profissional, “susceptível de aumentar a autonomia do interessado e o grau da sua participação social” (Neves, 1990: 17).

Além das medidas de reabilitação profissional e da acumulação de pensão com rendimentos laborais, entendemos que a possibilidade de revisão da incapacidade é outra forma de incentivo de reingresso ao trabalho que pode ser uma medida própria da segurança social sem necessidade de intervenção dos serviços de promoção do emprego e da formação profissional. Dado que estes dois instrumentos de incentivo ao emprego são exclusivamente geridos pelo setor da segurança social e a sua evolução poder ser rastreada diretamente aos diplomas que regem a pensão de invalidez, é sobre estes que se concentrará a análise subsequente, deixando a reflexão acerca das medidas de reabilitação profissional para o capítulo cinco.

3.3.2 Acumulação da pensão com rendimentos

À permissão de acumulação da pensão com rendimentos provenientes do trabalho subjaz, por um lado, o princípio do aproveitamento das capacidades remanescentes dos indivíduos e a sua possível reinserção profissional; por outro, o princípio do direito ao trabalho. Esta é a leitura que pode ser feita dos sucessivos diplomas que estruturam o sistema de proteção na incapacidade para o trabalho decorrente de doença natural.

Constatamos que a acumulação da pensão de invalidez com rendimentos provenientes do trabalho é permitida desde 1963, não obstante se terem verificado alterações nos condicionamentos a essa acumulação que podem resultar em redução ou suspensão da pensão. À época previa-se a suspensão da pensão como consequência do recebimento de rendimentos regulares provenientes de atividade profissional. No entanto, esta regra era algo flexível: a suspensão era apenas parcial, de forma a evitar que a soma da pensão e dos rendimentos excedesse 80% da remuneração correspondente ao exercício normal da profissão face à qual o indivíduo fosse considerado inválido ou 100% se o beneficiário estivesse integrado num regime de readaptação profissional. Os Decretos-Lei n.º 410/74, de 5 de setembro e n.º 607/74, de 12 de novembro tornam este critério bem mais atraente (do ponto de vista do beneficiário), permitindo que a pensão de invalidez fosse acumulável com rendimentos do trabalho e/ou outras prestações até ao montante correspondente ao vencimento legalmente fixado para o cargo de ministro⁸⁵. Esta regra impunha assim a suspensão do quantitativo das pensões na parte em que fosse excedido o valor do vencimento para o cargo de ministro quando somados o montante da pensão com os proventos resultantes do exercício de atividades profissionais remuneradas e outra pensão.

Em 1983 a fórmula de acumulação foi alterada, passando a ter em conta, obrigatoriamente, três fatores: “o direito ao trabalho por parte dos deficientes e idosos, a situação do mercado de trabalho e a concepção de invalidez adoptada.”⁸⁶ O decreto-lei impôs limites mais “rigorosos e precisos”, porque a legislação portuguesa não admitia “ainda” “graus de invalidez”, estabelecendo antes “um conceito único de incapacidade⁸⁷”. Em primeiro lugar estabeleceu que não era possível trabalhar na atividade profissional perante a qual alguém tivesse sido considerado incapaz. Em segundo lugar, nas situações em que os beneficiários voltassem ao mercado laboral, a pensão de invalidez seria acumulável com rendimentos provenientes do trabalho até ao limite máximo de 100% da remuneração que lhe serviu de base de cálculo, atualizada pela aplicação de índices a definir em diploma próprio, colocando fim ao

⁸⁵ De acordo com um Grupo de Trabalho constituído em 1980 para estudar *as articulações a estabelecer entre os Serviços de Reforma por Invalidez e os Serviços de Reabilitação Profissional*, “a exagerada extensão do princípio da acumulabilidade consagrado no referido Decreto-Lei n.º 410/74” foi instituída no seguimento de “reivindicações das associações representativas dos interesses dos deficientes, tendo como factor de sensibilização os mutilados de guerra”, originando “a ideia de que os deficientes deveriam ter direito a um tratamento preferencial absoluto, criando-se para eles e a título da sua condição de deficientes, um estatuto específico de cidadania.” p.10.

⁸⁶ Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 164/83, de 27 de abril.

⁸⁷ Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 164/83, de 27 de abril.

limiar máximo do vencimento de ministro. Contudo, esta acumulação não estava sujeita a limite se não ultrapassasse duas vezes o valor da remuneração mínima garantida.

Cinco anos depois, motivado pelas lições de aprendizagem da aplicação do diploma de 83 e considerando a evolução das condições socioeconómicas, o legislador reconheceu a necessidade de aprimorar a legislação⁸⁸. Assim, o Decreto-Lei n.º 41/89, de 2 de fevereiro promoveu uma nova alteração, estabelecendo uma correlação um tanto ou quanto surpreendente. Como se viu, de acordo com a leitura que fazemos da legislação, a instituição de tipos de invalidez só ocorreu em 2007:

O presente decreto-lei [DL n.º 187/2007] traz ainda uma outra importante novidade ao nosso ordenamento jurídico. Vem introduzir uma distinção, no regime da protecção social na invalidez, entre a invalidez relativa, até aqui objecto de regulamentação anterior, e a invalidez absoluta, situação a merecer pela primeira vez atenção e tratamento especiais⁸⁹.

No entanto, o decreto de 89, exclusivamente focado na acumulação de pensões com rendimentos do trabalho, proibiu essa acumulação para pensões de invalidez absoluta, categoria criada apenas no século XXI. A possibilidade de acumulação permanece, mas somente para pensões de invalidez relativa, conceito oficialmente introduzido no regime de protecção na eventualidade de invalidez dos beneficiários do regime geral de segurança social em 2007. Poderíamos presumir que essa interdição se circunscrevia à pensão social de invalidez, que, como mencionado na nota de rodapé 50, era concedida apenas a indivíduos incapazes de exercer qualquer profissão. Todavia, o decreto de 89 especifica que se aplica aos pensionistas do regime geral, parecendo assim que o legislador ao abordar questões conceptuais relacionados com a invalidez, demonstra alguma confusão e falta de conhecimento detalhado do quadro legal existente, como bem evidencia este exemplo. De qualquer forma, em 89, a acumulação passa a ser permitida com rendimentos provenientes do exercício de profissão para a qual o pensionista não tivesse sido considerado incapaz, até ao limite de duas vezes a remuneração de referência.

Na reforma do regime de pensões de 1993, consagrou-se a noção de que a permissão de acumulação da pensão com rendimentos do trabalho tinha em vista a reinserção socioprofissional do pensionista⁹⁰, sendo omissa se o pensionista poderia continuar ou não a trabalhar na profissão que exercia anteriormente. A acumulação da pensão retoma como limite o valor de 100 % da remuneração de referência tida em consideração no cálculo da pensão,

⁸⁸As motivações enumeradas estão expostas no preâmbulo do DL n.º 41/89, de 2 de fevereiro.

⁸⁹ Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio.

⁹⁰Art.º 57.º do DL n.º 329/93.

atualizada de acordo com os termos de revalorização⁹¹. Caso o rendimento mensal recebido pelo pensionista somado com a pensão de invalidez fosse superior a esse limite, o montante da pensão seria reduzido na parte até perfazer o valor delimitado. À semelhança dos seus antecessores, a suspensão é apenas parcial e conforme o período da acumulação: no “início da acumulação ao valor da remuneração declarada pelo pensionista⁹²”; “posteriormente” 1/14 das remunerações auferidas no ano anterior⁹³, não especificando a partir de que período se aplica o posteriormente.

Com a última reforma de 2007, o exercício de atividade profissional está vedado aos beneficiários detentores de pensão por invalidez absoluta. No caso de a invalidez ser relativa, para a acumulação da pensão com rendimentos do trabalho, mantém-se o argumento de reabilitação e reintegração profissional já defendido nos diplomas anteriores⁹⁴ e a acumulação é permitida até ao valor de 100% da remuneração de referência que foi tomada em conta no cálculo da pensão, no caso de os rendimentos resultarem da profissão anterior⁹⁵. Se os rendimentos forem oriundos de uma profissão ou atividade diferentes, a acumulação tem por limite os valores indexados à remuneração de referência, da seguinte forma⁹⁶:

- no primeiro ano de acumulação: 2 vezes a remuneração de referência (rr),
- no segundo ano de acumulação: 1,75 vezes a rr,
- no terceiro ano de acumulação: 1,5 vezes a rr,
- no quarto ano e seguintes: 1,33 vezes a rr.

3.3.3 Revisão da incapacidade

Embora a eventualidade invalidez implique um quadro de incapacidade permanente para o trabalho, o legislador optou por introduzir e manter ao longo do tempo um mecanismo de revisão com o objetivo de confirmar a continuidade dessa condição. Esse mecanismo confere à

⁹¹ De acordo com o artigo 35.º do DL n.º 329/93, “a revalorização obtém-se por aplicação às remunerações anuais consideradas para o cálculo da remuneração de referência do coeficiente correspondente a cada um dos anos, conforme tabela estabelecida periodicamente por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e do Emprego e da Segurança Social.”

⁹² Alínea b) do n.º 2 do art.º 59.º do DL n.º 329/93, de 25 de setembro.

⁹³ Alínea b) do n.º 2 do art.º 59.º do DL n.º 329/93, de 25 de setembro.

⁹⁴ Art.º 58.º do DL n.º 187/2007.

⁹⁵ O pensionista deve comunicar ao Centro Nacional de Pensões o início do exercício da atividade e o valor da respetiva remuneração, bem como o seu término. Deve ainda comunicar periodicamente o valor médio mensal das remunerações auferidas. Consoante o formulário para requerimento de pensão de invalidez mais recente (Mod.RP 5072/2020 – DGSS), o requerente deve expressar se pretende continuar a exercer uma atividade profissional após a atribuição da pensão e se na mesma profissão.

⁹⁶ Se o valor dos rendimentos do trabalho com a soma da pensão de invalidez for superior aos limites estabelecidos, o valor da pensão é reduzido na parte em que o quantitativo mensal exceda esses limites.

invalidez um caráter possivelmente reversivo e é entendido como o processo de reapreciação da anterior verificação de incapacidade, que pode ocorrer por decisão do sistema de segurança social (revisão oficiosa) ou a pedido do beneficiário.

Tal como muitas das dimensões até aqui analisadas, a revisão já havia sido instituída no Decreto 45 266⁹⁷. Até atingirem a idade estatutária de reforma por velhice, os pensionistas de invalidez seriam sujeitos a exame de revisão sempre que fosse esse o entendimento das instituições, tendo caráter de obrigatoriedade uma vez por ano durante os três primeiros anos da pensão. O decreto-lei de 93 passa apenas a prever exames de revisão por decisão das instituições ou a pedido do interessado sem fixar qualquer limite temporal, enquanto o diploma de 2007 fixa que “ressalvada a situação de agravamento da incapacidade, a revisão só pode ser requerida três anos a contar da data da atribuição da pensão”⁹⁸. Pressupondo que esse requerimento é feito pelo próprio pensionista, não há novamente neste diploma qualquer estabelecimento de prazos para a realizações de revisões oficiais. No entanto, sabemos, de acordo com Neves (1996:461), que durante anos este dispositivo não foi utilizado devido à inexistência de proteção no desemprego dos pensionistas de invalidez que fossem declarados aptos para o trabalho em exame médico posterior, o que resultou em “prejuízos evidentes, tanto para os interessados, como para as instituições”. Esta situação foi colmatada com o Decreto-Lei n.º 79-A/89, de 13 de março, que equiparou os ex-pensionistas de invalidez, que sejam considerados aptos para o trabalho em exame médico de revisão, a desemprego involuntário para efeitos de proteção social, facilitando assim a sua reintegração⁹⁹. Esta titularidade ao subsídio de desemprego na sequência de revisões de incapacidade mantém-se até aos dias de hoje.

Assim, concluímos que a fixação de prazos para a revisão da incapacidade por decisão do sistema de segurança social, a partir de 1993, é caracterizada por alguma ambiguidade e foi condicionada pela inexistência de mecanismos de proteção para aqueles que eram considerados aptos para o trabalho, sugerindo que no sistema português é utilizada uma abordagem casualística, ao contrário do que acontece noutros países. Retomando o estudo de *de Boer et al.* (2014), observamos que nos Países Baixos as revisões ocorrem um ano após a atribuição da prestação, quatro anos depois e finalmente a cada cinco anos; na Itália e na Alemanha a cada três anos e nos Estados Unidos da América a cada sete. Vale ressaltar que, no caso italiano, a revisão é efetuada apenas a indivíduos a quem foi certificada uma redução de capacidade para

⁹⁷ Art.º 82.

⁹⁸ N.º 2 do artigo 66.º do DL n.º 187/2007, de 10 de maio.

⁹⁹ N.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 79-A/89, de 13 de março.

o trabalho até pelo menos dois terços; e no caso alemão após nove anos, ou seja, três revisões, este procedimento é limitado a um questionário sobre a situação de saúde do beneficiário a cada dois anos. Em contrapartida, na Bélgica, França, Hungria, Federação Russa, Espanha e Reino Unido, as revisões seguem um cronograma flexível, enquanto na Dinamarca, Irlanda, Itália (em caso de incapacidade total) e Noruega este mecanismo não existe.

Apesar de não haver fixação de prazos, existe a fixação de critérios que demonstram que a revisão é um mecanismo seletivo. Esses critérios estão estabelecidos numa portaria de 1993¹⁰⁰. Os indicadores para a seleção dos casos de revisão são estabelecidos com base em critérios de natureza demográfica, sanitária, social, funcional e geográfica. Acrescem a estes critérios de seleção (de acordo com as características específicas das diferentes áreas geográficas e das diversas atividades), o facto de a incapacidade permanente para o reconhecimento do direito à pensão de invalidez ter sido atribuída antes de 1 de janeiro de 1988 ou no âmbito ou por ocasião de ações de reestruturação ou de setores de atividade; a acumulação da pensão de invalidez com o exercício de alguma atividade profissional ou a frequência de cursos de formação profissional e os níveis etários dos pensionistas.

Sabemos através das atas das reuniões do Conselho Médico que estas revisões oficiais podem eventualmente acontecer. Em 2012, a título de exemplo, foi criado um Grupo de Trabalho com o objetivo de estabelecer os critérios que subjaziam a essas revisões.

3.4 Conclusão

Das dimensões e indicadores analisados, podemos categorizá-los de duas formas: mais ou menos estáveis e mais ou menos objetivos.

Em indicadores como o prazo de garantia e a fórmula de cálculo, observámos uma menor estabilidade em comparação com aquilo que consideramos a característica central da pensão, isto é, a definição de invalidez. Além disso, é de notar que a maioria dos diplomas que introduzem mudanças nestes indicadores também o fazem na pensão de velhice. Isto é demonstrativo de uma forte semelhança da estrutura institucional da pensão de invalidez e da pensão de velhice: as reformas que impactam aspetos comuns às duas pensões acontecem sempre em simultâneo.

Relativamente ao prazo de garantia identificámos cinco mudanças. No âmbito do sistema previdencial, constata-se uma tendência de ampliação do prazo de garantia no final da

¹⁰⁰ Portaria n.º 326/93, de 19 de março.

década de 70 e início da década de 80, considerada uma medida restritiva, na sequência da crise financeira de 1978 e das intervenções do Fundo Monetário Internacional (Chuliá e Asensio, 2007). Apesar das flutuações que marcaram a evolução do prazo de garantia entre 1963 e 1993¹⁰¹, houve uma relativa estabilidade até 2007. Nesse ano, o prazo de garantia passa a depender do tipo de invalidez do requerente. Conclui-se assim que o aumento do prazo de garantia, adequando as pensões aos esforços contributivos, em linha com o princípio do seguro social, reforça o legado *bismarkiano*¹⁰² do sistema. Todavia, há um esforço paralelo de facilitar o acesso à pensão a indivíduos que são afetados por doenças fortemente incapacitantes, tendo sido para isso criado o REPI. Perseguindo objetivos de justiça e eficácia, o legislador optou por criar este regime especial com condições mais favoráveis do que as vigentes no regime geral de segurança social, que incluiu a redução do prazo de garantia

No que diz respeito à fórmula de cálculo, a análise diacrónica permite concluir que ao longo do período analisado, o sistema de pensões por invalidez foi marcado por uma série de reformas. A alteração que se verificou no pós-25 de abril, em 1983, tornou o método de cálculo mais generoso. No entanto, a década de 90 trouxe mudanças que visaram conter os gastos: reduziu-se a taxa de formação da pensão e aumentou-se o número dos melhores anos de contribuição para o cálculo da pensão, até ao ponto em que toda a carreira contributiva é considerada para o cálculo. Subsequentemente, em 2007, outros ajustes foram implementados, como a introdução do fator de sustentabilidade que concorre para o cálculo da pensão. Contudo, apesar desta trajetória, é de destacar que, à semelhança daquilo que ocorre no prazo de garantia, o regime especial de invalidez tem uma fórmula mais generosa, procurando tornar a pensão do requerente mais justa e representativa das contribuições ao longo da carreira profissional.

Ainda no que concerne à evolução do método de cálculo de valor da pensão de invalidez, por ser calculada de acordo com a lógica de uma pensão de velhice, as mudanças ocorridas nesta última são igualmente aplicadas à primeira. Como demonstrado na análise foram várias as mudanças implementadas por governos de diferentes afiliações partidárias. A única

¹⁰¹ Vale a pena lembrar que apesar de a reforma de 93 não ter alterado o prazo de garantia, permitiu corrigir a persistência de insignificantes densidades contributivas.

¹⁰² O sistema denomina-se bismarckiano em referência à legislação alemã introduzida pelo Chanceler Otto von Bismarck, no final do século XIX, que criou o seguro de doença, contra acidentes de trabalho e o seguro invalidez-velhice. O mecanismo de proteção originado por esta legislação resultou num modelo laborista, focado na proteção dos trabalhadores e nas relações laborais e caracteriza-se por seis elementos fundamentais: é obrigatório; visa proteger os trabalhadores por contra de outrem; o financiamento assenta nas contribuições a cargo dos trabalhadores e dos empregadores; ênfase na função comutativa, com um caráter sinalagmático em detrimento de uma função redistributiva; o objetivo das prestações é compensar a perda de rendimentos e, por fim, a gestão é assegurada por entidades de tipo mutualista.

evidência a nível nacional, com que nos deparámos, que reconhece explicitamente que o risco de invalidez tem uma lógica muito diferente da das pensões de velhice encontra-se no Livro Branco da Segurança Social. Faz parte da declaração final de Diogo Lucena e Manuel Gouveia, membros da comissão¹⁰³, que propuseram uma mudança para uma lógica de mecanismo de seguro actuarialmente ajustado ou a adoção de uma regra de cálculo de pensão semelhante à do cálculo da prestação no caso da doença. No entanto, constatamos que se mantém a lógica de pensão, o que pode ser considerado um indício de não mudança e de não inovação institucional, apesar de todas as alterações que se verificaram na fórmula de cálculo.

Por outro lado, se olharmos para o aspeto nuclear da política que não é partilhada com a pensão de velhice, especificamente o conceito de invalidez – ou, mais precisamente, incapacidade permanente para o trabalho – ela é marcada por uma enorme estabilidade, pelo menos no regime geral. O conceito manteve-se inalterado de 63 até 2007, ano em que foi criada a categoria de invalidez absoluta. Apesar dessa mudança, o conceito de invalidez relativa manteve a formulação anterior, sem qualquer alteração. Assim, a avaliação da perda de capacidade de ganho é há décadas avaliada de acordo com uma conceitualização que pouco ou em nada se alterou. E, por exemplo, ao nível do Livro Branco, publicação mais significativa no âmbito das reformas da segurança social, não encontramos qualquer proposta nesse sentido.

Além disso, da análise da legislação que regula a pensão não nos deparámos com qualquer diretriz que explicita o raciocínio a ser aplicado na determinação da incapacidade, o que suscita dificuldades na compreensão da linha divisória que é estabelecida entre capacitados e incapacitados para o trabalho. Deste modo, convém salientar que a mera leitura dos normativos legais aqui realizada não permite aferir quais são os critérios exatos para determinar que um requerente não consiga auferir mais de 33,33% da sua remuneração. Adicionalmente, além de sabermos que a invalidez relativa se circunscreve apenas à profissão do requerente e a absoluta para toda e qualquer profissão ou trabalho, o quadro normativo também não oferece grande elucidação acerca dos parâmetros que configuram a demarcação entre os dois níveis. Portanto, estes são temas que aprofundaremos nos capítulos 6 e 7, através das percepções dos atores que certificam a incapacidade para o trabalho.

Não obstante a estabilidade do conceito de invalidez no regime geral, o legislador instituiu um regime especial com variações nas definições de incapacidade, sendo estas contingentes à natureza específica da doença a ser protegida. Consideramos essa abordagem uma forma de alcançar equidade e justiça social, que posteriormente também justificou a

¹⁰³ [livrobrancodasegurancasocial_ocr.pdf \(cadpp.org\)](#): pp262 e 265.

introdução da invalidez absoluta. Ao longo do tempo (1989-2009), observou-se uma tendência de uniformização dessas definições alcançando um ponto culminante em 2009 com a promulgação do diploma que passou a agregar os regimes especiais até então dispersos. No entanto, o expoente máximo inverso deste processo ocorreu em 2015 com a abolição da diferenciação entre patologias, substituindo-a por um conceito de invalidez especial mais abrangente. Essa mudança acabou por ser revertida fruto de pressão político-social, questão que será explorada no último capítulo desta dissertação.

Por fim, relativamente à questão das medidas de manutenção e reintegração no mercado de trabalho, apesar de alterações mais ou menos ténues, denota-se que sempre estiveram na mente do legislador e são caracterizadas por alguma incerteza relativamente à sua aplicação – por exemplo são sempre remetidas para diplomas avulso – e como, se verá estão diretamente associadas ao conceito de incapacidade e que merecerá a nossa atenção no capítulo 5. Desde o Decreto n.º 45266 que se observa uma clara intenção de ir além do pagamento de uma prestação pecuniária, procurando uma abordagem mais abrangente através da inclusão de serviços de recuperação e readaptação profissional, que são regulados em diplomas próprios e em princípio a serem operacionalizados pelas instituições que executam as políticas de reabilitação profissional. Identificámos, contudo, duas medidas que podem ser implementadas de forma isolada pela segurança social: a revisão e a permissão de acumulação de pensão com rendimentos. Relativamente à revisão, destacamos que se deu uma mudança na sua abordagem: passagem de revisão com periodicidade estalecida para uma abordagem mais flexível e casuística. Em relação ao segundo, verificamos um conjunto de mudanças que ao longo do tempo procuraram refletir um equilíbrio entre a proteção compensatória e o incentivo ao trabalho, não obstante em alguns momentos a legislação ter demonstrado uma certa ambiguidade e falta de clareza.

Em jeito de conclusão, se tivermos em conta os níveis de objetividade e subjetividade, a legislação é clara e objetiva no que diz respeito ao prazo de garantia, aos montantes e fórmulas de cálculo e inserem-se em domínios mais mecânicos e burocráticos da vida administrativa da segurança social. É inequívoco para o corpo administrativo que executa esta tarefa que deve verificar se à data do pedido de pensão estão cumpridos os cinco anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações para aceder à pensão de invalidez relativa; tal como é inequívoco qual o cálculo do qual resulta o valor da pensão, de acordo com as regras do momento. O mesmo não se aplica ao conceito de incapacidade para o trabalho, que tem de ser avaliado com base na *ocupação individual* do requerente. Além dessa referência à ocupação e outras variáveis que abordaremos no capítulo seguinte, a legislação pouco diz sobre como

operacionalizar uma incapacidade de ganho de mais de um terço da remuneração. Adicionalmente, consideramos que as ações de revisão passaram a ser caracterizadas por alguma ambiguidade relativamente aos momentos em que podem ocorrer. E, apesar das várias alterações que caracterizam o regime de acumulação de pensão com rendimentos provenientes do trabalho e de ser algo objetivável, este critério pode interferir diretamente na atribuição de uma pensão relativa ou absoluta. Acresce ainda que os burocratas de rua intervêm na operacionalização destes três critérios.

Assim, por as alterações nestes domínios terem sido residuais ou serem caracterizadas por alguma ambiguidade, a partir de agora o foco deste estudo centrar-se-á no conceito de invalidez e no sistema que o operacionaliza, o SVI, que também procede às ações de revisão quando levadas a cabo, embora estas últimas não sejam aprofundadas no âmbito deste trabalho. Desta forma, o capítulo seguinte inovará na medida em que traça pela primeira vez a história de criação deste organismo, descortina o seu funcionamento e demonstra como pode existir divergência ou mudança que não é visível na legislação.

Sublinhe-se que optámos por focar a nossa análise sobretudo na operacionalização do conceito de incapacidade, abordando de forma breve as questões da revisão e acumulação, dado que estas se interligam com a primeira, como será demonstrado pelos testemunhos dos peritos entrevistados. Além disso, como o excerto abaixo denota, os peritos indicaram que as ações de revisão são raras e que, nelas, são mobilizados os mesmos conhecimentos aplicados na avaliação da incapacidade inicial:

Normalmente é o centro distrital [que estabelece os critérios de revisão oficiosa]. Embora, há situações excecionais em que o CNP pede. Pede isso, por qualquer informação que teve, esporádica, qualquer coisa que lá chegou e pede isso. Mas a maior parte dos pedidos oficiais que nos chegam são a nível distrital que são feitos. Mas são poucos, devo dizer que não frequentes, são bastante raros. (...) São raras, são raras [as vezes em que a pensão é cessada na sequência de uma revisão]. Mas a maioria dessas revisões são denúncias e a maior parte das denúncias não têm grande cabimento. (...) muitas dessas denúncias, felizmente, passam pelas mãos do ATCs antes de se dar provimento e morrem aí, porque de facto são muito inconsistentes e quando elas avançam prova-se de facto que a prova em si é...porque as pessoas normalmente são convocadas, são reavaliadas novamente (...) a situação na sua maioria comprova-se a sua situação de doença. Haverá uma situação excecional, uma ou outra que não é o caso, mas é perfeitamente excecional, perfeitamente excecional. EMC7

Apesar de aqui em diante este trabalho se focar nos aspetos que incorporaram menos mudança e que são mais subjetivos, portanto eventualmente mais sujeitos a comportamentos e resultados “mais ou menos discricionários”, “mais ou menos corretos” ou “mais ou menos justos”, por parte de quem avalia a noção de incapacidade, não consideramos que o trabalho de análise da evolução de critérios como o prazo de garantia e a fórmula de cálculo tenha sido em vão. Ela contribui para a consolidação e concentração do conhecimento sobre processos de mudança para um período relativamente longo em todas as áreas desta prestação social, que até então se encontrava disperso. Prosseguir com uma análise focada nestes aspetos seria, contudo,

mais relevante se o objetivo do nosso estudo passasse, por exemplo, por perceber se as reformas levadas a cabo na generosidade e nos critérios de acesso, como o prazo de garantia, resultaram de facto num maior ou menor pedido de pensões.

Por fim, não podíamos deixar de fazer referência ao REPI. Ao nível da definição de invalidez e critérios de acesso, este contrasta com o regime geral: desde que foi instituído conheceu várias mudanças no conceito de invalidez, como a introdução de novas doenças e diferentes critérios de acesso e nas duas últimas mudanças a arena político-social desempenhou um papel decisivo. Devido a este contraste com o regime geral, este é um bom estudo de caso que permite submeter o nosso argumento central a um teste adicional.

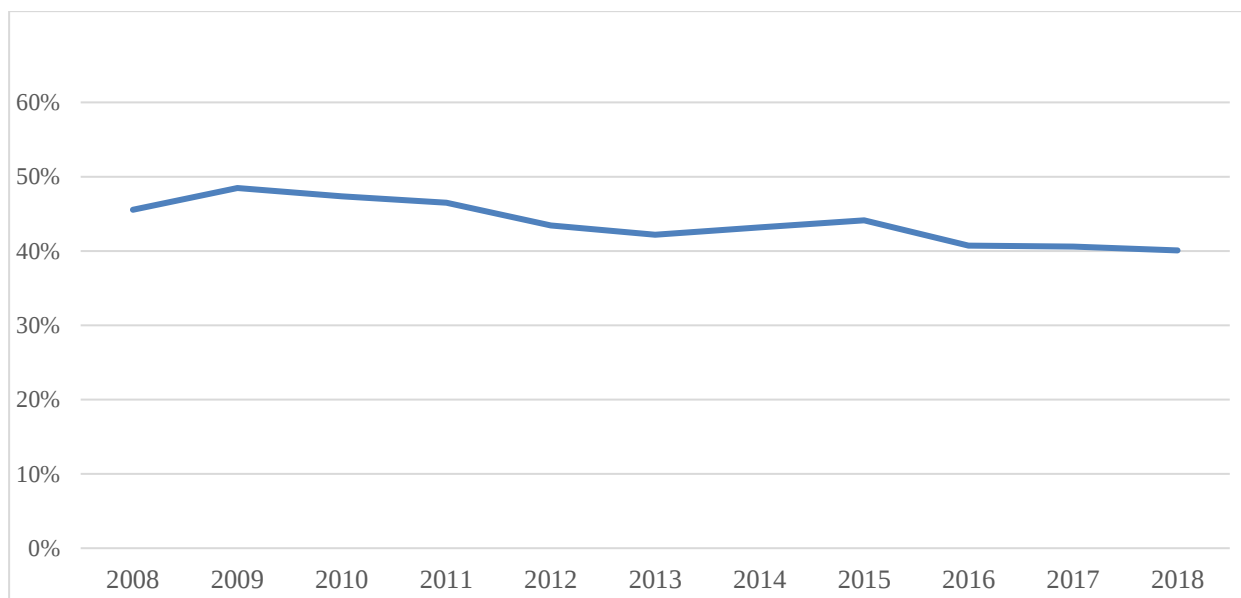
CAPÍTULO 4

O Sistema de Verificação de Incapacidades: origens e configuração institucional

A pertença a uma categoria é a primeira ou principal condição para o recebimento de um benefício social, gerando uma barreira à entrada de potenciais beneficiários (Saunders 1991; Boldersen e Mabbet 1995/96; Eardley *et al* 1996; Clasen e Clegg, 2003, Van Gerven, 2008). Se noutras prestações sociais essa pertença é verificada através de critérios objetivos – por exemplo idade para a pensão de velhice –, o mesmo não acontece no benefício social em estudo. Estar incapacitado para o trabalho envolve um lado subjetivo, o que significa que um indivíduo que se auto-avalia como incapaz para o exercício da sua profissão pode requerer uma pensão de invalidez. Contudo, é necessária a intervenção de mecanismos que transformem essa avaliação subjetiva dos requerentes numa avaliação objetiva e que no caso português é efetuada pelo SVI, essencialmente composto por peritos médicos que procedem à verificação da incapacidade.

De um modo geral, as instituições que procedem à caracterização da incapacidade são de natureza médico-social e devem atuar com independência técnica, realizando uma investigação cautelosa que lhes permita determinar os factos que originam a impossibilidade de trabalhar. Vale a pena sublinhar que não basta a existência de uma incapacidade na sua vertente biológica, sendo obrigatório que ela se torne uma incapacidade declarada por via da análise médica e/ou socioprofissional, devendo falar-se de incapacidade presumivelmente permanente até o processo de avaliação estar concluído. A atuação deste dispositivo tem ainda uma outra função: responder às necessidades de prevenção e cautelares do Estado, procurando evitar ao máximo a atribuição indevida ou fraudulenta de prestações (Neves, 1996). É na fase de avaliação que um número significativo de requerentes “fica à porta” do sistema de proteção. Em Portugal, entre 2008 (data a partir da qual o Centro Nacional de Pensões dispõe de dados agregados) e 2018 (data mais recente de que o CNP dispunha de dados quando solicitados) a taxa média de deferimentos é de 43,8%, tendo atingido o seu máximo em 2009 (48%) e o mínimo em 2018 (40%).

Figura 3: Taxas de deferimento dos requerimentos de pensão de invalidez



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Centro Nacional de Pensões partilhados com a doutoranda

Identificada a instituição guardiã no acesso às pensões de invalidez, o objetivo da seguinte secção será apresentar os antecedentes que justificaram a criação do SVIP em 1982, a posterior regulamentação e operacionalização a partir de 1987, bem como as suas transformações legislativas até à atualidade¹⁰⁴.

4.1 O SVIP: antecedentes e os motivos da sua criação

4.1.1 Oscilações na localização institucional (1935-1982)

Antes da constituição do SVIP, a verificação das incapacidades assentava num esquema de juntas, exclusivamente compostas por médicos, que vigorou por mais de quatro décadas. Quando instituídas e enquadradas pela Lei n.º 1884, de 1935, as juntas funcionavam na completa dependência das instituições de previdência, que contratavam os médicos necessários e recorriam “aos clínicos e ao pessoal de enfermagem e administrativo que prestavam serviços

¹⁰⁴ Em termos de dados estatísticos não disponibilizados diretamente ao público, estes restringem-se até ao ano de 2018 pelo facto de o CNP os ter disponibilizado em 2020. Contudo, até à data final de redação desta dissertação foram publicados normativos que considerámos merecerem a nossa atenção, pelo que em termos qualitativos optou-se por alargar o período de análise.

nos postos de cuidados médicos ambulatoriais sob sua directa gestão¹⁰⁵”. Porém, devido a reorganizações administrativas, este serviço veio a conhecer várias localizações institucionais.

Em 1946, com a criação da Federação de Serviços Comuns das Caixas de Previdência¹⁰⁶, denominada Serviços Médico-Sociais, a gestão dos postos médicos onde estavam localizadas as juntas médicas, passou a ser da competência deste organismo, significando isto que a verificação das incapacidades deixou de estar na exclusiva dependência das instituições de previdência processadoras da pensão de invalidez¹⁰⁷. Em 1967, na sequência da criação da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família¹⁰⁸ – órgão central que passa a coordenar as atividades médico-sociais – e da regionalização das instituições de previdência numa base distrital¹⁰⁹, as juntas retornam à dependência direta das entidades processadoras da pensão, sendo a sua gestão da responsabilidade da caixa de previdência que, em cada distrito, administrava os serviços de ação médico-social¹¹⁰. É de sublinhar que os serviços médico-sociais tinham à época uma dupla função: prestar cuidados de saúde e exercer ações de peritagem com vista à certificação das incapacidades.

Mas é em 1977 que identificamos a alteração de dependência institucional mais significativa no âmbito do nosso estudo. Nesse ano, as juntas médicas emancipam-se do setor da segurança social ao nível de Secretaria de Estado, ainda que ministerialmente se mantivessem sob a mesma jurisdição das instituições de previdência, o Ministério dos Assuntos Sociais¹¹¹, criado logo a seguir ao 25 de Abril e que aglutinava as áreas da segurança social e

¹⁰⁵ Nota Justificativa para a criação do SVIP elaborada pela Direção-Geral da Segurança Social. PT/MTSSS/GabMin/001672.

¹⁰⁶ Esta federação foi criada ao abrigo do Decreto-Lei n.º 35 611, de 25 de abril de 1946, por motivos de racionalização dos serviços médicos e sociais da previdência, tendo-se procurado alcançar uniformidade nos esquemas de assistência médico-social através do princípio da concentração.

¹⁰⁷ PT/MTSSS/GabMin/001672.

¹⁰⁸ Foi da responsabilidade desta Federação a publicação do *Regulamento das Juntas Médicas* em 1973.

¹⁰⁹ Apesar de não ser o foco deste trabalho, importa deixar nota de que foi após a instituição do regime democrático que se procedeu à transição de um sistema de previdência parcelar e corporativo, composto por caixas de previdência para um modelo de proteção social e unificado. A Constituição de 1976 no seu n.º 2 do artigo 63.º estipulou que “Incumbe ao Estado organizar, coordenar e subsidiar um sistema de segurança social unificado e descentralizado, de acordo e com a participação das associações sindicais e outras organizações das classes trabalhadoras”. Após as sucessivas revisões constitucionais, a gestão continua a ser uma competência do Estado e apesar das lacunas de participação dos atores mencionados, continua a consagrá-la, alargando-a também a associações representativas dos demais beneficiários e atribuindo um papel ao setor cooperativo, a par dos setores público e privado. O Decreto-Lei n.º 549/77 é um dos marcos deste novo modelo de proteção social ao integrar várias caixas de previdência e criar os centros regionais de segurança social, a par da primeira Lei de Bases da Segurança Social (1984) que formaliza o processo de extinção das caixas de previdência e “estabeleceu uma rutura e configurou a linha constitucional de unificação do sistema de proteção” (Caleiras & Carmo, 2022:33).

¹¹⁰ Art.º 6 do *Regulamento das Juntas Médicas* de 1973.

¹¹¹ Durante o Estado Novo, os serviços médico-sociais pertenciam à Previdência e não ao Ministério da Saúde.

da saúde. Por força do Decreto-Lei n.º 17/77, de 12 de janeiro, os Serviços Médicos - Sociais da Previdência, onde se localizavam institucionalmente as juntas médicas, foram transferidos para a Secretaria de Estado da Saúde daquele ministério, tendo em vista a sua futura integração naquele que virá a ser o Serviço Nacional de Saúde. Durante o IX Governo Constitucional (1983-1985), resultado da criação de ministérios autónomos – um para o setor da saúde e outro para o setor da segurança social –, as instituições responsáveis pelo processamento das pensões deixaram de ter qualquer controlo sobre o serviço que procedia à verificação das incapacidades, ficando este na dependência total do Ministério da Saúde aquando da transição da secretaria de estado da saúde do Ministério dos Assuntos Sociais para o ministério recém-criado.

4.1.2 Um diagnóstico de ineficácia (1982-1987)

Este expoente máximo de separação de competências entre verificação e pagamento não foi bem acolhido pelos organismos de previdência social. Estes viam o exame de acesso à invalidez como algo que lhes interessava fundamentalmente, uma vez que eram eles os responsáveis finais pela concessão da prestação e pela gestão dos meios financeiros que lhe estavam consignados. Deste modo, a criação do SVIP pelo Decreto-Lei n.º 144/82, de 27 de abril, teve como principal objetivo reverter este quadro de separação de competências, retomando a segurança social a jurisdição da certificação das incapacidades. Mas para isso, foi preciso que estas disfuncionalidades que resultavam da separação entre quem verifica e quem paga fossem percecionadas como um problema e essa foi uma tarefa das elites administrativas que está espelhada em vários documentos elaborados quer por grupos de trabalho constituídos para o efeito¹¹², quer por burocratas ao nível individual, como sejam diretores ou inspetores-gerais. As razões apresentadas são coincidentes ao longo do tempo: uma acentuada demora nas verificações médicas da incapacidade, que se traduzia na acumulação de pedidos dos requerentes e uma falta de controlo, ou seja, a ideia de que um grande número de pensões era atribuído sem fundamento explícito, refletindo-se num aumento de encargos para a segurança social e colocando em causa hipotéticas subidas dos montantes das pensões, e estão explicitadas no preâmbulo no diploma que criou o SVIP.

A convicção de uma acentuada demora foi aflorada, pela primeira vez, num relatório de um grupo de trabalho incumbido de estudar, em 1980, as articulações a estabelecer entre os Serviços de Reforma por Invalidez e os Serviços de Reabilitação Profissional. Esta é, aliás, a

¹¹² Para um melhor encadeamento da leitura, aconselha-se o leitor a consultar o anexo II que agrupa todos os grupos de trabalho criados no momento pré e pós-implementação do SVI.

primeira fonte documental do período democrático em que se propõe uma reformulação do sistema de juntas médicas, sugerindo a criação do SVI:

(...) o G.T., verificou, pela estatística disponível que os serviços de certificação da invalidez se encontram numa fase de estrangulamento, consentindo atrasos na apreciação dos casos de um milhar de processos por mês, sobre uma situação acumulada de várias dezenas de milhar de pedidos a aguardar andamento. (...) Em face do exposto o G.T. propõe (...) c) A reformulação do atual sistema de juntas médicas, como vem proposto na informação n.º 71/IR. (Nascimento e Belém, 1980:12-16)

Como mencionado no início do capítulo, embora o SVIP tenha sido criado em 1982, ele só foi regulamentado em 1987. Portanto, este estado de *calamidade* na verificação da incapacidade pelas juntas médicas permaneceu durante algum tempo. Ficamo-lo a saber, por exemplo, através de uma comunicação que data de 1985, da Subinspetora-Geral dos Serviços de Saúde, Elisabeth Casquilho da Costa, ao Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde, solicitando informação sobre o ponto de situação da regulamentação deste serviço:

Verificando-se, designadamente em processos que têm corrido os seus termos nesta Inspeção-Geral, a existência de deficiências e anomalias na verificação das incapacidades permanentes, reveter-se-ia [sic] do maior interesse saber se está prevista a efectiva regulamentação do diploma em questão ou a sua substituição por novas medidas legislativas.¹¹³

De forma a ilustrar esta situação ao nível do número de caso pendentes, vale a pena mencionar casos como o Centro Regional de Segurança Social (CRSS) do Porto, que em 1987 tinha cerca de 14 102 processos pendentes, Coimbra 6 200 e Viana do Castelo 2 357. Estes valores podem, de facto, ser interpretados como relativamente elevados, se tivermos em conta que nos CRSS apresentados, no primeiro ano civil completo de funcionamento do SVIP (1988), foram analisados 12 287, 3 199 e 3 302 requerimentos, respetivamente, sem contar com comissões de recurso¹¹⁴.

Em 1987, acabou por ser nomeado um grupo de trabalho composto por elementos da Direção-Geral da Organização e Recursos Humanos (DGORH) da Secretaria de Estado da Segurança Social, da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP), do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), do Centro Nacional de Pensões (CNP), dos CRSS do Porto e Setúbal, coordenado pela Direcção-Geral da Segurança Social (DGSS) na pessoa da Dr.ª Sara Cardigos, com a incumbência de elaborar o diploma regulamentar¹¹⁵. De acordo com a nota justificativa que acompanhava a proposta de regulamentação do SVIP e uma nota

¹¹³ Processo LX-LX-100/85-D, de 11 de julho de 1985. PT/MTSSS/GabMin/006824.

¹¹⁴ Processos Pendentes na ARS – Juntas Médicas PT/MTSSS/GabMin/006824. Para mais detalhe sobre estes números, consultar o anexo III.

¹¹⁵ O n.º 1 do art.º 14 do DL n.º 144/82 previa que era a DGSS que devia apresentar os normativos regulamentares necessários ao funcionamento do SVIP e foi isso que se verificou. Ofício n.º 5276, de 01 de julho de 1987. PT/MTSSS/GabMin/006581.

justificativa de estrita necessidade e urgência da sua implementação, para este grupo o sistema encontrava-se a funcionar de forma bastante ineficaz, quase à beira do colapso.

Na visão do grupo – ou talvez se pudesse dizer, com mais propriedade, na visão da DGSS¹¹⁶ –, ao se ter procedido à separação ministerial das estruturas de pagamento das pensões das estruturas que procediam à verificação das incapacidades, essas dificuldades agravaram-se¹¹⁷. Por exemplo, este fator de ordem organizacional era encarado como um obstáculo ao apoio técnico-administrativo por parte da segurança social à atuação dos médicos que formavam as juntas e em consequência disso residiria,

porventura, nesta falta de apoio, que só a segurança social está habilitada a dar, a responsabilidade pela passagem à invalidez de numerosos beneficiários que, numa apreciação mais conforme com os fins do sistema, não teriam direito à pensão ou dela viriam a beneficiar e não conseguiram.¹¹⁸

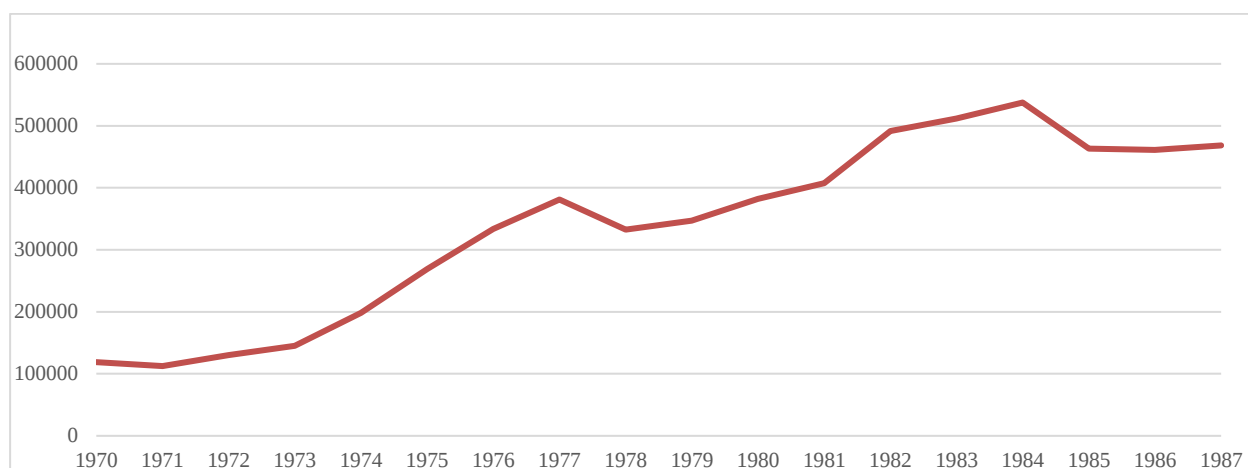
Devido a essa falta de apoio, existia um receio de que a avaliação da incapacidade pelos médicos das juntas não fosse rigorosa o suficiente, o que resultava na concessão de pensões a requerentes que não cumpriam os critérios de acesso à pensão de invalidez ou, por outro lado, falhas na concessão aqueles que realmente teriam direito. Este grupo de trabalho argumentava que este cenário havia levado a um aumento do número de pensionistas, a partir de 1975, como se pode ver na figura abaixo.

¹¹⁶ Na leitura que fazemos da documentação, a DGSS foi a principal responsável pela elaboração do diploma regulamentar e as restantes instituições emitiram notas relativas ao projeto. Pelo menos assim o indicia uma nota da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, que apresenta propostas de alteração ao regulamento: “Notas Relativas ao Projecto de Decreto Regulamentar sobre a “Verificação de Incapacidade por Invalidez”, Direção-Geral dos Cuidados Primários. PT/MTSSS/GabMin/006581. Verificamos ainda um papel relevante da DGORGH, por exemplo, através da elaboração do projeto de despacho da regulamentação das condições de trabalho dos peritos médicos e do modelo de contrato de avença destes peritos: Comunicação do Diretor-Geral da DGORH ao Chefe de Gabinete do Secretário de Estado da Segurança Social. Of. ° 5276 SESS/O-Ent. 5797/87. Idem.

¹¹⁷ Para justificar a chamada de competências nesta matéria, a DGSS recorreu a exemplo de países onde esta competência está na alçada da segurança social (Espanha, França, Bélgica, Suíça e Alemanha). Nota Justificativa, DGSS, s.d. PT/MTSSS/GabMin/001672.

¹¹⁸ Idem.

Figura 4: Evolução dos pensionistas de invalidez em Portugal (1970-1987)



Fonte: Estatísticas da Segurança Social.

Em termos de estrutura organizacional, o facto de as juntas médicas se encontrarem na tutela do ministério da saúde foi também apontado como um obstáculo à composição de comissões mistas, que, como se verá, é uma das características diferenciadoras do SVIP em relação às juntas médicas. Este grupo, à semelhança do de 1980, a que aludimos no início, invoca as mesmas causas de ordem funcional¹¹⁹ para se proceder a uma reforma do sistema, quer em termos da transferência de competência ministerial, mas também em relação à metodologia a adotar:

Com efeito, a segurança social não tem tido nesta última fase de estruturação do sistema, condições efectivas de acompanhamento do serviço de verificação das incapacidades, não podendo evitar, nomeadamente a atitude de maior à vontade que vêm assumindo os complementos das juntas médicas, uma vez que a sua acção não se insere na linha de dependência hierárquica ou de responsabilidade directa em relação aos serviços que suportam as consequências financeiras e de imagem que derivam das apreciações que aqueles que fazem das situações que lhes são presentes.¹²⁰

(...) têm-se notado sérios estrangulamentos que explicam em grande parte (...) os notáveis atrasos no atendimento dos pedidos de junta médica e o elevadíssimo número de casos por atender. As dificuldades funcionais mais relevantes derivam da própria falta de produtividade dos serviços médicos-sociais, cuja metodologia implica numerosos [sic] circuitos e múltiplas intervenções ao nível da recolha dos dados clínicos iniciais (...).¹²¹

O primeiro trecho frisa a ideia de que o tipo de estrutura organizacional estabelecido impedia o controlo do desempenho das juntas médicas, cuja atuação menos rigorosa tinha consequências financeiras, bem como na imagem do sistema de segurança social público. Esta

¹¹⁹ Relembramos que as causas funcionais são o atraso nas verificações e uma apreciação positiva da existência de incapacidade sem fundamento claro. Para além das causas funcionais e estruturais que relevaram para a criação, foram ainda enumeradas por estes grupos de estudo, causas do plano legal e concetual que optámos por discutir no capítulo seguinte.

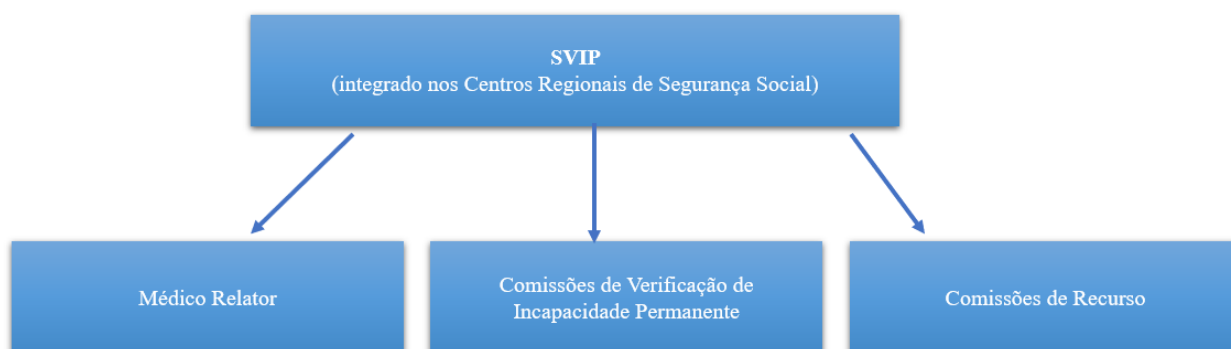
¹²⁰ Nota justificativa, DGSS. PT/MTSSS/GabMin/006581.

¹²¹ Idem.

ausência de dependência hierárquica direta dificultava o acompanhamento das juntas, impedindo a formação e a manutenção de uma cultura interna, que a nosso ver, foi essencial para a manutenção do SVIP até aos dias de hoje. Já o segundo trecho demonstra que as dificuldades funcionais derivam também dos circuitos e metodologias utilizados, que serão reformulados e estabelecidos pela DGSS em parceria com outras instituições públicas que se relacionam de forma direta com a certificação da incapacidade para o trabalho.

Perante estes sucessivos diagnósticos, que foram partilhados com os decisores da tutela, em 1987, foi publicado o Decreto Regulamentar n.º 57/87, de 11 agosto, tendo a verificação das incapacidades sido finalmente transferida do setor da saúde para a alçada das instituições de segurança social, agora apetrechadas de meios técnicos especializados para a certificação das incapacidades nesta eventualidade. Estes meios são o médico relator, as comissões de verificação e as comissões de recurso: no seu conjunto compõem o SVIP, integrado nos centros regionais de segurança social (CRSS), dentro dos quais o serviço se foi progressivamente estruturando.

Figura 5: Composição do SVIP à data em que foi implementado



Fonte: Elaboração própria

4.1.3 Implementação e estabilização do SVIP (1987 em diante)

A DGSS foi o ator central na preparação de orientações e de diligências a serem tomadas pelos CRSS no processo de arranque do SVIP. Entre essas diligências e orientações encontramos: análise prospetiva e planeamento do volume de trabalho no primeiro ano de instalação; critérios e regime de contratação de médicos; condições logísticas de funcionamento; formas de atuação em casos de problemas como a substituição de médicos; elaboração da informação a ser prestada aos beneficiários com o objetivo de criar desde o início “uma imagem nova e uma perspectiva diferente do SVIP, relativamente ao esquema tradicional das juntas médicas”¹²²;

¹²² Nota – DG N.º 136/87. PT/MTSSS/GabMin/006824.

estabilização de impressos e suportes de informação. Digno de nota nessas orientações é a passagem relativa à contratação dos peritos do sistema, que tem um claro enfoque no objetivo do organismo e não em competências específicas dos médicos, dando a entender que qualquer médico serve para o propósito, sendo depois socializado e familiarizado com os preceitos e objetivos do SVIP no decorrer da sua experiência enquanto perito:

Têm sido feitas perguntas sobre o tipo de médico que deve ser recrutado, em função de experiência, de qualificações, de antecedentes profissionais, etc. No SVIP interessa mais o resultado obtido com o novo serviço do que os meios humanos, desde que adequados a esse objectivo. Ora, esse resultado pode ser conseguido com uma boa relação funcional entre os CRSS e os médicos, independentemente de um quadro rígido de exigências no recrutamento.¹²³

Como um dos entrevistados referiu:

Com rapidez fizeram-se os contactos necessários para constituir os quadros clínicos para arrancar com o serviço - inicialmente apenas de verificação de incapacidades permanentes, portanto não temporárias. ECM7

Também o processo de desenvolvimento dos impressos a serem utilizados no âmbito do SVIP foi coordenado pela DGSS, contribuindo com sugestões e propostas de reformulação os CRSS e a DGCSP, tema este que será alvo discussão pormenorizada no capítulo 7¹²⁴. Além disso, e como já seria expectável, a criação de um novo organismo e o estabelecimento de um novo ciclo burocrático resultou na criação de grupos de acompanhamento. Em outubro de 1987, de iniciativa da DGSS, constatámos a constituição de um grupo de trabalho composto por subdiretores gerais dessa mesma direção-geral (Sara Cardigos, Maria Larcher Castela, da DGORH, e, da DGCSP, Joaquim de Lima), que funcionou em estreita cooperação com os centros regionais de segurança social e com as administrações regionais de saúde¹²⁵. O seu objetivo era acompanhar a aplicação do diploma disciplinador do SVIP e, como se pode ver, era constituído por membros dos órgãos centrais, espelhando “o facto de muitas das questões aconselharem uma apreciação pluridisciplinar no âmbito da segurança social e da saúde”¹²⁶.

Em 1988, para acompanhar a execução do SVIP, foi criado um segundo grupo de trabalho que resultou de um despacho conjunto do Secretário de Estado da Segurança Social e do Secretário de Estado da Administração da Saúde. O grupo era composto por peritos médicos

¹²³ Orientações Sistema de Verificação das Incapacidades Permanentes. PT/MTSSS/GabMin/6581.

¹²⁴ Circular normativa n.º 24, de 17 de novembro de 1987. Nota – DG N.º 136/87. PT/MTSSS/GabMin/006824. Os impressos são: informação médica para avaliação de incapacidades permanentes; relatório médico para avaliação de incapacidade permanente; requisição de meios de prova da situação clínica; convocação para exame clínico e deliberação da Comissão de Verificação de Incapacidades Permanentes.

¹²⁵ Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social publicado na II Série, n.º 69, de 23 de março de 1988. PT/MTSSS/GabMin/006653.

¹²⁶ Nota DG n.º 167/87, de 26 de outubro de 1987, dirigida ao SESS sobre o projeto de despacho de conjunto que visava constituir o grupo de acompanhamento da aplicação do DR n.º 57/87. PT/MTSSS/GabMin/006653.

do SVIP dos CRSS de Lisboa, Porto e Beja – Agnelo Martins, José Ruiz de Almeida Garret e José Gaspar Caetano respetivamente – e por dois representantes da Administração Regional de Saúde de Lisboa – Manuel Joaquim Carlos Molarinho e Fernando Augusto Silva. Os temas abordados por este grupo são tecnicamente mais sofisticados que os do grupo anterior: procurava-se melhorar o funcionamento do sistema na sua vertente de implementação da política pública, matéria que importava, portanto, diretamente aos peritos médicos, considerados *burocratas de rua* no âmbito deste trabalho¹²⁷.

A composição deste grupo de acompanhamento revela uma mudança no perfil dos atores ao longo do processo de constituição do sistema. Numa primeira fase, a influência e o desenho de orientações ficaram a dever-se às burocracias ministeriais; algo mais tarde, o peso de médicos que haviam adquirido experiência na prática de certificação aumenta. Aliás, um desses peritos, o médico Agnelo Martins, foi mesmo considerado por um dos entrevistados (EPM10) como “o pai” do SVIP.

Com a engrenagem a funcionar, uma defesa da manutenção do SVIP começou a ser promovida logo em 1989. Em primeiro lugar, a informação produzida pela burocracia evidencia que no início do seu funcionamento, o serviço deu provas do seu bom desempenho. Um documento que compila as estatísticas da atividade do serviço referente ao ano de 1998 sugere que o SVIP realizou uma triagem eficaz dos pensionistas de invalidez ao considerar aptos para o trabalho quase 40%¹²⁸ dos requerentes de pensão de invalidez:

em conclusão do TOTAL de requerimentos entrados em 1988 com vista à obtenção de pensão de invalidez, graças à atuação dos SVIPS, foi possível concluir que em 90 000 candidatos apenas 52 630 foram efectivamente dados como incapazes¹²⁹.

Na perceção dos atores da DGSS, ao contrário do que sucedia anteriormente, em que as juntas médicas passavam à invalidez “numerosos beneficiários que, numa apreciação mais conformes com os fins do sistema, não teriam direito à pensão ou dela viriam a beneficiar e não conseguiram¹³⁰”, o SVIP estava a fazer um trabalho rigoroso ao garantir a devida proteção apenas daqueles que verdadeiramente necessitavam.

¹²⁷ Teremos ocasião de acompanhar a atuação e as propostas de reformulação do sistema por parte deste grupo no capítulo 7, bem como a forma como os médicos do SVIP atualmente as experienciam no seu dia-a-dia.

¹²⁸ Este valor refere-se ao total nacional e já reflete as decisões dos requerimentos e das comissões de recursos. O anexo III, baseado nos dados compilados pela DGSS, detalha os valores por centro regional distrital.

¹²⁹ S.V.I.P – 1998. PT/MTSSS/GabMin/007115.

¹³⁰ Nota Justificativa para a criação do SVIP elaborada pela Direção-Geral da Segurança Social. PT/MTSSS/GabMin/001672.

Em segundo lugar, há uma defesa mais pública e visível, por exemplo, nos *Encontros Nacionais do Sistema de Verificação de Incapacidades Permanentes*¹³¹. No I Encontro, realizado em 1989, Arlindo de Carvalho, Secretário de Estado da Segurança Social (SESS) no XI Governo Constitucional foi convidado a proferir uma intervenção, onde sublinhou os problemas das juntas médicas identificados ao longo deste capítulo, mas que vale a pena relembrar novamente nas palavras do SESS. Da interpretação que fazemos, a defesa do sistema implementado constrói-se, em primeiro lugar, a partir de críticas ao sistema institucional e de funcionamento anterior:

não atender de forma correcta às características simultaneamente médicas e sócio-profissionais das incapacidades permanentes para efeito de atribuição do direito à respectiva pensão (...);

atrasos significativos na realização das juntas médicas, facto, aliás, reconhecido pelos próprios serviços de saúde, o que determinou por arrastamento consideráveis atrasos na própria concessão das prestações, com repercussão na imagem da segurança social e no seu relacionamento com os interessados (...);

a segurança social funcionava como simples entidade pagadora numa decisão que era tomada fora do seu âmbito deu origem a dificuldades práticas ou mesmo a efectiva impossibilidade de a segurança social controlar o afluxo eventualmente preocupante, de novos titulares de pensões de invalidez, que podem assim funcionar como simples antecipações de idade normal de reforma por velhice.¹³²

Na perspetiva deste ator, o SVIP no seu primeiro ano de operações, começou a solucionar estes problemas, afirmando que “a experiência de cerca de um ano e meio de funcionamento destes novos serviços tem sido largamente concludente quanto aos seus aspectos positivos e bem assim quanto ao acerto da medida e à oportunidade da mudança levada a cabo.”¹³³. De acordo com Arlindo de Carvalho, o SVIP veio contribuir de “modo efetivo para a moralização do sistema” e para reverter um quadro caracterizado por uma demora da análise dos processos:

(...) dos processos entrados em 1998, foram objeto de deliberação 62.893, o que representa 71,28%. No entanto, se considerarmos que há uma demora média de cerca de dois meses na conclusão de cada processo e foram recebidos 5.394 de 1981, a percentagem de deliberações é mais elevado, ultrapassando os 80%¹³⁴.

Também publicamente, Ilídio das Neves, à altura Diretor-Geral dos Regimes de Segurança Social, foi também um dos que sublinhou a importância do SVIP, explicitando-o igualmente numa comunicação, esta proferida em 1990 no 2.º Encontro Nacional. Neves

¹³¹ Organizado pelas instituições de segurança social, nomeadamente pelos CRSS, este encontro é um instrumento que, a par de outros, tem como objetivo contribuir para a formação de todos aqueles que integram o SVIP, em particular dos peritos médicos.

¹³² Comunicação do Secretário de Estado da Segurança Social do XI Governo Constitucional, Arlindo de Carvalho, pp.1-2. PT/MTSSS/GabMin/007897.

¹³³ Idem, p. 6.

¹³⁴ Ibidem.

reforçou aí a importância de um dos princípios que norteou a criação do SVIP – a entidade que gere e materializa as prestações deve ter direito a supervisionar e fiscalizar a sua atribuição:

Ao assumir a responsabilidade pela realização das peritagens médico-sociais indispensáveis à certificação das incapacidades, tendo em vista a atribuição de prestações, a segurança social revelou, ao mesmo tempo, a coragem indispensável para levar a cabo uma reforma que muitos consideravam difícil ou inconveniente e a clarividência indiscutível de quem segue uma linha de coerência e de eficácia. A coerência está no facto de se estar perante um processo integrado, de modo que as instituições de segurança social que pagam as prestações são igualmente responsáveis pela verificação de todos os seus pressupostos, entre os quais está a verificação da incapacidade. A eficácia resulta da circunstância de que o referido processo integrado leva as instituições a sentirem de modo direto a responsabilidade, em termos sociais e financeiros, da certificação¹³⁵.

E como atenta o Despacho n.º 108/SESS/92, a criação do SVIP parece mesmo ter contrariado o cenário «catastrófico» descrito, impondo ordem e celeridade na atribuição das pensões de invalidez:

O seu funcionamento tem-se revelado eficaz, contribuindo de forma clara para uma mais correcta e também mais rápida certificação das situações de incapacidade permanente para atribuição de prestações, designadamente das pensões de invalidez.

Esse bom desempenho do sistema pericial tornou-se tão notório que em 1991¹³⁶ os processos de pedido de pensão de invalidez pendentes no âmbito das juntas médicas foram transferidos para o SVIP, contrariando aquilo que havia sido estabelecido aquando da sua criação¹³⁷:

A dedicação exclusiva daqueles serviços à actividade pericial tem permitido responder com oportunidade aos requerimentos apresentados de verificação de incapacidades permanentes, pelo que se considera possível e conveniente, neste momento, transferir para os mesmos processos ainda pendentes nas A.R.S.S., o que se estabelecer no artigo 52.^o¹³⁸.

Ao longo da década de 90, esta valorização do SVIP continua, desta vez com base em argumentos de teor ético-profissional e que reforçavam a importância da eliminação da influência direta do setor da saúde nas ações de certificação. Encontramos essa defesa num artigo de reflexão de um perito médico que integrava o SVIP (Rizério Salgado), clarificando que, para si, um dos méritos do novo sistema

foi o de pôr fim às Juntas médicas” nos Centros de Saúde onde, pela força das circunstâncias, a peritagem médica (que exige imparcialidade e neutralidade) se confundia com a prestação de cuidados de saúde (que pressupõe uma

¹³⁵ Neves, Ilídio das (1990) *A Proteção na Invalidez pela Segurança Social*. Comunicação Apresentada no 2.º Encontro Nacional dos Serviços de Verificação das Incapacidades Permanentes. p. 4. SES-326

¹³⁶ Esta transferência de competências foi estabelecida no art.º 51.º do DR n.º 8/91, de 14 de março.

¹³⁷ Temendo alguma incapacidade de resposta a tantos pedidos, os processos de pedido de pensão de invalidez anteriores à criação do sistema deveriam ser tramitados no âmbito das Administrações Regionais de Saúde, onde estavam sediadas as antigas juntas médicas após o 25 de Abril.

¹³⁸ Projeto de Decreto Regulamentar que reformula e substitui os decretos regulamentares n.ºs 57/87, de 11 de agosto e 22/89, de 10 de agosto, sobre verificação das incapacidades permanentes. Nota de Apresentação nos termos do ponto 16 do Regimento do Conselho de Ministros. PT/MTSSS/GabMin/004381.

relação terapêutica médico-paciente e envolvimento emocional) com as consequências perversas que conhecemos¹³⁹.

Outros documentos oficiais, como os módulos de formação (a que voltaremos mais adiante nesta tese), também abordavam esta questão pelo mesmo prisma:

Sem pôr em causa a capacidade técnica do sector da saúde nem a idoneidade e competência dos respectivos clínicos, não pode deixar de se constatar, por um lado, que a relação de confiança que se instala entre médico e doente não é a mais propícia para uma actuação de independência e de salvaguarda de uma correcta concessão das prestações de segurança social (...)¹⁴⁰.

Ideia reforçada hoje por alguns dos entrevistados (ECM2, ECM5 e ECM6), que contribuiu para a consolidação de uma imagem de certo facilitismo no reconhecimento da incapacidade para o trabalho típica do período anterior à constituição do SVIP. O segundo testemunho revela que esse facilitismo se devia sobretudo à prévia existência de uma relação empática entre médico e paciente. Esta questão foi, aparentemente, dissipada com a criação do SVIP e com a disseminação da ideia de que o médico deste serviço é um agente do sistema de segurança social, que no exercício desta função se deve distanciar do papel de médico assistente. O seu papel no SVIP passa por se posicionar como elemento de equilíbrio entre o interesse individual do requerente e o interesse coletivo:

Antigamente quando isto não estava adjudicado na Segurança Social, mas a equipas da Saúde (...) havia equipas médicas que faziam isso...eu acho que facilitavam um bocadinho: tinhas umas varizes e já ficava reformado. Quando é que agora com as varizes se fica reformado? Não fica. ECM2

Há 20 anos não existia um facilitismo. Há 20 anos era a pensão de invalidez direta. Qualquer médico de família fazia uma carta a dizer que a pessoa não podia trabalhar porque tinha uma espinha encravada na garganta e era reformado. O escândalo foi tão grande que há uns anos atrás pediram-nos para rever estes processos todos. Que meteram-nos a nós num molho de bróculos. Não sei se me estou a fazer entender! A pessoa que já organizou a sua vida com aquela pensão agora de repente... Isso foi uma guerra incrível. ECM5

Aliás, aqui há 30 anos, 35, as peritagens médicas eram feitas no centro de saúde com os colegas: "ah sim coitada, ela está desempregada, também tem muitos filhos e o marido isto ou é alcoólico. Ela merece. Portanto, não era uma avaliação: estava muito contaminada. E, portanto, neste momento os peritos são de fora [do SNS]. ECM6

A verdade é que após a criação do SVIP, a partir de 1990, ainda que se verifiquem ligeiras oscilações, a tendência geral é de redução do número de pensionistas. Assim, podemos afirmar que a criação do SVIP respondeu aos objetivos que justificaram o seu nascimento. Porém, e lembrando que o nosso objetivo não é analisar os fatores que explicam a evolução do número de pensionistas, não poderíamos deixar de apontar que o SVIP pode ser uma das

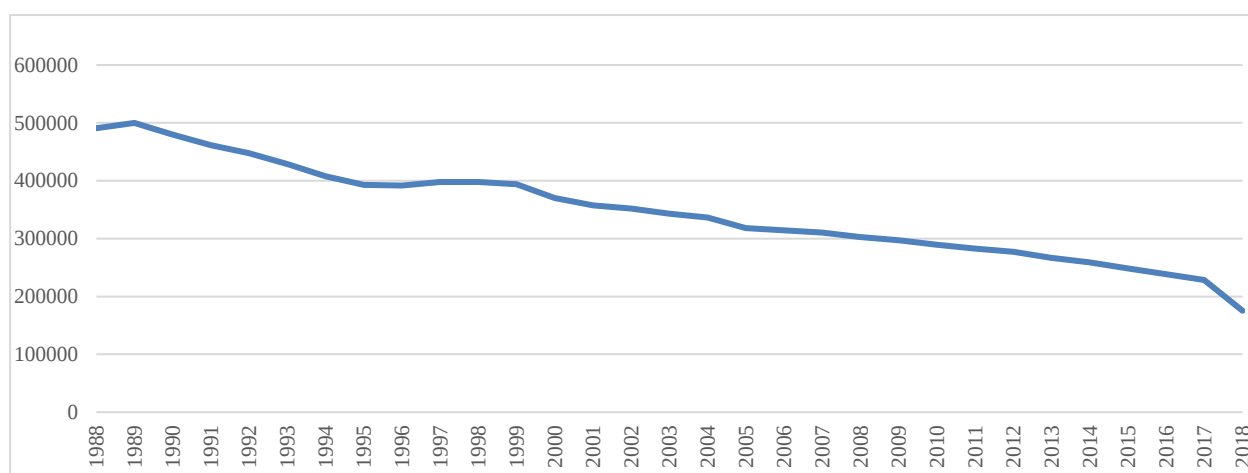
¹³⁹ Salgado, Rizério (1997). "SVI's na perspectiva médica", *Revista Social*, Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo. Depósito Legal n.º 119296/97. p.6

¹⁴⁰ Cardigos, Sara. 1999. *Módulos Profiss. Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social. Verificação de Incapacidades. Guia do Formando*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Secretaria de Estado do Emprego e Formação. pp. 6.4-6.5.

causas dessa tendência, a par de tantas outras, como as transformações no mercado de trabalho, acesso universal a cuidados de saúde, o surgimento de novas tecnologias e ou a evolução registada em determinados tratamentos médicos.

Assim, tendo em conta a centralidade do SVIP, vejamos os atores que ao longo do nosso período de análise o foram compondo, os circuitos de avaliação estabelecidos, as variáveis que os peritos de avaliação devem ter em conta na sua atividade e os instrumentos que orientam o seu trabalho.

Figura 6: Evolução dos pensionistas de invalidez em Portugal (1988-2018)



Fonte: Estatísticas da Segurança Social

4.2 Composição e funcionamento do SVIP

4.2.1 Os atores responsáveis pela avaliação da incapacidade

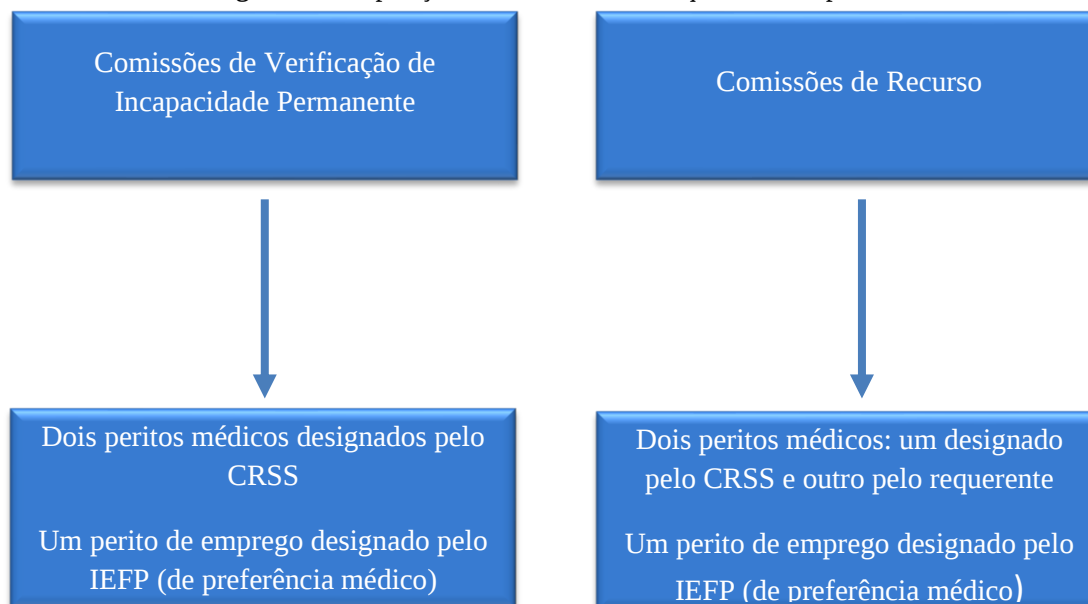
A composição do SVIP e a metodologia de apreciação da incapacidade para o trabalho adotada a partir de 1987 não é inteiramente nova. Ela é inspirada num esquema previsto num diploma do Estado Novo – o Decreto n.º 45 266, de 23 de setembro de 1963 – que previa a criação de comissões de verificação constituídas por dois médicos e um assessor técnico, este último habilitado “a pronunciar-se sobre as possibilidades de trabalho e remuneração dos pretendentes às pensões de invalidez”¹⁴¹. Assim, contrariamente à anterior metodologia de verificação de incapacidades, o novo sistema passou a prever a existência de comissões de verificação multidisciplinares de forma a garantir que a avaliação revestisse não só uma natureza médica,

¹⁴¹ Decreto n.º 45 266, de 23 de setembro de 1963.

mas também socioprofissional, em que a análise de elementos como os perfis profissionais, a exigência dos postos de trabalho, rendimentos de trabalho e outros critérios relacionados ao mundo laboral deviam ser tidos em conta na aferição da incapacidade.¹⁴²

Portanto, na sua génese, o SVIP contava com Comissões de Verificação de Incapacidade Permanente (CVIP) constituídas por três peritos, dos quais dois seriam médicos¹⁴³ designados pelo centro regional de segurança social, e um assessor técnico do emprego designado pelo IIEFP¹⁴⁴, de preferência médico. As comissões de recurso consubstanciavam a mesma composição, mas um dos peritos médicos era (e continua a ser) indicado pelo recorrente, tendo-se estabelecido desde o início que nenhum dos membros que fazia parte da comissão inicial poderia integrar a de recurso. O presidente da comissão de recurso é um dos médicos designados pelo Centro Distrital do ISS.¹⁴⁵

Figura 7: Composição das CVIP à data em que foram implementadas



¹⁴² Vd. n.º 5 do preâmbulo do DL n.º 144/82.

¹⁴³ De acordo com o n.º 2 do art.º 9 do DR 57/87, “os peritos médicos são recrutados de entre médicos de clínica geral ou habilitados como generalistas de reputada experiência e idoneidade”, salvo se se mostrar conveniente a participação de médicos com determinada especialização”, o que se mantém até à atualidade.

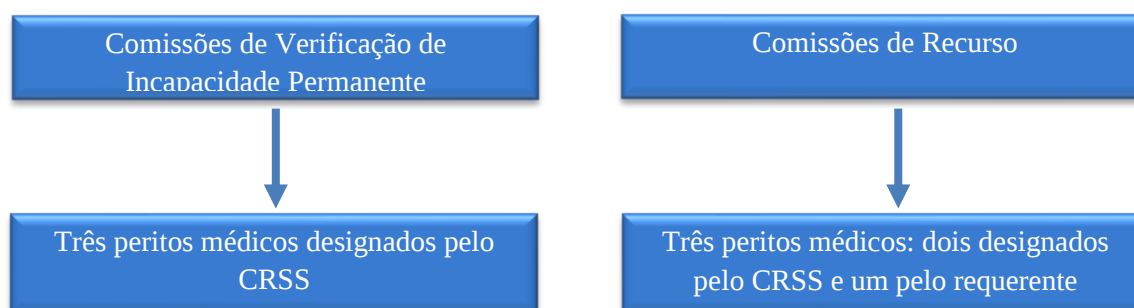
¹⁴⁴ O artigo 8.º diploma que em 1987 vem regulamentar o funcionamento das comissões refere que o assessor técnico deverá de preferência ser médico.

¹⁴⁵ Se o requerente invocar e provar insuficiência económica que o impeça de indicar um médico representante, a Comissão de Recurso será constituída apenas pelos dois médicos designados pelo Centro Distrital do ISS (antes da reforma da composição seria composta pelo médico do ISS e pelo médico do IIEFP). Caso em sede de recurso se conclua que o interessado não reúne as condições necessárias para receber pensão ou caso falte à convocatória, só a pode pedir novamente após ter decorrido um ano. No entanto, se o beneficiário voltar a requerer a pensão antes do prazo estabelecido, o exame médico pode ser realizado caso o médico relator considere “devidamente fundamentado o agravamento do estado de saúde do beneficiário” (MTSS, sd:b2.4).

Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas legais

A partir de 2007, as CVIP passam a integrar apenas peritos formados em medicina, suprimindo-se a figura do assessor de emprego que representava o IEFP. Esta mudança é fundamentada na legislação como um apelo manifesto quer aos imperativos de cientificidade dos procedimentos em causa (“atos médicos”), quer à total “autonomia técnico-científica” que se quer “sem a influência de quaisquer critérios que lhe sejam alheios” (DL n.º 377/2007). O mesmo se aplica às comissões de recurso, que passaram a ser exclusivamente compostas por médicos. Como veremos no próximo capítulo, esta reversão para um quadro mais «medicalizado» do sistema a partir de 2007 é contrária ao que consta nos escritos produzidos pela burocracia aquando da sua criação: um serviço menos medicalizado era mais adequado à operacionalização do conceito de invalidez previsto na legislação e também aos objetivos complementares da reabilitação.

Figura 8: Composição das CVIP a partir de 2007



Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas legais.

Além das CVIPs e das comissões de recurso, o SVIP integrava e continua a integrar a figura do médico relator¹⁴⁶. A criação desta figura é totalmente inovadora quer em relação ao anterior sistema assente em juntas médicas, quer em relação ao diploma do Estado Novo, e desempenha um papel central, na medida em que é ele que coordena a instrução clínica do

¹⁴⁶ De acordo com o n.º 2 do artigo 13.º do DR 57/87, os médicos relatores eram recrutados pelo conselho diretivo do centro regional de segurança social de preferência de entre clínicos de comprovada experiência profissional no âmbito da peritagem médico-social. A partir de 1997, de acordo com o artigo 6.º do DL n.º 360/97 passam a ser recrutados “de entre médicos de clínica geral de reputada experiência e idoneidade no âmbito da peritagem médico-social e ainda especialistas, nos casos em que se mostre conveniente a participação de médicos de determinada especialidade.”

processo de pedido de pensão de invalidez, simplificando a recolha de dados clínicos e reduzindo os atores que nela intervinham¹⁴⁷.

Em relação aos peritos médicos do SVIP, existem dois pontos que importa destacar. Em primeiro lugar, à luz daquilo que a literatura afirma (Hesse e Gebauer, 2011), também em Portugal o médico que exerce funções no SVIP não deve ser confundido com o médico que exerce funções “curativas”. Em segundo lugar, quando desenhou o SVIP, o legislador considerou que a sua função se cingia à avaliação das capacidades físicas e mentais dos requerentes, sendo a avaliação de parâmetros diretamente relacionados com o mundo do trabalho da responsabilidade dos assessores técnicos do IEF. Uma leitura atenta do Decreto-Lei n.º 144/82 não deixa margem para dúvidas nestas matérias:

Por outro lado, não seria tecnicamente correto confundir a intervenção dos médicos no âmbito das juntas médicas e da sua imediata finalidade instrumental, com a prestação de cuidados de saúde. Antes se deverá considerar aquela intervenção como uma peritagem especialmente qualificada para certificar situações estabilizadas, físicas e mentais, que em conjugação com os dados socio-económicos e profissionais, se possam enquadrar nas definições normativas de invalidez.

Outra importante linha directriz do diploma é a de que urge dar concretização prática ao esquema previsto no Decreto-Lei n.º 45 266, substituindo as juntas médicas por comissões de verificação de invalidez. Com efeito, não será coerente pedir aos médicos uma adequada e actualizada informação sobre perfis profissionais, exigência dos postos de trabalho, etc, elementos indispensáveis para aplicação de uma lei que aponta para os conceitos de incapacidade profissionais, rendimento de trabalho e outros parâmetros ligados ao mundo laboral, como hoje é internacionalmente admitido.

4.2.2 Órgãos de apoio ao SVIP

Uma vez que as funções exercidas pelo SVIP são de elevado nível técnico, alguns CRSS defenderam, desde o início da operacionalização do sistema, a existência de algum tipo de assessoria médica. Essa necessidade fica explícita, por exemplo, no plano de implementação do SVIP do CRSS de Vila Real, que data a 1987:

Finalmente, dado o carácter [sic] técnico do SVIP, será indispensável conseguir-se a assessoria técnica de um médico experiente sem cuja colaboração será difícil ao Conselho Directivo apreciar e influir na qualidade de trabalho dos médicos relatores e das comissões de verificação de incapacidades. A natureza eminentemente técnica do SVIP exigirá que as deliberações do Conselho Directivo nesta matéria tenham, em geral, o suporte técnico de pareceres de médico experiente¹⁴⁸.

¹⁴⁷ “Nota justificativa”, s.d. PT/MTSSS/GabMin/006581. No decorrer da nossa investigação não conseguimos apurar o circuito administrativo dos processos de certificação no âmbito das anteriores juntas médicas, mas a documentação revela que eram numerosos os circuitos e as intervenções ao nível da recolha dos dados clínicos dos requerentes.

¹⁴⁸ Plano para a institucionalização do SVIP no Centro Regional de Segurança Social de Vila Real enviado a 15 de dezembro de 1987 pelo presidente do conselho directivo deste distrito, Manuel Antunes da Lomba para apreciação por parte do Secretário de Estado.

Quatro anos mais tarde, baseando-se na premissa da tecnicidade e na necessidade de articulação e enquadramento das atividades do Sistema de Verificação de Incapacidades Temporárias (SVIT) e do SVIP¹⁴⁹, foi criada a figura do Assessor Técnico de Coordenação ao nível regional, para assessorar os conselhos diretivos dos centros regionais, com vista a garantir o bom funcionamento do SVI. As suas competências enquadram-se no âmbito da articulação funcional, aconselhamento técnico e monitorização.

Em 1993, da necessidade de harmonizar a atuação das diferentes coordenações médicas, foi criado o Conselho Médico (CM)¹⁵⁰, órgão consultivo com o objetivo de estudar e avaliar questões de natureza médico-pericial originadas pela aplicação reguladora tanto do SVIP como do SVIT. Apesar da “sua importância enquanto meio de coordenação de âmbito nacional revitalizador e dinamizador dos sistemas de verificação das incapacidades¹⁵¹”, o CM só iniciou funções em abril de 1998¹⁵².

Originalmente era composto pelos ATCs dos centros regionais e dois representantes da Direção-Geral dos Regimes de Segurança Social. Atualmente, estes dois últimos representantes fazem parte do Instituto de Segurança Social (ISS) e são designados pelo seu Conselho Diretivo, que indica de entre estes o presidente do CM. A partir de 2007, passou também a integrar um clínico da área de doenças emergentes de riscos profissionais igualmente designado pelo Conselho Diretivo do ISS¹⁵³. O presidente é coadjuvado pelo segundo representante do ISS e por um ATC, este último eleito pelo prazo de dois anos, por votação de um mínimo de dois terços dos ATCs.¹⁵⁴

¹⁴⁹ Em 1997 o SVIP passa a intitular-se de SVI, uma vez que passa a ser composto pelo Sistema de Verificação de Incapacidades Temporárias – criado em 1992, pelo Decreto-Lei n.º 236/92, de 27 de outubro - e pelo Sistema de Verificação de Incapacidades Permanentes. Até 1997, estes serviços estavam regulados em diplomas autónomos e funcionavam independentemente um do outro. O Decreto-Lei n.º 360/97 procedeu à integração dos dois num único diploma, de forma a garantir a unidade da avaliação das incapacidades e atualmente os peritos médicos exercem funções de certificação tanto ao nível das incapacidades temporárias, como ao nível das incapacidades permanentes. O mesmo se passa com os assessores técnicos de coordenação, que têm competências de coordenação em ambas as áreas. Assim, a partir deste momento passaremos a utilizar a terminologia SVI, descartando a denominação SVIP utilizada até ao momento.

¹⁵⁰ Despacho 34/SEES/93, de 29 de abril, publicado no Diário da República n.º 111, de 13 de maio de 1993, II Série. pp 5023-5024.

¹⁵¹ Convocatória do Conselho Médico Nacional, 27 de fevereiro de 1998. PT/MTSSS/GabMin/009044.

¹⁵² Na sequência da promulgação do Decreto-Lei n.º 360/97 que optou por manter este órgão.

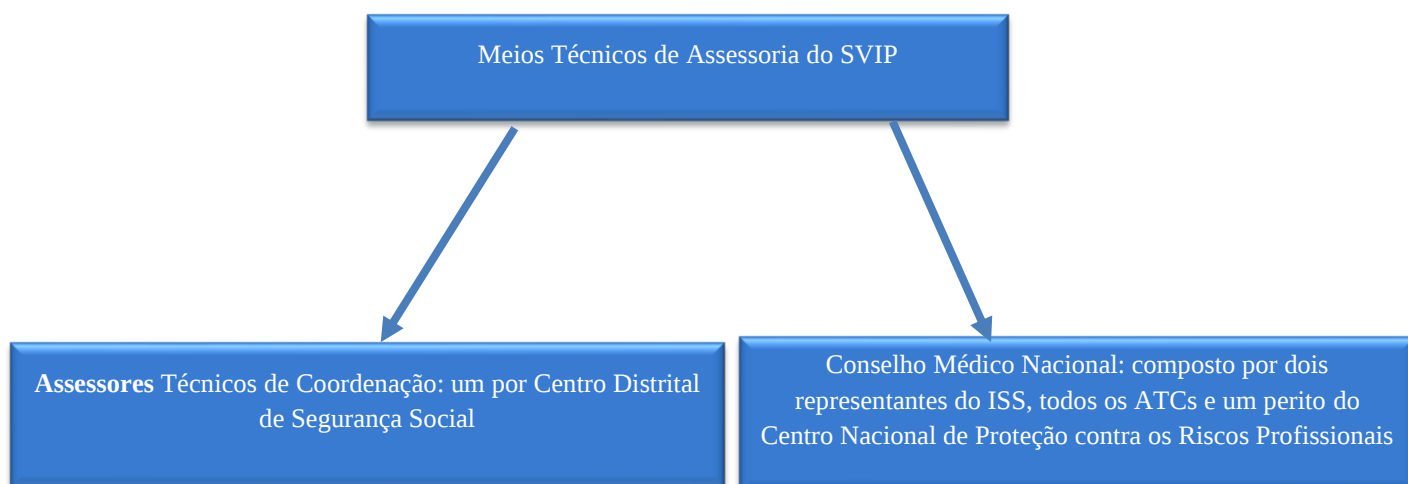
¹⁵³ Decreto-Lei n.º 214/2007, de 29 de maio. No âmbito da reestruturação orgânica do ISS vertida no DL 217/2007, de 29 de maio, o Conselho Médico deixou de ser um serviço do ISS para passar a órgão. A orgânica atual do ISS está prevista no DL n.º 83/2012.

¹⁵⁴ Art.º 7 do regulamento interno do Conselho Médico Nacional. PT/MTSSS/GabMin/009044.

O CM reúne pelo menos uma vez ao ano¹⁵⁵ e sempre que seja considerado conveniente para o esclarecimento e análise das questões apreciadas nas reuniões do CM podem participar, sem direito de voto, entidades e personalidades de reconhecido mérito na respetiva área de competências. Atualmente, o CM conta com uma comissão permanente composta pela presidente e dois ATCs, podendo ser criadas comissões especializadas para analisar e estudar determinados temas científicos na área de competência do SVI. De acordo com o regulamento interno deste órgão, as comissões especializadas são constituídas por deliberação do plenário e são compostas por membros do Conselho em função da área de especialização da matéria a ser estudada.

Em termos de eficácia dos pareceres e recomendações emitidos pelo Conselho, eles só produzem efeitos de obrigatoriedade junto dos serviços a que se reportam se forem homologados pela tutela. Caso contrário, constituem orientações de aplicação meramente facultativa.

Figura 9: Composição dos meios técnicos de assessoria ao SVI



Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas legais.

4.2.3 Circuito da avaliação da incapacidade permanente no SVI

Antes de descrevermos o circuito instituído para apreciação de um pedido de invalidez, vale a pena sublinhar que ele se mantém fortemente estável em termos legislativos desde 1987. Além da introdução do ATC, que em alguns momentos do procedimento pode funcionar como um ator de veto, da introdução da entrega de uma declaração de atividade profissional por parte do

¹⁵⁵ A periodicidade das reuniões está estabelecida no n.º 2 do art.º 26.º do DL 360/97.

requerente, e da possível devolução do relatório por parte da CVIP ao médico relator, não identificámos qualquer outra mudança. Olhemos de seguida para os trâmites que percorre um pedido de pensão de invalidez.

Após o requerimento dar entrada, primeiro procede-se à reconstituição da carreira contributiva do requerente e de outras condições administrativas determinantes para a sua atribuição e só depois é que os processos são distribuídos pelos médicos relatores, que darão início ao processo de avaliação e certificação.

Uma vez convocado o requerente, o processo inicia-se com o exame clínico e um “interrogatório” realizado pelo médico relator. Aquando da submissão do pedido, os interessados devem anexar ao seu processo provas clínicas ou pareceres de especialistas que sirvam de suporte, mas que “não têm força conclusiva prevalente sobre os demais elementos coligidos directamente pelo médico relator ou pelos peritos médicos das comissões de verificação ou de recurso.”¹⁵⁶ Se o processo correr dentro dos trâmites normais, à partida, o relator será o único ator do sistema que procede à observação direta do requerente e que, com vista ao cabal esclarecimento da situação, pode promover a realização de exames especializados e de exames auxiliares de diagnóstico¹⁵⁷ e articular-se directamente com os serviços e estabelecimentos de saúde ou médicos que tenham intervindo na situação clínica dos requerentes ou beneficiários¹⁵⁸. Caso se mostre indispensável, pode também propor a participação de perito de determinada especialidade na comissão de verificação¹⁵⁹. Estas prerrogativas que permitem ao relator a recolha de evidência adicional implicam, a partir de 1997, uma avaliação e a aprovação por parte do ATC, data em que esta figura passa a estar oficialmente prevista na legislação¹⁶⁰. Até então, bastava que os médicos relatores requisitassem tais meios de prova clínica em impressos que haviam sido aprovados para esse efeito, podendo ser requisitados aos estabelecimentos e serviços de saúde públicos, mas também às entidades privadas com as quais tivessem sido firmados acordos com esse objetivo¹⁶¹. Entre as funções do médico relator – que se mantêm estáveis desde 1987 – destaca-se também a obrigatoriedade de reportar aos serviços competentes as situações de incapacidade em que exista possibilidade de serem consideradas como doenças profissionais, o que implica

¹⁵⁶ N.º 4 do art.º 24.º do DR 57/87; n.º 3 do art.º 27.º do DR 8/91; n.º 2 do art.º 56.º do DL 360/97.

¹⁵⁷ Art.º 15.º do DR n.º 57/87 e do DR 8/91 e n.º 1 do art.º 48.º do DL n.º 360/97.

¹⁵⁸ Alínea c) do art.14 do DR n.º 57/87 e do DR 8/91 e alínea do) do art.º 17 do DL n.º 360/97.

¹⁵⁹ Alínea f) do n.º 1 do art.º 14.º do DR n.º 57/87 e do DR n.º 8/91, e alínea g) do art.º 17.º do DL n.º 360/97.

¹⁶⁰ N.º 2 do art.º 48.º do DL n.º 360/97.

¹⁶¹ N.º 2 do art.º 15 do DR n.º 57/87 e do DR n.º 8/91 e n.º 2 do art.º 48.º do DL n.º 360/97.

a suspensão do processo até que seja emitido parecer dos serviços com competência para avaliar as incapacidades decorrentes de doença profissional.

No final da avaliação presencial do requerente, o médico relator elabora um relatório com base no exame realizado e com base nos elementos de prova reunidos, organiza “o processo clínico do requerente e submete-o à CVIP, no prazo de 30 dias a contar da data do exame realizada ao requerente¹⁶². Se até à data da submissão do relatório à comissão, os requerentes apresentarem novas provas clínicas, o médico relator deve anexá-los ao-processo, não tendo, todavia, natureza de prova conclusiva.¹⁶³”

De forma a garantir a qualidade técnica do relatório, e à luz “do que se pratica em numerosos países”, o legislador estabeleceu que este devia ser “baseado numa adequada sistematização”, sem que isso coloque em causa a “plena liberdade de exposição e fundamentação que deverá ter o médico relator”. Eis como a legislação contempla o que deve ser o relatório:

[deverá] expressar o estudo exaustivo da situação clínica do requerente, em face dos antecedentes clínicos, designadamente a informação do médico assistente, a documentação subsidiária do diagnóstico e os pareceres dos médicos especialistas e concluir de forma inequívoca quanto à origem e natureza da incapacidade verificada. O relatório, elaborado com base em formulário a aprovar por despacho do Ministro do Emprego e Segurança Social, deve referir, com o maior desenvolvimento possível, a sintomatologia e observação do aparelho ou órgão afectado pela deficiência.¹⁶⁴

Esta orientação prescritiva relativamente ao relatório do médico relator pouco se alterou ao longo do tempo. Como fica evidente no seguinte excerto, as poucas alterações que se deram foram semânticas e referem-se à substituição da palavra deficiência por incapacidade ou dependência:

O relatório, elaborado pelo médico relator em formulário aprovado por despacho ministerial, deve expressar o estudo exaustivo da situação clínica do beneficiário em face dos seus antecedentes clínicos, designadamente a informação do médico assistente, a documentação subsidiária e os pareceres de médicos especialistas, e concluir, de forma inequívoca, quanto à origem e natureza da situação verificada, referindo com o maior desenvolvimento possível, a sintomatologia e a observação do aparelho ou órgãos afetados que deram origem à incapacidade ou dependência.¹⁶⁵

Terminada a fase de realização do exame clínico¹⁶⁶ e “interrogatório” ao requerente e a elaboração do relatório, será a vez de intervir a CVIP. Esta irá deliberar por maioria de votos acerca da existência ou não de incapacidade para o trabalho.

¹⁶² N.º 1 do art.º 26 do DR n.º 57/87; n.º 1 do art.º 29 do DR n.º 8/91 e n.º 1 do art.º 55 do DL n.º 360/97. Caso não seja possível terminar o relatório no prazo de 30 dias, o médico relator deve justificar a motivação dos impedimentos e solicitar prorrogação.

¹⁶³ N.º 4 do art.º 24.º do DR 57/87; n.º 3 do art.º 27.º do DR 8/91; n.º 2 do art.º 56.º do DL 360/97.

¹⁶⁴ Art.º 16.º do Decreto-Regulamentar n.º 57/87, de 27 de abril.

¹⁶⁵ Art.º 54.º do DL n.º 360/97, de 17 de dezembro.

¹⁶⁶ Antes convocar o beneficiário, o médico relator deve verificar se a informação médica enviada ao centro regional está completa e, caso contrário, dar conhecimento do facto ao beneficiário.

Destacamos que as competências acometidas à comissão são também caracterizadas por uma forte estabilidade desde o início do SVIP¹⁶⁷:

verificar a origem, a natureza e a extensão e presumível duração das incapacidades detetadas não susceptíveis de superação através de actuações de recuperação funcional ou de adequados e viáveis meios de compensação; determinar, com base nas capacidades remanescentes e nas efectivas possibilidades de reabilitação profissional e inserção no mercado normal de emprego, a redução da capacidade profissional do requerente; proceder à revisão das situações de incapacidade permanente que abriram direito às prestações de invalidez, tendo em vista pronunciar-se sobre a evolução das mesmas situações.

Apenas identificamos um elemento de mudança, a que já aludimos: a eliminação da presença do assessor técnico de emprego em 2007, que tinha a possibilidade de “entrevistar ou testar o requeente nos aspetos específicos da sua área de intervenção¹⁶⁸” e, por isso, logicamente, essa competência é extinta.

Com vista ao exercício das suas competências, a CVIP procede à apreciação dos processos clínicos dos requerentes a partir dos dados recolhidos pelo médico relator e dos elementos de diagnóstico que constem no processo, no prazo máximo de 10 dias a contar da receção do relatório, exceto se se verificar a necessidade de recorrer a novos exames ou outros elementos auxiliares de diagnóstico¹⁶⁹. Existem três cenários possíveis nesta fase, sendo que o primeiro foi introduzido na revisão de 1997 e os restantes estão previstos desde o início: 1) a comissão constata que a conclusão do relatório não se encontra devidamente fundamentada e devolve-o ao médico relator, que deve proceder ao seu aperfeiçoamento no prazo de 10 dias e a comissão depois procede à sua reanálise¹⁷⁰; 2) a comissão pode considerar que, para uma melhor elucidação da situação clínica dos requerentes, deve realizar o exame médico direto dos requerentes através dos peritos médicos nelas integrados ou solicitar auxiliares de diagnóstico adicionais, embora deva contactar previamente o médico relator¹⁷¹; 3) a comissão concorda com o parecer do médico relator e emite a sua decisão. As decisões das CVIPs devem incluir, por um lado, uma fundamentação de direito baseada nas exigências previstas no quadro legal e, por outro, uma fundamentação de facto que deriva da análise clínica do requerente. A clareza e a nitidez devem guiar a elaboração da fundamentação¹⁷².

Se o parecer da CVIP for negativo para o requerente, este pode solicitar a realização de comissão de recurso, indicando os dados do médico que irá designar para participar na respetiva

¹⁶⁷ Art.º 10.º do DR 57/87; art.º 20 do DL n.º 360/97.

¹⁶⁸ Art.º 27.º do DR 57/87; art.º 57.º do DL n.º 360/97.

¹⁶⁹ Exceção prevista desde 1987.

¹⁷⁰ N.º 3 do art.º 55 do DL n.º 360/97.

¹⁷¹ N.º 2 e n.º 3 do art.º 27 do DR n.º 57/87, n.º 2 e 3 do n.º 30.º do DR n.º 8/91 e n.º 2 e 3 do art.º 57 do DL n.º 360/97.

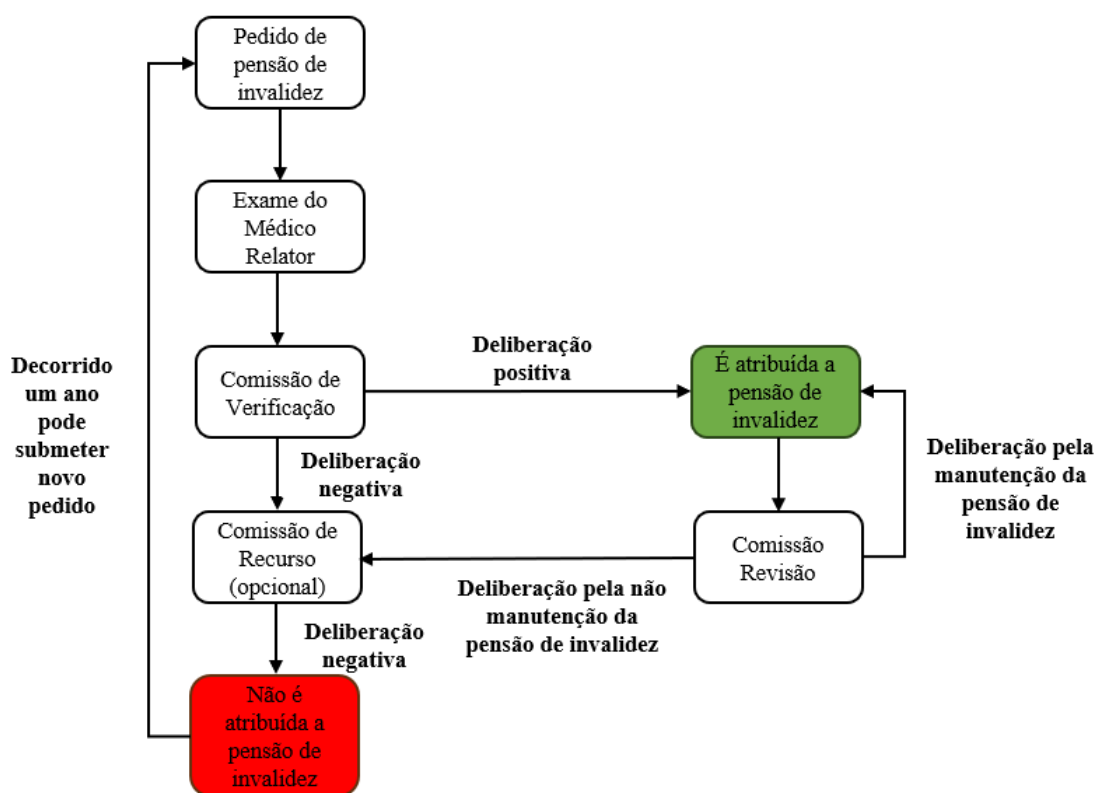
¹⁷² Conselho Médico, Ata nº 2/2002, de 13 de maio; Ata n.º 1/2013, de 18 de fevereiro.

comissão. Será o perito médico que preside à comissão de recurso aquele que convoca os restantes membros, bem como o requerente.

Encerrado este circuito que culmina com a comissão de recurso, o processo retorna novamente ao apoio administrativo que deve expedir para os serviços competentes do CRSS ou para o Centro Nacional de Pensões os requerimentos da prestação a atribuir acompanhados da deliberação da CVIP ou, caso contrário, informação relativa à ausência de requisitos para a atribuição da pensão. Não reunidas as condições que determinam a atribuição da pensão de invalidez, o interessado só poderá solicitar novo pedido um ano após a data da última deliberação, exceto se se verificar agravamento do estado de saúde do indivíduo. Este facto deve estar devidamente fundamentado através de informação médica e será posteriormente validado pelo médico relator.

De sublinhar que durante todo o processo de avaliação da incapacidade, qualquer suporte técnico que os médicos relatores ou os peritos médicos das comissões técnicas necessitem, será assegurado pelo ATC do respetivo centro regional.

Figura 10: Fluxograma de um pedido de pensão de invalidez



Fonte: Elaboração própria com base nos diplomas legais e nos guias práticos da segurança social.

4.3 Variáveis concorrentes para a apreciação da incapacidade: clínicas e sociodemográficas

A certificação médica da incapacidade permanente e das suas repercussões ao nível socioprofissional tem um papel preponderante no acesso à pensão de invalidez. Assim, em termos materiais, a verificação deve incidir numa complementaridade entre dados biológicos e dados profissionais, considerando, por um lado, a perda ou redução de funcionalidade e, por outro, a perda ou redução da capacidade de ganho. Caracterizada por alterações residuais e ao nível semântico, esta conjugação do que se deve verificar num exercício de certificação perpetuou-se nos sucessivos diplomas. Na legislação que regula o SVIP, o artigo que explicita as competências dos médicos relatores e das comissões de verificação dá-nos indicação dos elementos que estes devem ter em conta na sua atividade e que conheceram a seguinte evolução:

[1982] análise dos dados relativos à redução de capacidade física, motora, orgânica, sensorial ou intelectual como os referentes às suas repercussões sócio-profissionais¹⁷³

[1987] os dados físicos, orgânicos, anátomo-funcionais, psíquicos e psicológicos das situações dos requerentes, determinando, com base em todos os elementos de diagnóstico tidos por necessários, a origem, a natureza e extensão da redução física, motora, orgânica, sensorial ou intelectual provocada pela **deficiência**¹⁷⁴

[1991] os dados físicos, orgânicos, anátomo-funcionais, psíquicos e psicológicos das situações dos requerentes, determinando, com base em todos os elementos de diagnóstico tidos por necessários, a origem, a natureza e extensão da redução física, motora, orgânica, sensorial ou intelectual provocada pela **incapacidade**¹⁷⁵

[1997] a análise dos dados relativos às condições físicas, motoras, orgânicas sensoriais e intelectuais dos beneficiários como as referentes às suas repercussões sócio-profissionais.¹⁷⁶

Além destes elementos, verificamos que o legislador optou por manter ao longo do tempo a necessidade de os peritos considerarem na sua avaliação “as capacidades remanescentes (...) e avaliar as repercussões sócio-profissionais da incapacidade face às perspectivas concretas e actuais da sua reabilitação profissional e inserção no mercado normal de emprego”¹⁷⁷. Esta atenção às implicações socioprofissionais em conjugação com a avaliação das possibilidades de reabilitação e inserção no mercado convencional sugere, na nossa interpretação, uma abordagem holística no processo de avaliação e a importância dos peritos com competências na área do emprego. Ter em conta estes elementos visa obter uma compreensão mais completa da situação do requerente, computando não só as restrições, mas

¹⁷³ Art.º 2.º do DL 144/82.

¹⁷⁴ Art.º 3.º do DR 57/87.

¹⁷⁵ Art.º 4.º do DR 8/91.

¹⁷⁶ N.º 2 do art.º 2 do DL 360/97.

¹⁷⁷ Alínea b) do art.º 3 do DR 57/87, alínea b) do art.º 4.º do DR 8/91 e alínea b) do art.º 15 do DL n.º 360/97.

também as possibilidades de reintegração e participação na vida profissional (abordagem que será discutida no capítulo seguinte).

Por fim, em termos de estabilidade, o mesmo se verifica no quadro normativo fundamental – revogado e em vigor – da prestação pecuniária em estudo que estabelece que a incapacidade permanente é avaliada tendo em conta o funcionamento físico e mental do requerente, o estado geral, a idade, as aptidões profissionais e a capacidade de trabalho remanescente e, em 2007, acrescenta ao funcionamento físico e mental o sensorial¹⁷⁸.

4.4 Instrumentos de apoio à certificação

A legislação portuguesa não especifica ou impõe os instrumentos de que os peritos do SVI se devem socorrer para chegar e alicerçar a sua decisão, ao contrário do que acontece noutras eventualidades que também geram incapacidade de trabalho, como é o caso das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho. Nestes dois domínios, verificámos que o principal instrumento para se proceder à avaliação da incapacidade é a Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais: trata-se de uma matriz de valores referenciais, em que o critério básico de avaliação é o da incapacidade geral de ganho, traduzindo-se numa interpretação indemnizatória.

Já na invalidez, a legislação estabelece que o requerente, aquando do pedido de pensão, se deve munir de um relatório de informação médica, da declaração de atividade profissional, bem como dos exames auxiliares de diagnóstico que demonstrem a existência das patologias invocadas; mas em nenhuma peça legislativa se encontra qualquer orientação para determinar uma causalidade direta e única entre uma condição de saúde e a incapacidade para o trabalho. Tornar o exercício de mensuração da incapacidade num exercício objetivo, quase matemático, como se tenta fazer no domínio das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho, é algo que não está plasmado nos documentos jurídico-normativos do domínio da invalidez. E, no entanto, vimos que os apelos a uma maior autonomia da peritagem médica – primeiro no capítulo da relação médico-paciente, depois relativamente aos técnicos de emprego –, que nos permitem falar de uma remedicalização do sistema, foram acompanhados de uma narrativa justificativa que punha a tónica na objetividade científica do diagnóstico e na segurança quase-jurídica da decisão. Porque é que, neste quadro, não prevaleceu o recurso a instrumentos classificativos mais fixos? Como é que, na sua ausência, os peritos procedem à construção dessa

¹⁷⁸ O Decreto 45 266 é omissivo nesta matéria. Art.º 65.º dos DL n.º 329/93 e n.º 65.º do 187/2007.

causalidade e medem, com especificidade, a perda definitiva de capacidade de uma pessoa para trabalhar na sua profissão? Mais complexo ainda: como é que eles fazem isto determinando que esse requerente não consegue auferir mais de um terço da remuneração correspondente ao exercício normal da sua profissão? Descortiná-lo será um dos principais objetivos dos capítulos 6 e 7.

Tudo isto é desconhecido no que diz respeito ao nosso caso de estudo, ao contrário daquilo que já foi produzido para outros países. Por exemplo, Geiger *et al.* (2017) procuraram explicar de que forma é que a capacidade para o trabalho é avaliada pelas comissões da segurança social, comparando nove países (Países Baixos, Dinamarca, Estados Unidos da América, Austrália, Alemanha, Noruega, Suécia, Canadá e Nova Zelândia). Os autores identificaram três modelos de avaliação, que de alguma forma estabelecem numa forte relação entre segurança social e trabalho. O primeiro modelo denominado *avaliação estruturada da capacidade para o trabalho*¹⁷⁹, baseia-se na ligação entre os perfis funcionais dos indivíduos, que decorrem da avaliação médica, e os requisitos dos empregos disponíveis na economia nacional, geralmente organizados em bases de dados. De acordo com os autores, o caso holandês é um exemplo emblemático desta abordagem, ao estabelecer um vínculo formalizado e orientado entre perfis funcionais e exigências ocupacionais. Numa primeira fase, as capacidades funcionais dos requerentes são avaliadas e, numa segunda fase, comparadas às exigências funcionais de aproximadamente 7.000 empregos disponíveis no país¹⁸⁰, que estão consolidados num banco de dados denominado CBBS (Claim Beoordelings en Borgingssysteem). O CBBS permite uma avaliação empiricamente fundamentada sobre os trabalhos que um indivíduo pode desempenhar e a percentagem de redução dos seus ganhos relativamente à ocupação anterior. As avaliações incluem 28 domínios funcionais diferentes e têm em consideração variáveis como o padrão de trabalho exigido, educação, experiência e competências necessárias para o emprego. De sublinhar que, embora a avaliação seja orientada pelo banco de dados CBBS, o processo não é totalmente automatizado, uma vez que um especialista na área do trabalho procede a um julgamento final com base na sua expertise profissional, embora com um “grau de discricionariedade relativamente restrito.” O segundo

¹⁷⁹ Enquadram-se neste modelo países como a Holanda e os EUA, sendo mais uma vez o primeiro país apresentado como mais notável, ainda que lhe sejam apontadas várias críticas.

¹⁸⁰ De acordo com os autores, devido ao alto custo de incluir todos os empregos existentes ao nível nacional, o CBBS cobre aproximadamente 20% dos códigos ocupacionais existentes no Países Baixos, concentrando-se principalmente em “empregos de nível mais baixo, que são mais amplamente acessíveis a todos os requerentes.

modelo, a *avaliação demonstrada da capacidade para o trabalho*¹⁸¹, está diretamente ligada ao princípio de reabilitação e é um modelo que se concentra nas experiências reais dos requerentes no mercado de trabalho. Neste modelo, inclui-se, por exemplo, a Dinamarca, em que os indivíduos são enviados para uma prova/teste de trabalho durante vários meses com o objetivo de clarificar a sua capacidade de trabalho e quais as tarefas que conseguem desempenhar dentro de uma determinada configuração laboral. Por fim, a *avaliação especializada da capacidade para o trabalho*¹⁸², considerada a mais comum, em que se solicita a um médico da área da saúde ocupacional ou profissional do mercado de trabalho que se avalie se um indivíduo é ou não capaz de trabalhar. É nesta modalidade que Portugal se parece enquadrar, uma vez que a avaliação é baseada no julgamento de médicos especialistas em peritagem que consideram a condição de saúde do requerente, as suas limitações funcionais e as exigências do seu posto de trabalho.

4.5 Conclusão

Relativamente à primeira parte do capítulo, que de forma breve traça as origens e implementação do SVIP, podemos concluir que a principal causa que motivou a sua conceção foi a superação da divisão institucional entre quem verifica as incapacidades e quem concede as pensões, procurando corrigir as deficiências do sistema anterior, nomeadamente a demora nas ações de verificação médica, a falta de controlo na atribuição de pensões e a ausência de apoio técnico-administrativo por parte da segurança social aos peritos médicos que procediam à certificação da incapacidade.

Numa primeira fase, os burocratas ministeriais desempenharam um papel proeminente na conceção e implementação do sistema: identificaram o problema e propuseram reformas, prepararam a transferência da verificação das incapacidades do setor da saúde para as instituições da segurança social e coordenaram e implementaram as mudanças que se afiguraram necessárias. Nesse sentido, um diagnóstico do desempenho do sistema que funcionava no passado foi crucial para a formulação e implementação da reforma política levada a cabo. Ao contrário dos argumentos do tipo *path dependence*, que sublinham que o legado das políticas anteriores tende a reforçar as instituições existentes, promovendo a continuidade ao invés da mudança, no caso em apreço podemos afirmar que o reconhecimento do peso do passado foi

¹⁸¹ Ainda que com algumas diferenças e mecanismos distintos, aos autores consideram dentro deste modelo países como a Dinamarca, Alemanha, Austrália, Canadá e os Países Escandinavos.

¹⁸² Nova Zelândia, Canadá e Austrália.

encarado como problemático, resultando numa rutura significativa. A acumulação de falhas na abordagem do passado foi catalisadora de inovação e reformulação do sistema (Palier, 2005).

Já num segundo momento, os burocratas de rua – os peritos médicos – entraram em ação, aportando melhorias ao funcionamento do sistema com base na aprendizagem feita no trabalho do dia-a-dia, procurando melhorar o processo de certificação às suas contingências diárias e que exploraremos nos próximos capítulos. Da leitura que fazemos da documentação com que nos deparamos no decorrer da investigação, concluímos que não é possível estabelecer uma divisão entre *quem toma a decisão e quem fornece a informação, que está fora da arena política decisória*, como os burocratas. Nesse sentido, podemos concluir que o conhecimento produzido pela burocracia, como uma mera descrição do problema e a avaliação da sua urgência, moldou a agenda política, promovendo a criação do SVIP enquanto potencial solução. E desde já se intui que também os peritos médicos, ao exercerem funções no SVIP, ficaram como que num limbo institucional, pois eles assumem-se, ao mesmo tempo, como implementadores e agentes de mudança interna da própria política.

Destacamos, ainda, que embora tenhamos abordado levemente o processo de agendamento e formulação do SVIP, os capítulos subsequentes concentrar-se-ão essencialmente na fase de implementação, enfatizando as disparidades entre o que está estipulado na legislação e a efetiva aplicação prática. Contudo, sem esta contextualização, seria difícil compreender a lógica subjacente à sua criação.

A segunda parte do capítulo, que resultou sobretudo da leitura dos diplomas legais, permite-nos concluir que o legislador procurou implementar um conjunto de órgãos especializados de verificação de incapacidade que atuam num processo sequencial e lógico no qual se permite e estimula a aplicação de vários meios para a tomada de decisão por parte dos peritos médicos do SVI. Um exemplo disso é a possibilidade de o médico relator e as comissões solicitarem pareceres de médicos especialistas, que entendam necessários, e meios auxiliares de diagnóstico que se afigurem indispensáveis. Outro exemplo, é a possibilidade de intervenção de médico indicado pelo requerente na comissão de recurso, que abre uma janela de oportunidade para o interessado apoiado no seu médico argumentar acerca da sua incapacidade de trabalho.

Pese embora este esforço inicial de constituição de um novo serviço, daí em diante, verificamos uma profunda estabilidade na composição e na forma de funcionamento do sistema. Apenas encontramos uma mudança significativa e visível ao nível legislativo. Essa mudança teve lugar em 2007 e pode ser apreciada como um recuo: a eliminação do técnico de emprego das CVIPs e a participação exclusiva de médicos resulta numa remedicalização do sistema,

quase como que um retorno às juntas médicas que funcionaram até ao final da década de 80. Portanto, ao contrário de outros países em que o processo de avaliação resulta de uma análise global e holística do requerente, combinando critérios e visões médicas com uma perspetiva mais socio-laboral, em Portugal, parece que só o exame clínico concorre para a certificação da incapacidade. Entre esses outros casos encontram-se os Países Baixos, em cujo processo de certificação participam um assessor médico, um perito e um gestor do caso, a não ser que o requerente seja avaliado com uma incapacidade total. O recurso a peritos do emprego é também a prática em países como a Alemanha, Eslovénia e Espanha, ao passo que na Dinamarca, por exemplo, esse perito pode ser consultado apenas quando necessário (Boer et al, 2004:24). O caso português é, ainda assim, *sui generis*, pois a remedicalização contraria as variáveis invocadas na fundamentação de facto da incapacidade dos requerentes, como se poderá ver na próxima secção. A composição inicial das CVIPs e a sua alteração será o centro de discussão do próximo capítulo.

Por fim, verifica-se uma tentativa de aperfeiçoamento do sistema com a criação da figura dos ATC e do Conselho Médico Nacional, que, veremos também, têm um papel central na divulgação e produção de informação e trabalhos técnicos com vista à uniformização das práticas de peritagem médica no âmbito da segurança social e ao nível nacional.

CAPÍTULO 5

Proteção na invalidez – um ideário reabilitativo não concretizado?

Neste capítulo, argumentamos que o ideal de proteção na invalidez foi sendo maturado desde 1963, tendo culminado em 1982 com a criação do SVIP: embora haja uma percepção por parte de alguns burocratas de que é algo complexo de se alcançar, verificamos a existência de um consenso em torno de uma proteção compensatória complementada por uma proteção com um cariz mais ativador como a melhor forma de proteção dos inválidos. O modo como a pensão de invalidez foi idealizada em Portugal coincidia assim com a visão de Assis¹⁸³ (1958:25): não bastava o perito reconhecer que o requerente mantém uma capacidade remanescente que pode ser mobilizável para o exercício de outra profissão. Era imprescindível que as instituições de segurança social promovessem a readaptação e reabilitação do trabalhador para o seu exercício. Foi esse o pensamento que esteve por detrás da reforma do sistema de proteção na invalidez em 1963.

No entanto, a análise legislativa mostrou-nos que, entre 1963 e 2007, se deu um afrouxamento da proteção por via da reabilitação e reconversão profissional, pelo menos ao nível legal. O diploma de 1963, que regula a eventualidade em estudo, quase que impõe essas ações de reabilitação; o de 1993 prevê-as como complemento, e o de 2007 prevê a sua existência com regulamentação em legislação própria, algo que nunca chegou a acontecer. O quadro das ideias, como veremos, refletiu-se no quadro jurídico. Mas terá tido o quadro jurídico reflexo na implementação? O que é que a prática nos diz acerca da eficácia das ideias, isto é, do processo de construção simbólica e política do arranjo jurídico que vigorou e em vigor? Uma genealogia

¹⁸³ À data da publicação, Armando Oliveira de Assis havia sido quadro superior em serviços da Segurança Social brasileira, nomeadamente Secretário-Geral da Comissão Permanente de Intercâmbio do Departamento Nacional de Previdência Social do Ministério do Trabalho, chefe da divisão de Estudos do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários. A publicação de Assis onde consta a ideia referida foi produzida na sequência de um seminário promovido pela Organização Ibero-Americana de Segurança Social que decorreu de 5 a 10 de maio de 1958. Lecionado pelo técnico brasileiro, intitulava-se *Incapacidade do Trabalho - Nova Orientação sobre critérios e métodos de avaliação* e a publicação foi adquirida pelo Centro de Estudos Sociais Corporativos (CESC) do Ministério das Corporações e da Previdência Social. Acreditamos que esta aquisição representa, de alguma forma, um indício do interesse das instituições oficiais pelo tema. Contudo, para afirmarmos com maior grau de certeza, teríamos de verificar que produção do CESC citava o trabalho de Assis ou a presença de técnicos portugueses deste centro no seminário. Fazê-lo levar-nos-ia longe de mais.

da forma ideal de proteção na invalidez não deve assim descurar o articulado jurídico que pode fornecer excelentes pistas sobre a carga simbólica a que o termo era e é submetido por diferentes atores ao longo do tempo.

5.1 A filosofia da dignificação do trabalho e do aproveitamento do indivíduo

Os dois primeiros grandes marcos de um processo de valorização pelo Estado das capacidades remanescentes dos trabalhadores com incapacidades situam-se na década de 60. O primeiro é a criação do Fundo de Desenvolvimento de Mão-de-Obra¹⁸⁴ (FDMO) em 1962 com o objetivo de contribuir para a mobilidade profissional, reconversão e readaptação profissional dos trabalhadores (Dantas e Conceição, 1996:63). O segundo foi a criação do Serviço de Reabilitação Profissional (SRP) em 1966, inserido no âmbito do fundo acima mencionado, ainda que não se focasse exclusivamente na reabilitação de pensionistas de invalidez e dirigido por Fernando Nascimento¹⁸⁵. O campo de ação era bem mais abrangente: incapacitados em defesa da pátria; incapacitados da previdência social; incapacitados do foro assistencial e incapacitados do trabalho. O serviço acabaria por ser extinto em 1969¹⁸⁶, mas durante a sua existência, o seu programa de ação foi bastante vasto: garantir a adaptação ou readaptação dos trabalhadores fisicamente diminuídos; disponibilizar serviços de orientação profissional e de reclassificação; cooperar com os serviços de emprego com vista à integração dos trabalhadores recuperados no mercado normal de trabalho; estipular acordos com as empresas e instituições de previdência; desenvolver e preservar centros oficiais particularmente equipados para o exercício profissional pelos grandes incapacitados. Uma vez em funcionamento, uma das iniciativas a merecer destaque foi a Campanha de Reabilitação Profissional de Deficientes

¹⁸⁴ Em 1979 irá ser substituído pelo que hoje conhecemos como Instituto de Emprego e Formação Profissional.

¹⁸⁵ Quadro da administração pública portuguesa, pelo menos desde a década de 60. Desempenhou funções no Serviço de Reabilitação Profissional do Ministério das Corporações e Previdência Social, exerceu o cargo de Diretor de Serviços da Invalidez e Reabilitação e de Coordenador da Comissão de Reabilitação do Ministério do Trabalho e de Diretor dos Serviços de Prestações por Incapacidades Permanentes e Velhice da Direção-Geral da Segurança Social.

¹⁸⁶ Em 1965 foi criado o **Serviço Nacional de Emprego**, pelo Decreto-Lei n.º 46 731, de 9 de dezembro de 1965, competindo-lhe “equacionar e resolver (...), os variados problemas de mão-de-obra, com o objectivo de conseguir o pleno emprego da população activa.” Em 1968 foi criado o **Serviço de Formação Profissional** através do Decreto-Lei n.º 47 275, de 14 de março de 1968, cujo objetivo era orientar, executar e coordenar a intervenção do Ministério das Corporações e Previdência Social no campo da formação profissional. Assim, por questões de duplicação de atuação, extinguiu-se o Serviço de Reabilitação Profissional e as funções diretamente relacionadas com a formação profissional passaram para o Serviço de Formação Profissional, enquanto as restantes como a orientação profissional, a reclassificação e a colocação dos trabalhadores passaram para o Serviço Nacional de Emprego.

Físicos, iniciada em 1968. Direcionada aos empregadores, esta campanha tinha como objetivo fazê-los entender que no recrutamento de um indivíduo com deficiências físicas, dever-se-ia “atender mais à potencialidade de trabalho que ele conserva após a sua recuperação, do que, propriamente, à capacidade que ele perdeu por via da doença ou do acidente que o vitimou,” significando isto que há uma aceitação conceptual de que “deficiência física e incapacidade para o trabalho não são exatamente a mesma coisa” (Guimarães e Pisco, 1974:10).

Figura 11: Imagem utilizada por Fernando Nascimento num artigo sobre a criação do SRP e as suas ações de reabilitação profissional



Fonte: Nascimento, Fernando do (1968). *Uma Cruzada de Dignificação Humana*, p. 10. A imagem foi utilizada por Nascimento, que havia antes sido publicada na Revista *Performance* em fevereiro de 1968.

A noção de complementaridade entre prestações pecuniárias que proporcionavam ao trabalhador uma reparação pela perda de ganho na sequência de invalidez, complementada com ações de recuperação e reabilitações profissionais, foi reforçada na legislação em 1963¹⁸⁷, entre a criação do FDMO e o SRP. A importância dessa dupla forma de proteção social é reforçada numa publicação de 1972 da Caixa Nacional de Pensões, ainda que, como se verá adiante, ela tenha acabado por se revelar bastante incipiente (Canelas, 1973). Nesta época, as ações de reabilitação eram encaradas, pelo menos nas palavras proferidas pelo atuário-chefe da Direção-Geral da Previdência, Francisco Canelas, no I Congresso Nacional da Previdência Social (CNPS) em 1973, como um instrumento que poderia ajudar na conferência dos requisitos de acesso à pensão de invalidez. Canelas considerava que uma boa coordenação da entidade processadora do pagamento da pensão com os serviços de recuperação e readaptação profissionais e com os serviços de emprego, nomeadamente através da suspensão ou redução das pensões aos indivíduos de determinadas idades que se recusassem a frequentar aqueles

¹⁸⁷ Através do Decreto n.º 45266, de 23 de setembro de 1963, como já várias vezes mencionado.

serviços no caso de haver sido proposto pela junta de invalidez, revelaria quem seriam os “verdadeiros” e os “falsos inválidos”. A forma como este quadro da administração do Estado Novo concebia os serviços de reabilitação estava, portanto, associada a um controlo punitivo que apoiava na seleção de quem legitimamente merecia ver a sua perda de capacidade de ganho reparada (Canelas, 1973:12).

Durante a década de 70, dá-se a disseminação dos ideais reabilitativos entre os quadros da administração pública portuguesa, tendo o conhecimento e as posições internacionais ajudado a legitimar esses ideais. Por exemplo, a comunicação apresentada por José Luciano Mendes Mirones ao I CNPS baseava-se em exemplos de esquemas de invalidez implementados noutros países, os quais considerava exemplares, como a Holanda. Fernanda Guimarães e José Pisco (1974:7) do Serviço de Estatística do Ministério das Corporações e Segurança Social nas primeiras Jornadas de Emprego, em 1974, invocavam declarações da Organização Internacional do Trabalho, das Nações Unidas, da Sociedade Internacional de Reabilitação, da Associação Internacional da Segurança Social e evidência apresentada em congressos mundiais e nacionais para justificar o desenvolvimento de uma política de reabilitação profissional dos trabalhadores inválidos, ainda que toda a sua comunicação se tenha acabado por focar na incapacidade decorrente de acidente de trabalho.

Já focados no grupo dos pensionistas de invalidez e também fortemente influenciados pelas posições internacionais e pelas experiências de outros países, encontramos na década de 80 um pequeno grupo da burocracia ministerial¹⁸⁸ que também desempenhou um papel preponderante para que as dificuldades de funcionamento do esquema de concessão das pensões de invalidez fossem percebidas como um problema e se procedesse a uma reformulação da forma de verificação dos requisitos à pensão, a que já aludimos brevemente no capítulo anterior. Para além de advogarem a substituição do modelo de juntas médicas, compostas por três clínicos, por um modelo de comissões de verificação de incapacidade multidisciplinares, havia também um consenso entre os burocratas do campo relativamente à importância da reabilitação e da reconversão profissional, que não pode ser encarada de forma isolada da sua sugestão de composição das comissões.

Devemos destacar, em primeiro lugar, que Fernando Nascimento parece ser o líder deste movimento, pugnando por medidas de reabilitação no final da década de 60 enquanto diretor do SRP e com uma base profundamente cristã:

¹⁸⁸ Destacamos aqui o nome de Fernando Nascimento, Maria de Belém Roseira e Sara Cardigos.

A reabilitação afirma-se, na expressão inspirada de Ramsay Somers como «The modern miracle» e é, portanto, obra querida de Deus. Bastará que os homens responsáveis se deixem penetrar da profunda mensagem de solidariedade e de amor positivo ao próximo que nesta obra «duas vezes bendita» se encerra para se levarem de vencida todas as dificuldades. (Nascimento, 1968:12).

Em segundo lugar, destacam-se três relatórios determinantes todos elaborados por este grupo de burocratas que são representativos do pensamento dominante ao tempo da criação do SVIP (década de 1980):

- *Estudo das Articulações a estabelecer entre os serviços de reforma por invalidez e os serviços de reabilitação profissional* – relatório de 1980 elaborado por Fernando Nascimento, à data diretor de Serviços da Invalidez e Reabilitação e informalmente da Comissão de Reabilitação do Ministério do Trabalho, e por Maria de Belém Roseira, à data Assessora Jurídica na Secretaria de Estado da Segurança Social. Este grupo de trabalho constituído por despacho conjunto dos Secretários de Estado do Emprego e da Segurança social foi incumbido de elaborar um relatório que respondesse aos desideratos de articulação entre os esquemas de reforma por invalidez e de reabilitação profissional; de articulação entre os centros de emprego e a Caixa Nacional de Pensões e de apresentar propostas de articulação funcional permanente entre os serviços das duas secretarias de Estado com vista à implementação de esquema integrado de reabilitação profissional.
- *Reformulação do Esquema das Pensões de Invalidez do Regime Contributivo da Segurança Social*, de 1982, elaborado pela Comissão Interdepartamental Permanente de Articulação entre a Invalidez e a Reabilitação Profissional (CIPAIR)¹⁸⁹. Pelo facto de se considerar um tema de natureza multidisciplinar, a CIPAIR era composta por um representante da DGSS (Fernando Nascimento, coordenador dos trabalhos), do Centro Nacional de Pensões, dos Serviços Médico-Sociais Centrais, do Secretariado Nacional de Reabilitação, e da Comissão de Reabilitação da Secretaria de Estado do Emprego.
- *O regime legal da concessão de pensões de invalidez pela segurança social portuguesa: perspectivas da sua revisão e actualização* de 1984 elaborado por Fernando Nascimento, à data Diretor dos Serviços de Prestações por Incapacidades Permanentes e Velhice da Direção-Geral da Segurança Social.

Os títulos dos dois primeiros relatórios, bem como a composição dos grupos de trabalho, permitem identificar a influência de ideias associadas à importância da reabilitação e reconversão profissional e da articulação ao nível ministerial entre o setor da segurança social

¹⁸⁹ A CIPAIR foi criada pela portaria n.º 377/81, de 8 de maio. O diploma que a criou ainda está em vigor, mas acreditamos que os trabalhos da comissão estão inativos.

e o do emprego. Os três relatórios destacam como um dos fatores menos positivos do regime de proteção na invalidez o método de certificação através de juntas médicas, que, por sua vez, impactava na articulação entre os serviços que atribuíam as pensões e os serviços com competência para a reabilitação profissional. Os seguintes trechos servem para demonstrar a coesão em torno do ideário reabilitativo e as suas consequências institucionais:

Um outro fator que o G.T [grupo de trabalho] considerou como negativo no processo de articulação da invalidez com a reabilitação profissional, reporta-se aos termos de certificação das situações. No sistema vigente a invalidez é verificada por juntas médicas constituídas exclusivamente por clínicos. Como o conceito atual de invalidez integra, para além das situações físicas, uma apreciação das repercussões dessas situações no exercício profissional, conclui-se que tais exames estão a ser feitos sem a devida segurança técnica. Não tendo os médicos, nem sendo exigível que tenham informação suficiente das problemáticas das profissões, da reabilitação e do mercado de emprego, tendem, naturalmente, a considerar a situação física em si mesma, reformando por vezes, quem ainda pode exercer a mesma profissão a 100% e negando a reforma a quem uma aparentemente ligeira limitação física impede o exercício normal da profissão. (Nascimento e Belém, 1980:6)

Com efeito, o facto de o método de verificação da invalidez se basear na junta médica, permite a dúvida sobre se em todos os casos considerados de incapacidade para o exercício da profissão se terá ponderado com suficiente informação a repercussão das limitações físicas ou mentais na capacidade de trabalho do deficiente, à luz designadamente das possibilidades de compensação protésica ou de outro tipo que hoje se oferecem no âmbito da readaptação funcional e da própria ergonomia. É legitimamente de crer que nem sempre os médicos, por muito proficientes que sejam e desta hipótese se não duvida, tenham a informação específica bastante para se pronunciarem sobre aspetos que relevam das técnicas de emprego. (CIPAIR, 1982:38)

Com efeito, a segurança social não tem qualquer controlo sobre os serviços responsáveis pela confirmação da situação de invalidez, que estão ainda sob jurisdição do Ministério da Saúde, nem se dispõe ainda de uma estrutura de apreciação da invalidez com médicos e técnicos de emprego suficientemente apta a ponderar todos os dados da situação, não só no plano médico, mas também no que toca às repercussões socio-laborais da incapacidade, continuando a funcionar juntas médicas em vez de comissões de verificação ou comissões técnicas qualificadoras da invalidez, como fora previsto no Decreto n.º 45 266 (...) (Nascimento, 1984:5-7).

Os relatos acima citados sinalizam a preponderância da imagem de um sistema menos medicalizado e mais multidisciplinar que estes burocratas ministeriais procuraram fomentar, existindo alguma suspeição no que diz respeito à capacidade dos médicos para incorporarem na sua avaliação critérios do mundo do trabalho. Neste círculo administrativo existia a convicção de que, para além da recuperação de um ponto de vista estritamente médico, os requerentes também podiam ser recuperáveis de uma perspetiva socio-laboral. A certeza de dois destes burocratas – Nascimento e Belém – de que se deveria apostar “no apego dos beneficiários ao trabalho, no interesse da sua dignificação e na qualidade dos serviços que lhes devem ser proporcionados¹⁹⁰” – resultou na proposta de uma experiência-piloto¹⁹¹, que incorporava princípios daquilo que hoje se denomina de políticas de ativação, ainda que a participação do

¹⁹⁰ Nascimento, F. & Belém, M.R. (1980) *Estudo das articulações a estabelecer entre os serviços de reforma por invalidez e os serviços de reabilitação profissional* (Relatório). Lisboa, p. 6.

¹⁹¹ Idem. De acordo com Nascimento e Belém, esta experiência piloto ia ao encontro de uma proposta anterior da Comissão de Reabilitação da Secretaria de Estado do Emprego focada nos pensionistas de invalidez que visava a articulação entre os serviços da segurança social e os serviços da reabilitação profissional. pp. 1-2.

beneficiário nas ações de reabilitação revestisse um caráter estritamente voluntário. Constrangimentos na fase de certificação da incapacidade¹⁹² em conjugação com uma capacidade de resposta muito limitada do lado dos serviços de emprego¹⁹³ determinaram que a proposta de experiência-piloto se restringisse aos beneficiários do regime geral de invalidez, residentes nos concelhos de Cascais e Sintra e com idade não superior a 45 anos. Como parte dessa experiência, foi proposto que os pensionistas que de livre vontade aderissem a ações de reabilitação (estágio de avaliação e adaptação ou readaptação ao trabalho e de formação profissional) receberiam um subsídio de reabilitação equivalente ao subsídio de desemprego acumulável com a pensão de reforma a cargo da Segurança Social. Não encontramos qualquer indício de que a experiência piloto tenha avançado, mas o relatório no seu todo propõe uma reforma do esquema prestacional de invalidez de molde a responder a objetivos de reabilitação profissional. Ademais, a entrevista a um dos autores dos relatórios acima mencionados confirma a manutenção da convicção defendida na década de 1980:

Ora bem, a minha opinião sobre isso é a seguinte. Na época em que esse relatório foi feito (...) havia uma noção muito clara (...) penso que é uma verdade inequívoca, que os sistemas de proteção social não podem apenas proteger contra os riscos. Têm que investir nas pessoas relativamente ao desenvolvimento do seu potencial, do seu potencial remanescente. Aliás, eu fiz questão de consagrar isso num relatório (...) precisamente sobre a grande diferença entre a filosofia dos sistemas de proteção social até finais do século XX, mais ou menos, e aquilo que deveriam ser os sistemas de proteção social no século XXI. É evidente que essa minha ideia sobre o que devem ser os sistemas de proteção social foi sendo construída ao longo dos tempos e com a minha experiência, não é? (...) Porque o que é que o técnico do emprego tinha que avaliar? Tinha que avaliar se a pessoa tinha capacidade remanescente para poder reassumir a sua função, se, não tendo, beneficiaria com alguma estimulação dessa capacidade ou se, pelo contrário, teria que a entidade patronal assegurar um outro posto de trabalho.

Este pensamento valorativo das capacidades remanescentes do indivíduo, que se foca na capacidade em detrimento da incapacidade, bem como os benefícios de uma avaliação conjunta entre médicos e técnicos de emprego vingou e o método de certificação por via de comissões multidisciplinares, como vimos no capítulo anterior, foi transportado *ipsis verbis* da legislação do Estado Novo para a legislação que criou o SVIP. De acordo com Nascimento (1984) este modelo contrariava a abordagem “passiva” e “resignada” da concessão de pensão de invalidez, evidenciada na falta de coordenação com os serviços de reabilitação profissional, em que aos pensionistas não era proporcionado qualquer meio ou estímulo à sua reinserção na vida ativa.

¹⁹² Idem “(...) atrasos na apreciação dos casos de um milhar de processos por mês, sobre uma situação acumulada de várias dezenas de milhar de pedidos a aguardar andamento...” p. 12.

¹⁹³ Idem. À data Portugal apenas dispunha de um centro com as valências de avaliação adaptação e readaptação do trabalho e formação profissional, localizado em Alcoitão, e criado no âmbito do funcionamento do SRP, um Centro de Emprego Protegido, na Venda Nova, com uma capacidade global não superior a 200 lugares e ia ser inaugurado em 1981 um Centro de Formação Rural para deficientes em Ranholas. p. 13.

Quando questionámos o(a) burocrata sobre se os médicos estão ou não capacitados para avaliar a capacidade remanescente, a resposta foi no sentido positivo. No entanto, sublinhou que são os técnicos com formação na área do emprego que conhecem o detalhe funcional de cada profissão e que uma boa decisão na área da incapacidade é aquela que protege os trabalhadores e que resulta de uma visão multidisciplinar:

Os médicos têm. Obviamente, os médicos têm a capacidade de avaliar, mas os técnicos do emprego também têm a capacidade de conhecer as empresas, de saber alternativas em relação a outras funções. Como é evidente em termos de capacidade física quem avalia é um fisiatra e em termos de capacidade mental será um psiquiatra. É que isto é tudo muito complicado, está a ver? Portanto, não vamos por aí. (...). Se eu retiro as pessoas que estão na área do emprego, que conhecem as empresas, que conhecem também, digamos, as capacidades funcionais que são necessárias para determinado tipo de coisa... é uma conversa entre vários peritos que permite depois desenhar o quadro em presença e orientar a decisão no sentido de melhor proteger os trabalhadores. EB

Além dos relatórios acima, outros indicadores dessa visão compensatória complementada pela reintegração profissional, na qual o técnico de emprego tinha um papel válido a desempenhar, estão visíveis nos documentos preparatórios do decreto regulamentar do SVIP:

No tocante à estrutura cumpre sublinhar a inadequação já apontada do sistema de junta médica. No Decreto n.º 45266 pretendeu-se obviar à falta de informação quanto aos parâmetros sócio-laborais que, embora de maneira restrita, integram o conceito legal de invalidez, prevendo a criação de comissões de verificação das incapacidades permanentes, constituídas por médicos e assessores técnicos do emprego¹⁹⁴.

Estes serviços passam a integrar comissões mistas de peritos médicos e de peritos de emprego de modo a permitir que a situação de incapacidade permanente do beneficiário não seja apreciada apenas no âmbito da redução pura da capacidade de trabalho ainda que referida aos aspectos específicos da profissão mas tenha em conta juízos sócio-laborais¹⁹⁵.

Também os documentos administrativos elaborados pela DGSS que procuraram desde o início da criação do SVIP regular as formas e o conteúdo da cooperação entre os Centros Regionais de Segurança Social e o IEFP, instituto do qual o técnico de emprego era proveniente, apresentam uma visão positiva sobre a integração de dados médicos e aspetos socio-laborais na certificação de invalidez. Além disso, o facto de em termos organizacionais as duas entidades se encontrarem ancoradas no mesmo ministério, facilitava os termos da sua colaboração tanto ao nível do exercício de avaliação da incapacidade, mas também ao nível da utilização de recursos humanos e físicos:

Esta coexistência que aliás se integra nas modernas correntes europeias, resulta do reconhecimento de importantes aspectos ligados ao mundo laboral, designadamente dos conceitos de incapacidades profissionais e rendimento do trabalho, no âmbito de declaração das incapacidades permanentes. O facto de as Secretarias de Estado da Segurança Social e do IEFP se inserirem no Ministério do Trabalho mais possibilita de definição das linhas de cooperação a desenvolver entre o Instituto de Emprego e Formação Profissional e os Centros Regionais de Segurança Social. Estas linhas de cooperação, neste caso, respeitarão não só à avaliação dos efeitos das

¹⁹⁴ Nota Justificativa para a criação do SVIP elaborada pela Direção-Geral da Segurança Social. PT/MTSSS/GabMin/006974. p.3.

¹⁹⁵ Nota para a Imprensa elaborada pela DGSS sobre a publicação do Decreto-Regulamentar do SVIP. PT/MTSSS/GabMin/006581.

incapacidades físicas e funcionais no âmbito da actividade profissional exercida, mas também à colaboração dos meios humanos especializados, e a utilização de instalações e equipamentos.¹⁹⁶

Mas existem mais indícios que denotam igualmente uma linha orientadora da prestação em estudo no sentido não apenas compensatório. Um deles é uma nota elaborada pela DGSS para o provimento do lugar de chefe de divisão das prestações por incapacidades permanentes daquele organismo. A nota, para além de considerar que estas eram matérias de grande especificidade e complexidade, que exigiam conhecimento sobre o funcionamento do SVIP e da legislação que o regulava, sublinha que o indivíduo a preencher o lugar também deveria possuir conhecimentos da sua articulação com outras eventualidades e de "políticas de reabilitação dos incapazes."¹⁹⁷

Este tipo de evidência continua a brotar durante a década de 90. Tomemos como exemplo a já mencionada comunicação de Ilídio das Neves no 2.º Encontro Nacional dos Serviços de Verificação de Incapacidades Permanentes, que decorreu em março de 1990. Nela, Neves, sublinhou os potenciais efeitos positivos da reabilitação, nomeadamente a “valorização do estatuto sócio-profissional das pessoas em situação de incapacidade, através do desenvolvimento possível da sua autonomia.” (Neves, 1990:16). A exposição deste quadro superior da administração portuguesa revela que a segurança social deveria ir além de um sistema reparador: a reabilitação, em particular a reabilitação profissional, por via dos serviços de emprego e formação profissional era uma área a privilegiar, acompanhada ainda de ações de prevenção¹⁹⁸.

Também publicações oficiais do ministério com competência neste domínio retratam de forma positiva a presença do técnico de emprego nas CVIPS, que, como temos vindo a demonstrar, está intimamente relacionada com os ideários reabilitativos e de um conhecimento mais profundo do funcionamento do mercado de trabalho:

Com esta medida [a criação do SVIP] permitiu-se uma maior celeridade na resposta aos pedidos de pensões e uma avaliação mais adequada da incapacidade profissional, até pela intervenção cometida aos técnicos de emprego.¹⁹⁹

¹⁹⁶ Projeto de Despacho elaborado pela Direção-Geral da Segurança social que visava regular os acordos de cooperação a celebrar entre os centros regionais de segurança social e o IEF. PT/MTSSS/GabMin/006581.

¹⁹⁷ Direção-Geral da Segurança Social. “Nota Justificativa”, 1989. PT/MTSSS/GabMin/007933.

¹⁹⁸ Contudo, Neves tem noção que a primeira fase é sempre a reabilitação médica e que esta não se encontra ao alcance da segurança social. Existem ainda formas indiretas de atuação da segurança social, que na visão de Neves podiam aumentar a autonomia dos indivíduos e a sua participação na vida social: a acumulação da pensão com rendimentos provenientes do trabalho e a redução das quotizações patronais a empregadores que contratem por tempo indeterminado pessoas detentoras de incapacidades.

¹⁹⁹ Secretaria de Estado da Segurança Social – Ministério da Solidariedade e Segurança Social (1996) *Segurança Social: evolução recente, 1992 a 1995*. Lisboa. p.35.

Este retrato favorável, no final da década de 90, infiltra-se no sistema formativo da burocracia que exercia funções nesta área. No *Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social, Verificação de Incapacidades* (1999)²⁰⁰, a autora, Sara Cardigos, subdiretora-geral da DGSS e que havia coordenado os trabalhos que levaram à publicação do decreto regulamentar do SVIP, defende uma vez mais a presença do assessor técnico de emprego nas CVIP em desfavor de um parecer exclusivamente clínico, embora encare este último como fundamental. Essa sua visão é justificada pelo facto de a avaliação da incapacidade se tratar de uma tarefa que implica analisar a invalidez face a uma profissão específica, que implica conhecer profundamente as exigências da profissão do requerente, os correspondentes postos de trabalho, bem como estar a par dos problemas gerais que afetam o mercado de trabalho. Além disso, este perito pode contribuir para informar acerca de possíveis adaptações ou alternativas laborais que podem ser exploradas casuisticamente requerente a requerente²⁰¹.

Por fim, o *Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social, Prestações por Invalidez* (1999) sublinhava as virtudes da reabilitação profissional ou médica, enquanto instrumentos capazes de alterar o carácter permanente ou definitivo da invalidez. Este módulo procura reduzir a ausência de clareza legislativa ao especificar que a “reabilitação profissional decorre de ações de aprendizagem e adaptação do inválido a um posto de trabalho adequado às suas limitações psicomotoras e a reabilitação médica decorre da recuperação sanitária do inválido”, clarificando que as diligências no âmbito da primeira cabem aos serviços de promoção do emprego e formação profissional e no âmbito da segunda são domínio dos serviços de saúde²⁰².

O manual de procedimentos do SVI publicado pela DGSS em 2000 continua a indiciar a importância da composição multidisciplinar das CVIPs. No entanto, na secção sobre o papel do apoio administrativo há um ponto que chama particularmente à atenção. Entre as funções,

²⁰⁰ Este sistema é composto por várias unidades modulares que dizem respeito às diferentes eventualidades protegidas no âmbito da segurança social e funcionam como guias de apoio. São propriedade do Instituto do Emprego e Formação Profissional e do Instituto de Gestão Financeira da Segurança social e a sua produção foi apoiada pelo Programa Operacional Formação Profissional e Emprego.

²⁰¹ Cardigos, Sara. 1999. *Módulos Profissss. Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social. Verificação de Incapacidades. Guia do Formando*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Secretaria de Estado do Emprego e Formação. pp. 5.3-5.4.

²⁰² Barrias, José. 1999. *Módulos Profissss. Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social. Prestações por Invalidez. Guia do Formando*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Secretaria de Estado do Emprego e Formação. pp. 3.5-3.11.

encontra-se a convocação dos peritos médicos e dos médicos assessores técnicos de emprego²⁰³. A convocação destes últimos evidencia um certo retrocesso na tentativa de desmedicalização do setor. Muito embora a legislação que regula o SVI já favorecesse a formação em medicina desse perito, o manual vem reforçar essa ideia ao indicar que a parte a ser convocada pelo lado do IEFEP deve ter essa credencial.

Até aqui retratámos um ideário dominante a favor da reabilitação e reconversão profissional, assente em princípios de dignificação e reintegração do indivíduo na sociedade e no mercado de trabalho, cuja concretização poderia ser alavancada através de comissões multidisciplinares. Contudo, em 2007, ou seja, após duas décadas de funcionamento, as CVIPs alteraram a sua configuração: passaram a ser única e exclusivamente compostas por médicos. Além disso, como veremos no discurso dos peritos médicos, a reabilitação acabou por se desvincular do conceito de “recapacitação” e reconversão profissional e passou a cingir-se às atividades terapêutico-cirúrgicas. Mas porque é que esta ideia das comissões multidisciplinares, apesar de previstas em 1963, nunca funcionou? Terá chegado a sair sequer do “papel legislativo” e sido operacionalizada entre 1987 e 2007? Se não passou do papel, o que explica esta divergência entre o legislado e a prática? E o que explica a sua extinção em 2007?

5.2 Divergência ou convergência no processo de implementação?

5.2.1 O período do Estado Novo (1963-1973)

5.2.1.1 O impacto de uma reclamação em situação de omissão legislativa

Os dados recolhidos sugerem que as comissões previstas no Decreto 45 266, de 1963 não foram operacionalizadas. A primeira pista sobre o porquê da não execução com a qual nos deparámos está plasmada num parecer emitido em 1972, pela 3.^a Subsecção – Riscos comuns, da 3.^a Secção – Promoção e segurança social – do Conselho Superior da Ação Social do Ministério das Corporações e Previdência Social, no âmbito da reclamação de uma ex-pensionista de invalidez, sobre a qual nos debruçaremos de seguida.²⁰⁴

Como chamámos a atenção no capítulo 3, a legislação de 1963 determinava que aos beneficiários que apresentassem uma interrupção de contribuições por igual período nos cinco

²⁰³ Direção-Geral da Segurança Social (2000). *Sistema de Verificação de Incapacidades. Manual de Procedimentos*. p.A2.4.

²⁰⁴ Projeto de Parecer ao Proc. 19. /153 – Juntas Médicas de revisão de pensionistas – problema de subsistência de invalidez geral. PT/MTSSS/DGSS/15.

anos que precediam o requerimento da pensão, a sua atribuição estava dependente da verificação de uma invalidez face às *profissões desempenhadas nos últimos três anos*, bem como a *qualquer outra profissão de categoria equivalente e que fosse compatível com igual formação e habilitações profissionais*²⁰⁵. Porém, relativamente a este critério, a legislação era omissa quando se tratava de casos de revisão da invalidez. Foi esta omissão que em 1970 levou ao auto-escrutínio deste requisito no contexto de uma reclamação. Esta reclamação abriu uma fissura quanto aos entendimentos, díspares, das instituições oficiais. A pensão da reclamante fora suprimida pela Caixa de Previdência e Abono de Família da Indústria Têxtil por ter sido considerada, pela junta médica de revisão, inválida apenas para a sua profissão e não para todas as profissões de categoria equivalente²⁰⁶. Contrariando a visão da caixa consulente, a apreciação feita pela Caixa Nacional de Pensões determinava que a reclamante deveria ser reconduzida à anterior situação de pensionista por considerar que “nesses casos, o grau de invalidez ‘para profissão e equivalentes’ apenas deve ser exigido quando do direito inicial²⁰⁷”, uma vez que tal imposição criaria à pensionista dificuldades na obtenção de colocação num novo posto de trabalho com o qual não estaria familiarizada. Além da razão invocada pela Caixa Nacional de Pensões, o Conselho – a quem foi solicitado parecer, em 1972 – entendeu que esta questão não poderia estar desligada da constituição e funcionamento das comissões de verificação previstas no Decreto 45 266:

Com efeito, a definição de invalidez adoptada no Decreto n.º 45 266, apresenta, em confronto com a do regime anterior, profunda modificação só compatível com nova constituição das comissões de verificação dessa eventualidade. No regime instituído com base na Lei n.º 1884 [de 1935] especificaram-se duas concepções distintas: a de “invalidez profissional” ou para a sua profissão, caracterizada como a “impossibilidade definitiva de trabalhar na sua profissão” e a de “invalidez geral” ou “para qualquer profissão” (...). Na proposta ministerial que deu origem à Lei n.º 2115 [de 1962 e que revoga a Lei n.º 1884], salienta-se a necessidade de proceder ao alargamento do conceito de invalidez profissional e à restrição do de invalidez para toda e qualquer profissão. Afirma-se nesse documento: “Pretende-se, na verdade, definir um conceito de invalidez mais ajustado à realidade social, que tome em conta todos os factores humanos e até económicos em presença e abranja, na sua efetivação prática, o grupo de profissões compatíveis com a formação e as habilitações próprias da profissão habitualmente exercida pelos segurados. Quer dizer: nem pode cair-se no exagero de apenas proteger a invalidez para toda e qualquer profissão, desprezando legítimas posições sociais e profissionais, nem deverá caminhar-se em sentido contrário, tão longe que se garanta pensão de invalidez aos trabalhadores ainda em condições de exercerem actividades compatíveis com a sua preparação e o seu nível social”. (Reforma da Previdência Social, Proposta de Lei, n.º 61).

Como referido na citação, quando foi publicado o Regulamento Geral das Caixas Sindicais de Previdência (Decreto n.º 45 266), este deu resposta à necessidade de ampliar o

²⁰⁵ Conferir capítulo 3, secção 3.1.3.

²⁰⁶ Também outras caixas, como a Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria de Conversas de Peixe tinha o mesmo entendimento do setor têxtil invocando, entre outras razões, o facto de o pensionista se encontrar desligado da profissão que exercia, devendo por isso ser atribuído um peso suficiente às profissões equivalentes. Projeto de Parecer ao Proc. 19. /153 – Juntas Médicas de revisão de pensionistas – problema de subsistência de invalidez geral. PT/MTSSS/DGSS/15. pp.2-4.

²⁰⁷ Idem, p. 2.

conceito de invalidez profissional e de restringir o de invalidez para qualquer profissão, procurando o equilíbrio e justiça almejados e evitando extremos. Embora possamos dizer que os dois conceitos – *invalidez profissional* e *invalidez geral* de 1935 – se mantiveram, eles mantiveram-se com uma atenuação: a *geral*, como vimos, apenas é exigida no caso de interrupção das contribuições à data do pedido e restringe-se às profissões equivalentes e não a qualquer profissão como em 1935. Desde este diploma em diante a forma de enunciação da invalidez é mais ou menos aquela que hoje conhecemos: incapacidade definitiva de trabalho para a profissão (ou profissões de referência em caso de interrupção de contribuições), de modo a não poder auferir no seu desempenho mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal, sendo que ela só é definitiva quando se conjecture que, na falta de tratamento de recuperação profissional adequado, o beneficiário não terá melhoria apreciável dentro dos 3 anos subsequentes, de forma a poder auferir, no desempenho da sua profissão, mais de 50 por cento da remuneração correspondente ao seu exercício normal. Portanto, esta expressão da invalidez envolve dois elementos que garantem o acesso e a manutenção da pensão: o “estado físico²⁰⁸” do requerente a ser avaliado do ponto de vista clínico e a “efetiva capacidade de exercício e de ganho no desempenho da profissão (ou profissões equivalentes), em conexão com os requisitos de ordem técnica e as condições do mercado de trabalho.²⁰⁹” Em suma, para concretizar o regime de invalidez instituído a partir de 1963, era imprescindível a conjugação da avaliação de critérios “de ordem física” com “considerações de ordem técnica e económica”²¹⁰, integração que seria realizada pelas comissões multidisciplinares da qual faziam parte assessores de emprego.

Esta utopia de conexão entre os dois elementos esbarrou com a realidade logo na década de 60: existiam apenas 9 analistas de profissões em Lisboa e 30 conselheiros de orientação profissional ao nível nacional, enquanto o volume de juntas médicas realizadas era de 5.000 mensais com tendência para aumentar²¹¹. Estes dados estão espelhados no relatório de um grupo incumbido de estudar as formas de execução das comissões de verificação, que chegou ao conhecimento do Conselho aquando da análise da reclamação e que concluiu sobre a inexequibilidade deste modelo devido aos elevados encargos financeiros que daí resultariam: formar assessores técnicos que “deveriam ter preparação idêntica à dos conselheiros de orientação profissional ou, de preferência, à de analistas de profissões do Serviço Nacional de

²⁰⁸ Repare-se que à época a incapacidade era apenas concebida de um posto de vista físico.

²⁰⁹ Projeto de Parecer ao Proc. 19./153 – Juntas Médicas de revisão de pensionistas – problema de subsistência de invalidez geral. PT/MTSSS/DGSS/15. p. 8.

²¹⁰ Idem, p. 9.

²¹¹ Ibidem.

Emprego” era inoportuno, sendo também “inviável o recurso a outros técnicos de profissões ou a profissionais qualificados, que teriam, de pelo menos em parte, exercer essa actividade em tempo completo.²¹²” Para além deste grupo de trabalho, também as comunicações no I Congresso Nacional de Previdência são ricas em evidência probatória destas dificuldades. Vejamos, por exemplo um trecho exemplificativo da apresentação de Manuel Marcelino, chefe de divisão da Caixa Nacional de Pensões, e de José Luciano Mendes Mirones²¹³:

Estas Comissões nunca chegaram a ser organizadas, ao que sabemos, por falta de assessores técnicos, continuando as juntas médicas a ser realizadas como anteriormente, em conformidade com o disposto na Base XLIV²¹⁴ da Portaria n.º 21 799, de 17 de janeiro de 1966.²¹⁵

A este respeito, ser-nos-á com certeza consentido referir, por significativo do caminho que temos que percorrer, que os assessores técnicos mencionados no art.º 79.º do Decreto n.º 45 266, de 1963, não fizeram tão pouco ainda a sua aparição entre nós, em contraste com o grau de refinamento a que outros países como a Holanda chegaram na matéria onde são reconhecidos 7 diferentes graus ou taxas de invalidez (...) ²¹⁶.

5.2.1.2 As soluções que não vingaram: alterações nos requisitos e manutenção do substrato organizacional

Perante este contexto, para suprir as dificuldades de carência de pessoal com a formação adequada, o supracitado grupo de trabalho propôs:

- 1) que as comissões de verificação passassem a ser exclusivamente constituídas por médicos, devendo um deles ser especialista em medicina do trabalho;
- 2) colocar um ponto final na avaliação da incapacidade para as profissões equivalentes, “na prática, difícil de determinar, a não ser que existissem, previamente elaborados, quadros de equivalência”;

²¹² Ibidem.

²¹³ Não conseguimos aferir que posição Mendes Mirones ocupava dentro ou fora da Administração Pública Portuguesa, mas tendo em conta a filiação dos restantes comunicadores no I Congresso Nacional da Previdência, acreditamos que fizesse parte de uma Caixa de Previdência.

²¹⁴ A Base XLIV estabelecia que a apreciação da incapacidade para o trabalho, os exames de revisão dos pensionistas por invalidez e os recursos dos pareceres das juntas médicas deveriam continuar a realizar-se, enquanto não fossem organizadas as comissões de verificação de invalidez definidas no Decreto n.º 45266, de 23 de setembro de 1963, nos termos previstos nos regulamentos das caixas a que se aplicava a dita portaria.

²¹⁵ Marcelino, M. (1973) 'A Invalidez na Previdência Social Portuguesa', *I Congresso Nacional da Previdência Social – Comunicações, Temas C, D e E*, 2.º Volume, Lisboa, 23-28 de julho, fl. 5.

²¹⁶ Mirones, J. (1973) 'Reformas de Velhice e da Incapacidade Total e Parcial. Sua concatenação com trabalho remunerado', *I Congresso Nacional da Previdência Social – Comunicações, Temas C, D e E*, 2.º Volume, Lisboa, 23-28 de julho, p. 6.

- 3) passar a avaliar a invalidez “em termos de percentagem, para o desempenho da profissão e não em função da percentagem da remuneração normal que o beneficiário poderia receber com a capacidade residual.”²¹⁷.

Fundamentalmente, estas propostas eram um apelo ao fim da avaliação com base no conceito de capacidade de ganho em favor de uma avaliação de uma capacidade de trabalho.

O racional aqui apresentado poderá parecer confuso e desligado da reclamação a que inicialmente aludimos. Todavia, foi a partir dele que o Conselho chegou à sua tomada de posição. Na sua perspetiva, a revisão da invalidez da reclamante estava ferida de erro “por falta de elementos de peritagem suficientes” ao ter sido efetuada por uma equipa exclusivamente composta por médicos, que emitiu um parecer acerca da incapacidade de uma beneficiária para profissões afins. A verificação da incapacidade relativamente “a um número mais restrito de actividades profissionais compatíveis com as habilitações e categoria profissional do beneficiário”²¹⁸ devia ser uma competência dos assessores técnicos das comissões, função para a qual os médicos não estavam capacitados. Em 1973, Marcelino, chefe de divisão da Caixa Nacional de Pensões, reforçou a visão do Conselho:

De tal situação [a ausência do assessor de emprego na comissão] terão resultado, em alguns casos, prejuízo para os beneficiários, na medida em que as juntas médicas, não se podem pronunciar, muitas vezes, sobre a extensão da invalidez às profissões equivalentes, quando tal grau de incapacidade é necessário para o direito a pensão²¹⁹. (Marcelino, 1973: fl 6).

Assim, na sequência desta reclamação, o Conselho de Ação Social propôs que se retomasse a graduação prevista em 1935: *invalidez profissional* e *invalidez geral*, esta última para toda e qualquer trabalho. A *geral* iria substituir o critério de invalidez “para profissões equivalentes”, adequando o conceito ao modelo de juntas médicas: lembremos que não existiam quadros de equivalência de profissões estabelecidos e que as juntas exclusivamente compostas por médicos dificultavam uma avaliação que requeria conhecimentos técnicos relacionados com o mercado de trabalho. Já Marcelino, um ano mais tarde após a emissão do parecer do Conselho, propôs que se exigisse a invalidez definitiva apenas para a profissão, considerando-se sempre a última pela qual o beneficiário havia contribuído para o sistema previdencial.

À semelhança do relatório do grupo de trabalho a que teve acesso, o Conselho concluiu que a verificação da invalidez deveria ser feita pelo grau de capacidade física para o desempenho da profissão e não pela capacidade de ganho, uma vez que a avaliação estava

²¹⁷ Idem, pp. 10-11.

²¹⁸ Idem, p. 15.

²¹⁹ Marcelino, M. (1973) 'A Invalidez na Previdência Social Portuguesa', *I Congresso Nacional da Previdência Social – Comunicações, Temas C, D e E*, 2.º Volume, Lisboa, 23-28 de julho, fl. 6.

focada apenas nos aspetos médicos da incapacidade. Ou seja, propôs também que se abandonasse a avaliação da incapacidade tendo em conta o montante da retribuição correspondente à capacidade residual do requerente em cotejo com a relativa ao exercício normal da profissão, “aproximando-a ao regime de acidentes de trabalho e doenças profissionais, e ao mesmo tempo, à adequação das prestações ao grau de incapacidade considerada.”²²⁰

Pese embora estas propostas de alteração, manteve-se o conceito baseado na capacidade de ganho e o modelo de juntas médicas, que à luz da informação aqui apresentada não eram compatíveis. Simplificando: para se manter o modelo baseado nas juntas médicas, era necessário alterar o conceito de capacidade (de ganho). De contrário, poderia manter-se o conceito, desde que o Estado se munisse da capacidade multidisciplinar para o fazer: aferir a invalidez nos termos em que estava e continua a estar concebida na legislação, era essencial que dessas comissões fizesse parte o assessor técnico de emprego, que estaria dotado de conhecimentos específicos e atualizados sobre salários e mercado de trabalho.

Os condicionalismos expostos acima – carência de recursos humanos com a formação necessária - não permitiram a curto prazo a constituição das tão ambicionadas comissões multidisciplinares. O problema da incompatibilidade entre o conceito de incapacidade e o substrato organizativo da avaliação permaneceria até 1987, ano em que oficialmente se optou por manter o conceito de invalidez baseado na capacidade de ganho, mas se efetivou um método de avaliação e certificação dotado das competências necessárias para o aferir – eis o SVIP. Se o Conselho de Ação Social adotou uma posição mais pragmática que consistia em alterar o conceito e aproveitar a forma de “mensuração” da incapacidade decorrente de eventualidades como os acidentes de trabalho e doenças profissionais, sem alterar o quadro organizacional – era preciso que o comboio continuasse em movimento, pois os cidadãos continuavam a requerer pensão de invalidez –, a posição da elite de 1980 é mais revolucionária e «progressista». Esta elite, encabeçada por Nascimento, atribuiu prioridade à manutenção do conceito de capacidade de ganho para o qual relevam variáveis sociais, defendendo uma transformação na forma de certificação, que em última instância permitia alcançar resultados positivos numa potencial reconversão/reabilitação profissional dos pensionistas. No final das contas, alterou-se o substrato organizacional em prol de uma ideia.

²²⁰ Idem, p. 13.

5.2.2 O período democrático

5.2.2.1 Manutenção de um quadro de carência de recursos humanos e estratégias de superação

O SVIP nasceu, assim, no seio de um grupo de atores que partilhavam uma crença - genuína - nas virtudes das ações de reconversão e reabilitação profissional, não as encarando como um ato punitivo ou compulsório. Porém, também na década de 80, o modelo de certificação baseado em comissões disciplinares conheceu dificuldades no seu funcionamento.

A documentação sobre a constituição do SVIP revela centros regionais com menos e outros com mais dificuldade na presença do perito de emprego proveniente do IEFP. Por exemplo, em resposta a uma comunicação do Gabinete do SESS, o Centro Regional de Braga revelava que “a articulação com o IEFP, tendo em vista a indicação do seu perito, decorre também normalmente, com espírito de colaboração assumido, prevendo-se atempadamente conseguir tal desiderato.”²²¹ Contudo, nem todos os centros regionais experienciaram o mesmo espírito de colaboração. Numa análise, ainda que superficial, da DGSS sobre algumas tendências do comportamento do SVI, esta direção constatou que

Parece apresentar particular significado o problema respeitante à participação do Instituto de Emprego e Formação Profissional, dado que pode correr-se o risco de se instalar a rotina de as comissões de verificação de incapacidades funcionarem mais ou menos permanentemente apenas com os peritos médicos contratados pelos centros regionais²²².

Esta propensão para a não participação por parte do IEFP devia-se sobretudo a uma ausência de recursos humanos, que levou a que o instituto se esquivasse à designação do perito e que está patente numa nota por si elaborada:

Tendo em atenção que prestam serviço no IEFP, na maioria dos casos em regime de avenças (cerca de 2 horas diárias), 36 médicos [especialistas em medicina do trabalho], distribuídos pelo país, facilmente se conclui pela impossibilidade material de dar cumprimento ao previsto (...). Assim põem-se várias hipóteses de solução, umas conduzindo ao empolamento da estrutura da medicina do trabalho no IEFP e outras arrastando para as Comissões, técnicos de outras áreas que não a da medicina²²³.

Neste memorando elaborado pelo IEFP, que subiu à consideração do SESS, ficamos a saber que, para o próprio Instituto, nenhuma das duas soluções por si enunciadas (aumentar o número de médicos do trabalho ou recorrer a peritos sem formação em medicina) eram viáveis. Para tal, propôs uma outra solução que na sua perspetiva se afigurava aceitável para as duas

²²¹ Fernando R. Rocha, Presidente do Conselho Diretivo do Centro Regional de Braga, Telex n.º 803/87, de 25 de novembro de 1987. PT/MTSSS/GabMin/006824.

²²² NOTA DG n.º 35/88, de 29 de fevereiro de 1988. PT/MTSSS/GabMin006974.

²²³ Nota do IEFP, de 27 de outubro de 1987. PT/MTSSS/006974.

partes²²⁴: os técnicos daquela instituição apenas seriam chamados a intervir em situações excepcionais, nomeadamente nos processos de requerentes que detivessem capacidades remanescentes para inserção no mercado de emprego e em situações em que as comissões sentissem dificuldades na análise dos postos de trabalho dos requerentes (exigências profissionais, cargas físicas a que os requerentes eram submetidos, problemas psicológicos, etc.). Disponibilizavam-se ainda a participar nas comissões de recurso de forma regular, uma vez que se previa que seriam em número bastante inferior aos das comissões de verificação. Esta proposta do Instituto de Emprego revelava uma estratégia para superar os desafios relacionados com a escassez de recursos humanos, em que a abordagem adotada visava disponibilizar recursos apenas em situações estritamente essenciais e a mero título subsidiário.

Apesar de não termos a reação de todos os CRSS, pelo menos sabemos que esta proposta não foi acolhida favoravelmente com unanimidade, a começar pela oposição revelada pelo CRSS de Lisboa e formalizada por ofício ao SESS em março de 1988:

Não nos cabendo discutir a opinião expendida, lembra-se apenas que contraria as disposições regulamentares em vigor - não deixaremos contudo de salientar as eventuais consequências legais que poderão suscitar-se, designadamente de recursos dos beneficiários cujas deliberações lhes sejam desfavoráveis, bem como os inconvenientes de ordem administrativa decorrentes dos prazos fixados para a tramitação do processo, já que, caso a caso, haverá que saber da necessidade da colaboração do técnico do Instituto e promover a sua comparência.²²⁵

Denotamos aqui uma tensão entre os dois lados – segurança social e emprego – devido à insuficiência de recursos e a um potencial aumento da sobrecarga de trabalho. O Instituto de Emprego sacudia responsabilidades por escassez de meios humanos qualificados (quadro 8) e os CRSS temiam um aumento das contestações por parte dos requerentes, pelo facto de as verificações não estarem a ser conduzidas de acordo com o previsto na lei. Ademais, a proposta do Instituto implicaria um trabalho de análise prévia por parte dos CRSS para validar a necessidade da presença do perito do IEF, de forma a verificar uma potencial capacidade remanescente do requerente. Existe evidência de que o funcionamento das comissões compostas apenas por dois médicos chegou mesmo a acontecer, pelo menos no CRSS de Castelo Branco. Assim o retrata uma comunicação de um dos vogais da comissão diretiva deste centro ao Chefe de Gabinete do Secretário de Estado da Segurança Social:

(...) este Centro Regional, não dispõe, conforme determina o art.º 8.º do Decreto-Lei nº 57/87 de 11 de agosto de um assessor técnico do emprego nas comissões de verificação de incapacidades permanentes, tendo estas comissões funcionado apenas com dois médicos. Em 29/02/88, deu entrada neste Centro Regional um recurso. Ora, para além de não ter sido cumprido o art.º 8º, não se pode cumprir o art.º 11º por não existir assessor técnico do I.E.F.P. Nesta data, foi contactado o I.E.F.P. que informou ir colocar o assunto superiormente como aliás já

²²⁴ As duas partes são os centros de emprego e os centros regionais de segurança social.

²²⁵ Comunicação do Presidente do Conselho Diretivo do CRSS de Lisboa ao Chefe de Gabinete do Secretário de Estado da Segurança Social, de 3 de março de 1988. PT/MTSSS/GabMin/006974.

tinha sucedido oportunamente, sem que tivesse recebido quaisquer instruções para a nomeação dos referidos técnicos²²⁶.

Quadro 8- Rede de Centros de Emprego do IEFP dotados de médico do trabalho, por distrito, em 1987.

Distritos	Número de Médicos
Aveiro	2
Beja	1
Braga	2
Bragança	1
Castelo Branco	2
Coimbra	2
Évora	1
Faro	1
Guarda	1
Leiria	2
Lisboa	7
Portalegre	1
Porto	4
Santarém	3
Setúbal	2
Viana do Castelo	1
Vila Real	1
Viseu	2
Total	36

Fonte: Nota do IEFP, de 27 de outubro de 1987. PT/MTSSS/006974

Face ao exposto, uma das soluções apresentadas pela DGSS para aligeirar esta carência foi prescindir do assessor técnico de emprego quando se tratasse da atribuição de suplemento de grande invalidez ou subsídio por assistência de terceira pessoa, prestações complementares à pensão de invalidez, que não são alvo de análise neste trabalho. Esta dispensa tem por base a ideia de que não existem capacidades remanescentes de trabalho a serem aproveitadas na abertura de direito a grande invalidez e a subsídio por assistência de terceira pessoa²²⁷. Mas foi preciso assegurar que possíveis desacordos entre os membros das comissões não resultariam em impasses na tomada de decisão e, para isso, propôs-se que um perito médico do SVIP ocupasse o lugar do assessor técnico de emprego, mantendo-se a configuração em termos de trio. Esta solução foi preferível a alterar a composição apenas para dois elementos e “atribuir voto de qualidade ao presidente da comissão, por se entender que tal procedimento retiraria credibilidade à decisão.”²²⁸ Nas restantes situações, a DGSS demonstrou uma preferência pela

²²⁶ Idem.

²²⁷ Nota técnica justificativa do diploma que alterou o decreto regulamentar n.º 57/87. PT/MTSSS/GabMin/004381.

²²⁸ Idem.

manutenção do técnico de emprego nas comissões. Assim, propôs que quando o IEFP não pudesse nomear os seus representantes, os CRSS podiam contratar técnicos “ad hoc” com a qualificação adequada provenientes do setor privado ou público. Esta proposta acabou por se materializar e resultou na primeira alteração ao decreto que regulamentava o SVIP, contrariando o que inicialmente havia sido estabelecido nos acordos de colaboração entre os CRSS e o IEFP: a designação deveria ser feita por cada ano civil pelo IEFP, do contingente de peritos, preferencialmente especialistas em medicina no trabalho.²²⁹

Já nos distritos em que foi possível nomear os técnicos de emprego do IEFP, estes desenvolviam a sua atividade fora do seu horário normal de trabalho, como eram os casos do Porto e de Vila Real. Nestes casos levantava-se uma questão diretamente relacionada com encargos, desta vez, financeiros. Quem deveria suportar o pagamento dessas horas extra: os CRSS ou o IEFP²³⁰? Por forma a dissipar esta dúvida que originou várias trocas de comunicações entre a DGSS, o CRSS do Porto, de Vila Real e o Gabinete do SESS²³¹, a DGORH emitiu um parecer em que autorizava os CRSS a procederem ao pagamento dos técnicos do IEFP que exerciam funções fora do horário laboral:

(...) quando a participação dos seus técnicos não seja possível o facto é que delas não está excluída a possibilidade de os referidos técnicos poderem integrar as comissões de verificação e de recursos fora do horário a que legalmente estão obrigados, casos em que serão remunerados de acordo com a tabela em vigor. Aliás, não havendo qualquer incompatibilidade entre as funções desempenhadas pelo pessoal do I.E.F.P. e as que são exercidas no âmbito das comissões de verificação e de recurso, afigura-se algo vantajoso o aproveitamento da experiência que possuem os técnicos de emprego daquele Instituto. Propõe-se, assim nos casos em que ao Instituto de Emprego e Formação Profissional não seja possível assegurar a participação dos seus técnicos nas referidas comissões de verificação das incapacidades permanentes e nas comissões de recurso dentro das horas trabalho normais que tal colaboração possa vir a ser assegurada fora daquele período sendo o pessoal remunerado em função do número das apreciações finais de verificação das incapacidades, de acordo com os valores fixados nas tabelas aprovadas²³².

A DGORH respaldava-se no facto de o novo diploma prever que os centros regionais pudessem contratar o perito recorrendo a técnicos do setor privado e público. Se assim podia ser, porque não pagar a peritos do IEFP, que apesar de exercerem a atividade fora de horas detinham a experiência necessária para participarem nas comissões?

5.2.2.2 A remodelização do SVI

²²⁹ Decreto Regulamentar n.º 22/89, de 10 de agosto.

²³⁰ Comunicação do DG da SS, Ilídio das Neves, ao Chefe de Gabinete do Secretário de Estado da Segurança Social de 19 de julho de 1988. Pedido de esclarecimento sobre a remuneração dos assessores técnicos de emprego que integram as comissões de verificação de incapacidades permanentes. PT/MTSSS/GabMin/007114.

²³¹ Este último ambicionava tomar uma decisão concertada com o SEE.

²³² Parecer da Direção-Geral da Organização de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Segurança Social, de 31 de agosto de 1989 sobre o pagamento ao assessor técnico de emprego a exercer funções no SVI fora do horário normal de trabalho. Processo 11384, SESS/0. Ent.10640/89-L-º 16-PT/MTSSS/GabMin/007114.

Resolvida esta questão, seria expectável que as comissões multidisciplinares comessem a operar dentro da normalidade e que o assessor técnico de emprego contribuisse com o seu conhecimento sobre as exigências da profissão do beneficiário, bem como na apresentação de propostas para o aproveitamento das capacidades remanescentes. No entanto, as dificuldades de nomeação deste perito continuaram a manifestar-se, especialmente quando se continuava a dar preferência a que esse perito fosse médico. Um parecer do IEPF de 1999²³³ revela que este instituto continuava sem médicos em número suficiente que integrassem as comissões e considerava pouco adequado que os centros regionais procedessem ao seu recrutamento, pois não passaria de uma solução precária. Assim, este instituto propôs que fossem mantidos os contratos de prestação anteriormente celebrados com alguns dos médicos que já integravam as comissões e que nelas estavam designados pelo IEPF, mas que continuavam a ser em número insuficiente e, portanto, subsistia o problema de formação das CVIPs na sua plenitude. Uma outra forma de o resolver foi continuar a nomear representantes não formados em medicina. Como apontam os/as EPM10 e ECM14:

Mas tinha que ser médico. Mas houve uma altura que não era. EPM10

Era licenciado em Direito ou...não sei quais são as atribuições para se ser perito do IEPF. Bem, mas era por aí ou em ciências sociais ou por aí fora. ECM14

Ao nível do Conselho Médico encontramos apenas uma tentativa de coordenação com os médicos do IEPF, ocorrida no ano imediatamente depois à sua constituição. Na reunião anual de 1999 deste órgão, foi convidado o Dr. ° Francisco Fagulha, Coordenador dos Serviços Médicos desse instituto, na qual foram analisados “pontos importantes entre peritos médicos do IEPF e os peritos médicos do SVI”, tendo-se concluído sobre a importância de continuar o “diálogo entre os médicos das duas estruturas públicas”²³⁴. Mas esta tomada de posição dos membros do CM sofreu uma forte mudança num curto espaço de tempo. Logo no ano 2000, o ATC Dr. ° Aires Gouveia, numa reunião do CM abordou o tema “*O papel dos médicos designados pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional nas CVIP’s,*” argumentando que a “presença física do representante do IEPF na CVIP é dispensável”, não tendo a sua opinião sido posta em causa pelos colegas presentes, com assento no Conselho²³⁵. Um outro ATC reforçou mesmo a ideia de Gouveia, mencionando que a esmagadora maioria dos médicos do IEPF que integravam as CVIPS não eram especialistas em medicina do trabalho e não faziam a “ponte” entre as Comissões e o IEPF. Em suma, nesta reunião o Conselho chegou à conclusão

²³³ Parecer n.º 104/AJCC/99. PT/MTSSS/GabMin/009026.

²³⁴ CM, “Ata n.º 4/1999”, de nove de março de 1999.

²³⁵ Esta afirmação de não discordância está expressa na ata da reunião.

da não necessidade dos representantes do IEFP nas CVIPs, em especial “pela pouca repercussão que tal participação vem tendo em termos de uma verdadeira reabilitação profissional”²³⁶, visão reforçada na reunião seguinte e que levou à constituição de duas comissões para estudar o funcionamento das CVIPS, elencando situações consideradas desconformes e passíveis de aperfeiçoamento. Além disso, nesta segunda reunião em que o tema foi novamente discutido, Gouveia reforçou a

convicção de que os médicos do Instituto de Emprego e Formação Profissional, ainda que integrem as CVIP’s pouco contribuem no sentido de que se faça um aproveitamento das capacidades remanescentes do beneficiário em termos de reconversão profissional e reinserção laboral²³⁷.

As atas das reuniões revelam ainda alguma aversão a que o assessor técnico de emprego não fosse médico, visto “tratar-se de uma peritagem médica, a qual envolve dados clínicos cujos manuseamento e tratamento deve apenas ser afeto a médicos (...)”²³⁸ e em 2006 foi aprovado em sede de Conselho Médico um parecer relativo à necessidade de o assessor ser médico, tendo alguns membros dado “conta da existência de pareceres jurídicos da Ordem dos Médicos sobre questões idênticas, concluindo que os peritos que integrem juntas médicas devem ser médicos”²³⁹.

Os dados recolhidos nas entrevistas vão ao encontro daquilo que encontramos nas atas do Conselho Médico: por um lado, um conjunto de entrevistados reforça a ideia de que o papel do assessor técnico de emprego era irrelevante, visto serem poucos os requerentes que recolocava no mercado de trabalho; por outro, um grupo que partilha a certeza de que um indivíduo não formado em medicina não pode participar nas comissões devido ao envolvimento de dados clínicos dos cidadãos.

No primeiro grupo, encontra-se, por exemplo os/as ECM6, 13, 14, 15 e 16. Na visão destes peritos, fatores ao nível individual dos requerentes, bem como fatores macro ao nível do mercado de trabalho exerceram efeito para a extinção da figura do assessor do técnico de emprego. A falta de disponibilidade por parte do técnico do IEFP para participar nas CVIPS, a dificuldade em encontrar soluções de emprego para pessoas com incapacidades, mas também alguma relutância por parte dos indivíduos em aceitar empregos fora da sua área de residência são os fatores enumerados pelos peritos médicos entrevistados:

Eu acho que isso foi um romantismo. Foi um romantismo. Romanticamente houve essa ideia. Mas sabe qual foi o número de casos que foram integrados? Zero. (...) Nunca houve nada. Estavam só ali. Certamente pode ser

²³⁶ CM, “Ata n.º 8/2000”, de nove de outubro de 2000.

²³⁷ CM, “Ata n.º 9/2001”, de 29 de janeiro de 2001.

²³⁸ CM “Ata n.º 1/2005”, de 31 de janeiro.

²³⁹ CM, “Ata n.º 2/2006”, de 27 de outubro.

interessante, na prática...é uma coisa do papel. Isso foi muito comentado na altura. (...) Todos sabiam que essa ponte não existia, nem era feita. ECM6

Portanto, essas situações em que a pessoa está incapacitada para aquele trabalho, o Instituto do Emprego poderia ter uma opinião sobre um futuro emprego. E, portanto, dar indicações à pessoa que está reformada por uma reforma relativa para ser reinserida no mercado de trabalho. Ou então aquelas pessoas que não tendo sido reformadas, que poderiam ter outra profissão. E esse técnico seria, portanto, a ligação entre o utente e o instituto. Mas isso nunca funcionou. Não funcionou, porque aqui, pelo menos no nosso distrito, as profissões estavam muito ligadas à agricultura e muitas pessoas que trabalhavam na cidade não se adaptavam (...). E não havia empregos que as pessoas aceitassem fora do seu local de trabalho, fora da sua localidade (...). A maioria das pessoas recusava, porque era fora da sua localidade. Portanto, havia muitos constrangimentos e terminou-se com essa posição do técnico do emprego. ECM13

(...) isso já foi há muito tempo, mas penso que foi porque ele também não tinha disponibilidade para vir. E chegou-se à conclusão que o que ele fazia era tentar encontrar uma maneira de arranjar um emprego ou de ver uma solução de emprego para aquele indivíduo que ali estava e eles não conseguem arranjar solução de emprego para os saudáveis, quanto mais para os doentes. Achou-se que era contraproducente haver no meio da parte médica um indivíduo que não era. Não havia nenhum benefício nisso. Foi uma questão de benefício. ECM14

(...) era para reintegrar, mas objetivamente nunca aconteceu...pelo menos aqueles casos que eu conheço. Não houve reintegração. ECM15

(...) foram muitos anos ainda em que havia uma pessoa do centro de emprego e tanto quanto eu me lembro dos anos que estive com a presença deles e foram muitos, foram cinco ou seis anos... que eu me lembre só se consegui através do centro de emprego duas pessoas em que foi alterada a sua atividade profissional junto da empresa em que trabalhava por ação do centro de emprego. De resto, era um trabalho meramente presencial, só de assinatura, porque eles não tinham qualquer hipótese de fazer nada. (...) Era um trabalho inglório o dos técnicos dos centros de emprego. ECM16

Ao nível de integração de pessoas com incapacidades no mercado de trabalho, existem três opções disponíveis: no mercado de trabalho comum, em empregos especiais para pessoas com deficiência e para aqueles que já se encontravam previamente integrados, existe a possibilidade de reintegração no antigo empregador (Hogelund, 2003). No caso dos requerentes de pensão de invalidez, decorrente da sua relação prévia com o mercado de trabalho, a última opção seria a mais plausível. Contudo, esta última está dependente da disposição e capacidade do empregador, uma vez que o quadro legislativo português não obriga à reconversão do trabalhador em caso de incapacidade decorrente de doença natural. A necessidade de adaptações no local de trabalho ou a atribuição de novas tarefas pode levar a que o empregador opte por substituir o trabalhador por outro sem problemas de saúde, após ter em consideração fatores económicos e expectativas, como o retorno ao trabalho após um longo período de doença, custos e níveis de produtividade (Hogelund, 2003). E, tal como indicam os peritos entrevistados:

Os patrões não os querem lá. Poucos querem. Eles acham que se a pessoa está boa é para fazerem aquilo que eles quiserem que eles façam e para fazer o trabalho a 100%. E eu percebo isso. Se eu fosse entidade patronal também achava. ECM14

Olhe a questão põe-se assim. No caso do acidente de trabalho e das doenças profissionais, é obrigatório. No caso das doenças naturais, como não são responsabilidade dele, são responsabilidade social, digamos. É uma responsabilidade socialmente assumida. A pergunta que eu lhe faço é: como é que o empregador faz isso? (...) 99% das empresas têm menos de 20 trabalhadores. Como é que eu posso ter uma pessoa com uma dificuldade

física a trabalhar numa empresa destas? Muitas poucas vão ter isso: as de serviços, as de informática, agora na produção secundária e primária é impossível. ECM5

Até porque depois a entidade patronal, tendo possibilidade, consegue atribuir-lhe funções...nem todos conseguem. Por doença natural não são obrigados. Por doença profissional e acidente de trabalho são obrigados. A entidade patronal, à face da lei, é obrigada a reconvertê-la ou a dar-lhe um trabalho compatível com as suas limitações, que resultou da doença profissional ou do acidente de trabalho. Por doença natural, não é., mas tendo possibilidade e sendo um organismo da saúde que é o nosso, nós temos esse cuidado de adaptar as pessoas, as funções das pessoas aquilo que elas têm, que é para poder produzirem alguma coisa e se sentirem bem e não agravar a sua doença de base. É o essencial. Claro que às vezes não é fácil isso, não é? Mas pronto. Mas dentro das possibilidades, sim [para além de exercer funções do SVIP, este(a) entrevistado(a) exerce funções num organismo de saúde, onde procuram reintegrar trabalhadores com problemas de saúde]. ECM2

O/a ECM4, bem como os/as ECM1, ECM2 e ECM5, apresentam argumentos do campo técnico-profissional: destacam a falta de conhecimento em medicina por parte dos profissionais do IEF, uma vez que na sua grande maioria não eram formados em medicina do trabalho, e invocam o argumento de que a participação de não-médicos numa atividade que lida diretamente com dados clínicos é inapropriada devido à confidencialidade e à necessidade de expertise médica na avaliação da capacidade de trabalho:

Eu estou à vontade para falar nisso, porque também já desempenhei esse papel. (...) Inclusive fiz esse e fui das primeiras pessoas a dizer que não fazia cabimento rigorosamente nenhum: numa junta de verificação médica estar um advogado ou um perito do instituto de emprego. Não tem cabimento nenhum. (...) Primeiro os peritos do instituto de emprego não sabem nada de medicina. Portanto, para mim não fazia sentido nenhum. Depois há uma coisa que é confidencialidade médica: eu não posso estar a ver um exame médico consigo. E depois dou a desculpa: "olhe agora vai ter de sair da reunião." E põe-se do outro lado da porta enquanto a gente vê a história clínica e depois dizemos qual é o resumo para você ver qual é o nível de empregabilidade daquela pessoa. Não fazia sentido nenhum. Até porque, como eu lhe disse, o SVI deve estar sempre no âmbito da esfera da medicina do trabalho e a medicina do trabalho cumpre religiosamente esse papel com a qualidade acrescida de ser um médico a perceber de trabalho. É quando eles só percebiam de trabalho e não sabiam nada de medicina. Isso não faz isso. Não faz sentido, rigorosamente. ECM4

(...) havia aqui uma interação com o Instituto do Emprego no sentido de se promover uma avaliação específica ao nível da própria reconversão ou do próprio reaproveitamento para outras funções. Mas depois começou aquela questão relacionada com o acesso à proteção de dados sensíveis à saúde e um técnico estar a ouvir um historial clínico, estar a tomar conhecimento sobre a sua situação específica... Se estivermos a falar em centros grandes isso não tem tanto impacto, mas em centros mais pequenos onde as pessoas têm uma grande proximidade e se conhecem, isso tinha um grande impacto. E, portanto, já há um bom par de anos que o legislador retirou os assessores técnicos de emprego. ECM1

Foram retirados. Porquê? Porque não é um elemento médico e como tal, não pode estar presente numa comissão. (...) É um elemento que não é clínico. Não tem nada a ver com a medicina. Claro que tinha a parte boa... Mas agora isso praticamente não existe: de pegar nesse indivíduo, não pode trabalhar nesta, mas vamos ver que tipo de emprego é que há para lhe dar, para ele não ficar incapacitado. Está a perceber? Reconvertê-lo profissionalmente. E foi essa a ideia do legislador quando o introduziu nas comissões. EMC2

Não faz lá falta nenhuma enquanto assessor técnico! Porque para já não sei como é que iam compatibilizar isso com a lei, porque nós estamos a praticar um ato médico. O assessor técnico do IEF tinha que ser médico e o IEF, que eu saiba, se tem médicos nunca os vi. O último que eu conheci já saiu há muito tempo (...) eu não discuto assuntos médicos em frente de um não médico, se não estou a violar o meu regulamento deontológico, que agora é lei. Isso não discuto. Agora o que eu acho que era importante era haver uma ligação ao IEF, assim como eu reporto as pessoas que não podem conduzir, reportar as pessoas que têm capacidades remanescentes. isso é que devia haver. ECM5

Mas existem duas visões ligeiramente distintas das expostas acima. Para o/a ECM7, que para além de perito/a médico/a do SVI, exerceu funções como médico/a do trabalho no IEFP, “o problema do emprego e o problema da integração social” é na sua visão “o problema que falhou em todo este sistema e que tem falhado ao longo destes anos” e que, como vimos, era uma das inovações aquando da criação do SVI:

O que me entristece profundamente, confesso. Portanto, eu penso que esse fator integração é um dos fatores realmente nesta temática toda que nós estamos a conversar, daqueles a que nós devíamos realmente repensar como fazê-lo. Claro que isto passa pelo próprio serviço de verificação de incapacidade, obviamente. Mas, em última análise, passa pelo ministério do trabalho e da segurança social, porque por alguma coisa é segurança social e trabalho. Porque as duas coisas estão obviamente interligadas. (...) Nós estamos aqui muitas vezes a fazer duas coisas: a descartar precocemente pessoas do mercado de trabalho que poderiam ser aproveitadas ou então a metê-las no mercado informal de trabalho, a fazer um biscate (...) como pode compreender também é francamente negativo em todos os sentidos. Ou seja, as pessoas ou são rapidamente afastadas do mercado de trabalho, porque efetivamente não conseguem trabalhar no âmbito daquilo que faziam e vão procurar depois ou continuar a trabalhar no que faziam de uma forma menos intensa. Porque nós, como sabe, não temos capacidade de dosear tempos de trabalho, como existe noutros países. Portanto, de facto, diminuir os tempos de trabalho, digamos, ponderar a carga de trabalho efetiva que pode ser feita. Enfim, muitas, muitas, muitas modalidades que existem em muitos países pela Europa fora. E se nós quiséssemos criar um modelo, não temos que inventar nada, temos que ver o que há e adequar um pouco às nossas necessidades basicamente. ECM7

Ao refletir sobre o seu trabalho de perito médico no SVI, o/a ECM7 considera que se deveria repensar a abordagem da integração, nomeadamente através da adoção de práticas mais flexíveis como a diminuição dos tempos de trabalho ou a ponderação da carga de trabalho, o que mais uma vez remete para determinadas obrigações por parte do empregador. E, como refletido no trecho abaixo, o entrevistado critica a decisão de eliminar os médicos do trabalho nos centros de emprego, o que acabou por prejudicar a capacidade de adequar os empregos às necessidades físicas e individuais do trabalhador. Através da partilha de alguns casos de sucesso nos quais esteve envolvido, este/a perito/a acredita que a reintegração profissional desses indivíduos com limitações físicas evitou que ficassem dependentes da assistência social:

Acontece que essa ideia – boa, repito –, que seria meter os técnicos ou então meter médicos do trabalho ligados ao instituto de emprego... tudo bem, não havia qualquer problema nisso. Era perfeitamente tranquilo e pacífico. Nessa altura, o instituto tinha médicos do seu quadro, médicos do trabalho no seu quadro. [já] Não tem (...) Eu cheguei a pertencer, fui médico do trabalho do Instituto de Emprego (...) pura e simplesmente eles acabaram com os médicos a nível dos centros de emprego. Foi uma barbárie (...) Mas repare, vou-lhe dar um exemplo muito concreto que me acontecia com frequência. Na área (...) de facto em que a sua área fabril é uma área fabril muito intensa (...) existem muitas pessoas com patologias osteo-articulares graves e que de facto, mesmo que sejam tratadas para essas patologias não deveriam continuar a fazer este tipo de atividades, sob pena de regressarem novamente à mesma situação que estavam antes. Portanto, nada mais natural que no centro de emprego ao procurarem um emprego, sejam colocadas em algo de acordo com as suas capacidades físicas e era esse o âmbito que o médico do trabalho dentro dos centros de emprego tinha: adequar a oferta de emprego às capacidades funcionais do indivíduo. (...). É claro que vou dizer, nunca foi tranquilo. Isto porque há sempre uma certa inércia dos serviços oficiais em realmente seguir certos conselhos. Mas pronto, alguma coisa ia-se conseguindo. E o facto é que houve pessoas que conseguiram ser colocadas. De outra forma não seriam! Não tenho a menor dúvida! Hoje em dia estariam no rendimento social de inserção, de certeza absoluta se não se tivesse feito este mecanismo. (...) Portanto, regressando um bocado para trás e àquilo que estávamos a falar: a falta de vontade política, falta de facto de querer avançar com soluções exequíveis e realmente que eram fáceis de colocar em equação, fizeram que, na verdade, o centro de emprego nunca tivesse uma voz ativa, uma voz, portanto, determinante em termos daquilo que nós íamos fazer às pessoas que nós achávamos que não estavam capazes para a sua profissão. ECM7

Também o ECM8 considera que uma das deficiências do sistema português quando comparado com o sistema holandês é a não existência de uma ligação eficaz entre os médicos que avaliam e certificam a incapacidade com os técnicos de emprego e que seria vantajoso retomar as comissões multidisciplinares originalmente previstas aquando da criação do SVI. Assim, na sua visão, a ausência de uma integração eficaz entre médicos e especialistas de emprego acaba por impactar negativamente na capacidade de orientar os indivíduos para o trabalho, aproveitando as suas capacidades remanescentes:

Aí é que a gente funciona mal, porque nós não temos. Não temos como os holandeses... vale a pena estudar o modelo holandês. Os holandeses não fazem sequer juntas médicas. Portanto, o médico tem uma especialidade que se chama peritagem médica na Segurança Social, tem uma especialidade autónoma da medicina do trabalho. Ele faz a peritagem, mas está sempre ligado a 30 e tal técnicos de emprego que lhe dizem: "nós temos neste momento 15.000 profissões disponíveis no mercado de trabalho, onde tu podes mandar aproveitar a capacidade remanescente". Nós não temos essa ligação. (...) Eu até acho que ele devia regressar ao modelo original [de comissões multidisciplinares]. Está a ver? A tal ligação ao Instituto de Emprego. ECM8

Outro grupo que também demonstra alguma dúvida em relação à mais-valia da presença do assessor técnico de emprego no SVI é o grupo dos decisores com competência política nesta área. O ED1 destacou as dificuldades enfrentadas por esses profissionais, dando a entender, tal como o ECM16 que desempenhariam uma tarefa inglória, para a qual implicaria criar uma carreira altamente vinculada ao SVI:

(...) que tipo de super-homem ou supermulher do lado das políticas de emprego (...) ainda por cima numa tarefa muito consumidora de muito tempo tem capacidade de dar um contributo ali, naquele momento? Provavelmente foi essa dificuldade...que era quase criar uma carreira muito vinculada aos SVIs. ED1

Além disso, este decisor menciona que apesar da extinção desta figura coincidir no tempo com uma das principais reformas da segurança social²⁴⁰, à data ainda não havia uma perceção clara da importância de prolongar as carreiras profissionais e, tendo em conta o perfil etário dos pensionistas de invalidez – acima dos 55 anos – o custo de ter um assessor técnico de emprego com a tarefa de encontrar novas valências ou alterar o perfil profissional dessas pessoas, caso a empresa onde exercesse funções não estivesse preparada para a sua reconversão, era muito elevado:

O perfil etário das pessoas que vão às juntas tem uma participação relativamente reduzida de pessoas mais jovens. Ou seja, o investimento na recuperação para o trabalho dessas pessoas era, na altura – hoje talvez não se visse assim... – era, na altura, menos valorizado, porque não havia ainda a perceção... apesar de a reforma da segurança social é da mesma altura e tinha o sentido oposto no sentido de prolongar as carreiras profissionais. Mas (...) quando as pessoas têm um problema de invalidez aos 55 anos, se a empresa não estiver vocacionada... encontrar uma valência no potencial laboral dessa pessoa... estar a mudá-la de perfil profissional não é muito fácil. ED1

²⁴⁰ A Reforma de 2007, que referimos no capítulo 3.

O ED2 também expressa dúvidas quanto à participação deste técnico. A sua visão vai ao encontro do grupo de médicos que considera que esta é uma atividade que não deve sair da esfera dos médicos, destacando que, por mais experiente que o técnico seja, ele não terá condições para avaliar a capacidade funcional de um requerente, especialmente em casos complexos relacionados com doenças como o cancro. Para si, a participação de um técnico do IEFP seria apenas vantajosa numa circunstância bastante específica: quando o requerente recupera as suas capacidades após um período prolongado fora do mercado de trabalho por doença:

Eu percebo que, do ponto de vista objetivo, a decisão da incapacidade é, à cabeça, uma decisão médica, de avaliação médica, quer de condições físicas, quer de condições psicológicas. (...) um técnico do IEFP pode ser muito importante numa circunstância que é uma circunstância diferente (...) em que a pessoa volta a ter capacidade e, entretanto, esteve muito tempo fora do mercado trabalho e, portanto, a ativação da pessoa que regressa ao mercado é que eu acho que tem de ter aqui um acompanhamento. Sinceramente, acho que um técnico do IEFP, seja ele qual – o melhor, por muitos anos que tenha, o melhor técnico que o IEFP tenha – eu não sei se tem condições para dizer: "olhe, esta pessoa não"... Uma pessoa tem um cancro que tem uma incapacidade de 70%." O técnico consegue dizer que é 70, que é 60? É difícil. Ele vai-lhe fazer o quê? Vai-lhe fazer ali um teste a dizer: "olhe o senhor consegue apertar aqui uma porca e um parafuso, se conseguir..." Essa dimensão tem de ser, à cabeça, uma dimensão médica. ED2

Acreditamos que esta confluência de fatores promoveu a supressão do assessor técnico de emprego em 2007, resultando numa das poucas alterações legislativas que identificámos. Contudo, estamos em crer que a sua “eliminação” já tinha acontecido antes, ainda que informalmente.

Apesar de identificados estes fatores, a história que a comunicação social, os debates parlamentares e o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 377/2007 nos conta é muito mais redutora. Se tivermos em conta apenas estas fontes seríamos levados a acreditar que esta alteração legislativa ocorreu exclusivamente devido a casos denunciados pela comunicação social e por pressão parlamentar (Serrano, 2013). Na reunião plenária de 12 de julho de 2007, o deputado do CDS Pedro Mota Soares expôs a situação de dois professores que faleceram no exercício de funções após lhes ter sido negada a pensão de invalidez e congratulou-se “com o facto de o Governo ter reconhecido o problema e ter (...) alterado a composição das equipas de profissionais que fazem parte dessas juntas.” No mesmo sentido interpretamos a afirmação do deputado do PCP, Bernardino Soares. Apesar de entender que outras dimensões para além da composição das *juntas médicas* necessitavam de revisão, na sua intervenção fica claro que essa alteração foi a principal resposta do governo a um problema de recusa de pensões a requerentes aparentemente incapacitados. É essa a justificação que se encontra no Decreto-Lei n.º 377/2007: «as competências das juntas médicas e os seus procedimentos de avaliação devem possuir uma natureza exclusivamente técnico-científica. Por se tratar de atos médicos, os mesmos devem ser

exercidos por profissionais do respetivo foro, ou seja, por médicos.» Todavia, os casos que levaram a essa alteração não foram casos verificados no âmbito do SVI, mas no âmbito das Juntas Médicas tuteladas pela Caixa Geral de Aposentações (CGA). Portanto, perante exigências político-administrativas contingenciais à agenda política, aproveitou-se o mesmo diploma que uniformiza a composição das juntas da CGA, para consubstanciar a exclusividade da função de perito em exercício no SVI àqueles que são licenciados em medicina no âmbito desse sistema, fazendo um apelo declarado tanto aos imperativos de total cientificidade do ato em questão quanto à total autonomia técnico-científica.

É verdade que no seio do Conselho Médico existia – e ainda existe – uma posição quase unânime, por nós já validada pelas entrevistas em torno de um reforço da componente médica das CVIPS. Contudo, e como também ficou demonstrado, esse não foi o único fator, nem talvez o mais relevante, que contribuiu para uma remedicalização do sistema. Um instituto de emprego parco em recursos e sem interesse em participar numa atividade que, na sua visão, cabia “à Segurança Social o papel de entidade central do SVI”, competindo-lhe “a dinamização de todo o processo de implantação do sistema”²⁴¹, levou a que nem sequer chegasse a contestar a eliminação do seu representante nestas comissões. Esta situação viu-se, por fim, reforçada pela falta de apoio político, uma vez que os decisores, numa conjuntura em que se alinharam aos aspetos mais salientes da opinião pública nesta matéria, não reconheciam grandes vantagens, ou sequer alguma, na presença deste técnico.

5.3 Conclusão

Em primeiro lugar, é de sublinhar que o dispositivo de certificação implementado tem eco no passado: verificámos a influência de ideias que se foram maturando ao longo de toda a década de 80 e de instituições históricas que são recuperadas anos mais tarde. Um olhar mais atento mostra que a arquitetura das CVIPs é exatamente a mesma que havia sido proposta em 1963. Portanto, a “inovação” política resume-se à recuperação de um protótipo antigo que não havia sido implementado. Sublinhe-se ainda que os desafios e fragilidades com que o SVIP se confrontou no período democrático foram exatamente os mesmos.

Em segundo lugar, a evidência apresentada sugere a existência de uma filosofia dominante na década de 80, fator importante quer para a alteração da composição das comissões de verificação, quer para a manutenção de um conceito baseado na redução da capacidade de ganho. No entanto, a experiência da implementação, que vincava o lado mais operacionalizável

²⁴¹ Parecer n.º 104/AJCC/99. PT/MTSSS/GabMin/009026.

e menos dispendioso da prática, afirmou-se perante o ideário de cariz mais social e menos medicalizado. Assim, podemos dizer que o grupo de trabalho que, durante a década de 70, esteve incumbido de estudar as formas de execução das CVIPs, e o Conselho de Ação Social viram, anos mais tarde, parte das suas propostas ser aprovada por outros atores, pelo menos quanto à manutenção de um modelo baseado em juntas médicas. Não acreditamos – assim o mostram os dados –, que a proposta daqueles dois atores surgisse como uma crítica à reabilitação profissional ou às virtudes do modelo misto de comissões, mas antes como uma forma pragmática de resolver uma questão e de dar continuidade à vida burocrática do quotidiano. Em suma, os pressupostos normativos e axiomáticos que levaram à mudança e criação do SVIP não encontraram o apoio e a vontade necessários entre aqueles que implementavam a política, sobretudo o IEFP, os peritos médicos do SVI, e aparentemente também entre os decisores governamentais.

O IEFP acabou por beneficiar de uma agenda de reabilitação flexível. O facto de não ser obrigatório reter indivíduos com incapacidades e a não obrigatoriedade de um percurso de retorno ao mercado de trabalho por parte daqueles que apresentam capacidades remanescentes podem ter contribuído para que este serviço não tivesse alocado os recursos humanos a uma política por cuja implementação não era o principal responsável. Como o seu leque de competências é abrangente, o IEFP não teve necessidade de criar mais um grupo de “clientes” para sobreviver e crescer. Se tivermos em conta a classificação utilizada nos relatórios deste instituto, o universo de medidas e programas por ele oferecidos divide-se em três áreas de atuação: emprego, formação profissional e reabilitação profissional, com ramificações em cada uma delas (Caleiras, Carmo, 2022:71). A última, que é a que aqui nos importa, desdobra-se nas seguintes subcategorias de medidas: “apoios à integração, manutenção e reintegração no mercado de trabalho”; “emprego apoiado”; “marca entidade empregadora inclusiva”; “produtos de apoio” e “quota de emprego”²⁴². Nelas o número de participantes e o número de pessoas abrangidas é relativamente marginal e insignificante (Caleiras e Carmo, 2022). Além disso, relativamente a estas medidas, a disponibilização e produção de conhecimento acerca do número de pensionistas de invalidez que tenha beneficiado de medidas de reabilitação não é discriminado, indicador da importância reduzida que este grupo tem para o IEFP. O instituto

²⁴² O IEFP utiliza classificações diferentes na sua informação estatística e na apresentação ao público na sua página web. No entanto, a reabilitação profissional surge como uma categoria autónoma em ambas os recursos. Por isso, no que se refere às subcategorias, devido à sua maior desagregação, optou-se por utilizar as que são apresentadas na sua página web. O outro motivo que justifica esta opção prende-se com o facto de não ser efetuada nenhuma análise estatística por categoria, uma vez que não existem dados desagregados sobre a etiologia da deficiência.

não possui informação “desagregada sobre a etiologia da deficiência das pessoas que apoia, nomeadamente se a alteração da função ou estrutura do corpo é congénita ou adquirida e neste caso se se trata de acidente de trabalho, doença profissional ou outra situação.”²⁴³ Esta resposta oficial do IEFP revela que a população com incapacidades é tratada como um todo, não sendo o sistema de reabilitação sensível à diversidade deste público. O mesmo foi reconhecido em 2007 por um dos Centros de Reabilitação Profissional (de Gaia) num estudo levado a cabo em parceria com o ISCTE, em que se concluía que o sistema de reabilitação português era fragmentado por especialidade e muito orientado para as deficiências congénitas – sobretudo ao nível das respostas sociais – enquanto o universo daqueles com deficiências e incapacidades se alarga a um grupo mais vasto de cidadãos que as adquirem ao longo da vida. Este último grupo parece ter menos acesso a serviços eficazes de reabilitação, e ambos os grupos enfrentam hoje a desadequação de um modelo de intervenção fragmentado, face ao carácter integrado das necessidades das pessoas (CRPG, 2007: 195). Para além da falta de recursos do IEFP e das dificuldades sentidas na reintegração dos indivíduos, verificamos ainda que os médicos construíram narrativas diferentes que podem ter tornado plausível a extinção da figura do assessor técnico de emprego: uns apoiam-se no peso da autonomia científica e na importância da confidencialidade dos dados médicos, enquanto outros recordam o fraco número de indivíduos que o assessor técnico de emprego reconverteu.

Assim, respondendo à questão a que nos propusemos acerca da divergência entre o quadro jurídico e o quadro da implementação, constatamos que até 2007 ela existe. Mas só conseguimos apreender esse facto ao entrarmos no mundo das comunicações burocráticas. Essa informação revelou-nos uma lacuna entre a retórica e a realidade do contrato de bem-estar social (Brodkin, 1997). A ideia aparentemente atraente de um técnico de emprego que auxilia na transição de uma pensão para o mercado de trabalho ou aproveita desde logo as capacidades remanescentes do indivíduo evitando que ele chegue a entrar na categoria de pensionista esbarrou com a realidade de um instituto caracterizado por insuficiência de pessoal, de um mercado de trabalho pouco flexível e de indivíduos pouco disponíveis para, por exemplo, aceitarem propostas de trabalho fora da sua zona de residência. Além disso, a interpretação formal que os peritos médicos fazem da presença do técnico de emprego é influenciada pelo seu desempenho na reintegração dos indivíduos no mercado de trabalho, que, de acordo com o reportado nas entrevistas, foi muito reduzido. Em resultado disto, os peritos médicos

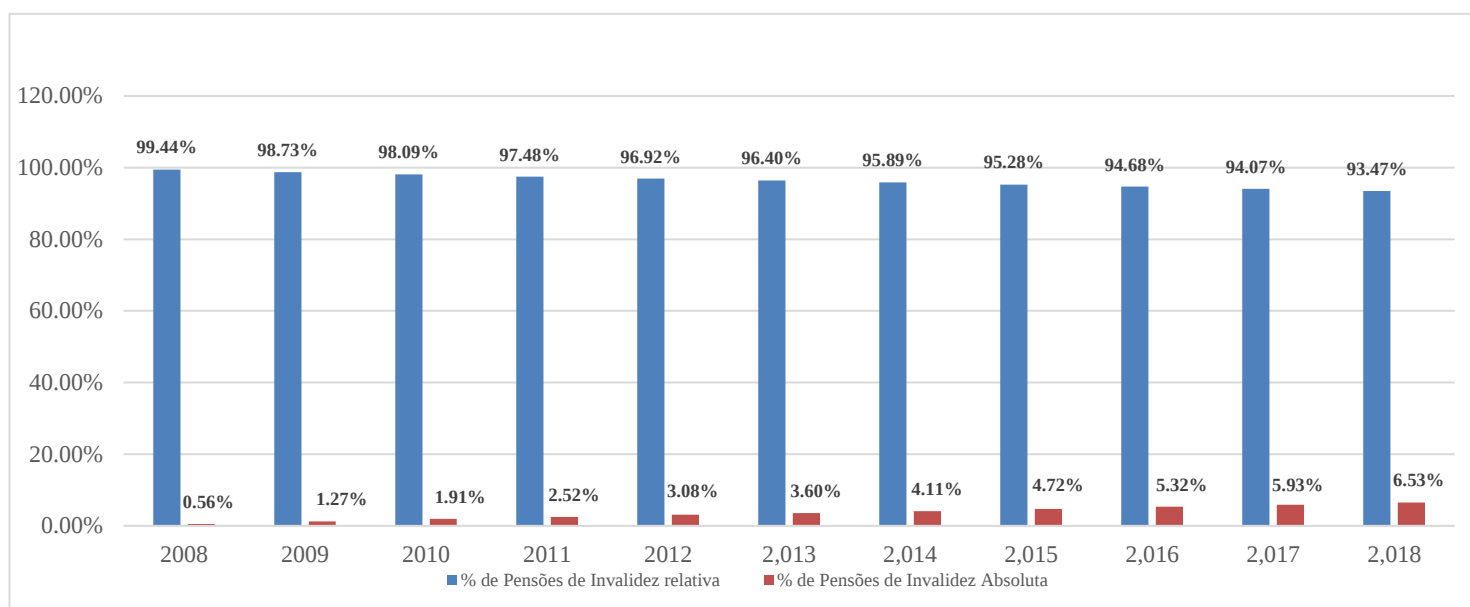
²⁴³ Email do IEFP, datado de 20 de março de 2020 em resposta a pedido de dados sobre o número de pensionistas de invalidez, de pensionistas por doença profissional e de indivíduos não pensionistas, mas com uma incapacidade certificada pelo SVI integrados em programas de reabilitação profissional.

consideraram o papel deste técnico insignificante e adotaram uma posição menos positiva face à sua presença, contribuindo ainda para isso o facto de não partilharem da mesma cultura institucional e deontológica.

Tudo isto culmina numa segunda divergência, que redundava num paradoxo. Continua a optar-se pela manutenção de um conceito que tem como base a redução da capacidade de ganho, o que implica ter conhecimentos técnicos e específicos sobre salários e mercado de emprego, enquanto, por outro lado, com a eliminação oficial do técnico de emprego, se retorna ao modelo original de junta médica, onde os critérios são puramente médicos e não económicos, profissionais ou reabilitacionais. Em suma, um modelo predominantemente médico como o atual não está desenhado para executar o conceito previsto, pelo menos de acordo com a visão dos burocratas que destacámos anteriormente. Isto revela total incoerência com os objetivos de reabilitação profissional que são previstos na legislação que regula a própria pensão de invalidez. Podemos assim afirmar que se retomou o modelo original de juntas médicas e que foi o que na prática funcionou. Além disso, estamos também em posição de afirmar que coexistem dois objetivos de política ao nível legislativo – proteção da perda salarial e ativação –, muito embora apenas o primeiro se encontre munido de instrumentos para a sua eficaz operacionalização, que requer, aliás, filtragem pelo SVI.

Não nos compete, no âmbito deste trabalho, referir se as comissões deveriam contar com a presença de um técnico de emprego ou não. Contudo, consideramos pertinente apresentar um conjunto de dados que melhor permitem apreender a realidade deste campo. A vasta maioria dos pensionistas é detentora de invalidez relativa (acima dos 90%, figura 12), enquadrando-se assim num estado de *subutilização* da capacidade de trabalho remanescente que podia ser direcionada para outras atividades e/ou profissões e os normativos não lhe vedam essa possibilidade.

Figura 12: Percentagem de pensões de invalidez relativa e absoluta (2008-2018)



Fonte: Elaboração própria com base em dados do Centro Nacional de Pensões partilhados com a doutoranda

Os dados mostram ainda que a proporção de pensionistas com registo de remunerações é significativamente baixa (quadro 9). Contudo, relembremos, e como alguns dos entrevistados o mencionaram, vários pensionistas podem estar inseridos na economia informal, dados que não nos foram possíveis estimar.

Quadro 9: Pensionistas com remunerações registadas (2000-2018)

Ano	N.º de pensionistas ²⁴⁴	% Pessoas singulares com qualificação de pensionista de invalidez ativa no com remuneração/contribuição/equivalência a remuneração registada no mesmo por ano
2000	370 053	7,56%
2001	357 330	8,49%
2002	352 031	9,19%
2003	342 956	9,15%
2004	336 215	9,65%
2005	318 022	10,17%
2006	314 376	8,91%
2007	310 221	8,37%
2008	207 150	11,12%

²⁴⁴ Até 2007 o número de pensionistas refere-se ao universo total do número de pensionistas de invalidez. A partir de 2008, apenas estão contabilizados os pensionistas de invalidez relativa, uma vez que só essa categoria pode acumular rendimentos provenientes do trabalho com a pensão. De referir ainda que o Centro Nacional de Pensões apenas dispunha o número de pessoas singulares com qualificação de pensionista de invalidez com remuneração/contribuição/equivalência registada a partir do ano 2000.

2009	201 758	10,53%
2010	194 653	10,92%
2011	189 823	10,75%
2012	186 348	9,94%
2013	179 196	9,31%
2014	172 076	9,79%
2015	168 138	10,55%
2016	161 529	10,02%
2017	154 537	9,98%
2018	151 795	9,25%

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Centro Nacional de Pensões partilhados com a doutoranda (os dados são relativos ao mês de dezembro de cada ano)

Esta realidade não difere muito da dos outros países da OCDE. Apesar de algumas alterações nas configurações das políticas de proteção na incapacidade, como a inclusão de uma gama mais ampla de medidas de emprego e reabilitação, observa-se a ausência de uma orientação política robusta o suficiente: o investimento em políticas de emprego e apoios à reabilitação não foi suficiente para impulsionar significativamente a taxa de emprego entre pessoas com problemas de saúde. Apenas em alguns países como a Alemanha, a Noruega, a Holanda e a Dinamarca se verifica um investimento superior em 10% em programas de ativação para pessoas com incapacidade. Nos demais países da OCDE, 95% dos gastos são direcionados para prestações de natureza passiva, a maioria dos indivíduos que os recebe nunca esteve envolvida em medidas de emprego ou reabilitação e a maior parte dos casos não são identificados e apoiados antes de os seus problemas de saúde se tornarem crónicos (OCDE, 2010:12).

Face a este recuo no ideário reabilitativo, à transformação verificada nas CVIPS e a uma expressão muito significativa de pensionistas de invalidez relativa, é forçoso perguntar: como é que os médicos operacionalizam um conceito de incapacidade de ganho para o qual deviam concorrer variáveis sociais e económicas e que obriga à incorporação de técnicas de reabilitação física ou profissional no processo de certificação? Como é que eles solucionam, na prática, o paradoxo acima identificado? É isto que será abordado no próximo capítulo.

CAPÍTULO 6

Invalidez: ambiguidade conceptual, discricionariedade e subjetividade

(...) qualquer sistema de proteção social, seja Seguro Social ou Seguridade Social, tem por finalidade primordial atender às necessidades de ordem econômica, através de uma organização de fundo econômico. A meta, pois da Seguridade Social é indenizar, ou restaurar, ou compensar as consequências de um acontecimento que, para o trabalhador, se traduz sempre em desequilíbrio financeiro. Assim sendo, o que nos interessa, o que é nosso real objetivo, é buscar o dano econômico que sofre um trabalhador em virtude de uma enfermidade ou em virtude de sua impossibilidade de trabalhar. O que devemos fazer é medir tão exatamente quanto possível o dano econômico sofrido pelo trabalhador, para poder indenizá-lo ou compensá-lo na mesma medida. O problema será, então, o de o administrador da Seguridade Social, o técnico da Seguridade Social, com aquela acuidade a que nos referimos de início, encontrar exatamente o ponto de equilíbrio, aquela linha divisória entre o que é e o que não é uma redução ou uma impossibilidade total de o trabalhador ganhar a sua manutenção ou seu salário através do exercício de sua profissão.

(Assis, 1958:15)

Ao analisarmos a reflexão teórica e doutrinária de Armando Oliveira de Assis, autor e burocrata a que já recorremos no capítulo anterior, deparamo-nos com diversos aspetos relevantes sobre os quais poderíamos discorrer. Por exemplo, a importância da função econômica do seguro social, que visa mitigar os choques financeiros enfrentados pelos trabalhadores em situações de doença ou de incapacidade para o trabalho. Porém, para os propósitos deste capítulo, consideramos mais pertinente direcionar a nossa reflexão para o exercício de indagação e mensuração do dano econômico que afeta os indivíduos impossibilitados de trabalhar a que o dirigente brasileiro se refere. Conforme destacado na sua asserção, é fundamental medir com exatidão o dano econômico sofrido pelo trabalhador devido a doença e/ou incapacidade, a fim de garantir uma compensação adequada. Nisto, parece ser essencial encontrar um ponto de equilíbrio para determinar se a redução ou até mesmo a completa incapacidade total de ganho através do trabalho é legítima para a atribuição da compensação.

De acordo com a nossa análise nos capítulos 3 e 5, o conceito de incapacidade presente na legislação portuguesa permaneceu inalterado, com exceção da inclusão da noção de invalidez absoluta. Dessa forma, podemos afirmar que desde 1963, o objetivo da avaliação da incapacidade para o trabalho no contexto do sistema de segurança social português é apurar o impacto econômico resultante da perda da capacidade de ganho, alinhando-se com os princípios ensinados por Assis. Aliás, também é essa a interpretação que faz o Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999) e que está explícita na unidade modular sobre prestações por invalidez elaborada por José Barrias, à data Vogal do Conselho Diretivo do Centro Nacional de Pensões:

Há sistemas de segurança social que consideram como fundamento da incapacidade a diminuição da capacidade para o trabalho (Espanha, Reino Unido, Dinamarca, etc), enquanto que outros situam a protecção da incapacidade na perda de rendimentos do trabalho (Alemanha, Áustria, Bélgica, Portugal, etc). Outros há em que as legislações combinam os dois critérios.²⁴⁵

No esquema de protecção na invalidez em Portugal é, pois, necessário que se estabeleça um nexo de causalidade entre a limitação psicofísica e a incapacidade de ganho, ou seja, a capacidade de manter o seu salário²⁴⁶. Este raciocínio é conduzido pelos órgãos técnicos de peritagem, seguindo os trâmites apresentados no capítulo 4. Mas além dos trâmites processuais, interessa-nos perceber a lógica por detrás do raciocínio do qual resulta a decisão sobre quem terá ou não acesso à pensão de invalidez.

O que significa certificar que um requerente em *consequência de incapacidade permanente não possa auferir na sua profissão mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal*? Por outras palavras, o que significa um indivíduo não conseguir auferir mais de 33,33% da sua remuneração e, portanto, ver a sua capacidade de ganho reduzida em 66,66%? Como “traduzem” os peritos médicos um conceito formulado de forma geral e abstrata e, por isso, aberto a múltiplas interpretações? Qual é a fronteira que delimita o que é a invalidez relativa da invalidez absoluta? Como é que se encontra o tão almejado ponto de equilíbrio entre o que é ou não é uma redução da perda de capacidade de ganho?

Sabemos que em termos de variáveis, a CIPAIR²⁴⁷ (1982) considerava que a aferição da incapacidade de trabalho devia depender da incorporação de fatores como “a idade, o sexo, a região, a situação familiar, o potencial de saúde e as suas capacidades remanescentes tais como o seu capital gestual, a sua formação e as suas aptidões específicas.”²⁴⁸ Além destas variáveis, para uma perfeita aplicação do conceito de incapacidade para o trabalho, a CIPAIR considerava ainda imprescindível “o seu relacionamento com a situação atual do mercado de emprego, as garantias e as facilidades outorgadas aos deficientes, o nível salarial praticado na

²⁴⁵ Barrias, José. 1999. *Módulos Profissss. Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social. Prestações por Invalidez. Guia do Formando*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Secretaria de Estado do Emprego e Formação. p. 3.3.

²⁴⁶ Apesar de ser feita uma distinção entre capacidade de ganho e capacidade de trabalho, discutida no capítulo anterior, o estudo de Boer et al (2004), concluiu que o conceito aplicado “não faz muita diferença na organização e execução das avaliações. Aliás, a própria literatura cinzenta tem dificuldade em especificar qual a diferença entre capacidade de ganho e capacidade de trabalho.

²⁴⁷ Comissão Interdepartamental Permanente de Articulação entre a Invalidez e a Reabilitação Profissional, que em 1982 elaborou o relatório *Reformulação do Esquema das Pensões de Invalidez do Regime Contributivo da Segurança Social* mencionado no capítulo anterior e que enquadrámos no ideário reabilitativo que vingou na década de 80.

²⁴⁸ Idem, p. 11.

região, bem como os montantes das pensões que se praticam.²⁴⁹” Conforme vimos atrás, parte destas variáveis consta da legislação que ainda regula tanto o SVI, como a pensão de invalidez. Mas, na prática, como é que os peritos médicos articulam, medem, e computam todas essas variáveis?

Este capítulo procura responder a estas questões, com o objetivo de compreender como é que um conceito que se mantém estável – em termos legislativos e de opção política – é interpretado pelos peritos médicos, de forma a dar sentido e forma ao seu trabalho, num cenário que é, por definição, dinâmico e mutável. Além disso, procuraremos introduzir o momento em que se iniciou a discussão sobre a importância da implementação de um quadro gradativo da invalidez e como é que os médicos o operacionalizaram.

6.1 Invalidez relativa: “uma premissa legal inventada impossível de quantificar”

Logo após a constituição do Conselho Médico, encontramos um primeiro indício que sugere a existência de dúvidas relativamente ao conceito de invalidez, que inicialmente era uma categoria única e que abrangia todos os beneficiários que não conseguiam auferir mais de 33% da sua remuneração em exercício normal da profissão.

Tinham decorrido onze anos desde a constituição do SVIP e o conceito continuava a suscitar incertezas entre os médicos coordenadores nos respetivos centros distritais. Foi neste contexto de incerteza – “porque muitas dúvidas relativas à utilização dos suportes de informação [criados no âmbito do Decreto-Lei n.º 360/97] se prendiam com o conceito de invalidez”²⁵⁰ – que uma técnica superior da Divisão das Aplicações Administrativas e Informáticas da Direção-Geral dos Regimes de Segurança Social, Margarida Coelho, terminou a sua intervenção nessa reunião, clarificando a noção de invalidez. A técnica procurou *desobscurecer* a definição legal do conceito, distinguindo-a daquela que é utilizada no âmbito dos acidentes e das doenças profissionais:

Foi assim explicado porque não se pode usar de forma pura o conceito de incapacidade que está subjacente à Tabela de incapacidades de acidentes e doenças profissionais, dado o carácter indemnizatório deste conceito, que o distingue da compensação de perda de ganho, subjacente ao conceito de incapacidade a verificar em termos do SVI, onde se impõe sempre fazer dois tipos de avaliação: a avaliação da perda ou redução das funções fisiológicas/psicológicas e a avaliação da perda ou redução da capacidade profissional de ganho²⁵¹.

²⁴⁹ Ibidem.

²⁵⁰ CM, “Ata n.º 3”, de 24 de novembro de 1998.

²⁵¹ Idem.

Este esclarecimento revela que a burocracia ao nível ministerial continuava a acreditar na possibilidade de se proceder a uma avaliação que combinasse requisitos de natureza clínica com requisitos de ordem socio-laboral. Lembremos que à data desta reunião a legislação ainda previa a presença do técnico de emprego do IEFP nas CVIPs. Mas vejamos se é essa tão ambicionada forma de avaliação que os peritos médicos aplicam no seu dia-a-dia e como é que eles procedem à certificação da perda de capacidade de ganho, bem como se a operacionalização do conceito continua a suscitar dúvidas.

Em termos gerais, a informação obtida através das entrevistas sugere que não há uma importação e aplicação direta da definição legal para a avaliação que os peritos médicos realizam: não procedem a uma quantificação exata da redução da capacidade de ganho em 66,66% e não “calculam” se no espaço de três anos os requerentes conseguem auferir mais de 50% da sua remuneração. A vasta maioria dos entrevistados manifestou dificuldades em explicar como se aplica este conceito na prática, como evidenciado pelas afirmações seguintes:

Eu acho que isso é uma estrutura. Isso é que é: o legislador criou algo muito subjetivo. (...) Isso de um terço, dois terços, cinquenta...premissas legais inventadas que nós nunca conseguimos quantificar. ECM3

Quem fez essa formulação não foram médicos. O grande problema que a gente já pôs no Conselho Médico... até lhe posso mandar uns escritos que eu fiz há uns tempos atrás, que tem a ver com o facto de: pedem para verificar uma incapacidade e depois querem que eu tenha uma varinha de condão para saber se aquele fulano é capaz de ganhar ou não 50% no prazo de três anos. Do ponto de vista político, a formulação é excelente. O problema é como é que isso se operacionaliza do ponto de vista técnico? Quando a gente faz essas perguntas ao legislador ou a quem o representa, a resposta: "isso são vocês médicos que têm que decidir". Mas isso não pode ser assim. Vocês põem na lei uma coisa absolutamente taxativa, que é 50% da remuneração...eu nem sei quanto é que a pessoa ganha, não sei quanto é que a pessoa ganha, nem sei quanto é que ela poderá ganhar daqui por três anos. ECM5

O primeiro entrevistado ressaltou uma característica que, de acordo com todos os entrevistados, é uma constante ao longo de todo o processo de avaliação da incapacidade: a natureza subjetiva desse exercício que decorre da formulação da premissa legal. A ausência de clareza e objetividade na formulação legislativa dificulta a “quantificação” da incapacidade e, por isso, pode resultar muitas vezes em múltiplas interpretações pelos peritos médicos. No segundo testemunho, também encontramos algum foco do entrevistado na falta de clareza técnica do conceito que obstaculiza a sua operacionalização, especialmente pelo facto de a formulação legal exigir que os peritos prevejam o “futuro financeiro” do requerente, sublinhando que este é um conceito que não foi formulado pelos médicos.

Visão diametralmente oposto à dos peritos médicos é a dos decisores. Por um lado, estes realçam a dificuldade de encontrar um equilíbrio entre uma definição clara e operacional e a realidade da subjetividade envolvida na avaliação; por outro, consideram que o conceito permite, de uma forma geral, enquadrar a atividade de avaliação e atribui o poder e responsabilidades necessárias à esfera clínica para avaliar a incapacidade para o trabalho:

Não sei se alguém tem capacidade de criar uma definição (...) que tenha essa capacidade de ser operacionalizada. (...) Eu acho que isso é mais um conceito enquadrador. (...) Se quer que eu fale com toda a sinceridade, eu acho que aí o interesse, é o interesse de remeter para a esfera clínica o poder de decisão se as pessoas têm ou não têm. Não há nenhuma definição integradora como essa é (o trabalho, a profissão, a situação das pessoas) Não há nenhuma definição que seja...eu não conheço. Que seja facilmente... que ajude o ato médico. Se é difícil isso, então é o ato médico que determina. O que poderia substituir era dizer que a invalidez é atribuída a pessoas que tenham mais de x por cento de incapacidade para o trabalho. Isso empobrecia ainda mais o conceito. ED1

Eu não acho que o conceito esteja errado. Sinceramente, não me lembro de alguém me ter sugerido um conceito melhor do que este. Sim, tem sempre dificuldades na sua operacionalização, claro que tem, porque mais uma vez é um conceito subjetivo. É aquilo que eu lhe dizia no início: enquanto a invalidez tem um grau de subjetividade, que é ser avaliado por uma comissão técnica de médicos que sabem, que aqui entre nós é sujeito também a escrutínio. Pode haver um recurso dessa junta médica, mas a decisão é sempre uma decisão que é sujeita aqui a escrutínio. Mas o critério nunca pode ser um critério objetivo. Nunca pode ser aqui uma coisa que seja só um critério estritamente objetivo. ED2

Portanto, diante das dificuldades encontradas pelos peritos na aplicação prática do conceito de capacidade de ganho e também assumidas pelos decisores, os dados sugerem que a grande maioria dos peritos médicos baseia a sua decisão na realização de um prognóstico da doença para os próximos três anos, sem necessariamente avaliar se nos três anos subsequentes a capacidade de auferir se situará em pelo menos mais de 50% da sua retribuição anterior. Isso é evidenciado pelo facto de os peritos não terem acesso a informações como o valor da remuneração do requerente. Como se pode ver nos trechos abaixo, os(as) ECM2, o ECM3 e EPM9 ressaltam a necessidade de compreender a patologia, a sua evolução e o seu estado da arte. Os três enfatizam a importância de compreender se determinada condição é passível de tratamento ou melhoria por meio de intervenções médicas, incluindo cirurgias que podem reverter um quadro clínico que no momento da avaliação é incapacitante, mas pode não o ser nos três anos seguintes. Resumidamente, verifica-se uma forte valorização do conhecimento médico e uma ênfase na prática clínica, vista pelos peritos como um meio de garantir que a avaliação da incapacidade é tão precisa quanto possível:

Então, o que é que nós praticamos? Nós olhamos para um doente, olhamos para um requerente, vamos chamar assim, e avaliamos as lesões que ele tem, nomeadamente se elas são passíveis ou não de intervenção face aos conhecimentos atuais. Se é passível de recuperar: há as situações em que a pessoa ainda pode fazer uma cirurgia ou outra. Ou seja, aquilo que nós dizemos é que ainda não está clinicamente estabilizado, ou seja, ele ainda pode beneficiar das mais variadas formas, cirúrgicas ou não, de algum benefício para aquele problema, para aquele handicap que ele tem e ainda pode ser recuperado. Portanto, nós, praticamente o nosso grande trabalho, digamos, sobre a trave-mestra, é se a incapacidade que ele tem é definitiva, é permanente, é irrecuperável e se isso o prejudica naquelas funções. Isso de um terço, dois terços, cinquenta...premissas legais inventadas que nós nunca conseguimos quantificar. ECM3

Claro que o conhecimento médico é o pilar essencial da incapacidade, não é? Até porque nós temos de ter um conhecimento genérico das patologias (...). Mas com muita prática, sabemos: qual é evolução, quais são, há o estado da arte atual. Temos que saber se é possível de melhoria ou não por meios médicos cirúrgicos. Porque eu posso estar incapacitada hoje e nos próximos três anos readquirir a minha capacidade de ganho. Porquê? Porque a patologia é passível de tratamento. Por exemplo, uma lombociatalgia intensa que eu não consigo mexer-me e adormece-me a perna: eu não consigo andar, a claudicação da marcha, etc. Mas se eu for operado(a), pode ser que aquilo resulte. Ou mesmo que não seja, posso ter uma crise agora e dali a meia dúzia de meses já não ter a crise e estar perfeitamente. A patologia: tenho que saber o alcance. Mesmo para profissões pesadas, eu tenho que saber

se ela é passível de tratamento, de reversão clínica. Por isso é que diz que eu tenho que estar incapacitado agora e que se preveja que ao fim de três anos mantenha essa incapacidade. ECM2.

(...) Não vamos ao ponto do um terço. Isso (...) do ponto de vista palpável, do ponto de vista clínico, para nós é difícil de quantificar com o tal um terço. O que nós avaliamos é se tem capacidade para auferir rendimentos ou não tem capacidade de auferir rendimentos. No fundo, se tem capacidade clínica para exercer ou não a sua profissão e vamos muito na base do que o doente naqueles próximos três anos consegue recuperar ou não consegue recuperar a sua funcionalidade. EPM9.

Seguindo o final da afirmação do EPM9 - “vamos muito na base do que o doente naqueles próximos três anos consegue recuperar ou não consegue” – consideramos pertinente recorrer à afirmação “Muitas vezes nós escudamo-nos no recuperar”, proferida pelo EPM11 para demonstrar que o potencial de recuperação clínica e funcional a três anos é utilizado como uma forma de justificar a manutenção da capacidade de ganho de, pelo menos, 50% nos três anos subsequentes:

(...) Muitas das vezes nós escudamo-nos no pode recuperar. (...) nós muitas vezes enquanto peritos dizemos que pode recuperar. Ou seja, existe à luz da ciência atual um potencial de recuperação clínica e funcional que permite prever que a pessoa possa recuperar essa tal capacidade de ganho nos próximos três anos. Novamente um exemplo prático: coloca uma prótese do joelho e diz-me assim: "vou formalizar o meu processo de invalidez, mas eu meti a prótese no joelho, há seis meses atrás" E eu olho e digo: "mas calma, ainda estamos dentro do timing da recuperação da sua cirurgia. Já fez a fisioterapia? Como é que está o outro joelho? Como é que se tem comportado e precisa de fazer medicação? Que medicação é que faz? (...) Existe aqui um potencial de tratamento médico, fisioterapia e até eventualmente, de revisão cirúrgica no futuro que não me permite afirmar já à data de hoje que essa pessoa está incapaz de forma absoluta e permanente para o tipo de tarefas que faz. Existe um know-how novamente técnico-científico, que temos que utilizar em cada uma das pessoas que avaliamos. Mas depois, claro, ter este bom senso de avaliar a perspetiva futura: uma boa recuperação, um bom tratamento adequado vai mesmo assim permitir que a pessoa retome? Lá está, depois é um pouco a experiência também que nos vai dando um bocadinho essas respostas. EPM11.

Se o EPM11 ofereceu a título de exemplo um indivíduo que após colocar uma prótese no joelho tem de esgotar todos os meios de recuperação, desde a medicação à fisioterapia e até uma nova intervenção cirúrgica, o ECM13 socorreu-se do exemplo de um indivíduo que sofreu um enfarte do miocárdio para demonstrar que só analisando o curso da doença ao longo do tempo é que é possível decidir sobre a existência ou não de uma incapacidade permanente:

Por exemplo, um enfarte do miocárdio: ficou com uma incapacidade temporária que se manteve e depois tem um controle da cardiologia que acaba por atribuir uma insuficiência cardíaca e que dá uma incapacidade. Nessa altura nós vamos avaliar em função da evolução da doença. ECM13.

Apesar do relevo dado à estabilização e recuperação clínica, as entrevistas evidenciam que na tomada de decisão podem entrar em ação outras variáveis, como, por exemplo, a idade. De acordo com a já referida unidade modular sobre prestações por invalidez, a incapacidade para o trabalho só deveria ser certificada se fosse de natureza patológica, ou seja, produzida por doença ou acidente, distinguindo-se da incapacidade que decorre da “eventualidade “velhice” (natural ou precoce), onde a erosão do estado físico-psíquico decorrente da idade faz presumir

cada vez maior indisponibilidade para o trabalho.”²⁵² Não obstante esta interpretação oficial, alguns entrevistados estão dispostos a aceitar que algumas situações de natureza fisiológica sejam consideradas no âmbito da invalidez, aplicando um racional que combina o cálculo do tempo de recuperação da doença com a aproximação da idade de acesso à pensão de velhice:

Uma pessoa de 65 anos vai pedir a reforma, se tiver de fazer tratamento nos próximos um ano, dois ou três, não vai recuperar até atingir a idade da reforma legal. Portanto, nós não vamos complicar. E, portanto, acontece muitas vezes isso. Se nós verificamos que com práticas médicas ou cirúrgicas a pessoa não melhora num período até atingir a idade legal da reforma, se não melhora, nós atribuímos logo a pensão. ECM13.

Por exemplo, uma pessoa pode ter até um problema que possa ser resolvido cirurgicamente aos 65 anos. Está a aguardar cirurgia e eu penso: ela vai-se reformar aos 66, vai aguardar a reabilitação e isso tudo, nem me interessa, ou seja, é um bocadinho de bom senso. Às vezes é muito importante esta parte do bom senso (...) ECM6.

Um outro conjunto de entrevistados, ao ser questionado sobre a formulação do conceito e a sua aplicação prática, simplificou, afirmando que

na prática significa que a pessoa trabalha ou não trabalha. É tão simples quanto isso (...) Dois terços significam em termos práticos que não pode trabalhar naquela profissão para a qual declara. Isto em termos muito práticos, porque em Portugal não pode ser de outra maneira. A entidade patronal (...) não aceitaria que um indivíduo trabalhasse um terço do tempo. ECM7.

De facto, a partir do discurso deste grupo, inferimos que na execução e interpretação do que fazem, ou seja, dos “casos”, eles adotam uma categoria binómica: dicotomia pode trabalhar ou não pode trabalhar, sem racionalizar se o requerente está capaz de auferir mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal. Vejamos outras afirmações que são indicativas de uma categoria puramente binómica que estrutura o pensamento dos peritos:

Esta pessoa tem capacidade de voltar a trabalhar? Sim ou não? Nós temos de pensar isto. (EPM11)

Como disse no início da nossa conversa, a certificação de capacidades não é tabelar, ok? Portanto, não há valores percentuais como está 10% doente ou 1%. Há uma deliberação fundamentada: tem capacidade de ganho, não tem capacidade, e porquê. ECM4.

Todavia, nem todos os peritos simplificam o pensamento por via desta dicotomia. Alguns complexificam e aplicam categorias de entendimento que resultam da sua experiência, seja como médico do trabalho ou médico de medicina legal, que combina uma abordagem baseada na capacidade de cumprir horários²⁵³ e desempenhar funções críticas. De acordo com

²⁵² Barrias, José. 1999. *Módulos Profissss. Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social. Prestações por Invalidez. Guia do Formando*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Secretaria de Estado do Emprego e Formação. p 3.4

²⁵³ O Manual de Critérios Pericial I refere que a periodicidade e/ou o número de horas de trabalho diário e/ou número de dias de trabalho por mês é essencial para correlacionar a patologia/doença com a carga de trabalho e, portanto, determinar a incapacidade ou não para o trabalho. Contudo, isto será alvo de análise no próximo capítulo.

o perito ECM5, independentemente da capacidade de trabalho em termos de horas, se um indivíduo não conseguir desempenhar as tarefas nucleares da sua profissão, não pode ser considerado apto para o trabalho. Por exemplo, no caso citado, para continuar a exercer a profissão de motorista é crucial ter a visão binocular:

Se me pergunta como é que a gente operacionaliza isso, eu também lhe vou dar o esquema que eu utilizo. Bom, então o esquema que eu utilizo é: isto também resultou das reflexões que a gente vai fazendo. Em Portugal 99,99% das pessoas (...) recebem por cumprirem horário. Se eu cumprir o meu horário recebo um vencimento. Portanto, para usufruir 50% da minha remuneração, seja o que for, tenho de estar capaz para pelo menos cumprir 50% do horário. É o que a gente faz. Depois pomos um *se* pelo meio, que isto é a minha vertente de especialista medicina do trabalho a falar, que introduzi no manual e que chama a atenção para as pessoas, que é: há funções que são críticas em todas as profissões. Não interessa se a pessoa consegue fazer quatro horas, porque se não fizer aquela função não é profissional. (...) Esta é uma função crítica para se ser motorista, porque a lei não permite que pessoas com visão monocular, nem que seja 100%, sejam motoristas profissionais. ECM5.

A “conversão” do conceito “dois terços da remuneração” em número de horas de trabalho não é uma abordagem de avaliação da capacidade de trabalho aplicada apenas pelo ECM5. Também o parece ser pelos(as) EPM10 e pelo ECM6:

Portanto, é ver a capacidade remanescente que tem a pessoa para exercer a profissão. Por exemplo, uma profissão qualquer... sei lá, empregada doméstica. Pode ter umas artroses, tem umas limitações, tem dor por períodos (...) uma dor crónica, aquela dor persistente... em vez de trabalhar 8 horas pode trabalhar 4 ou pode adaptar as tarefas da profissão às limitações que tem. Isso depois pode ir à medicina do trabalho...num mundo ideal, não é? Muitas vezes não têm medicina do trabalho, os contratos que têm nem têm segurança social... Mas se falar de profissões (...) os operários fabris, já é possível... EPM10.

É um pouco abstrato, mas por exemplo há bocado quando eu lhe estive a dizer: numa empregada doméstica os descontos mínimos são 30 horas por mês. As empregadas domésticas descontam 80 horas por mês: é metade do horário completo. E 80 horas por mês num mês de 20 dias de trabalho dá 4 horas por dia. Portanto, 4 horas por dia, eu tenho de dizer que esta pessoa não consegue trabalhar mais do que 1 hora e 20. ECM6.

Através do horário trabalho e de um cálculo matemático, os dois peritos chegaram a um número de máximo de horas que o requerente pode trabalhar, sem, no nosso entender, efetuar qualquer conexão direta com a capacidade de auferir mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal. Por exemplo, para o EPM10 uma empregada doméstica que sofra de dor crónica não será, à partida, reformada por invalidez. Ao invés disso, é possível trabalhar a meio tempo, indicando que não houve uma perda de capacidade de ganho superior a um terço. Este pensamento evidencia ainda um entendimento da importância de se adaptar as tarefas, de forma a evitar o agravamento da condição de saúde, em vez do abandono total do mercado de trabalho. Porém, a falta de acesso à medicina do trabalho, como é o caso das empregadas domésticas, é reconhecida pelo(a) perito(a) como uma limitação a essa adaptação.

Outros dois entrevistados, quando questionados se durante o processo de certificação tinham em mente a formulação *incapacidade de auferir na sua profissão mais de um terço da remuneração correspondente em exercício normal*, evitaram responder diretamente. O/a ECM1

optou por destacar a importância de uma avaliação completa da situação, considerando fatores como a causa da invalidez, a profissão exercida e a capacidade de auferir uma remuneração, mas não abordou especificamente o significado daquele conceito. Já o/a EPM12, embora tenha mencionado que as suas decisões procuram fundamentar-se naquilo que é a capacidade de ganho do indivíduo, reconheceu que essa abordagem é uma aproximação, especialmente porque não existe uma conexão direta com a medicina do trabalho:

Se for um processo de invalidez e se ele está a avaliar em concreto, ele tem que avaliar naquelas vertentes todas: qual é que é causa; qual é que é a profissão que exerce, qual é que é a sua capacidade para auferir uma remuneração e depois qual é que é o remanescente. ECM1

As nossas decisões estribam sempre naquilo que é a capacidade de ganho do indivíduo. Portanto, obviamente é uma aproximação, porque nós não temos laço com a medicina do trabalho, que era quem poderia definitivamente interferir junto da entidade patronal para que essa circunstância de paralelismo entre o que é a capacidade de ganho do indivíduo perante aquela sequela condicionasse de facto...a esgotar todas as possibilidades do posto de trabalho ou numa área afim. (...) essa situação de um terço, é realmente esta questão do que é que ficou, que capacidade de ganho do indivíduo dentro da engrenagem da empresa ou noutras empresas com possibilidade de que valorizassem a experiência do indivíduo, etc. Só que isto depois mete-se...quando há muita oferta...é a questão do mercado, infelizmente. EMP12

Em suma, os peritos atuam de diversas formas, empregando estratégias que os ajudam a superar um constrangimento que resulta da formulação abstrata do conceito de incapacidade para o trabalho: apoiam-se na previsão de uma recuperação a três anos; analisam o curso da doença; apoiam-se no número de horas que o indivíduo pode ou não trabalhar ou procuram uma relação causa-efeito entre causa da invalidez, profissão e aquilo que ainda pode exercer. Contudo, com base nos dados recolhidos, podemos afirmar que a maioria dos peritos entrevistados para avaliar a repercussão de uma doença na incapacidade laboral tende a adotar um raciocínio predominantemente clínico: descrição sintomática, diagnóstico nosológico e análise dos elementos de prova obrigatórios da entidade nosológica identificada pelo perito como a causadora da incapacidade para o trabalho, que serão analisados no capítulo seguinte. Pese embora esse raciocínio clínico, todos os entrevistados mencionaram a importância de o relacionar com variáveis como a idade, a profissão e a escolaridade, embora pareçam atribuir-lhe pesos muito diferentes. Como se viu, dois peritos mostraram alguma abertura para aceitar como elegíveis indivíduos com idades muito próximas da idade de aposentação. Contudo, consideramos que a afirmação do ECM6 exprime bem a mensagem que todos(as) os peritos(as) tentaram passar:

(...) a idade é importante. Posso já dar exemplos disso. (...) Uma pessoa que tem a mesma patologia aos 20 anos ou aos 30 anos ou a tem aos 65 anos, a capacidade de adaptação, de reabilitação, etc. é completamente diferente. Aliás, até às vezes a escolaridade. Ou seja, uma pessoa com um curso superior aos 25 anos e que cegue, possa cegar de repente, pode ter até uma oportunidade de reabilitação até para uma outra profissão que uma pessoa aos 65 anos com a quarta classe C já não vai ter. Portanto, estamos a falar da mesma patologia, só que escolaridades diferentes. Temos de falar da idade, temos de falar da profissão, do tipo de esforços na profissão, o tipo de stress, o tipo de exposição (...). ECM6.

Já variáveis como a conjuntura do mercado de trabalho ou a região não são tidas em conta pelos peritos, como demonstrado pelo(a) EPM9, o que não vai ao encontro daquilo que era preconizado pela CIPAIR nem do que consta na legislação que obriga a avaliar as repercussões socioprofissionais da incapacidade à luz das possibilidades de reabilitação profissional e inserção no mercado normal de emprego²⁵⁴.

Nós não somos muito sensíveis à questão do mercado de trabalho, porque o nosso dever é simplesmente avaliar do ponto de vista clínico. Nós conseguimos perceber que uma profissão, dependendo da empresa muitas vezes onde está, é muito diferente em termos do próprio mercado de trabalho, não é? Há profissões que são muito bem remuneradas e têm muito boas condições numa determinada empresa e a mesma profissão numa outra realidade completamente diferente ou até mesmo geográfica, como nós sabemos, tem outro tipo de remunerações, outro tipo de apoios associados. Portanto, nós temos de ser completamente isentos relativamente aquilo que é o mercado de trabalho. Nós avaliamos clinicamente para a profissão relatada pelo doente. EPM9.

Como se vê, os peritos médicos priorizam a avaliação clínica, centrando-se na condição de saúde do paciente e como ela afeta a sua capacidade de trabalhar. Embora reconheçam a importância da situação do mercado de trabalho, estes peritos, a par de outros, consideram que devem manter uma postura neutral e isenta em relação a essa variável, concentrando-se exclusivamente na avaliação das capacidades físicas, mentais e sensoriais dos indivíduos independentemente das oportunidades de trabalho disponíveis em mercado normal de emprego. Além disso, os dados até agora apresentados sugerem que os peritos valorizam a reabilitação, mas a reabilitação médico-funcional e não a profissional, uma vez que explicitaram a necessidade de compreenderem, durante o processo de avaliação, se uma condição é passível de tratamento ou melhoria por meio de intervenções médicas, sem mencionarem qualquer responsabilidade ou dever de direcionar o requerente para outro tipo de medidas de carácter mais social e inclusivo. Enquanto a primeira forma de reabilitação se foca em diminuir os efeitos das doenças e patologias na capacidade de trabalho, recuperando competências físicas e mentais e restaurando ao máximo a capacidade dos indivíduos para o exercício da sua atividade através de intervenções de natureza médica e médica-educativa e é coordenada pelos serviços de saúde, a segunda foca-se na promoção do exercício da reintegração ou manutenção de uma atividade profissional e está a cargo das instituições com competências na área da política de emprego (Dantas e Conceição, 1996:23). Isto é indicativo de que os médicos tendem valorizar mais as intervenções que são realizadas dentro do seu campo de formação e prática profissional, dando prioridade à recuperação da saúde física e mental dos requerentes em detrimento de medidas de reintegração no mercado de trabalho, como formações ou apoios à adaptação do posto de trabalho.

²⁵⁴ Alínea b) do art.º 3 do DR 57/87, alínea b) do art.º 4.º do DR 8/91 e alínea b) do art.º 15 do DL n.º 360/97.

É ainda de sublinhar a importância do estado da arte das patologias e das suas formas de tratamento e/ou compensação, como referiram os entrevistados já acima elencados e como refere também o(a) ECM14:

Um indivíduo que tenha um AVC e que isso implique défices cognitivos, défices visuais, défices de mobilidade e por aí fora, é evidente que não pode exercer a profissão. Imagina, ele seria pedreiro. Como é óbvio, não. Agora as coisas também evoluíram, nomeadamente quando eu comecei, quando apareceu o HIV, nós dávamos incapacidade relativa aos indivíduos do HIV. Neste momento, a maioria deles se pedir a reforma e se não tiver outras complicações e não tiver tido complicações, como é óbvio, vai continuar a fazer o seu trabalho. Portanto, as doenças também evoluem conforme a resposta. Se calhar há uns anos a esta parte, um indivíduo que levasse uma prótese no joelho ficava incapaz e que tivesse que se mobilizar muito, ficava incapaz por causa do desgaste da prótese. Hoje em dia nós temos próteses que são, que já são feitas para a pessoa, são feitas de um material cujo desgaste...tem muito menos desgaste e, portanto, eu acho que temos sempre como objetivo a profissão. Depende da profissão. ECM14

A partir desta afirmação, conseguimos perceber que apesar de o conceito não se alterar desde 1963, os peritos médicos adaptam-no à evolução da medicina e dos tratamentos, influenciando assim a atribuição de pensões ao longo do tempo. O impacto das tecnologias médicas é algo que os peritos têm em consideração quando operacionalizam o conceito: à medida que novas tecnologias são desenvolvidas, como próteses mais avançadas e materiais de qualidade superior, as limitações físicas podem ser mitigadas ou superadas. Isto significa que condições que anteriormente poderiam resultar em invalidez, atualmente podem ser tratadas de forma mais eficaz, permitindo que os indivíduos continuem a trabalhar. Além disso, também há uma mudança de perspetiva ao longo do tempo em relação a determinadas doenças, como o HIV, e que decorre dos avanços nos tratamentos. Em ambos os exemplos abordados parece ser dada ênfase à capacidade de os indivíduos continuarem a trabalhar, quando possível, dadas as novas tecnologias e opções terapêuticas disponíveis.

Finalmente, outro aspeto a destacar é a não existência de uma fórmula geral que possa ser aplicada a todos os indivíduos. Pelo contrário, à semelhança de outros peritos (por exemplo, o/a ECM16), encontramos aqui a ideia de que a atividade de avaliação da invalidez é individualizada e baseada nas capacidades e limitações específicas de cada pessoa. Como exemplificado, a capacidade de uma pessoa com uma prótese no joelho continuar a trabalhar, para além da qualidade do “instrumento” compensatório, depende também da natureza da sua profissão, variável que abordaremos ainda em detalhe neste capítulo.

6.2 A invalidez absoluta

6.2.1 Ideia antiga, realidade tardia

A modelagem da pensão em função do tipo de invalidez era uma ideia em maturação desde meados da década de 70. Como muitas das evidências enunciadas até aqui, também nesta área, remontam a 1973, ao I Congresso Nacional da Previdência, durante o qual se formou um

consenso relativamente às vantagens de se adequarem as pensões ao “grau” de invalidez. Canelas, Mirones e Álvaro Alexandre foram três dos palestrantes que abordaram as vantagens de uma arquitetura institucional que, embora mais complexa, seria mais justa:

É facto conhecido a grande permeabilidade à admissão de inválidos, que muitas vezes continuam normalmente o exercício de atividade, sem deixarem de receber as suas pensões. Não deixa por outro lado de ter o seu quê de injusto que o autêntico inválido veja o valor da sua pensão limitado por um reduzido tempo de contribuição, que é afinal uma consequência da própria invalidez. Uma melhor solução destes aspetos poderia ser tentada com a instituição de dois tipos de invalidez (...) (Canelas, 1973:24-25).

Não poderia ou deveria a nossa Previdência, com a melhoria dos recursos ao seu dispor, instituir mais do que o grau de invalidez que hoje reconhece e, portanto, admitir também a invalidez parcial como até em Portugal fez a Caixa Nacional das Doenças Profissionais e a legislação sobre acidentes de trabalho? Também coerente e humanamente a Previdência Social devia então intervir a favor do trabalhador quando tal diminuição de rendimento for devida a incapacidade parcial do mesmo. A regra do tudo ou nada, parece-nos, não dever ter lugar na Previdência!. (...) mas quantos trabalhadores com capacidade de trabalho diminuída continuam prestando o seu trabalho às empresas (...). A coexistência da pensão por incapacidade parcial e da remuneração equitativa do trabalho prestado pelo titular daquela, existem por essa Europa fora e até entre nós como já assinalámos nas doenças profissionais e nos acidentes de trabalho (...) (Mirones, 1973:6).

Muitos dos indivíduos que comparecem nas juntas médicas não estão totalmente incapazes de exercer uma actividade remunerada. (...) Na solução a encontrar dever-se-á evitar a que consiste em dar tudo ou não dar nada, pois existem muitos casos em que uma ajuda, proporcionada ao grau de invalidez, poderá ser uma justa compensação para quem apenas se encontra diminuído – parcialmente inválidos – quanto à possibilidade de angariar meios de subsistência para si e para os seus (...) (Alexandre, 1973:6).

Na visão dos três oradores, o sistema de pensões por invalidez deveria ser alterado de forma a torná-lo mais justo, flexível e adaptado às diferentes situações dos beneficiários. Canelas demonstrava uma maior preocupação em assegurar mais justiça social para aqueles que estavam totalmente inválidos em comparação com aqueles que eram admitidos como pensionistas mas ainda possuíam capacidades passíveis de reaproveitamento para outras atividades profissionais. Por outro lado, Mirones e Alexandre partilhavam a preocupação de que o sistema não era flexível o suficiente para lidar com a diversidade de situações enfrentadas por indivíduos parcialmente incapacitados: argumentavam, por isso, que era necessário considerar diferentes graus ou tipos de invalidez, em vez de adotar uma abordagem binária “tudo ou nada”, e que a pensão devia ser proporcional às necessidades dos indivíduos afetados, garantindo uma abordagem mais justa e equitativa.

Também os relatórios elaborados durante a década de 80 a que nos reportámos no capítulo anterior apresentam reflexões sobre o facto de o montante da pensão depender apenas do salário médio e do tempo de inscrição/contribuições para o sistema, sem qualquer relação com a extensão de incapacidade, o que para Nascimento e Belém (1980) e para a CIPAIR (1982) continha incentivos de desmotivação à reabilitação:

Assim, o conceito de invalidez (...) reporta-se a uma incapacidade relativa e específica que não toma em conta as capacidades remanescentes que constituem o quadro básico de referência de todo o processo de reabilitação profissional. Ao abrigo do conceito legal de invalidez, como incapacidade para se auferir do exercício da profissão mais de um terço da remuneração normal e, na presunção de que tal incapacidade venha a prolongar-se por período

não inferior a três anos, qualquer beneficiário, cumprido o prazo de garantia de três anos de contribuições, poderá reformar-se, ainda que sejam amplas e efectivas as possibilidades de uma readaptação ou reclassificação profissional, em termos de o beneficiário regressar à vida activa a cem por cento do seu rendimento normal. A fixação do montante da pensão não depende da extensão da incapacidade e apenas se articula com o salário médio e o tempo de inscrição. Não sentem, assim, os beneficiários interesse imediato de ordem pecuniária em tentarem a sua reabilitação. Um conceito mais afeiçoado ao esquema de reabilitação deveria, no parecer do G.T., substituir a referência à invalidez por um quadro graduado, pelo menos a dois níveis, de incapacidades profissionais, oscilando os montantes das pensões, não só em função da antiguidade da inscrição e do salário médio, mas também em relação com os níveis de incapacidade, devendo prever-se, se possível, para as incapacidades mais graves, um maior incremento anual. Nascimento e Belém (1980) pp. 4-5

O conceito de invalidez e o esquema das pensões estabelecidos na atual legislação, se conduzem, como se referiu, a graves injustiças relativas e a distorções do sistema numa autêntica anti-seleção de riscos, constituem, por outro lado, fator de desmotivação do deficiente quanto à sua reabilitação profissional. (...) Com base nas conclusões que precedem, esta Comissão tem a honra de submeter à consideração superior as seguintes propostas para reformulação do atual esquema das prestações pecuniárias de invalidez do regime contributivo (...) 7. Classificar os deficientes, para determinação do montante da pensão em três escalões consoante o grau de incapacidade, a saber:

- a) deficientes capazes de exercer uma atividade remunerada, embora não superior a um terço da remuneração normal.
- b) deficientes absolutamente incapazes de exercer uma qualquer atividade profissional.
- c) deficientes que, estando absolutamente incapazes de exercer uma qualquer profissão se encontram ainda carecidos da assistência de uma terceira pessoa para a realização das suas atividades de vida diária. CIPAIR (1982) pp 42-47

À semelhança do grupo de 73, também estes atores defenderam um sistema mais flexível e adaptado, propondo um quadro graduado de incapacidades que, por um lado, incentivasse a adesão a ações de reabilitação e readaptação profissional e, por outro, oferecesse compensações mais adequadas para os casos de incapacidades mais graves. No entanto, parece-nos que podemos distinguir estas propostas consoante a sua motivação, que é distinta: de um lado, Alexandre e Mirones, que demonstram uma preocupação com a proteção dos trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida e que continuavam a prestar o seu trabalho; de outro, Nascimento e Belém e a CIPAIR, que, à semelhança de Canelas, enfatizam a proteção daqueles já não possuem nenhuma capacidade de trabalho. A ideia que em 2007 virá fundamentar a introdução do nível de invalidez absoluta é a segunda: oferecer uma proteção mais equitativa aos indivíduos que perderam completamente a capacidade de trabalho, reconhecendo a sua maior vulnerabilidade. Essa adequação, como vimos, é feita através da aplicação de um prazo de garantia mais curto, no cálculo da pensão nunca foi aplicado o fator de sustentabilidade e o valor da pensão mínima também difere da invalidez relativa.

Entre estas primeiras reflexões e propostas e a introdução de um novo nível de invalidez na legislação, passaram-se mais de 30 anos. Como apontou o ED1, uma das razões para esse adiamento pode estar relacionada à dificuldade em distinguir claramente os dois níveis de invalidez, sendo complicado definir com precisão as fronteiras entre ambos:

Em 2007 avançou-se para aí num quadro de revisão de quase todas as prestações. Porque é que não foi mais cedo? Eu acho que sempre se temeu que essa distinção não era muito fácil de estabelecer do ponto de vista médico. Mas não sou capaz de fazer o balanço para trás (...) ED1

6.2.2 Invalidez absoluta: quando se procede à sua atribuição

A legislação não estabelece critérios específicos que orientem a tomada de decisão dos peritos médicos. Os únicos critérios distintivos são que a invalidez absoluta é permanente e definitiva para toda e qualquer profissão ou trabalho e não se presume que o indivíduo recupere até atingir idade legal de acesso à pensão de velhice. Portanto, de acordo com as atas do Conselho Médico²⁵⁵ e o(a) ECM1, a objetivação do conceito e a quem é atribuída a invalidez absoluta foi alvo de discussão no âmbito deste órgão, de forma a se alcançar uma uniformidade de critérios de avaliação:

nós andámos depois, nalgumas sessões de formação, a objetivar em concreto o que é que se entendia por “de forma permanente e definitiva para toda e qualquer profissão”. E porquê? Porque havia aqui uma margem muito residual que não é o permanente e definitivo no sentido de ter 0% de capacidade. Mas, se calhar, alguém com 80 e tal ou 90 e tal pode também enquadrar-se numa situação de incapacidade definitiva e permanente para toda e qualquer profissão. E colocavam-se questões como... sim senhora, alguém que passou todo o seu período de vida no café a ajudar os pais e que é mecânico e que consegue servir os cafés porque sempre se habituou e tem a companhia dos pais e é quase que terapêutico e só faz aquilo, não consegue fazer mais nada. Se está incapaz, definitiva e permanentemente para toda e qualquer profissão? Pois, como é óbvio, entendia-se que sim. Não podíamos enquadrar uma situação que era compensatória e que, de alguma forma, era uma mais-valia. Não era disso, porque noutro contexto em concreto esse indivíduo se não fosse acompanhado e se não tivesse ali aquela proximidade, se calhar não haveria alguém com aquela paciência que os pais tinham, não era? E, portanto, que aquilo não devia ser lido objetivamente à letra em concreto e devíamos encarar casuisticamente. Ou se alguém no âmbito de um ATL ou qualquer coisa, até faz uns trabalhos das atividades e que depois a instituição até vende e até dá ali algum dinheiro, não é por dez, 20, 30, 100 ou 200 que sejam só porque fez um tapete, porque fez um bordado, porque fez um trabalhinho em barro, qualquer coisa, quer dizer não é isso. Portanto, tivemos aqui algumas reuniões para depois aferir em concreto se íamos levar aquilo, se íamos ler de forma restritiva ou se íamos ler com alguma... com algum bom senso, sobretudo... ECM1.

Atentando às palavras do(a) ECM1, da nossa perspetiva, este é um excelente exemplo que ilustra vividamente a incapacidade ou o desinteresse do legislador em estabelecer diretrizes abrangentes para todas as áreas de intervenção pública. Em resultado disso, muitas vezes a burocracia vê-se na posição de “criar políticas através da sua função de implementação” (Kerwin 1994; Lowi, 1969), exercendo assim influência significativa na determinação de quem recebe o quê, quando e como (Lasswell 1936).

De acordo com aquele(a) perito(a), as sessões de formação empreendidas entre os médicos concluíram acerca da necessidade de uma avaliação casuística sensata na atribuição da invalidez absoluta, devendo-se evitar uma interpretação estritamente literal do conceito. Em primeiro lugar, é de sublinhar que essa condição não se restringe necessariamente a uma

²⁵⁵ CM, “Ata n.º 1/2007”, de 25 de maio

incapacidade total, ou seja, 0% de capacidade, podendo abranger situações em que o indivíduo tenha uma capacidade muito limitada. Em segundo lugar, a citação acima levanta questões sobre como o contexto individual de cada indivíduo pode influenciar a sua capacidade para exercer algum trabalho. Por exemplo, indivíduos que realizem tarefas em ambientes familiares ou institucionais podem conseguir fazê-lo nesse âmbito, mas podem não ser capazes de transferir essas capacidades para o desempenho de outras profissões em que não contam com esse apoio. Deste modo, a interpretação que fazemos da afirmação é que a avaliação é feita caso a caso, considerando não apenas a definição legal, mas também o contexto específico de cada requerente. Apesar de não ser nosso objetivo testar a aplicação de um modelo como a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)²⁵⁶, podemos afirmar que duas das componentes desse modelo – os fatores ambientais, como o suporte social, e a participação em atividades educacionais e de lazer – contribuem para a tomada de decisão dos peritos. Adicionalmente, ao contrário daquilo que verificamos na abordagem à invalidez relativa, onde o foco estava principalmente nas questões médicas e na capacidade funcional dos requerentes, na certificação da invalidez absoluta verifica-se a consideração de variáveis “mais sociais”. Neste caso em concreto inclui fatores como o apoio familiar e a participação em atividades de ATL que podem gerar pequenos rendimentos, mas que no final acabam por influenciar a capacidade residual do indivíduo em manter-se de alguma forma ativo.

Apesar de trabalhados colegialmente em sessões de formação, os dados recolhidos apontam que as abordagens e os critérios utilizados na certificação da invalidez absoluta podem diferir e dependem do peso atribuído a determinados fatores, que, em última instância, podem estar relacionados a concepções particulares de justiça.

Por exemplo, em termos de abordagem, o discurso de dois dos entrevistados demonstrou a existência de espaço para questionar e “negociar” com o requerente, o que revela a aplicação de estratégias diferentes para se chegar a uma decisão. Atentemos no que dizem os(as) peritos(as) 13 e 14 que enfatizam a importância de explicar cuidadosamente as implicações da atribuição de uma invalidez absoluta:

²⁵⁶ O CIF é composto por quatro componentes: **1)** funções e estruturas - funções fisiológicas e psicológicas do corpo, incluindo as estruturas anatómicas do corpo humano e abrange aspetos como a integridade dos órgãos e sistemas do corpo, funções mentais, sensoriais e de comunicação, bem como as estruturas do corpo como órgãos e membros; **2)** participação - refere-se ao envolvimento de um indivíduo em atividades sociais, educacionais, de trabalho e de lazer.; **3)** fatores ambientais - ambiente físico (por exemplo, barreiras arquitetónicas), social (como apoio da família e colegas de trabalho) e atitudinal (atitudes das pessoas em relação à deficiência e acesso a serviços de saúde e sociais em que uma pessoa vive e realiza suas atividades); **4)** fatores pessoais - características individuais de uma pessoa que não são parte de uma condição de saúde ou de uma deficiência, como a idade, género, raça, estilo de vida, hábitos, educação, profissão, experiências passadas e características psicológicas.

Estas pessoas são avisadas da situação: qual é a diferença entre incapacidade relativa e incapacidade total para o trabalho. E geralmente elas aceitam que seja relativa. (...) agora tem aparecido muitas vezes enfarte de miocárdio, AVCs em jovens. É que esses AVCs incapacitam: dão uma hemiparesia esquerda ou direita e dão deterioração mental. Essas pessoas estão incapacitadas para o trabalho. E depois na altura falamos com as pessoas, olhe você não pode trabalhar. "Mas eu arranjei uma maneira de trabalhar lá na junta de freguesia" e nós aí nessa altura, embora, eu... nós achemos que seja uma situação definitiva e incapacitante para todo o trabalho, como eles pedem, nós fazemos assim de acordo com o doente. ECM13.

Nós explicamos, então. Temos que explicar. Porque se fosse depois... até perguntamos se a pessoa tem em vista outro trabalho e se realmente o pode fazer ou pode não fazer. ECM14.

Estes dois testemunhos mostram uma espécie de compromisso ao considerarem as necessidades e os desejos dos requerentes durante o processo de certificação, procurando equilibrar a aplicação da legislação com as circunstâncias individuais daqueles que estão a ser avaliados. Essa abordagem é particularmente expressiva no caso do ECM13, que apesar de na sua avaliação técnica considerar que o requerente se encontra numa situação definitiva e incapacitante para todo o trabalho, prefere frisar que a sua decisão final é influenciada pela vontade expressa do requerente em trabalhar se tiver essa possibilidade. Esta forma de atuar parece estar intrinsecamente ligada à visão do perito sobre a centralidade que o trabalho deve ter na vida dos indivíduos e, portanto, de ele ser o critério de justiça que melhor enquadra a deliberação:

A maior parte das vezes nós atribuímos incapacidade relativa, porque, é assim, a incapacidade absoluta impede a pessoa de trabalhar, de ter um trabalho. E no meu caso, acho que nós devemos dar a facilidade à pessoa de arranjar outro trabalho no caso de ter aquela incapacidade para aquele trabalho. ECM13.

A importância de ter uma atividade profissional que transcende a sua função de mera obtenção de rendimentos, procurando dignificar a pessoa foi abordada pelo(a) ECM2, ainda que este(a) não se tenha referido concretamente à atribuição da invalidez absoluta. A abordagem deste(a) perito reflete um pensamento que relaciona o trabalho com o bem-estar emocional e social, indicando, mais uma vez, que a decisão de atribuição da pensão de invalidez pode depender do valor, significado e sentido que os(as) perito(as) atribuem ao trabalho:

Acho que a capacidade restante do indivíduo é muito importante, porque lhe permite a continuidade da sua vida social e profissional e às vezes faculta-lhe a integração social, a adaptação do indivíduo (...) tem esses aspetos positivos. (...). Temos que nos adaptar à nossa condição de vida. Primeiro, temos estas mazelas, esta e aquela, aquela patologia ou estas sequelas. Nós temos que aprender a conviver com elas para não ter mais problemas do que aqueles que temos. Porque se não, arranjamos outro, uma depressão, outra coisa qualquer (...) E temos de tentar adaptar e aproveitar o indivíduo. Então se aproveitamos os deficientes, se tentamos integrar, diga-me, nós tentamos integrar pessoas com deficiência grande na sociedade: paraplégicos, pessoas com Síndrome de Down que são aproveitadas. Porque é que não aproveitamos um que à partida não tinha nada disso e que lhe apareceu uma doença? Tem que ficar reformado, porque será? Acho que não. (...) eu vejo aqui no meu hospital: há pessoas que têm patologias e não se querem reformar ...e coisas graves. E dizem: eu vou para casa fazer o quê? Vou deixar de conviver, vou deixar de me ajeitar todos os dias para ir para o trabalho. Vou deixar de conversar ou barafustar com os meus colegas! Também faz falta. Percebe? Eu acho que esta parte é muito importante. Integração e a contribuição para uma sociedade melhor, não é? ECM2.

Como vemos, certos peritos estão convencidos de que um motivo para que os indivíduos permaneçam ativos no mercado de trabalho é o impacto social e emocional que isso proporciona. Quando não encarado somente como fonte de rendimento, crê-se que o trabalho dá oportunidade para a interação social, sentido de propósito e realização pessoal. A necessidade de adaptação às circunstâncias da vida e aprender a lidar com as adversidades para evitar o surgimento de patologias adicionais, como a depressão, é outra razão pela qual se considera ser crucial o aproveitamento da capacidade remanescente. Além disto, invocar a tentativa de inclusão de outros grupos que são abissalmente excluídos, como os portadores de Síndrome de Down (Faria, 2023), é outro fator que parece influenciar a decisão de concessão da pensão a um indivíduo que não é portador de uma deficiência congénita visível, mas que, por outro lado, foi acometido por uma *simples* doença em determinado momento da sua vida.

Recusar a reforma por invalidez com base nestes argumentos parece válido para este(a) entrevistado(a), contanto que o requerente ainda tenha alguma capacidade restante. No entanto, o que se afigura verdadeiramente problemático e paradoxal é que os indivíduos com deficiências e incapacidades adquiridas por doença natural têm sido largamente negligenciados em termos dos dispositivos institucionais que permitam a sua manutenção ou reintegração no trabalho: são poucas, por exemplo, as medidas que incentivem os empregadores a melhorar as condições para que possam manter ou retomar o seu emprego. Uma boa ilustração disso consta do testemunho de uma entrevista conduzida por Bê (2023) no âmbito de um estudo sobre as dificuldades que pessoas portadoras de quatro tipos de doenças crónicas experienciaram. Misa, uma mulher com fibromialgia, sugeriu ao seu empregador a realização de outro tipo de tarefas, mas ao não lhe ser concedida essa oportunidade, e incapaz de continuar a desempenhar as suas funções anteriores, tentou reformar-se por invalidez, deparando-se com várias respostas negativas pelo facto de a sua doença não ser considerada permanentemente incapacitante pelos peritos que a avaliaram. Assim, a partir desta experiência e de outras reportadas no estudo de Bê, conclui-se que há uma falta de apoio tanto por parte dos empregadores quanto do Estado e para que possa haver uma valoração da importância do trabalho é necessário que as estruturas adequadas sejam implementadas.

Por outro lado, em termos de critérios, observamos que alguns peritos restringem a atribuição de invalidez absoluta a casos de requerentes em que se prevê um “desfecho fatal e (...) esses são casos muito raros” (ECM2, ECM3, ECM8, EPM9, EPM11, EPM12). Todos estes entrevistados enfatizam que a invalidez absoluta é uma condição extremamente grave e incomum, geralmente associada a doenças progressivas e terminais. Entre essas condições médicas, foram enumeradas a esclerose lateral amiotrófica e demências em estágio avançado,

cancros terminais, e outras doenças profundamente debilitantes que podem exigir apoio de terceira pessoa, uma outra prestação social cuja atribuição também depende da verificação destes peritos. De forma a ilustrar esta afirmação deixamos abaixo alguns dos trechos dos entrevistados que adotam o critério da gravidade:

Na absoluta tem que estar incapaz para toda e qualquer profissão. É muito raro acontecer, é muito raro acontecer. ECM8

A absoluta de facto é grave. (...) Ou seja, aí temos que ser mais severos na nossa avaliação, que é para toda e qualquer profissão. Só mesmo pessoas que estão com uma doença grave quase que a necessitar de entrar na área da dependência da terceira pessoa. Porque quantas pessoas você conhece como os paraplégicos a trabalharem? (...) Portanto, lá está, nós muitas das vezes...você não consegue normalizar. A nossa função é tão variada e um mosaico tão grande de situações que normalizá-las é muito difícil. ECM3

Da experiência que vou tendo, esta situação está muito reservada para...vou-lhe dar um exemplo clássico, que é uma doença oncológica com metastização cerebral, por exemplo, com metastização óssica. A pessoa efetivamente já tem um compromisso cognitivo importante, além de uma limitação da mobilidade que lhe confere que muitas das vezes até já necessidade de ter alguém que o apoie nas suas atividades básicas de vida diária. Isso é um exemplo clássico de invalidez absoluta. Mas nós, por norma, não há...não está... como dizê-lo? Não está dito em lado nenhum, mas o entendimento que vamos tendo é que efetivamente procuramos... também proteger o beneficiário (...) Portanto, quando existe reserva funcional, acho importante nós termos isso em consideração e não assumirmos que tem uma invalidez absoluta. (...). A atribuição de uma absoluta é, passo a expressão, cortar pela raiz e aquela pessoa nunca mais poderá auferir qualquer capacidade de ganho. Reservamos isso para situações efetivamente com um prognóstico muito reservado. EPM11

Casos daquelas pessoas que estão a ser alvo de tratamentos frequentes, pessoas com quimioterapia até ao fim das suas vidas e que sabemos que são tratamentos paliativos, não têm a perspectiva de cura, se não é tratamento apenas sintomático. Situações de demência avançada. EPM12

Em contraste a esta noção de que a certificação de invalidez absoluta requer a presença de uma condição médica grave, há peritos que adotam abordagens mais flexíveis e que dependem da sua interação com o requerente. Este é o caso, por exemplo, do(a) ECM5 e do(ao) EMC14. Ainda que reconheçam que é necessária a presença de uma doença com alguma gravidade, atribuem uma importância significativa a outros fatores ao determinarem a elegibilidade para pensão de invalidez absoluta, como se pode verificar nos trechos abaixo:

Obviamente que atribuir uma absoluta implica ter uma doença com uma certa dimensão. E a lei não diz claramente isto. Mas o aconselhamento que eu faço é que nós temos que olhar para o grupo etário da pessoa, para a formação académica e profissional e para as possibilidades de emprego em mercado normal de trabalho. (...) como deves calcular, há determinadas situações em que faz todo o sentido que apesar de a pessoa ter capacidade para outras profissões, eu não estou à espera que ninguém com 63 anos vá para aprender uma profissão nova. (...) imagina um indivíduo de 55 anos que é pedreiro, não estás à espera que ele vá ser médico, pois não? Eu quando digo a incapacidade absoluta é dentro da área de formação e das expectativas daquela pessoa. Não absoluta no sentido *tout court*. Apesar de que em algumas situações, a doença é tão grave que é absoluta no sentido absoluto do termo. ECM5.

Mas, por exemplo, às vezes há indivíduos que não têm diferenciação académica, só conseguem fazer profissões com esforço. Então a profissão dele já é com esforço, ficará incapaz para todo e qualquer trabalho, porque ele não consegue fazer outra coisa. A diferença académica não lhe permite. ECM14.

Mais uma vez, consideramos ser de destacar a importância das considerações contextuais dos indivíduos no processo de avaliação da incapacidade laboral. O(a) ECM5

atribui significativa importância à idade dos requerentes, reconhecendo que para pessoas com idades mais avançadas pode ser impraticável ou irrealista a aprendizagem de uma nova profissão, especialmente quando próximas da idade da aposentação por velhice, à semelhança do que se verificou no domínio da invalidez relativa, merecendo o requerente a atribuição de uma invalidez absoluta. As competências e as qualificações académicas, aliadas às considerações sobre o esforço físico exigido nas atividades laborais, parecem ser fundamentais para a atribuição de invalidez absoluta pelo(a) ECM14. Mesmo que um indivíduo possa teoricamente exercer outra profissão, as suas reduzidas habilitações restringem o leque de opções de trabalho disponíveis, limitando o indivíduo a profissões que exigirão igualmente esforço físico. Esse fator, por si só, justifica a concessão da pensão por invalidez absoluta.

Por outro lado, a decisão de incluir nesta categoria indivíduos que se tornam inválidos em idades precoces da vida profissional segue um curso oposto, e também aqui enquadrámos o ECM5:

Se eu tiver uma pessoa de 30 e tal anos que tem uma doença, que eu acho que talvez sim, talvez não. Opá, com 30 e tal anos se eu disser que ela não pode trabalhar, isso é quase uma pena de morte profissional. Eu não faço isso. Acho que nenhuma pessoa de 30 e tal anos deve ficar com uma pensão miserável. E vai fazer o quê? Se ela for apanhada a trabalhar comete um crime. Há limites. Elas podem exercer funções se for relativa, mas os limites vêm plasmados na lei. Mas se for absoluta, não pode. Eu aos 30 anos... ECM5

Habitualmente, eu falo por mim, pergunto: então, mas já tentou outro tipo de atividade? (...) Bom, seja como for e também tem muito a ver com a idade das pessoas. Eu digo a uma pessoa relativamente nova: “então, mas já viu, agora vai para casa, vai ficar sem fazer nada?” “Ah, pois, vou tentar e tal.” Quando eles me dizem vou tentar ou já tentei, eu geralmente acabo por fazer uma coisa relativa, não é? ECM15

O facto de os indivíduos se situarem numa faixa etária mais jovem atua como um fator relevante para o(a) perito(a) adotar atitude pró-ativa. O raciocínio aqui é o inverso daquele que constatámos que alguns peritos aplicam a indivíduos com idades próximas da aposentação. Ou seja, se os indivíduos são mais jovens, o(a) perito pondera cuidadosamente e tende a evitar classificá-los como absolutamente incapazes, de forma a *não cortar as pernas* aos requerentes. Além disso, o ECM15 reportou que é comum questionar o requerente acerca das iniciativas empreendidas para reintegrar-se no mundo do trabalho, o que de certa forma parece influenciar a construção da sua tomada de decisão.

Em suma, a partir destes exemplos que aqui fomos deixando, parece-nos haver um grau significativo de discricionariedade tanto no processo de atribuição da invalidez absoluta, como da invalidez relativa. De acordo com os peritos entrevistados, parecer existir alguma margem de interpretação ao avaliar a capacidade de trabalho dos requerentes, considerando uma variedade de fatores contextuais e prognósticos médicos que vão além da simples presença da condição médica. Isto implica um alto nível de subjetividade nas decisões, já que diferentes

peritos podem chegar a conclusões diferentes ao avaliarem casos semelhantes e que se encontra bem retratada na seguinte afirmação de um dos(as) entrevistados(as):

Eu também já vi relatórios feitos por mim, em que eu digo assim: bem não avaliei isso. (...) eu digo algo que às vezes alguns colegas... sei que no próprio Conselho Médico às vezes ficam assim [perplexos]: nós às vezes estamos sujeitos até ao nosso espírito no momento, porque nós somos seres humanos. Nós, às vezes dentro daquela área que eu digo cinzenta, mais escuro, mais claro, que isto não é preto e branco. O preto e branco é fácil de distinguir. Agora nós temos situações de cinzento. Eu arrisco-me a dizer que nós até podemos numa semana a mesma situação deliberar num sentido e na semana seguinte deliberarmos noutra. E não vamos dizer que isto não acontece porque é mentira. E não há normas de orientação, porque você não tem graduações clínicas. Nós temos os estádios das doenças. ECM3

A nosso ver, esta afirmação destaca de forma bastante genuína e absolutamente cabal a complexidade e subjetividade inerentes ao processo de atribuição da pensão de invalidez. O entrevistado, um(a) experiente assessor(a) técnico(a) de coordenação com vasta experiência na área da peritagem, reconhece que ocasionalmente podem ocorrer falhas da sua parte na avaliação de um requerente ou até mesmo divergências na tomada de decisão num mesmo caso, influenciadas por diversos fatores contextuais. Esta situação é ainda mais agravada pelo facto de não existirem critérios e diretrizes claras. Contudo, como se verá no capítulo seguinte, os peritos procuram, eles próprios, mitigar esse facto através da utilização de determinadas ferramentas, incluindo a própria arquitetura institucional do sistema.

6.3 Profissão ou tarefas exercidas?

Conforme já explicitado, a incapacidade é certificada com base na profissão exercida pelo requerente nos últimos três anos e, desde 1993, ao solicitar a pensão de invalidez, o requerente passou a ser obrigado a anexar a declaração de atividade profissional exercida, que inclui especificidades sobre a profissão, categoria profissional e as tarefas executadas nos últimos três anos. Embora a declaração exija que o requerente detalhe o tipo de tarefas exercidas, a terminologia *profissão* é a que consta nos normativos legais que regulam tanto a pensão de invalidez, como o SVI e não a terminologia *tarefas exercidas*. Além disso, de acordo com a análise dos normativos legais, sabemos que o conteúdo do relatório do médico relator deve focar-se nos antecedentes clínicos do requerente, sintomatologia e observação dos órgãos afetados que originam a incapacidade, não havendo qualquer menção específica à descrição das tarefas exercidas pelos requerentes.

Porém, o modelo de relatório a ser preenchido pelo médico relator, ao qual tivemos acesso – Mod.SVI009/99 – DGRSS²⁵⁷ inclui uma secção denominada *Elementos de Ordem*

²⁵⁷ Tivemos acesso através do Manual de Procedimentos que data a 1999, não sendo possível garantir que não existe um novo modelo. PT/MTSSS/GabMin/009026.

Profissional, onde deve ser descrito o “posto de trabalho, a situação laboral atual do requerente (a trabalhar, desempregado, com incapacidade temporária – Baixa”). Isto por si só é indicativo da importância do posto de trabalho e das tarefas exercidas na construção do racional de decisão sobre a atribuição de pensão de invalidez em detrimento do mero conceito de profissão. Trata-se ainda, no nosso entender, de uma mudança que é operacionalizada pela burocracia e que não está diretamente refletida na legislação. Por outras palavras, consideramos que esta especificação, em comparação com o que está disposto na lei, é uma prática administrativa que resulta da flexibilidade que a burocracia ministerial ou de rua tem ao seu dispor na interpretação e aplicação da lei. No fundo, trata-se de uma diretriz que consta do modelo de relatório elaborado pela antiga Direção-Geral dos Regimes de Segurança Social, orientadora da atuação dos peritos e que se reflete em mudança *subtil* nos critérios de acesso à pensão.

Posto isto, pareceu-nos pertinente perceber como lidam os peritos médicos com a articulação entre profissão e tarefas exercidas.

Verificámos a existência de uma unanimidade quase total entre os peritos médicos neste domínio: os dados recolhidos indicam uma convergência de perspetivas sobre a importância de considerar as tarefas exercidas no trabalho, em detrimento da profissão, pelo que a infraestrutura documental do trabalho de peritagem aparece, aqui, como arena que propicia a emergência e codificação de uma terminologia própria da burocracia da fase da implementação, refletindo um consenso que é, de contrário, puramente conceptual e ao qual não se consegue aceder por via de uma leitura *legalista*:

Mas nem é a profissão que interessa, o que interessa é a atividade desenvolvida e isso tem que ser questionado ao próprio trabalhador. (...) Eu posso-lhe dizer que sou cozinheira, mas sou cozinheira num grande refeitório onde as panelas são grandes e, portanto, se eu tiver um problema no ombro, custa-me imenso aqueles tachos pesados do mega refeitório ou posso ser cozinheira numa casa particular, não é? A atividade inerente à profissão. (...) Sim, a atividade. Dei-lhe agora um exemplo: uma cozinheira. A profissão é exatamente a mesma, as atividades que uma e outra exercem são completamente distintas. ECM1

Mais do que a profissão, é a atividade exercida. Mas porque há casos, há imensos casos que são reconvertidos, até na própria empresa - têm um rótulo, de uma profissão, mas de facto até não a exercem diretamente. Não é verdadeiramente aquilo que exercem, aquelas funções: fazem outras funções na empresa e há pessoas que descontam como isto e depois no fim... (...) A patologia que eles apresentam está dependente da atividade que exerce. Ou incapacitamos ou não, consoante as tarefas que eles exercem. ECM2

O correto é ver as tarefas também, não é só a profissão. EPM10

Ora bem, nós avaliamos para a profissão. Mas quando um operário fabril na área da indústria do calçado apresenta um processo de invalidez, nós sabemos o que é que faz um operador de montagem, de acabamento, uma cravadeira, um gaspeadeiro - são terminologias técnicas dentro dessa área. Agora temos de ter o *know-how* de perceber de que tipo de tarefas é que faz, ok? O tipo de riscos a que está exposto, não é? E em que medida é que as patologias de que padece são ou não impeditivas, neste caso, de forma permanente para o desempenho das mesmas. EPM11

(...) As exigências das tarefas. ECM16

Estes peritos, tal como a vasta maioria dos entrevistados, sublinharam que o foco principal da avaliação está nas atividades específicas desempenhadas pelos trabalhadores em vez de se limitarem à profissão declarada, escrutinando as exigências físicas e mentais das tarefas realizadas. Existe um reconhecimento de que os indivíduos podem ter o mesmo rótulo profissional, mas desempenhar funções muito diferentes ou funções com cargas diferentes de acordo com o contexto em que trabalham, o que remete novamente para a ideia da avaliação caso a caso. Mais uma vez, verificamos uma crença compartilhada na necessidade de uma avaliação individualizada, considerando as responsabilidades individuais no local de trabalho, bem como os riscos específicos associados às tarefas realizadas pelos requerentes e o seu impacto na saúde e desempenho funcional.

Esmiuçar as tarefas desempenhadas pelo requerente vai além daquilo que consta na declaração de atividade que ele tem de submeter. Da interpretação que fazemos, os peritos consideram que o interrogatório do médico relator é fundamental para aferir a “verdade” e proceder a uma relação válida entre atividade exercida e incapacidade. Ainda que não o expressem diretamente, os peritos médicos parecem sentir-se impelidos para a procura de uma verdade que na maior parte das vezes eles consideram incompleta na já mencionada declaração. Mesmo que signifique complementar as informações fornecidas pelos próprios requerentes, os peritos consideram que o seu papel enquanto relatores para obtenção de informações detalhadas sobre as atividades profissionais dos requerentes é de extrema importância, tal como expresso pelo ECM3 ou pelo EPM9:

Nós tentamos pormenorizar, pormenorizar o que a pessoa faz. E às vezes há pessoas que se irritam com isso, porque o que eles querem é dizer: “*eu sou doente, eu tenho isto*” e nós não saímos dali e estamos a batalhar na identificação do posto de trabalho. Portanto, a identificação é o primeiro ponto, o segundo é logo o posto do trabalho. Não falamos de mais nada, não queremos saber das doenças nem nada. É o posto de trabalho que tem de ser esmiuçado para perceber as funções de cada um. Se é uma função mais física, se é mais intelectual: para depois saber interpretar a patologia subjacente ao pedido de invalidez. Há situações em que a área psiquiátrica pode ter mais peso. Por exemplo, para mim e para si, perdermos as nossas capacidades cognitivas ou outras é mais grave, se for, por exemplo, para um trolha é mais a parte física. ECM3

Para as tarefas desempenhadas na profissão, ou seja, é para as duas coisas: o que doente nos relata como profissão e é escrutinar aquilo que o doente nos relata como as tarefas que realiza na profissão. E isso também tem evidência no processo clínico. Portanto, o doente relata-nos que tem determinada profissão. Quando vamos avaliar é especificar o que é que ele relata como fazendo na sua profissão. Há uma declaração que o beneficiário entrega, a declaração da sua profissão por ele próprio. Mas muitas vezes eles não preenchem de forma detalhada aquilo que são as tarefas que realizam na sua atividade ou na sua profissão. Nós temos sempre de complementar. [a entrevista via zoom parou] Estava a dizer que se complementa em 90% dos casos por mês com a nossa anamnese como médicos relatores. Não há outra forma de nós conseguirmos ter maior assertividade, algum maior detalhe relativamente às profissões. EPM9

Contudo, dois dos(as) entrevistados(as), consideram que mesmo a possibilidade de interrogar o requerente não contraria a elevada dependência do médico relator face ao requerente, o que dificulta o exercício de avaliação da incapacidade e pode colocar em causa a

sua missão de procura da verdade da maior ou menor incapacidade para o trabalho dos indivíduos:

Como sabe, nós... a esmagadora maioria das pessoas a que nós atribuímos a incapacidade permanente em função é relativa, quer dizer, em função à atividade que as pessoas nos declaram que fazem. Que é outro dos problemas graves, eu diria gravíssimo que nós temos. Porque a segurança social em 2007 abdicou de uma informação que era preciosa, que vinha nas folhas de pagamento que os empregadores entregavam à segurança social mensalmente: para além dos valores que eram pagos ao trabalhador, que eram descontados ao trabalhador, estava também o posto de trabalho do trabalhador. A partir de 2007 quando há a informatização disto tudo, a coluna onde estava a categoria profissional do trabalhador foi abatida, caiu. Portanto, hoje em dia, a segurança social não sabe oficialmente o que é o que o trabalhador faz, não há nenhuma informação oficial. Pode ver a gravidade que isto constitui. Obviamente. A pessoa teoricamente, há um documento que a pessoa tem que preencher. Portanto, o documento que o relator tem que fazer baseia-se, obviamente, na informação que lhe é transmitida pelo beneficiário, em que naturalmente o médico relator tem de acreditar no que o beneficiário lhe está a dizer. Esta situação é muito complexa. ECM7

Pois... por acaso essa é uma pergunta pertinente, porque acaba por ser um dos dilemas que nos passam. (...) tem que se ter noção de que o que importa é a função que a pessoa está a desempenhar. Infelizmente do ponto de vista legal não temos outra variável lá contemplada em termos de impresso, de documentação registada que não seja a da profissão que a pessoa está registada na segurança social. Portanto, aí há uma discrepância aplicada e que de facto tem de se ter uma postura humana para se assumir que a pessoa efetivamente está a falar a verdade do que é a sua realidade quotidiana (...). EPM12

Além de ressaltar a dependência em relação às informações fornecidas pelos beneficiários, o ECM7 apontou a existência de uma lacuna na recolha de dados sobre as atividades profissionais dos trabalhadores: a ausência de informação sobre o posto de trabalho nas folhas de pagamento entregues à segurança social²⁵⁸. Na visão deste perito, isto coloca em causa uma avaliação precisa da incapacidade, tornando assim o processo de avaliação mais desafiador devido à limitação de dados e à necessidade de confiar nas informações fornecidas pelos beneficiários.

Foi o(a) ECM13 quem revelou uma posição mais ambígua e díspar relativamente a este tema, distinguindo-se, por isso, dos demais entrevistados. Embora reconheça que frequentemente há uma descoincidência entre a profissão declarada e as tarefas reais exercidas ou tarefas adicionais – tal como mencionado pelos restantes peritos inquiridos – fica claro que isso depende inteiramente da discricionariedade do perito médico.

Isso é uma grande confusão. O que nós observamos é que a maior parte das vezes os contratos, a profissão que está descrita não é aquela que é exercida pela pessoa ou as atividades que estão no contrato assinado não são aquelas que elas desempenham. Condutor de automóveis, condutor de mercadorias. O condutor carrega, descarrega a carga, mas não está lá que ele tem de fazer isto, não está lá escrito, ele está lá como condutor só. Nessa altura a avaliação que nós fazemos aqui se quisermos ser muito rígidos é condutor, não é carregar e descarregar carga, porque o que está no contrato de trabalho é que para nós é válido. É isso que nós temos depois de escrever, embora, depois, cada caso seja um caso e possa acrescentar nas observações "fulano tal, faz isto, aquilo e o outro." É um exemplo. ECM13

²⁵⁸ Não nos foi possível aferir se esta informação sobre a ausência desta informação nas folhas de pagamento é, de facto, real. No entanto, para o propósito desta tese, o que importa é a perceção dos peritos, e essa é indesmentível.

Este perito parece optar por operar dentro das restrições e limitações impostas por outros documentos oficiais, como os contratos de trabalho. Para garantir rigor na tomada de decisão, indica que a avaliação dever ser baseada na descrição formal presente no contrato de trabalho, mesmo que ela não capture a realidade total. Embora pareça seguir uma abordagem mais restritiva, vinculando a sua decisão ao que está formalmente estabelecido, ele reconhece a singularidade de cada caso, adicionando observações adicionais para melhor contextualizar as circunstâncias individuais de cada requerente.

Em síntese, seja a profissão ou as tarefas exercidas, esta é uma variável com grande relevância para a aferição da incapacidade para o trabalho e que consideramos estar bem evidente e resumida na afirmação do EMC6:

Eu posso ter uma perda de funcionalidade enorme numa função que não interessa nada para a profissão e posso ter uma perda pequena numa função que só isso limita o exercício da profissão.

Devido à centralidade que esta variável tem para o processo de certificação, à semelhança das preocupações expressas com o conceito de invalidez que retratámos acima, também na terceira reunião do Conselho Médico foi manifestada preocupação sobre a necessidade de se conhecer e descrever adequadamente a profissão e tarefas exercidas pelos requerentes, considerada pelos membros deste Conselho como um dos componentes essenciais para a deliberação da incapacidade por parte da CVIP. Nesse sentido, foi sugerida a utilização de uma lista de profissões²⁵⁹ - a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP)²⁶⁰. Apesar de ser essencialmente um instrumento para fins estatísticos, tem aplicação na definição de perfis profissionais, regulamentação e acreditação de profissões e funciona como uma espécie de «dicionário das profissões», onde consta o tipo de tarefas desempenhadas em cada uma delas. No exercício de escrutínio sobre as tarefas exercidas pelos requerentes, apenas três dos(a) peritos(as) entrevistados(as) utilizam este suporte documental da burocracia estatal para

²⁵⁹ CM, “Ata n.º 3”, 24 de novembro de 1998.

²⁶⁰ A versão atualmente em vigor é de 2010 – Classificação Portuguesa das Profissões 2010.

organizarem o seu trabalho em categorias que lhes permite ler e dar sentido à ordem social e laboral – ECM5²⁶¹, EPM11²⁶² e ECM14²⁶³.

Os restantes entrevistados apenas mencionaram que não recorriam a esta ferramenta como elemento enquadrador do seu trabalho, tendo sido somente um justificado, por iniciativa própria, que a sua não utilização se deve à extinção do assessor técnico de emprego das comissões de verificação. Tudo indica que na perspetiva deste(a) perito(a) esta é uma ferramenta de trabalho mais direcionada para esse grupo, que deve estar focado na reintegração dos indivíduos com capacidade remanescente no mercado e trabalho.

Não. Deixou de se usar desde que do Decreto-Lei n.º 360/ 1997, de 17 de dezembro foram retirados os assessores técnicos de emprego de preferência médicos (especialistas em Medicina do Trabalho geralmente) do I.E.F.P.- Instituto de Emprego e Formação Profissionalmas que ao contrário do modelo TOP na União Europeia eram avançados do I.E.F.P. e mais grave não tinham, como os holandeses, lista de desemprego do mercado de trabalho / profissões e capacidades remanescentes para esses postos de trabalho. foi este o erro do SVI de Portugal que se afastou do modelo arquétipo de todos os SVIs da União Europeia....o Holandês...estivemos quase lá...foi pena. ECM8

Assim, no que diz respeito à utilização de ferramentas de orientação como a CPP, é evidente que apenas uma minoria dos peritos entrevistados a utiliza ativamente para aferir as atividades desempenhadas pelos requerentes. Enquanto alguns reconhecem o valor desse guia para compreender e categorizar as tarefas profissionais, outros optam por não a ter em conta, chegando a argumentar a sua descontinuação devido à extinção dos assessores técnicos de emprego. Além disso, os peritos expressaram a crença de que podem facilmente avaliar as atividades dos requerentes através do contacto direto com os mesmos e do “interrogatório” a que os submetem sem a necessidade de recorrer a uma estrutura formal como a CPP. Numa outra leitura, há que reconhecer uma divergência entre os profissionais entrevistados sobre a

²⁶¹ Qual é o referencial que eu utilizo e que recomendo a todos os que trabalham comigo? Classificação Portuguesa de Profissões. É lei: tem lá todas. ECM5.

²⁶² Claro que nós, enquanto peritos médicos, portanto com competências e no caso em peritagem médica da segurança social, temos um conjunto de ferramentas que costumamos utilizar também, nomeadamente a Classificação Nacional de Profissões onde vem listado, portanto, o conjunto de tarefas: quais são os tipos de profissões e quais são as tarefas mais comumente associadas. Depois, naturalmente, com o desempenhar desta atividade de forma rotineira vamos adquirindo também alguma experiência, algum *know-how* sobre o que é que cada atividade faz. O nosso país é muito rico e tem várias variações geográficas de tipos de atividade. E é curioso...eu pessoalmente trabalho em dois centros distritais: (...) e tenho essa visão multidistrital, vamos-lhe chamar assim. E, portanto, quando temos dúvidas relativamente ao tipo de tarefas que a pessoa desempenha, socorremo-nos também dessa classificação. EPM11

²⁶³ Vamos à Tabela Nacional das Profissões, embora muitas delas já não estejam muito atualizadas. Mas não importa, é uma coisa onde nós nos podemos basear. É uma classificação nacional das profissões em que diz o que é que faz um pedreiro; o que é que faz uma empregada doméstica e por aí fora - quais é que são os atributos. ECM 14

necessidade e eficácia do uso de documentos orientadores na avaliação deste item que concorre para a atribuição da pensão, que, por conseguinte, poderá ter impacto na decisão final.

6.4 Conclusão

Neste capítulo procurámos enfatizar que uma definição objetiva do que é a invalidez nunca foi atingida. Por isso, o trabalho desempenhado pelos peritos do SVI, à semelhança do que ocorre noutros países²⁶⁴, é regido por critérios legais formulados em termos gerais que permitem a tomada de decisões personalizadas (Conselho da Europa, 2002; Mabbet et al, 2002; de Boer et al, 2007; de Boer et al, 2008) e, por um conceito de invalidez cuja definição tendeu a resistir ao longo do tempo (Berkowitz 1987; Derthick 1990).

Em primeiro lugar, identificámos alguma tensão e desconforto por parte dos médicos em relação a um conceito que se baseia na capacidade de ganho. Este pressuposto que tem em conta o montante da retribuição não é operacionalizado por nenhum dos peritos entrevistados, estando o foco na avaliação de uma capacidade de trabalho, que envolve apenas a avaliação do estado psico-físico dos indivíduos do ponto de vista clínico para o desempenho da profissão, deixando de lado requisitos relacionados com as condições do mercado de trabalho e com a percentagem de remuneração normal que o beneficiário poderia receber. Relembramos que no capítulo 5 demonstrámos que a substituição do conceito de capacidade de ganho pelo conceito de capacidade de trabalho havia sido proposta pelo Conselho Superior da Ação Social do Ministério das Corporações e Previdência Social em 1972 e que não se traduziu em alteração legislativa. Contudo, aquilo que os médicos operacionalizam aproxima-se muito mais da proposta deste Conselho e a grande maioria não “pensa” na ideia de dois terços da remuneração durante a sua atividade de peritagem e até a considera inútil.

No entanto, em segundo lugar, cumpre sublinhar que mesmo operacionalizando o conceito dessa forma, não é possível dissipar “dificuldades” no exercício de peritagem. A ambiguidade legislativa enquanto característica central do conceito de invalidez impera desde o início do nosso período de análise e, por sua vez, resulta em discricionariedade por parte dos peritos médicos. Grande parte dos padrões de elegibilidade e, portanto, do conteúdo substantivo da prestação em estudo, deriva informalmente no curso de interações rotineiras entre os médicos do SVI e os requerentes, algo que aprofundaremos no próximo capítulo. (Brodkin, E.Z., 1997).

²⁶⁴ Ver, por exemplo o estudo de Boer et al (2004). Os autores analisaram as práticas de avaliação de 15 países e uma das primeiras conclusões a que chegaram é a de que a definição legal de incapacidade era formulada de forma geral e, por isso, está sujeita a inúmeras interpretações.

Veja-se, por exemplo, o caso da atribuição da invalidez absoluta, que é algo explicitado e “negociado” com o requerente, revelando que os peritos têm uma margem de manobra significativa nas suas decisões diárias. Na nossa visão, este tipo de práticas apenas é possível devido à abstração e ambiguidade do conceito e, por outro lado, permite que os médicos adaptem facilmente a sua atividade aos avanços no campo da medicina. Por exemplo, como mencionado por vários entrevistados, no caso do cancro que era inicialmente visto como incapacitante, novas abordagens terapêuticas que causam a remissão da doença permitem que os pacientes retomem o exercício laboral após os tratamentos. Ou seja, os peritos tendem a fixar padrões relativamente a determinadas doenças, mas existe flexibilidade suficiente para que novos padrões sejam estabelecidos após a acumulação de novo conhecimento científico. Portanto, a natureza dinâmica do conhecimento no campo médico determina que o que era considerado permanente e totalmente incapacitante no passado, deixe de o ser perante a acumulação de conhecimento e a aplicação de novas abordagens terapêuticas (Stone, 1984:183).

Pese embora muitos dos entrevistados tenham enfatizado a importância do conhecimento médico e procurem associar uma condição médica a uma consequência em termos de incapacidade laboral, o processo de decisão sobre a atribuição da pensão não é apenas um processo decisório racional formal baseado em conhecimento técnico. Como vimos, ele envolve uma decisão contextual, deliberativa e normativa (Meershoek et al, 2007), refletindo interpretações pessoais dos profissionais envolvidos na avaliação. Por exemplo, em termos de padrões de elegibilidade, parece haver um consenso de que a natureza da incapacidade para o trabalho é patológica e a grande maioria foca a sua avaliação nas funções fisiológicas e psicológicas do corpo, mas também inclui fatores pessoais na sua análise como a idade e as tarefas profissionais. E mesmo a aplicação estrita do critério etário depende da discricionariedade dos peritos médicos que decidem quando e como devem utilizá-lo, especialmente em situações complexas (e.g. indivíduos que se invalidam numa altura precoce da vida ativa). Além disso, verificamos que a prática da peritagem não é determinada apenas por uma racionalidade formal, mas por uma racionalidade prática que não pode ser explicada fora do seu contexto específico, o que não implica que seja arbitrária: ela parece ter regras próprias, mas implícitas. Outro exemplo interessante que encontramos na nossa investigação é o de que os peritos médicos não tendem a rotular ou associar cada doença – à exceção de algumas cujo desfecho final não é favorável – à incapacidade para o trabalho. A avaliação é realizada caso a caso, porque, como se viu, as patologias têm diferentes consequências para os

indivíduos de acordo com a sua gravidade e de acordo com as tarefas profissionais desempenhadas.

Desta forma, a nossa análise indica que o processo de determinação da incapacidade para o trabalho é complexo, marcado por uma forte dose de subjetividade e requer abordagens individualizadas para se avaliar adequadamente as capacidades e limitações dos requerentes. Apesar de ser amplamente reconhecido que não existem instrumentos estabelecidos para essa avaliação, o que torna a base profissional para o julgamento dos peritos pouca clara (Tappe et al, 2001), no próximo capítulo demonstraremos que os médicos do SVI se socorrem de ferramentas e recursos para atenuar essa falta de clareza. Ao contrário da CPP, essas ferramentas são sistematicamente utilizadas, mas, ao invés de coartarem a discricionariedade dos peritos, legitimam-na.

CAPÍTULO 7

Instrumentos utilizados na implementação da política

No início da nossa investigação, a expectativa era a de que os peritos médicos se socorriam de tabelas como a TNI utilizada na certificação da doença e/ou acidente profissional. Na nossa visão, o recurso a um instrumento deste género permitiria alcançar objetividade, eliminando ou, pelo menos, reduzindo parcelas de subjetividade que caracterizam uma atividade de julgamento como a desempenhada pelos peritos do SVI. Contudo, os dados revelaram o contrário: o ambiente institucional em que os médicos operam está *aberto* e não delimitado por instrumentos classificativos *rígidos* que obrigam à construção de um nexo de causalidade entre doença e incapacidade para o trabalho.

Com base na análise documental e nos discursos dos entrevistados concluímos que não existe um único *instrumento* que enquadre a certificação da incapacidade em caso de doença natural e que estes são *oferecidos* pelos requerentes ou emergem como resultado palpável de um longo processo de consolidação de um campo profissional autónomo. Deste modo, em primeiro lugar iremos apresentar brevemente as razões por que não se utilizam tabelas na invalidez – porque é que não prevaleceu o recurso a instrumentos classificativos mais fixos? Num segundo momento analisaremos em detalhe cada um dos instrumentos em que os peritos médicos se apoiam e como é que a sua utilização foi sendo moldada desde a criação do SVI até à atualidade.

Em suma, este capítulo concentra-se na análise da perspetiva das burocracias de rua acerca da sua atividade e dos instrumentos de avaliação. Por um lado, oferece um ângulo interessante sobre como a prática da peritagem se foi moldando e pode afetar os critérios de acesso à pensão sem estar visível na legislação e, por outro, como é que a organização do trabalho destes peritos, através de estratégias por si adaptadas, é vista como uma aposta em melhorar a ‘qualidade’ dos atos de peritagem, em orquestrar decisões ‘mais justas’ ou simplesmente em dar continuidade ao ciclo burocrático.

7.1 A inadequação das tabelas de indemnização: o pianista e a violoncelista que perderam um dedo

Mais uma vez recorremos aos ensinamentos de Armando Oliveira de Assis. Apesar de datarem de 1958, continuam atuais se tivermos em conta que as opiniões dos peritos médicos vão ao encontro da visão deste técnico. Perante as dificuldades sentidas no estabelecimento de uma

fronteira que dividisse a capacidade laboral da incapacidade, o técnico brasileiro da OISS retratava a tentativa de vários especialistas na construção de tabelas que balizassem a decisão e a tornassem o mais objetiva possível:

Vale mencionar (...) os esforços já desenvolvidos por muitos técnicos, os quais, temendo as consequências dessas noções teoricamente imprecisas no que concerne à fixação de uma linha divisória para distinguir onde há incapacidade e onde não há incapacidade, procuram confeccionar tabelas de incapacidade para que, com esse auxílio, possa o julgador simplificar suas tarefas e, se possível possa objetivar o direito do segurado. Pessoalmente, consideramos esse desejo inatingível: não vemos possibilidade alguma de fazer qualquer tabela válida da incapacidade, porque é fato sabido, tanto de médicos como de leigos, que cada indivíduo é uma personalidade distinta, apresentando aspectos individuais personalíssimos, que tabela nenhuma poderá retratar. (Assis, 1958:33).

Como se vê, Assis considera que o desejo de simplificação, objetivação e uniformização não é passível de ser alcançado através de tabelas devido à singularidade de cada indivíduo quer ao nível social, laboral e biológico, conclusão a que já chegámos no capítulo anterior. Apesar da grande diferença temporal, o mesmo é apontado pelos peritos médicos entrevistados, que confirmaram a não utilização de tabelas como a TNI:

O que interessa é a capacidade funcionalidade. (...) Quando eu aqui cheguei eu disse: isto é tudo maluco! Então não há tabelas? Isto deve ter sido um português malandro que inventou esta porcaria dos dois terços da capacidade de ganho, um maluco qualquer português. (...). Quando eu cheguei à EUMASS [European Union of Medicine in Assurance and Social Security], eu calei-me. De facto, as doenças profissionais e os acidentes de trabalho, tudo bem...e os acidentes de viação sem problemas. A segurança social funciona toda com os dois terços da remuneração da capacidade de ganho, mas depois eu percebi como é que eles faziam esta história. ECM8

Como disse no início da nossa conversa, a certificação de capacidades não é tabelar, ok? Portanto, não há valores percentuais como está 10% doente ou 15%. Há uma deliberação fundamentada: tem capacidade de ganho, não tem capacidade e porquê. ECM4

Em suma, tal como nos 15 países analisados por Boer *et al* (2004), em Portugal o critério de dano anatómico não é utilizado como critério para a incapacidade: a invalidez é sempre referida ao exercício da profissão. Os peritos sublinharam a importância de uma avaliação casuística, que não é compatível com a utilização de tabelas, visto que uma mesma patologia pode incapacitar um indivíduo para o trabalho e outro não. Assim, e vale sempre a pena frisar, mais importante do que a doença são as suas repercussões ao nível do posto de trabalho e isso não se encontra “tabelado”. Mesmo se dois requerentes forem do mesmo sexo, tiverem a mesma idade e uma constituição física muito idêntica, a doença terá impactos diferentes se a função laboral não for a mesma. À luz do que vimos no capítulo anterior, concluímos que uma miríade de variáveis, como o estágio da doença, a idade, a profissão, a carga de trabalho ou a carga horária são tidas em conta na avaliação da incapacidade:

(...) a aplicação da tabela nacional de incapacidades e uma percentagem não era linear na medicina da segurança social. Havia aqui mais aspetos a ter em conta. Estes todos ao fim e ao cabo que temos vindo a falar: a profissão, o impacto, a carga, a carga horária. Todo aqui um conjunto de situações que não se limitam à aplicação de uma tabela e atribuição de uma percentagem. (...) eu acho que ele tem [o trabalho de avaliação] aqui assim uma grande dose de subjetividade, porque cada caso é um caso. (...) lá está uma patologia, uma mesma patologia é

completamente diferente de acordo com a profissão que exercemos, de acordo com a idade, de acordo com o estadio da própria doença. (...) Portanto, eu diria que tem que haver sempre um grau de subjetividade associado para se fazer esta análise, porque são diferentes variáveis em concreto que aqui estão, que aqui estão em concorrência, digamos assim. ECM1

Em nenhum país está a ser usado tabelas para isto. Nenhum país que eu conheça. Porque nós fazemos relatórios para *n* países e todos os relatórios têm a ver com isto: a realidade da incapacidade versus as exigências da profissão, os requisitos para exercer a profissão. ECM5

Nós aqui não precisamos de tabelas. Utilizamos a capacidade restante. Isto é, um indivíduo que tenha menos de 60 de capacidade restante, evidentemente não pode exercer a profissão. E isto é sempre no âmbito doença-trabalho. Portanto, nós podemos ter para a mesma doença uma incapacidade permanente e não termos. Depende do trabalho. Estou a imaginar um indivíduo que seja amputado e se for empregado de escritório, se calhar, se tudo estiver bem, ele pode ser empregado de escritório, mas já não pode ser armador de ferro. ECM14

Atenção que a invalidez está muito ligada ao posto de trabalho. (...) A mesma patologia pode invalidar a e pode não invalidar. Isso é um ponto muito importante. ECM3

Deste modo, o não recurso à TNI ou outro modelo de tabelas é justificado pelo facto de não corresponderem ao objetivo do exercício de avaliação no âmbito da invalidez, não contribuindo para o estabelecimento de uma relação da incapacidade com o posto de trabalho. Essa era também a posição, já antiga, adotada pela Associação Internacional de Segurança Social (1961)²⁶⁵, para quem os critérios aplicados no dano e na perda da capacidade de ganho “só em fraca medida coincidem” (1961:79). As tabelas foram concebidas para contabilizar o dano físico provocado por uma lesão, valorizando, por exemplo, a perda de um membro e proceder à correspondente indemnização que está prevista na tabela, não procurando aferir se essa lesão resultou num dano económico-profissional. Para exemplificar esta diferença, foram vários os entrevistados que utilizaram como exemplo a discrepância entre um trabalhador que executa tarefas ao nível intelectual e um pianista. Um trabalhador de escritório, que pode até ter perdido o dedo na sequência de um acidente de trabalho, receberá a indemnização prevista na tabela, mas não perde a sua capacidade profissional. Já o mesmo não acontece com o pianista: em termos de indemnização por via da tabela receberia o mesmo que um empregado de escritório, mas em termos de capacidade profissional, perdê-la-ia na sua totalidade. Quer isto

²⁶⁵ A Associação Internacional de Segurança Social (AISS/ISSA) foi fundada em 1927 sob os auspícios da Organização Internacional do Trabalho e tem sede em Genebra. É formada pelas instituições e organismos responsáveis pela gestão da segurança social na maioria dos países do mundo, abrangendo todas as formas de proteção social obrigatória que, em virtude da legislação nacional ou de prática, integram os sistemas de segurança social nacionais: atualmente congrega 320 organizações de 150 países ([Country profiles | International Social Security Association \(ISSA\)](#)). Em 1959, Portugal foi anfitrião de um encontro desta organização, que, de acordo com Costa (2021:150), teve como um dos objetivos “obter contacto com especialistas em segurança social e gerar intercâmbios de conhecimentos e ensinamentos sobre experiências internacionais”, tendo no seu discurso de abertura do encontro, o ministro das Corporações e Previdência Social destacado “o interesse que os trabalhos do encontro da AISS teriam para a reforma da previdência”, que estava em curso.

dizer que a diminuição das capacidades psicofísicas do requerente não implica automaticamente uma diminuição de idêntica grandeza na capacidade de trabalho:

Eu vou-lhe dar uma premissa básica de quem quer entrar na área de peritagem. Porque é que não se utiliza, por exemplo, uma situação mais objetiva um pouco que é a Tabela Nacional de Incapacidades, que é a base dos atestados multiusos e outras coisas? Porque nós estamos sempre a jogar em função de um posto de trabalho. Se eu tiver um acidente ou uma doença que me faça amputar, por exemplo, o nosso dedo pequenino, o quinto dedo da mão direita, da mão esquerda, da mão, pronto. Eu vou trabalhar, a dra. também. Mas o pianista acabou a vida dele. E isso numa tabela de incapacidades para amputação do dedo dará três, quatro, cinco por cento. Não é nada. Nós sabemos perfeitamente, a sociedade já mostrou pessoas que têm uma deficiência física grave em que perante a Tabela Nacional de Incapacidades nos dará qualquer coisa como 80, 90 por cento, deslocam-se em cadeira de rodas, só conseguem mexer dois dedos para mover a sua cadeira de rodas e são pessoas intelectualmente preparadíssimas e que, dependendo daquilo que façam valem mais do que outros. Ou seja, temos muito de subjetivo, mas também temos muito de objetivo, porque é um complexo. Não se trata só da deficiência, da lesão ou da doença. Trata-se de aplicá-la ao posto de trabalho. ECM3

O modelo de tabelas é muito bom se há um indivíduo que perde, aqui por exemplo este dedo. O modelo de tabelas é mais aparentemente objetivo e aparentemente mais pragmático do que o modelo de perda de capacidade de ganho. Mas atenção, a perda deste bocadinho de dedo é muito diferente em mim do que num pianista de música clássica. Portanto, a perda de capacidade de ganho é totalmente diferente. Eu continuo a exercer medicina sem este bocadinho, mas o pianista nunca mais será pianista. Portanto, os modelos têm coisas boas, têm coisas más. Os modelos de tabelas têm dois sítios onde dão barraca completamente, que é na medicina interna e na psiquiatria, os modelos de perda de capacidade de ganho dão barraca nas pequenas lesões, porque não quantificam as pequenas lesões...basicamente. ECM8

Em todo o caso, sublinhamos que apesar de os métodos de avaliação da incapacidade serem diferentes em virtude do regime ser de reparação de um prejuízo anátomo-funcional ou de compensação de perda de salário, em ambos os casos a verificação da incapacidade fisiológica é a primeira tarefa a ser levada a cabo e esta é uma tarefa puramente médica (Guimarães e Pisco, 1974:138). Mas se não utilizam tabelas, de que instrumentos se munem os peritos médicos do SVI? É de cada um deles que trataremos de seguida.

7.2 Os instrumentos de implementação

As provas que devem acompanhar a instrução do processo são, na nossa perspetiva e de acordo com os dados recolhidos, o principal meio²⁶⁶ de que os peritos médicos se socorrem para avaliar e fundamentar a sua decisão. Como meios de provas de eleição elencam-se três: o impresso de informação médica, de submissão obrigatória pelo requerente “sem o qual o exame pericial no âmbito da incapacidade não pode ser efetuado” (ECM2)²⁶⁷; os exames auxiliares de diagnóstico

²⁶⁶ A par do exame presencial do médico relator que será alvo de discussão na secção 7.3 deste capítulo.

²⁶⁷ A circular n.º 13 da DGSS, de 13 de maio de 1988 estabeleceu que os requerimentos dos interessados só deviam ser aceites quando acompanhados da informação médica nos termos previstos na lei e é este o entendimento que vigora até aos dias de hoje. PT/MTSSS/GabMin/007929

e pareceres de especialistas: e a declaração de atividade profissional exercida²⁶⁸ já abordada no capítulo anterior. Portanto, para além da avaliação presencial do requerente, a análise de documentação e exames médicos é uma parte fundamental da prática dos peritos do SVI.

7.2.1 O médico assistente – pilar na prestação de informação médica

Ao apresentar um exemplo sobre uma operária fabril a exercer funções de bordadeira afetada por cancro da mama e que, em resultado de quimioterapia, ficara com parestesia nas extremidades, perdendo a sensibilidade nas mãos e a quem à partida seria atribuída a pensão de invalidez por força das tarefas desempenhadas, o (a) ECM2 dá a conhecer uma característica fundamental daquilo que é o exercício de peritagem. O diagnóstico da sequela funcional - neste caso a parestesia - não é realizado pelos peritos médicos da segurança social, que se limitam a confirmar se ela concorre ou não para a incapacidade laboral. Embora as tarefas de diagnosticar e prestar informação médica estejam reservadas a médicos externos ao SVI, os resultados delas são o primeiro instrumento ao qual o médico relator recorre para aferir a incapacidade laboral:

Não somos só nós - vem do IPO a dizer que ficou com parestesias, com isto, com aquilo. (...) Nós temos que nos cingir, temos que ser os mais objetivos possíveis dentro desta amálgama de coisas. Há muita patologia, muita, muita. E pronto, temos que objetivar o máximo possível, mesmo as coisas não objetiváveis como a doença mental. ECM2

Como mudou a perceção do SVI – entenda-se elites burocráticas que orbitam em torno do sistema e dos peritos entrevistados – relativamente ao papel dos médicos que elaboram o relatório de informação médica e o relacionamento entre os dois setores? Para traçarmos esta evolução, recuemos a 1987, partindo de uma instrução de serviço de uma instituição do setor da saúde, a DGCS:

Não deixa, por esse facto, de assumir particular relevância o conhecimento pelo médico relator dos antecedentes clínicos do requerente, transmitidos pelo seu médico assistente.²⁶⁹

Esta era a visão oficial da direção-geral em questão na sequência da passagem da competência de verificação dos requisitos de acesso à pensão de invalidez para a segurança social. A partir desse ano, passa a caber ao médico assistente o papel de prestar informação clínica sobre o requerente, “obtendo do seu ficheiro os dados actualizados referentes ao estado de saúde (...), bem como anexar os relatórios de especialistas e outros elementos auxiliares de

²⁶⁸ Apesar de contribuir para a formação da prova, este último optamos por discorrer acerca dela no capítulo anterior.

²⁶⁹ Instrução de serviço n.º 15/D.O., de 26 de novembro de 1987, da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. PT/MTSSS/GabMin/007929

diagnóstico.²⁷⁰” Esse entendimento também acabou por ser apadrinhado pelas burocracias administrativas do setor da segurança social que, tal como a DGCSP, atribuíam significativa relevância aos antecedentes clínicos dos requerentes fornecidos pelo médico assistente, considerados essenciais para uma avaliação da completa e informada da incapacidade:

O facto do sistema ora instituído ter operado uma alteração de competência na verificação da invalidez não consubstancia, contudo, uma cisão entre os sistemas curativos de saúde e o pericial, antes os coloca integradamente no âmbito da respectiva vocação. Com efeito, reconhecendo-se a importância do parecer do médico assistente para uma completa apreciação da situação clínica, o respectivo processo é iniciado com base na sua informação.²⁷¹

O funcionamento dos SVIP's depende da intervenção sucessiva de quatro entidades; médico assistente do requerente de pensão; médico relator; comissão de verificação de incapacidades permanentes; comissão de recurso. (...) No entanto, dada a importância da informação médica actualizada e devidamente instruída a prestar pelos médicos assistentes de cada um dos requerentes, o relacionamento e a articulação com as administrações regionais de saúde continuará a ser indispensável para um correcto funcionamento dos SVIP's²⁷².

Como se vê, a colaboração e a comunicação entre os médicos assistentes e a nova entidade de verificação eram fundamentais. Em termos procedimentais, a comunicação ocorria (e ocorre) de forma indireta, mediada pelo requerente quando este solicita a prestação da informação clínica ao seu médico assistente, materializada no impresso de informação médica inicialmente designado *Mod 700.03*, hoje comumente designado pelos médicos peritos como *SVI7*²⁷³.

Embora as instituições dos dois setores apresentem uma visão integrada e colaborativa dos sistemas curativo e pericial e reconheçam mutuamente a importância do trabalho conjunto para garantir uma avaliação precisa das incapacidades, isso não significa que a articulação seja pacífica. Aliás, foi precisamente o preenchimento do *SVI7* que gerou uma primeira tensão entre os dois setores. Como originalmente concebido, o modelo gerou contestação por parte dos médicos assistentes dos cuidados de saúde primários, devido à extensão e minúcia que implicava. Isto motivou uma tomada de posição da Direção do Sindicato dos Médicos da Zona Sul, exposta numa comunicação dirigida ao Secretário de Estado da Segurança Social em 1988.

Sublinhe-se que não sabemos se este terá sido o único sindicato a pronunciar-se acerca desta matéria, mas, de acordo com a esta pesquisa arquivística, ele foi, pelo menos, o único que viu apreciadas as suas queixas ao nível ministerial:

(...) contesta-se tão extenso e pormenorizado relatório clínico seja necessário perante a existência dum “médico-relator”. Por outro lado, não se aceita fazer tal trabalho sem que antes seja definida uma adequada contrapartida

²⁷⁰ Instrução de serviço n.º 15/D.O., de 26 de novembro de 1987, da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. PT/MTSSS/GabMin/007929

²⁷¹ *Nota justificativa de estrita necessidade e urgência*. PT/MTSSS/GabMin/006581DATA?

²⁷² Plano para a institucionalização do SVIP no Centro Regional de Segurança Social de Vila Real enviado a 15 de dezembro de 1987 pelo presidente do conselho diretivo deste distrito, Manuel Antunes da Lomba para apreciação do por parte do Secretário de Estado. PT/MTSSS/GabMin/006974

²⁷³ A grande maioria dos entrevistados referiu-se ao formulário através dessa designação e é o código que consta no impresso mais recente publicado site do ISS: https://www.seg-social.pt/documents/10152/15957719/SVI_7.pdf/c33ed096-c0b5-407d-9fcd-948d83aaba3

remuneratória. Por tudo isto, a Direcção do Sindicato dos Médicos da Zona Sul vem apoiando a generalizada contestação dos médicos de clínica geral, considerando certo que se limite a fornecer uma breve e pertinente informação clínica em impressos próprios do Serviço Nacional de Saúde²⁷⁴.

Este foi também um dos temas abordados pelo já mencionado grupo de trabalho número 2, que apoia a ideia de que a informação a ser fornecida ao relator deveria cingir-se a matérias clínicas e ser o mais sucinta possível, argumentando ainda que um relatório tão exaustivo poderia influenciar a imparcialidade do médico relator:

(...) deverá ser fornecido ao médico relator uma informação clínica sucinta que o possa orientar na análise da situação clínica do requerente e não um relatório exaustivo como é este. Por outro lado, a existência de um relatório deste tipo poderá influenciar o médico relator que em nosso parecer deverá ter total isenção na análise do processo.²⁷⁵

Acreditamos que o início daquilo a que designamos *batalha dos documentos burocráticos*, se deveu principalmente ao facto de os médicos do SNS se sentirem um tanto ou quanto subordinados e instrumentalizados pelo SVI. Ademais, a inexistência de uma contrapartida remuneratória que compensasse a produção de tais relatórios aliada a redução do tempo de observação dos seus doentes devido ao detalhe e extensão do impresso ajudaram ainda a acicatar a luta dos médicos externos ao SVI:

Acrescentamos ainda, que a execução de um relatório pelo médico do Serviço Nacional de Saúde do tipo instituído pela Segurança Social implicaria que a sua execução não fosse no tempo destinado à consulta pois se assim acontecesse não haveria hipótese de observação nesse dia dos seus utentes. Daqui se infere que haveria discriminação [sic] entre o médico do Serviço Nacional de Saúde que efectuaria um relatório sem remuneração alguma em relação ao médico relator que nalgumas situações se limitaria à transcrição do referido relatório feito por aquele médico²⁷⁶.

Logo, a simplificação da informação médica para a avaliação de incapacidade permanente a ser elaborada pelos médicos assistentes, que à época se previa que fossem maioritariamente oriundos do Serviço Nacional de Saúde²⁷⁷, foi uma das propostas do grupo de trabalho n.º 2, composto por médicos dos dois setores, numa das suas reuniões de trabalho em abril de 1988. Além disso, tendo em conta “a experiência já adquirida, permitindo uma melhor

²⁷⁴ N/Ref.: 81/88 JB/MM, 8 de março de 1988. Comunicação do Sindicatos dos Médicos da Zona Sul ao Secretário de Estado da Segurança Social. PT/MTSSS/GabMin/006974

²⁷⁵ Ata da reunião do grupo de trabalho composto por médicos do SVIP e da ARS de Lisboa, de 12 de abril de 1988. PT/MTSSS/GabMin/006974

²⁷⁶ Ata da reunião do grupo de trabalho composto por médicos do SVIP e da ARS de Lisboa, de 12 de abril de 1988. PT/MTSSS/GabMin/006974

²⁷⁷ Da nossa análise dos documentos oficiais, ainda que ela exista, observamos escassas referências aos médicos do setor privado, especulando-se que seriam os médicos assistentes dos requerentes localizados no SNS os principais responsáveis pelo preenchimento do impresso de informação médica.

rentabilização e já adequado à informatização”, este grupo propôs também o desenvolvimento de um novo modelo de relatório do médico relator²⁷⁸.

Pese embora esta proposta de simplificação, a DGCSP, à data coordenada por José Bandeira Costa, adiantou-se à elaboração de novo formulário de informação médica e emitiu uma instrução de serviço a 17 de junho de 1988²⁷⁹ com orientações para o preenchimento da informação devido à inclusão de um elevado número de rúbricas na parte III do impresso (estado geral, órgão dos sentidos, aparelho hemolinfático, respiratório, cardiovascular, digestivo, genito-urinário, locomotor e de apoio e sistema nervoso). Essa orientação especificava que apenas deveriam ser preenchidos os campos sobre os quais o médico assistente possuísse elementos informativos, não se devendo proceder à *procura* de informações adicionais, o que comprova o profundo descontentamento deste grupo em relação à extensão do impresso. Nessa orientação sublinhava-se também que no âmbito do SVIP o papel do médico do centro de saúde, no caso de ser o médico assistente do requerente, era unicamente o de informar o médico relator dos antecedentes clínicos do beneficiário, não se justificando assim o preenchimento dos dados que estavam previstos na caixa VII do formulário que exigiam ao médico assistente emitir um juízo acerca da relação entre as patologias do requerente e a incapacidade definitiva para o trabalho (Figura 13). Se atualmente os médicos do SVI se demarcam constantemente do exercício de diagnóstico (ex. ECM1; ECM2, ECM3; ECM6; EPM9; EPM10), em sentido inverso o fizeram os médicos do sistema curativo, por via da orientação emitida por José Bandeira Costa. A eles compete-lhes apenas relatar os antecedentes e a história clínica do requerente e não estabelecer qualquer relação de causalidade que resulte em incapacidade para o trabalho.

²⁷⁸ Ata da reunião do grupo de trabalho composto por médicos do SVIP e da ARS de Lisboa, de 12 de abril de 1988. PT/MTSSS/GabMin/006974

²⁷⁹ Instrução de serviço n.º 7/D.O., de 17 de junho de 1988, da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. PT/MTSSS/GabMin/007929

Figura 13: Caixa VII do formulário de informação médica

V-EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO (1)

(1) JUNTAR OS DOCUMENTOS ORIGINAIS

VI- DIAGNÓSTICO

1 PERTURBAÇÕES PRINCIPAIS

2 PERTURBAÇÕES SECUNDÁRIAS

3 RESUMO DA APECIAÇÃO FINAL

VII- CONCLUSÃO

AS PERTURBAÇÕES ASSINALADAS PARECEM ☐ NÃO PARECEM ☐ SUSCEPTÍVEIS DE SEREM CONSIDERADAS COMO CAUSADORAS DE UMA INCAPACIDADE DEFINITIVA PARA A SUA PROFISSÃO ☐ OU PARA TODA E QUALQUER PROFISSÃO ☐

O INSPECIONADO SOFRE DE FERIMENTO OU DOENÇA ABRANGIDA PELA LEGISLAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS ☐

NOME COMPLETO DO MÉDICO RESPONSÁVEL _____

RESIDENTE EM _____

LOCAL DE TRABALHO _____

Nº DE INSCRIÇÃO NA ORDEM DOS MÉDICOS _____

DOCUMENTOS ANEXOS

PARECERES DE MÉDICOS ESPECIALISTAS _____

RADIOGRAFIAS _____

E.C.D., E.E.G., E.N.G. _____

ANÁLISES _____

(OUTROS) _____

(Assinatura do Médico)

Fonte: PT/MTSSS/GabMin/007929

Do outro lado da barricada, encontramos a DGSS. Pese embora a proposta de simplificação do impresso, é de notar que na resposta à missiva do sindicato e noutros documentos de reflexão produzidos por esta instituição transparece uma certa defesa do trabalho original de produção dos impressos. Para tal, apoia-se fundamentalmente nos seguintes argumentos: a participação de atores do setor da saúde na elaboração do modelo de informação médica; as fontes de inspiração, nomeadamente o anterior modelo de junta médica que estava sob a alçada dos serviços de saúde e os modelos de âmbito internacional; e a importância da

uniformização de forma a suavizar a subjetividade médica, quem como já vimos, é um traço presente na avaliação da incapacidade para o trabalho mas que os médicos procuram moderar ao máximo:

No que respeita à extensão do formulário a ser preenchido para informação da situação clínica dos beneficiários frisa-se que o mesmo foi elaborado sobre as orientações dos médicos representantes da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e do Instituto do Emprego e Formação Profissional e que foi concebido numa forma mais simplificada relativamente aos normalmente utilizados na verificação das situações de invalidez, quer anteriormente, no nosso país, quer no âmbito dos restantes países comunitários. (...) Não obstante, foi já criado grupo de trabalho para efectuar o estudo de revisão dos actuais impressos²⁸⁰.

Considerando, por um lado, que devem ser fornecidos aos médicos do sistema uma informação tão ampla quanto possível do beneficiário, que essa informação deve estar sujeita a uma certa uniformidade de itens e não deve depender de critérios subjectivos dos médicos que a emitem, sob pena de se estabelecer uma discriminação de procedimentos que podem dar causa a decisões iníquas entre os beneficiários, foi elaborado um formulário que teve por base os seguintes elementos, entre si muito idênticos:

- Formulário adoptado pelos serviços de saúde na informação do médico assistente para a Junta Médica;
- Formulário utilizado para a informação da situação clínica dos beneficiários no âmbito das convenções internacionais;
- Formulário utilizado, com o mesmo objectivo, no âmbito das relações comunitárias²⁸¹.

De acordo com a DGSS, quando a certificação da incapacidade estava sob alçada das juntas médicas e, portanto, no âmbito do setor da saúde, os médicos assistentes preenchiam um formulário de informação médica que seria ainda mais pormenorizado do que o modelo que gerou objeção. Se antes não havia obstáculos ao seu preenchimento, porque é que perante um modelo aparentemente mais simplificado passa a haver? Também na visão da DGSS, a profundidade e a extensão da informação são características benéficas: quanto mais ampla e exhaustiva for a informação fornecida pelo médico assistente, menor é o nível de discricionariedade dos médicos dos dois setores e, portanto, menor será a desigualdade entre os beneficiários na tomada de decisão dos peritos médicos relativamente à incapacidade para o trabalho, o que em certa medida contraria a visão do GT2.

Adicionalmente, à semelhança de argumentos de tempo e custo invocados pelo setor da saúde, também esses estão presentes nos argumentos da DGSS para a uniformização da prestação de informação médica. Para alguns médicos assistentes essa tarefa ocorreria preferencialmente sem quaisquer balizas, o que transformaria as funções do médico relator, que passaria a estudar a patologia, contrariando a ideia de que quando um requerente submete um pedido de invalidez a patologia já deve estar diagnosticada:

Tem chegado ao nosso conhecimento que o desejo dos médicos é de que a informação médica seja emitida, por eles, numa folha em branco dizendo apenas aquilo que cada um entende relevante sem qualquer sujeição a um plano de informação. Os resultados da aceitação deste ponto de vista em que a anarquia imperaria, não precisam

²⁸⁰ PIPV/IP. IP-58/88 e SESS/0Ent.6810/88L.º.10. Resposta da DGSS e da Secretaria de Estado da Segurança Social à Direção do Sindicato dos Médicos da Zona Sul. PT/MTSSS/GabMin/006974

²⁸¹ Nota da Direcção-Geral da Segurança Social n.º 48/88, de 10 de março de 1988.

de ser evidenciados e conduziram, além do mais, a um aumento de encargos da segurança social por força do estudo naturalmente mais amplo e profundo que teria de ser feito ao beneficiário pelo médico relator.

Resumidamente, ambos os setores, em particular a saúde, temiam o aproveitamento do seu trabalho e recursos, digladiando-se por uma utilização “justa” dos mesmos. Assim, a chegada a um meio termo foi a chave para a resolução desta *batalha burocrática dos documentos*: uma certa uniformização desejada pelo setor da segurança social e a prestação de informação médica quanto baste por parte do setor da saúde. A partir desta controvérsia podemos retirar duas ilações que contribuem para o nosso argumento.

Uma é a de que a mudança pode ocorrer sem que se materialize significativamente na legislação. O impresso de informação médica que acompanha o requerimento de pedido de pensão de invalidez é uma realidade em vigor desde a implementação do SVI e até mesmo quando a certificação era realizada pelo setor da saúde. Embora seja uma mera alteração de procedimentos e não altere estruturalmente a prestação social ou o próprio SVI, foi um assunto que subiu à Secretaria de Estado, impulsionado por tensões e desafios enfrentados pelos burocratas de rua (neste caso pelos médicos do sistema curativo) no cumprimento das suas responsabilidades. Um aumento da carga burocrática e a ausência de compensação remuneratória explicam uma ausência de disposição deste grupo para “implementar” a primeira fase do processo, que é essencial para que os médicos da segurança social tomem decisões justas e informadas. Além disso, não nos podemos esquecer que foi erguido um novo contexto organizacional para validação dos critérios de acesso à pensão de invalidez, que antes eram verificados pelos médicos afetos às administrações regionais de saúde. Também isto pode ter influenciado a disposição dos médicos assistentes na implementação deste *fragmento* administrativo ao verem-se despojados de uma competência que antes era sua. Apesar de não sabermos como *termina a história*, sabemos que o impresso foi simplificado e o envolvimento pessoal dos burocratas de rua, através dos representantes do grupo de trabalho n.º 2, pode ter ajudado a superar a resistência ao preenchimento do formulário, uma vez que este foi ajustado às suas necessidades.

A segunda é a de que essa alteração de procedimentos, ainda que seja classificada como uma mudança pouco significativa, pode afetar a discricionariedade exercida pelos burocratas de rua e, portanto, uma variação nos critérios de acesso à prestação. Na visão da DGSS, um relatório profundamente detalhado e altamente padronizado aumentava a clareza e a consistência das decisões tomadas pelos peritos médicos, reduzindo a variabilidade das decisões e, por isso, garantindo que os requerentes eram tratados de uma forma mais equitativa.

Por outro lado, como vimos, de acordo com a visão do grupo de trabalho um relatório desse género poderia reduzir a capacidade do médico relator em aplicar o seu julgamento profissional e conhecimento contextual para tomar uma decisão.

Assim, solucionada esta controvérsia, o que mais sabemos sobre a evolução da perceção do setor da segurança social em relação ao papel dos médicos assistentes? Um dado relevante é que a DGSS e os peritos médicos da segurança social continuam a atribuir um significado substancial aos médicos assistentes.

Um primeiro indício encontramos-lo nos *Critérios de Avaliação Pericial, Manual I* (2001), que abordaremos adiante. De acordo com este guia, um modelo SVI7 bem instruído pelo médico assistente é essencial para o exercício de peritagem, estabelecendo ainda que este formulário deve particularizar as patologias(s) mais pertinentes e eventualmente incapacitantes do indivíduo e fundamentá-las através de relatórios médicos especializados e/ou exames complementares de diagnóstico²⁸², que sirvam de prova, e que uma data aproximada do início da doença deve ser registada. Só com estes dados devidamente instruídos é que os peritos médicos do SVI poderão avaliar “com justiça se as mesmas [patologias] são ou não incapacitantes permanentemente para uma determinada profissão ou para todo e qualquer trabalho.”²⁸³

Um segundo indício pode ser encontrado nos testemunhos dos peritos entrevistados, inclusive daqueles que exercem funções no SVI há menos tempo, mas que mesmo assim consideram o SVI7 um instrumento fundamental para iniciar o processo de avaliação. Além disso, um formulário parcamente instruído pelo médico assistente é uma das explicações que alguns peritos apresentaram como motivo para o indeferimento no acesso à pensão:

Falo disso por experiência pessoal. Todas as semanas vejo declarações médicas que se vê que foram solicitadas pela pessoa, mas que não estão redigidas de forma...como é que eu hei-de ser direto? Ou seja, na explicação da própria declaração não está invocado que a pessoa não tem capacidade para trabalhar. Há apenas uma menção a um conjunto de patologias que a pessoa tem. Por exemplo: é diabético, é hipertenso, tem artroses na coluna e ponto final. E não explicam qual é o tipo de tarefas e porque é que a pessoa não pode trabalhar. Muito um bocadinho fruto deste processo que agora secalhar há uma inversão. Agora uma pessoa pede, vai ao médico de família e diz: "olhe, eu pedi a minha invalidez, o dr. pode-me passar uma declaração diga que doenças é que eu tenho." "Com certeza". Ele passa-lhe a declaração e ele só leva aquilo à segurança social. EPM11

Mas muitas vezes o próprio doente é que pede ao médico de família para lhe preencher aquilo e ele é obrigado a preencher, porque ele é o médico de família. E eles às vezes põe: "a pedido do utente" e quando é a pedido do utente a gente já percebe. Outras vezes omitem isso, põem a doença que tem, mas depois lavam as mãos, nem fazem prova daquilo. Percebeu? É uma maneira de dizer que não concordam. ECM2

²⁸² Os exames complementares de diagnóstico são, por exemplo análises, radiografias, eletrocardiograma, ecografias, tomografia computadorizada, entre outros.

²⁸³ Conselho Médico Nacional (2001). *Critérios de Avaliação Pericial I*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Muitas das vezes é a iniciativa da pessoa querer reformar-se. E o médico de família não consegue e eu compreendo. Ouça: o médico de família está numa situação, que também já o fui...O médico de família às vezes está numa situação que não consegue tirar aquilo da ideia, se não vai arranjar conflito com o seu doente. ‘O que você não quer é que eu me reforme. Você está a prejudicar-me, mas quer preencher ou não?’ E ele preenche... às vezes aquela informação insuficiente que nós classificamos a priori de insuficiente pode não o ser. Pode ser a verdade que está ali espelhada e o que o médico diz é uma forma de dizer: não tenho mais nada que dizer desse doente...avaliem vocês. Porque ele não vai escrever isso, porque ele mesmo que enfie aquilo num envelope, muitas das vezes nós recebemos aquilo já aberto. Os doentes abrem e leem. ECM3

Os peritos médicos do SVI interpretam a incipiência e a insuficiência da informação médica como um sinal de relutância ou discordância do médico assistente em emitir a declaração e, portanto, como uma mensagem indireta que indica a existência de capacidade para o trabalho, em particular se na declaração constar “a pedido do utente”, o que demonstra alguma confiança destes médicos em relação aos médicos externos ao sistema. Assim, a simplicidade e a incompletude no preenchimento são, por vezes, interpretadas pelos peritos do SVI como uma pressão por parte do requerente para a sua emissão a que o médico assistente atende de forma a evitar conflitos. No nosso entender, esta forma *desconfiada* e *cética* de interpretar conteúdos pouco detalhados ou em que o médico assistente não procede a uma relação entre patologia e capacidade – e que como vimos acima, na visão desse grupo, não tem de o fazer – pode ser logo no início do processo de certificação utilizada como um critério que não irá especificado na avaliação que o perito do SVI faz do requerente, mas que de forma implícita contribui para um (in)deferimento da pensão. O que queremos demonstrar é que a interpretação do modo de redação de um impresso pode funcionar como um dos vários critérios de acesso à prestação social e que não está de todo explicitado na legislação.

Mas para os(as) ECM3, ECM14 e ECM15 também há o reverso da moeda. Pode acontecer que os requerentes não consigam continuar a trabalhar e o médico assistente não desempenhe o seu papel adequadamente:

Que muitas das vezes preenchem aqueles documentos obrigatórios do SVI7, etc, de uma forma que às vezes nós notamos que não é por mal, mas é insuficiente. E somos nós, médicos relatores, que de facto conseguimos obter e avaliar e conseguir a razão de ele estar a pedir aquela incapacidade, aquela invalidez não vem espelhada no SVI7. Somos nós que constatamos. Às vezes são muito supérfluos. Escrevem assim, às vezes escrevem só isso: queixa-se das costas, tem patologia degenerativa da coluna, duas linhas, mais nada. E uma pessoa começa a olhar para aquele doente, olha para os exames auxiliares que ele traz, faz a avaliação física e diz assim ‘esse indivíduo já não consegue mais trabalhar e o médico de família escreveu duas palavrinhas, quase que por má vontade’. Falta de tempo? Não sei. Não quero classificar, se por falta de brio profissional, mais uma vez a palavra ou se outra coisa, mas de uma forma insuficiente. ECM3

Eu mostro-lhe imensos relatórios com uma linha. (...) De certeza que os meus colegas saberão. Não vou por aí. Não vou dizer que eles não sabem o que é construir um processo. Quer dizer, nem sequer é instruir um processo, é fazer um relatório. A pessoa vai lá, queixa-se. É evidente que sempre que o utente o exige ou o solicita, as pessoas têm que preencher o papel, o relatório. Se calhar, às vezes o médico não tem onde pegar naquele relatório, mas isso é uma coisa. Outra coisa é quando tem e não faz. ECM14

Muitas vezes os colegas da Medicina Geral e Familiar fazem uns relatórios telegráficos e nós temos de estar a puxar. “Ah, mas eu tenho uma determinada queixa” diz o utente. Mas o médico não escreveu. E depois vem o rol habitual: ah ele não tem tempo, ele não vai, não há médicos...ECM15

Em contraste com as opiniões anteriores – o ECM3 posiciona-se dos dois lados –, estas fornecem uma visão mais negativa sobre o desempenho dos médicos assistentes no preenchimento do SVI7. Por vezes, a superficialidade da informação fornecida é inadequada à condição menos boa de saúde do paciente e não fornece detalhes suficientes para justificar a incapacidade para o trabalho do requerente. Isso obriga o médico relator a realizar um exame mais aprofundado para compreender a gravidade da condição que não está refletida no relatório inicial, representando um obstáculo a uma avaliação justa e precisa da capacidade de trabalho dos indivíduos. Portanto, não obstante a simplificação do impresso, os dilemas discutidos em 1987 continuam a estar presentes na atualidade, sobretudo a prestação de uma informação de qualidade para a tomada de decisões justas, pois, como bem mencionou o ECM16, “por vezes a articulação entre o beneficiário e o sistema de saúde (...) não é o melhor” e aqueles que têm um melhor acompanhamento por parte do seu médico assistente têm uma “maior probabilidade de se fazer munir de documentação que fundamente melhor a sua situação de saúde.”

De acordo com os ECM3, ECM5 e ECM6, o contexto acima retratado é, em parte, fruto do desconhecimento do setor da saúde sobre o trabalho desenvolvido no SVI e acerca daquilo que os médicos deste sistema necessitam dos seus colegas do setor da saúde. Os três apontaram a falta de formação ao nível nacional como uma das explicações para processos mal instruídos, deixando ao critério dos médicos ao nível local a realização de sessões informais que visem proporcionar conhecimento nesta área ou através da participação voluntária dos médicos em congressos:

Aliás, já há algum tempo que eu formulei essa ideia. (...) por exemplo, na formação de um médico de família, ele deveria, se calhar, no meio daqueles meses todos, tem que andar a fazer formação de coisas inúteis e estatísticas. Devia passar ali uma semaninha. Bastava uma semana nos SVIs para saber o que é que é estar do outro lado e o que é que nós precisamos. ECM3

Isso aí, se for ler o currículo de formação dos médicos, qualquer um da área hospitalar ou dos cuidados de saúde primários não integra uma única hora, diria segundo, sobre esta matéria. Tanto que não integra. Eu não sei como é que os outros assessores lhe falaram, mas eu aqui na minha zona tenho sido chamado muitas vezes - ainda bem - pelos colegas da medicina geral e familiar para ir orientar reuniões em que discutimos esses aspetos. Para eu lhes explicar como é que as coisas se fazem. Mas é iniciativa deles e dos coordenadores das unidades de saúde familiar que sentem essa...ECM5

Eu já dei algumas formações a médicos de família sobre isto. Mas não tem sido feito no âmbito nacional. Mas já houve congressos de médicos de família das USF em que houve discussões destas. Mas isso é quem vai ao congresso, não é uma formação de base na formação dos internos, os que estão a fazer a especialidade e devia de ser, porque isto é uma parte, são elos importantes, é uma ponte importante no processo da proteção social. (...) Eu acho que muitas vezes a minha preocupação não é se os médicos percebem. Eu acho que os médicos percebem se uma pessoa está incapaz ou não está incapaz. Mas às vezes não adequam muito é o processo. Eu sei que os médicos também estão muito sobrecarregados. Portanto, eu acho que na maior parte das vezes não adequam bem o relatório aos objetivos, porque não têm muita formação. Ou então, havia uma coisa que ainda é muito importada que é: "vai à junta, leve tudo". E depois têm assim [fez gesto alusivo uma grande pilha de papéis] os exames que fizeram nos últimos 20 anos, que é também dispensável. Portanto, eu acho que a maior parte das vezes até entendem o que incapacita ou não incapacita. Às vezes existe é a pressão também dos pacientes para fazerem o relatório, porque querem-se reformar e não têm nada assim muito consistente. ECM6

Contudo, de um modo geral, podemos afirmar que os peritos do SVI atribuem um papel de suma importância aos médicos assistentes e anseiam também por uma melhor articulação entre o setor da saúde e da segurança social de forma a simplificar o seu trabalho (EPM10, ECM2, EMC3):

Devia haver comunicação entre a saúde...nós termos acesso à documentação, à informação médica, clínica dos utentes. Era muito mais simples para nós acompanharmos. (...) Só que nunca houve vontade política...penso eu...vontade política...já se tem falado muitas vezes e isso tem que ir à Assembleia para ver a decisão. EP10

Nós não temos, nós na Segurança Social se não forem os doentes a trazer, nós não abrimos o processo do doente. (...) Mas nós não temos acesso à informação, só temos acesso à informação que o beneficiário nos traz. (...) A mais-valia [de ter acesso direto ao processo clínico do requerente] é desfazer dúvidas. ECM2

O que isto devia, por exemplo ser: se a pessoa é acompanhada, por exemplo, no hospital de [nome do distrito], na especialidade tal.... devíamos ser nós próprios a podermos contactar, nós próprios, por exemplo, a pedir (...) uma avaliação de oftalmologia no hospital. ECM3

Os entrevistados expressam claramente uma necessidade e desejo de acesso direto aos processos e informações médicas dos requerentes, de forma a facilitar a tomada decisão num ambiente que por si só é ambíguo e complexo. No fundo, os peritos encaram esta debilidade como uma barreira administrativa, que, se transposta, poderia beneficiar o processo de tomada de decisão sobre a elegibilidade dos requerentes, desfazendo dúvidas que surgem durante o processo de avaliação. Neste caso em concreto, eles parecem estar preocupados em melhorar a eficácia do seu trabalho e não tanto em tomar decisões justas para o requerente.

O ECM13 foi dos poucos entrevistados a discordar que uma melhor articulação entre os dois setores poderia simplificar o seu trabalho, indicando que os requerentes consultam vários médicos, inclusive do setor privado, e que a informação clínica nem sempre está atualizada:

Isso é muito complicado. É complicado, porque no meio dessas consultas há vários médicos. Eles recorrem a vários médicos (...) A pessoa não está satisfeita com esse médico, depois vai a outro médico, vai a uma especialidade aqui a [nome de um dos concelhos que o centro distrital abrange] e depois pede para ir a uma consulta ao Beatriz Ângelo em Lisboa ou em Loures. Portanto, há vários médicos que depois nos surgem muitas vezes e que vão complicar o diagnóstico. Porque, imagine que uma pessoa não é reformada numa primeira avaliação...é recusada a incapacidade definitiva para profissão (...) vai tentar depois mais tarde, pedir nova reavaliação. Essa nova reavaliação já vai ser com outro médico.

Apesar da discordância deste entrevistado, uma leitura global das atas do Conselho Médico corrobora este interesse por parte do SVI para que a comunicação entre os dois setores flua da melhor forma²⁸⁴. Por exemplo, encontrámos nessa documentação dois esforços que indicam a valorização da articulação. Por pressão do CM, em 2002 o Conselho Diretivo do ISS procedeu ao envio de um ofício a todas as ARS incentivando esse relacionamento e no interior do CM foram criadas comissões para promover essa melhoria. Uma delas foi criada em 2007, constituída pelos ATCs de Portalegre e Lisboa, e concluiu que essa articulação poderia ser

²⁸⁴ CM, “Ata n.º 2/2002, de 13 de maio.

otimizada através de formação conjunta entre peritos e médicos assistentes²⁸⁵ que, como se vimos, alguns ATCs desenvolvem localmente²⁸⁶. Essa comissão acabou por ser suspensa em 2010, uma vez que os resultados práticos de uma experiência no Porto não resultaram, tendo-se decidido retomar a articulação ao nível das respetivas gestões de topo (Conselho Diretivo do ISS, IP. e CA da ARS)²⁸⁷, mas entendeu-se pela sua reativação novamente em 2012²⁸⁸. Após a sua reativação, entre outras propostas do grupo de trabalho, encontrava-se o acesso dos peritos médicos do SVI à aplicação do SNS com o objetivo de

aumentar a qualidade dos atos médicos praticados, melhorar a eficiência entre os dois sistemas, imprimir maior exigência e rigor na fundamentação dos atos praticados, troca de informação, esclarecimentos relativos à situação clínica do beneficiário, e dinamizar alertas para obviar eventuais atrasos de intervenção”, “preenchimento da informação clínica necessária à peritagem médica, de acordo com um modelo pré-elaborado, com os critérios e parâmetros definidos pelo ISS” (...)-²⁸⁹

Em última análise, daqui depreendemos que existe um maior interesse de colaboração por parte do SVI, porque só dessa forma os peritos médicos podem melhorar a qualidade do seu ato de peritagem e garantir uma fundamentação mais rigorosa da decisão.

7.2.2 A história dos exames auxiliares de diagnóstico e pareceres de médicos

Os exames auxiliares de diagnóstico e/ou pareceres de médicos especialistas contribuem fortemente para a formação da prova de incapacidade para o trabalho e cedo se percebeu que a competência para os solicitar pelo SVI devia ser regulada. Por isso, em 1988, num conjunto de orientações gerais estabeleceu-se que o recurso a este instrumento tinha “carácter excepcional dado que a regra é a da informação vir instruída com os elementos auxiliares de diagnóstico”²⁹⁰.

Em todo o caso, instou-se que esta seria uma das matérias a ser abordada pelo grupo de trabalho n.º 2 de carácter intersectorial, constituído no mesmo ano da emissão dessas orientações. O grupo propôs que os CRSS estabelecessem acordos com entidades convencionadas que permitissem ao médico relator requerer exames auxiliares de diagnóstico e/ou pareceres de especialistas que se lhe afigurassem “imprescindíveis para uma análise correcta da situação clínica dos requerentes”, considerando, por outro lado, que não era “aconselhável uniformizar

²⁸⁵ CM, “Ata n.º 01/2008,” de 11 de abril.

²⁸⁶ Essa comissão acabou por ser suspensa em 2010, uma vez que os resultados práticos de uma experiência no Porto não resultaram, tendo-se decidido retomar a articulação ao nível das respetivas gestões de topo (Conselho Diretivo do ISS, IP. e CA da ARS)²⁸⁶, mas entendeu-se pela sua reativação novamente em 2012.

²⁸⁷ CM, “Ata n.º 1/2010,” de 03 de dezembro.

²⁸⁸ CM, “Ata n.º 1/2012”, de 20 de junho.

²⁸⁹ CM, “Ata n.º 2/2013”, de 22 de novembro.

²⁹⁰ Circular n.º 13 da DGSS, de 13 de maio de 1988. PT/MTSSS/GabMin/007929.

pedidos de exames complementares de diagnóstico dada a diversidade das situações clínicas, tornando-as irrelevantes e aumentando desnecessariamente os custos.” Contudo, um dos membros do grupo de trabalho, José Garret²⁹¹, tinha uma visão relativamente distinta dos restantes membros devido à sua experiência no SVIP do Porto:

Está estipulado regularmente que as ARS devem fazer acompanhar a “informação médica” dos elementos auxiliares de diagnóstico e/ou de pareceres especializados necessários ao estabelecimento do diagnóstico contido na referida “informação.” Os médicos relatores dos SVIPs só excepcionalmente teriam necessidade de requisitar novos elementos ou pareceres. As tentativas feitas para que o regular, digo, regularmente estipulado fosse cumprido não lograram êxito, apesar da boa vontade manifestada pelos responsáveis da ARS do Porto. Há, assim, numerosos processos a aguardar elementos subsidiários de diagnóstico ou pareceres especializados, cujo número tende para um aumento constante, pondo em risco o bom funcionamento dos SVIPs e os próprios objectivos da criação destes serviços. Não parece viável qualquer sistema que permita aos médicos relatores dos SVIP’S solicitar aos médicos das ARS o fornecimento dos exames subsidiários e de diagnóstico e/ou pareceres omissos nas “informações médicas”. Também não parece possível a requisição directa dos referidos elementos pelos médicos relatores dos SVIP’S através da utilização dos impressos das ARS.²⁹²

Assim, como proposta para reduzir o número de processos com informações e provas deficitárias, este médico propunha que fossem definidos para grupos de patologias exames de diagnóstico e/ou de pareceres especializados considerados básicos a serem obrigatoriamente anexados à informação médica emitida pelas ARS, ao passo que outros elementos que fossem supletivamente ponderados pelos médicos relatores “seriam da conta da segurança social, num esquema de prestação de serviços, a implementar com toda a urgência pelos centros regionais de segurança social.”

Deste modo, numa segunda reunião, ainda que sublinhando novamente a ideia de que a uniformização neste domínio não era recomendável, o grupo sugeriu, na senda do proposto por Garret, que dentro do possível deveriam acompanhar a informação médica do requerente os seguintes meios de prova, de acordo com a área da patologia:

- radiografia da área afetada e possivelmente tomografia na área reumatológica;
- eletrocardiograma, radiografia ao tórax, prova de esforço (protocolo de bruce) e eventualmente ecocardiograma em patologias cardiológicas;
- parecer de psiquiatria acompanhado dos exames subsidiários considerados necessários em patologias do foro psiquiátrico;
- radiografia ao tórax e provas funcionais respiratórias com prova de esforço na área pneumológica;

²⁹¹ Esteve ausente da reunião, mas comunicou a sua perspectiva via Telex.

²⁹² Nota enviada por Telex a 12 de abril de 1988. PT/MTSSS/GabMin/006974.

- parecer de especialista acompanhado dos exames subsidiários considerados necessários em patologias oftalmológicas.

O grupo optou por restringir a recomendação do tipo de exames auxiliares a estas cinco patologias (que na proposta original de Garret eram seis) “dada a diversidade das situações possíveis, apelando-se para que os médicos que elaboram a ‘informação médica’ não deixem de agregar em cada caso, os exames considerados pertinentes.” De assinalar que esta recomendação foi indicada pelo grupo com base nas conclusões do *Encontro Médico Sobre Doenças Incapacitantes*, organizado pelo CRSS de Lisboa em 1986, cujo debate se havia centrado nas especialidades de reumatologia; cardiologia; psiquiatria; diabetologia; nefrologia; pneumofisiologia; gastroenterologia e fisiatria.²⁹³

Relativamente a este consenso alcançado pelo GT, salientamos que ele foi possível devido à existência de um denominador comum: determinados exames auxiliares de diagnóstico e pareceres de especialistas são em primeiro lugar imperativos para a atividade médica de diagnóstico e tratamento e, num segundo momento, alimentam o exercício de peritagem. Mais uma vez trata-se de uma divisão de encargos. Tudo o demais considerado complementar para a peritagem deveria ser um encargo financeiro da segurança social. A representação no seio do grupo de trabalho dos dois setores, bem como a saliência de categorias do entendimento profissional no momento decisório parecem ter também contribuído para este consenso.

A recomendação do GT foi adotada na íntegra pelo decisor político, estabelecendo-se um ofício-tipo²⁹⁴ a ser remetido pelos CRSS aos centros de saúde, que dava nota que nos processos de invalidez que respeitassem aquelas áreas de especialidades, os centros de saúde seriam obrigados a prestar os meios auxiliares de diagnósticos solicitados pelos CRSS.²⁹⁵ É na sequência do envio deste ofício aos centros de saúde que se levantam as primeiras objeções, pelo menos na área de jurisdição do CRSS de Portalegre e do CRSS de Lisboa. Em resposta a um ofício do primeiro centro regional, o presidente da Comissão Instaladora da ARS de Portalegre exime-se de responsabilidades em relação a pedidos de exames auxiliares de diagnóstico escudando-se em duas orientações da DGCSP sobre o SVIP, visto que em nada aludiam a essa matéria. Porém, um trecho da comunicação do presidente do CRSS de Portalegre

²⁹³ O encontro teve lugar nos dias 6, 7 e 8 de janeiro no auditório do Instituto Jacob Rodrigues Pereira da Casa Pia de Lisboa. PT/MTSSS/GabMin/006974.

²⁹⁴ Ofício n.º 6080, de 28 de junho de 1988 divulgado pelo Gabinete do SESS.

²⁹⁵ SESS/88 6079, de 28 de junho de 1988. Comunicação do Chefe de Gabinete do Secretário de Estado de Segurança Social, Fernando G.P. Soares aos CRSS. PT/MTSSS/GabMin/006974

ao chefe de gabinete do SESS revela que a verdadeira motivação para a não aplicação da medida acordada entre os dois setores se relacionava com um potencial crescimento da despesa:

Na altura, em conversa informal com a Comissão Instaladora da Administração Regional de Saúde, que desconhecia o pormenor contido no ofício, lamentava-se dizendo que tal medida viria a agravar substancialmente os seus encargos²⁹⁶.

Lembre-mos que o grupo de trabalho que propôs a medida era composto por médicos das duas partes – saúde e segurança social – e durante os trabalhos:

(...) a posição aceite pelo Sector da Saúde foi a de remeter os elementos auxiliares de diagnóstico atualizados – como a lei impõe – não se recusando mesmo a fornecer outros que respeitassem também à intervenção curativa do Sector. Apenas considerava que excedia a sua obrigação fornecer os elementos auxiliares de diagnóstico que respeitassem à competência pericial e que os médicos da Saúde entendessem não ser necessário ao tratamento do beneficiário²⁹⁷.

Que também neste domínio havia uma fraca cooperação entre os dois setores, ou que pelo menos os moldes não estavam clarificados do lado da saúde, é algo que está patente numa troca de comunicações entre dois médicos: um do SVIP e um de um centro de saúde da área geográfica de Lisboa. A 15 de julho de 1988, o médico relator António Ramalho requisitou um relatório/parecer de ortopedia para fundamentar a sua avaliação²⁹⁸, indicando à requerente que ela deveria solicitar a prescrição no seu centro de saúde. Como se pode ver na resposta do médico assistente, na sua perspetiva deveria ser o médico relator a requerer diretamente as provas que considerasse adequadas sem passar pelos cuidados de saúde primários:

Caro colega

Relativo a [nome da requerente] ter de ir à vossa junta médica e pelo artigo que vosselência deve conhecer, ou devia conhecer, vosselências devem pedir os exames e relatórios que acharem necessário. Envio-vos esta carta em virtude da referida doente ter vindo para a minha consulta; enviada por vosselência”.²⁹⁹

Visão diametralmente oposta tem o médico relator, António Ramalho, que solicita ao CRSS de Lisboa uma solução para o caso em questão, e cujo pedido em conjunto com a restante troca de comunicações é posteriormente remetido ao SESS por ser considerada “pertinente para possíveis tomadas de decisão³⁰⁰”:

²⁹⁶ C.D/S.V.I.P., PT. Comunicação do Presidente do CRSS de Portalegre ao Chefe de Gabinete do SESS. PT/MTSSS/GabMin/007929.

²⁹⁷ Esclarecimento da DGSS ao gabinete do SESS. PT/MTSSS/GabMin/007929.

²⁹⁸ Dr. António Ramalho, cód. Médico 1503. “Requisição de Meios de Prova da Situação Clínica”, 15 de julho de 1988. PT/MTSSS/GabMin/007115.

²⁹⁹ Dr. Martins de Sousa. da ARS de Lisboa. “Carta ao Médico Relator P.M.P.”, 09 de agosto de 1988. PT/MTSSS/GabMin/007115.

³⁰⁰ Presidente da Comissão Instaladora do CRSS de Lisboa, Francisco Rodrigues Porto. “Comunicação ao SESS”, de 30 de setembro de 1988. PT/MTSSS/GabMin/007115

Tendo feito o pedido de consulta de Ortopedia para posterior avaliação do estado do utente para elaboração do relatório fui surpreendido com a resposta do CS Sacavém. Agradecia a vossa opinião e tentativa de resolução do caso. (...) análise a doente terá (...) ir a consulta privada para nos trazer o relatório da especialidade³⁰¹.

Esta troca de comunicações aponta para uma falta de harmonia no relacionamento entre os dois setores. Ambos procuravam a respetiva racionalização e minimização de custos, que em última instância se reflete nos interesses dos requerentes: ao não obterem a prescrição dos exames ou o acesso à consulta de especialidade no serviço nacional de saúde teriam de recorrer aos serviços privados. Cenário distinto, pelo menos em termos cooperativos, é retratado no plano de implementação do SVIP de Santarém, que dá conta da existência de um protocolo com a ARS que incide na requisição destes elementos³⁰². Consoante o protocolo, a ARS comprometia-se a permitir que os médicos relatores do CRSS utilizassem a "Requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêuticos e Consultas da Especialidade" em vigor no âmbito do SNS, colocando um carimbo no documento com a indicação de que o serviço emissor era o SVIP. Mensalmente a ARS enviaria para o CRSS cópias das faturas resumos dos exames requisitados pelos médicos relatores de forma a poder ser reembolsada³⁰³. O protocolo garantia o reembolso à ARS, assegurando assim que os encargos recaíam no CRSS e não no setor da saúde, eventualidade que era temida pelas ARS de Portalegre e de Lisboa. Todavia, o protocolo não refere quais os exames previstos, pelo que não sabemos qual a posição da ARS em relação aos exames obrigatórios que estavam previstos no ofício acima mencionado. Sabemos também que o protocolo acabou por definhar, não se encontrando em vigor na altura da realização das entrevistas para esta tese.

As apreensões manifestadas pelas ARS eram igualmente partilhadas pelos serviços da segurança social, nomeadamente ao nível da direção-geral: nenhuma das partes queria arcar com o ónus financeiro de um mecanismo que serve para fundamentar o pedido de um requerente:

os encargos relativos aos meios de prova requisitados ao abrigo do artigo referido, directamente aos estabelecimentos e serviços de saúde ou às entidades privadas com as quais se estabelece acordos para o efeito, são, de acordo com o disposto no artigo 37.º do diploma regulamentar, da responsabilidade dos centros regionais onerando consequentemente o orçamento da segurança social³⁰⁴.

³⁰¹ Médico Relator António Ramalho. "Requerimento à equipa de projeto do CRSS de Lisboa," 15 de setembro de 1988. PT/MTSSS/GabMin/007115.

³⁰² Plano de Implementação do SVIP de Santarém. PT/MTSSS/GabMin/006703.

³⁰³ Protocolo de acordo/cooperação entre a Administração Regional de Saúde e o Centro Regional de Segurança Social de Santarém. Com efeitos a partir de dezembro de 1987, a cláusula 9.ª do protocolo refere que o mesmo pode ser denunciado em qualquer momento por uma das partes. PT/MTSSS/GabMin/006703

³⁰⁴ Nota Justificativa ao projeto de despacho sobre a aplicação do artigo 15.º do DR n.º 57/87. PT/MTSSS/GabMin/007937.

Assim, este latente incremento de encargos “determinou que fossem transmitidas indicações intercalares aos centros regionais no sentido de restringirem ao menor número de casos possível a aplicação do referido dispositivo, enquanto não fossem aprofundadas as orientações a emanar tidas por mais convenientes”³⁰⁵. Ainda que estas restrições tenham sido aplicadas, a direção-geral estava ciente da existência de casos em que o não recurso a este instrumento tornava “impossível uma correcta avaliação pericial” que podia prejudicar tanto o beneficiário como a segurança social por não haver prova suficiente para a fundamentação ou contraprova da patologia invocada pelo requerente como geradora da incapacidade para o trabalho³⁰⁶. Assim, relativamente a esta prerrogativa, em dezembro de 1989³⁰⁷, o legislador procurou impor uma metodologia que resultasse numa aplicação apropriada e uniformizada por todos os centros regionais. Numa regra de economia dos recursos, limitou o pedido de pareceres de médicos especialistas às especialidades de cardiologia, ortopedia, pneumologia, psiquiatria e reumatologia³⁰⁸ e o pedido de elementos auxiliares de diagnóstico às técnicas de ecocardiografia simples e com prova de esforço, eletrocardiograma e tomografia, ressaltando que em caso de revisão oficiosa podia abranger especialidades e modalidades de elementos auxiliares de diagnóstico para além dos especificados³⁰⁹. De forma oposta, no caso de se tratar de meios de prova requisitados ao SVIP por organismos estrangeiros em que o custo era reembolsável na sequência de convenções de segurança social a que Portugal estivesse vinculado tais condicionalismos não eram aplicáveis³¹⁰, o que mais uma vez demonstra uma preocupação do legislador com a despesa.

Sabemos que esta restrição material e procedimental aplicada por via legislativa foi considerada demasiado redutora por alguns centros regionais que se bateram por algum

³⁰⁵ Nota Justificativa ao projeto de despacho sobre a aplicação do artigo 15.º do DR n.º 57/87. PT/MTSSS/GabMin/007937.

³⁰⁶ Nota Justificativa ao projeto de despacho sobre a aplicação do artigo 15.º do DR n.º 57/87. PT/MTSSS/GabMin/007937.

³⁰⁷ Despacho 133/SESS/89, publicado a 24 de janeiro de 1990 no número 20 da II série do DR, p. 734: revogado.

³⁰⁸ Em suma, às especialidades que tratam as patologias predominantes no SVI. O único estudo que conseguimos identificar com base em dados administrativos recolhidos através de inquérito no âmbito da avaliação das incapacidades foi realizado em 2006/2007 pelo Núcleo de Estudos e Conhecimento, em colaboração com o Conselho Médico. Intitula-se *Caracterização das patologias dominantes sinalizadas pelo serviço de verificação de incapacidades* e concluiu que são quatro os principais grupos de patologias invocadas como causadoras de incapacidade para o trabalho: doenças do sistema ósteo-muscular (31,5%) ; perturbações mentais e do comportamento (16,7%); doenças do aparelho circulatório (12,2%) e tumores (11,1%). http://www4.seg-social.pt/documents/10152/63350/revista_pretextos_34.

³⁰⁹ Norma II do despacho.

³¹⁰ Norma IV do despacho.

alargamento³¹¹. Além disso, existiam disparidades entre os CRSS na sua requisição (quadro 10). Perante essa disparidade, tanto o diretor como a subdiretora geral da segurança social, Ilídio das Neves e Sara Cardigos, respetivamente, aventaram como hipótese explicativa para a não utilização desta prerrogativa por oito dos CRSS uma adequada colaboração das ARS na elaboração das informações médicas³¹², tema já discutido na secção anterior. Pode ainda haver uma explicação adicional, pelo menos para o CRSS de Braga que, por exemplo, havia contratado um perito que tinha como função realizar uma triagem prévia da instrução do processo antes do seu registo em sistema. Daqui depreende-se que pedidos de invalidez não fundamentados com as provas necessárias não avançavam para a fase seguinte, não havendo, por isso, necessidade de requerer elementos auxiliares de diagnóstico adicionais, sendo esta prática um exemplo claro de adaptação institucional.

A tabela seguinte dá uma ideia do número e tipo de meios de prova solicitados pelos CRSS em 1990³¹³.

Quadro 10: Meios de prova requisitados pelos CRSS

CRSS	Norma II		Norma IV		Observações
	Pareceres	Exames	Pareceres	Exame	
Aveiro	2 Cardiologia 4 Psiquiatria 1 Ortopedia	1 ECG 1 ECG (c/ prova esforço) 1 TAC lombar 1 TAC abdominal	-	-	-
Beja	-	-	1 Cardiologia 1 Alergologia 1 Ortopedia 1 Psiquiatria	5 Radiografias 1 Análise	-
Braga	-	-	-	-	Não há aplicação do despacho
Bragança	-	2 Tomografias (a)	-	-	(a) Não distingue se por aplicação da Norma II ou da IV
Castelo Branco	-	-	-	-	Não há aplicação do Despacho
Coimbra	(a) 5 Cardiologia 6 Ortopedia 7 Pneumologia 8 Psiquiatria	(a) 1 Ecocardiografia 2 Tomografias	3 Dermatologi a (b) 4 Urologia 9 Neurologia	205 Não especificado s (b)	a) Solicitados directamente às instituições de Saúde

³¹¹ Nota n.º 4/91 da Direção-Geral da Segurança Social. PT/MTSSS/GabMin/007937.

³¹² Nota n.º 4/91 da Direção-Geral da Segurança Social e comunicação do Diretor-Geral Ilídio das Neves ao SESS, de 26 de fevereiro de 1991. PT/MTSSS/GabMin/007937.

³¹³ A nota não explicita o ano a que reportam os dados, mas uma vez que ela é de janeiro de 1991 e o despacho entrou em vigor a 29 de dezembro de 1989. Assim, tendo em conta este período, assumimos que os dados reportam ao ano de 1990.

			16 Oncologia 2 Traumatologia Cirurgia 3 Medicina Interna 4 Oftalmologia 2 Pediatria		b) Os números apresentados englobam também requisições para processos de verificação oficiosa que não são pedidos por instituições estrangeiras
Évora	-	-	-	-	Não há aplicação do despacho
Faro	-	-	1 Ortopedia 1 Cardiologia 1 Neurologia 2 Reumatologia	5 ECG 2 ECG (c/ prova esforço) 1 Ecografia 22 Radiografias 31 Análises 1 TAC	-
Guarda	-	-	-	-	Não há aplicação do Despacho
Leiria	(a) 6 Cardiologia 2 Gastroenterologia 2 Neurologia 2 Oftalmologia 5 Neurocirurgia 9 Psiquiatria 5 Ortopedia 2 Urologia	(a) 46 ECG (a) 2 ECG (c/ prova de esforço) 136 Radiografias 15 Exames respiratórios 45 Análises 2 Ecografias 1 Exame Doppler			(a) Não distingue se por aplicação da Norma II ou da Norma IV
Lisboa	-	-	-	-	Não há aplicação do Despacho, estando em curso a celebração de Acordo com a ARS ³¹⁴
Portalegre	-	-	-	-	Não há aplicação do Despacho
Porto	-	-	3 Ortopedia 1 Ginecologia 6 Psiquiatria 1 Medicina Interna	1 Exame Respiratório 2 Radiografias	-
Santarém	-	-	-	-	Não registaram os elementos por forma a fornecer a informação pretendida

³¹⁴ Este acordo deveria ser semelhante ao que foi aplicado em Santarém. Não conseguimos apurar se foi ou não firmado entre as duas partes.

Setúbal	-	-	-	-	Não respondeu
Viana do Castelo	-	-	-	-	Não há aplicação do Despacho
Vila Real	-	2 TAC (a)	-	-	a) Não distinguem por aplicação da Norma II ou da Norma IV
Viseu	-	-	-	-	Não há aplicação do Despacho

Fonte: Nota n.º 4/91 da Direção-Geral da Segurança Social. PT/MTSSS/GabMin/007937

Os relatórios do Provedor de Justiça, mais especificamente os *Relatórios de Inspeções de Serviços Públicos*, elaborados no âmbito de visitas realizadas aos CRSS de Braga, Porto e Aveiro nos dias 2, 3 e 4 de maio de 1990³¹⁵, também confirmam um cenário “problemático” no que diz respeito a este tipo de exames. Além disso, revelam que nesta área as relações institucionais entre segurança social e saúde eram marcadas por alguma divergência. O retrato lavrado nestes relatórios relativamente aos três centros regionais é idêntico: as administrações regionais de saúde eram bastante “renitentes a satisfazer os pedidos de elementos auxiliares de diagnóstico que os centros, contrariamente às mesmas entendem reputar de indispensáveis para uma justa e adequada solução em cada processo de invalidez³¹⁶”. A solução para este problema passava por recorrer a médicos privados com quem os centros regionais celebravam protocolos para o efeito. A acrescentar a esta resistência, os relatórios documentam a transferência de processos pendentes em sede de junta médica para o SVIP e que eram caracterizados por uma deficiente instrução em matéria de prova médica. Nos dois domínios, o provedor entendeu não emitir qualquer recomendação ou diligência, em particular no segundo, “porquanto se trata, afinal de uma divergência de opiniões sobre aspectos de carácter essencialmente técnico.” Consideramos estar perante um caso de abstenção deliberada: um juiz que, por força da sua formação não tem conhecimentos médico-periciais, optou por não se envolver em questões de natureza profundamente técnica, alinhando-se com a posição dos dois decisores políticos ouvidos no âmbito deste trabalho. Este exemplo ilustra aquilo que acreditamos caracterizar a área de política em estudo: uma renúncia de ingerência do campo político e, neste caso jurídica, em áreas que requerem expertise médica especializada. Essa postura permite que um conjunto

³¹⁵ As visitas foram realizadas pelo juiz desembargador António Luís de Oliveira de Guimarães, acompanhado pela assessora Maria Helena Valez Carvalho Fernandes e pela técnica Maria da Luz Garrido Vaz.

³¹⁶ Por exemplo, à data o Centro Regional do Porto tinha 400 processos a aguardar elementos auxiliares de diagnóstico e relatórios de especialidade. Relatório do Provedor de Justiça à Assembleia da República de 1990, II Série C- N.º 31 do Diário da Assembleia da República, 18 de maio de 1991, V Legislatura, 4.ª Sessão Legislativa (1990-1991). Pp 41-43.

de mudanças mais subtis ocorra sem que forçosamente sejam refletidas nos principais documentos legislativos.

No mesmo relatório, são ainda descritas as visitas ao Centro Regional de Leiria e de Viseu, mas cujos contextos funcionais são muito diferentes dos três CRSS acima enumerados. Em Leiria, o relacionamento com as ARS era de “bom entendimento” e sempre que os processos não vinham bem instruídos, limitavam-se a recorrer a “serviços de profissionais avançados ou escolhidos pelos próprios beneficiários, sendo então estes reembolsados das despesas efectuadas.” Em Viseu, por exemplo, o lapso de tempo entre o requerimento da pensão e a realização do exame pericial era considerado curto, se comparado a outros CRSS (cerca de três meses). A explicação para esta realidade prende-se com o facto de os médicos da ARS acumularem a função de médicos relatores,

evitando os inconvenientes que, em matéria de instrução dos respectivos processos de invalidez, ocorrem noutros centros regionais, resultantes da divergência de pontos de vista entre o médico relator e o médico assistente do beneficiário (médico da Administração Regional de Saúde) quanto à necessidade de elementos auxiliares de diagnóstico para efeito de comprovação da invalidez³¹⁷.

Todavia, sublinhemos que esta prática contrariava um princípio que foi abordado por alguns dos entrevistados: o médico do SVIP deve distinguir-se do médico assistente do requerente, não devendo existir qualquer relação empática prévia de forma a não contaminar a tomada de decisão. Se por um lado facilita a avaliação relativa à necessidade de exames auxiliares adicionais, por outro lado, pode levar a decisões menos isentas.

Esta história que procurámos aqui traçar termina com a revogação do despacho que limitava o pedido de exames e pareceres em 1997. No nosso entender, isto aumenta a margem de atuação do médico relator³¹⁸ e posteriormente do ATC³¹⁹, que, como vimos no capítulo 4, atua como uma barreira administrativa à requisição destes materiais, na medida em que é necessária a emissão de um parecer positivo da sua parte. Portanto, sem a presença de balizas legislativas restritivas, como é que atualmente os peritos médicos do SVI se posicionam face a esta prerrogativa ao seu dispor? Demonstraremos que ao invés de quebrarem padrões de *path-dependence*, os reforçaram e estão espelhados numa narrativa que é simultaneamente uma narrativa de estado (que considera os trabalhadores de nível de rua como funcionários que apenas executam os planos e políticas governamentais) e uma narrativa cidadão (que enfatiza

³¹⁷ Relatório do Provedor de Justiça à Assembleia da República de 1990, II Série C- N.º 31 do Diário da Assembleia da República, 18 de maio de 1991, V Legislatura, 4.ª Sessão Legislativa (1990-1991). Pp 41-43.

³¹⁸ Alínea c) do art.º 17.º do DL n.º 360/97.

³¹⁹ Alínea b) do art.º 24.º do DL n.º 360/97.

o papel do trabalhador como um *agente cidadão*, que age em respostas às necessidades individuais do cidadão. (Maynard-Moody e Musheno, 2000).

7.2.2.1 Requisitar exames auxiliares e pareceres de especialistas complementares: sim ou não?

Embora sirvam apenas para casos em que os peritos médicos considerem necessários, o trabalho empírico revelou desde a primeira entrevista uma divergência relativamente à requisição de meios auxiliares e pareceres de especialistas complementares para legitimar a sua decisão. Entenda-se aqui divergência como as ações que levam a que os burocratas de rua se desviem das diretrizes e/ou dos objetivos estabelecidos pelas políticas por variadíssimas razões: motivações pessoais ou coletivas, falta de recursos, formação inadequada ou até mesmo devido a conflitos com os valores e crenças desses burocratas. Adicionalmente, essa divergência pode ser oculta ou transparente e pode ser experimentada e praticada como uma ação individual ou coletiva (Gofen, 2014).

Os dados recolhidos demonstram haver um consenso quanto à sua não utilização, colocando o ónus da prova do lado do requerente: “Aquilo é como um tribunal: têm que provar, não é só dizê-lo, é prová-lo” (ECM2). Idêntica comparação a um tribunal faz o(a) EPM12. Para um dos entrevistados, a divergência é tão grande que acredita que essa prerrogativa possa vir a ser eliminada numa futura revisão legislativa³²⁰ (ECM6) e outro afirma “essa é uma situação que também já tinha retirado da lei se fosse eu que tivesse algum poder para isso” (ECM5). No entanto, nem sempre foi esta a prática e o ónus da prova chegou a estar do lado do SVI:

Até há coisa de até meados do ano 2000, 2000 e pouco, a lei punha muito o ónus da prova no serviço e não na pessoa. Quer dizer, nós é que tínhamos de provar de alguma forma que a pessoa estava incapaz para o trabalho. A lei 97 não diz isso mais ou menos. Agora há uma série de interpretações que depois a jurisprudência acabou por concordar implicitamente, como muitas decisões jurídicas nesse sentido. (...) E o que é que essa jurisprudência indica? Que de facto o ónus da prova deve cair mais na parte de quem pede e não da parte de quem dá. Ou seja, que se alguém pede, tem que apresentar documentação suficientemente capaz para realmente fundamentar o seu pedido. ECM7

Não fazemos, mas está previsto na lei. Aqui há muitos anos, quase no início tínhamos até os impressos próprios, com vinheta e tudo da segurança social. Havia aquelas folhas A4 verdes e, portanto, que era a folha de requisição de exames. E nós podíamos requisitar exames. Só que, entretanto, eu penso que também por uma questão monetária isso foi deixando de ser feito. E, por outro lado, é uma verdade que se alguém está ou se acha incapacitado para trabalhar já deve vir munido de todas as suas informações e não somos nós que temos de andar à procura do que é que o beneficiário tem para o podermos reformar.

³²⁰ A primeira referência que encontramos a uma revisão do Decreto-Lei n.º 360/97 é na Ata n.º 3/2002, de 18 de novembro do Conselho Médico e a partir da Ata n.º 1/2003, de 17 de fevereiro, verificamos que alguns assessores técnicos de coordenação apresentaram as suas propostas para alteração do referido diploma em discussão.

Teoricamente, os meios auxiliares de diagnóstico e pareceres de especialistas auxiliam o médico relator a elaborar o seu parecer e a fundamentar a sua decisão, sendo por isso um elemento fortificador da decisão final da CVIP, servindo inclusive de escudo positivista a um conjunto de tomadas de decisão que podem ser mais ou menos subjetivas. No entanto, ao contrário do que se poderia julgar a uma primeira vista, o pedido de exames e pareceres clínicos adicionais é considerado, pela grande maioria dos entrevistados, como algo negativo, nomeadamente por questões de tempo, insuficiência de recursos no setor da saúde, extravasamento de competências, permeabilidade dos médicos externos ao SVI à fraude e inconveniente utilização de recursos públicos.

A pressão para concluir o processo no tempo previsto aliada à escassez de recursos no serviço nacional de saúde retrai os peritos médicos³²¹ da utilização desta atribuição³²². Prazos irrealistas para a realização de exames e dificuldades no acesso a consultas de rotina foram apontados como desafios e frustrações relacionadas com a eficiência e funcionalidade do SNS e que, em última instância afetam diretamente o SVI. As respostas dos entrevistados revelaram assim uma clara separação entre o *policy fact* e o *policy fiction* (Brodkin 2003, 151), com os peritos médicos a declararem que seria pura fantasia solicitar estes exames no âmbito do SVI quando nem o SNS tem capacidade de responder à sua própria procura.

A distinção entre o exercício de peritagem médica no âmbito da segurança social e o exercício da prática clínica foi outra das motivações apontadas para não recorrerem a este mecanismo. Como temos vindo a apresentar, o objetivo do perito da segurança social não é fazer diagnósticos, mas procurar uma relação causal entre eles e a incapacidade para o trabalho. Observamos que os peritos acreditam que devem respeitar o julgamento clínico dos médicos assistentes, que possuem um conhecimento mais profundo e contínuo do estado de saúde dos seus pacientes. Ademais, os entrevistados enfatizam constantemente que a responsabilidade pela obtenção de exames adicionais dever recair sobre os beneficiários. Tudo isto pode ser interpretado como uma defesa da eficiência do SVI, em que os médicos peritos se concentram em avaliar a informação disponível sem se envolverem na solicitação de exames adicionais:

³²¹ Recordamos que os(as) entrevistados(as) são assessores(as) técnicos(as) de coordenação e que umas das suas competências é dar parecer relativamente a pedidos de meios auxiliares de diagnóstico e de pareceres de médicos especialistas por parte do médico relator. Na prática isto significa que caso os peritos médicos queiram recorrer a esta competência, é muito provável que o parecer seja negativo, uma vez que os coordenadores se revelam pouco recetivos à sua utilização.

³²² De acordo com o disposto no n.º 1 do art.º 55.º do DL n.º 360/97, “o médico relator deve concluir o relatório no prazo de 30 dias contado a partir da data do exame do interessado”.

Não devem pedir um exame clínico que o médico assistente entendeu que não era relevante. Lá está porque eles não fazem acompanhamento clínico e, portanto, se um médico que acompanhe, seja um especialista, seja um médico generalista, entende que aquilo é o suficiente e com base naquilo já tem aqui direção na linha incapacitante, não é o perito médico da segurança social...que falta este, aquele ou aqueloutro, até porque esse deve ser um ônus do beneficiário. É uma das situações que está, que foi sinalizada como devendo ser alterada no diploma. EMC1

Não sou eu que estudo os pacientes, eu não sou o médico assistente deles. Isso depois tem outro ônus, que é o ônus de ter um médico que se interessa por eles, que peça exames ou que investigue. Mas eu não posso salvar o mundo e não posso...eu sou perito médico que recolhe as informações todas (...) ECM6

Alguma desconfiança dos médicos do SVI relativamente a médicos externos ao SVI, em especial aqueles provenientes do setor privado, motiva alguns dos ATCs entrevistados a não recorrer a esta prerrogativa, ideia particularmente salientada pelo ECM3 e pelo ECM8. Encontramos no discurso destes dois peritos uma visão crítica e cética dos médicos do SVI em relação aos médicos externos ao sistema, embora caracterizada por alguma dualidade. Constatamos uma preferência por documentos probatórios provenientes de instituições hospitalares “idóneas” ou hospitais públicos de “renome”, considerados confiáveis, e que de um modo geral são aceites sem a necessidade de verificação adicional. Em contraste, os relatórios emitidos por médicos “particulares” são encarados com desconfiança, existindo uma perceção de que estes podem emitir atestados que contêm informações fraudulentas.

No fundo, nós estamos a pedir a alguém que está na sociedade. Por exemplo, um oftalmologista tem que ser uma pessoa muito válida, de muita confiança, porque, senão, também ele lá fora poderia estar passível a certas, a ser permeável e mandar-nos informações que nós íamos e desculpe a expressão: comê-las, não é? (...) Você não faz ideia das aberrações que alguns médicos lá fora fazem das aldrabices, das mentiras, dos crimes. São crimes. Relatórios falsos, falsos no sentido que é mentira pura o que está lá dentro. Não, eu estou a falar de entidades idóneas. Se temos um IPO, se temos um hospital aqui de [nome do distrito] a dizer que a pessoa está no estadio terminal (...) ECM3

(...) eu julgava que atestados falsos médicos só os portugueses é que faziam...ainda tinha essa ilusão. Uma vez, a falar com um professor que escreveu até um livro destas coisas das incapacidades, americano de Chicago, de ortopedia – os Estados Unidos são tão legalistas, tão legalistas – ele disse que também lá de vez em quando acontecem coisas desse tipo. Acabam é logo nos tribunais. Aqui não. Aqui há médicos a vender atestados. Ninguém vai denunciá-lo. ECM8

Por fim, a utilização de recursos públicos é também indicada como razão do não pedido de exames complementares, não podendo esta motivação ser desconetada da ideia de que é ao requerente que cabe fazer prova da sua incapacidade:

(...) desde que sejam justificados e autorizados pelo assessor técnico de coordenação. Eu não estou muito de acordo. Porquê? (...) não compete à segurança social custear as provas que o beneficiário deve apresentar. (EMC4).

A opinião acima expressa uma perspetiva clara sobre a responsabilidade financeira da obtenção de provas médicas. A visão deste(a) perito(a) é de que não cabe à segurança social arcar com os custos de exames que devem ser os próprios beneficiários a apresentar, devendo estes colaborar proactivamente para comprovar o seu estado de incapacidade.

Visto que o recurso a este mecanismo não é uma prática institucionalizada, quando consideram que a incapacidade não está devidamente enquadrada por falta de informação e/ou suscita dúvidas, os peritos desenvolvem estratégias para lidar com essa incerteza. Uma incerteza, como sublinha o(a) ECM2, que depende da sensibilidade do médico relator. Foi possível identificar as três estratégias mais comuns entre os peritos, que um(a) deles(as) reconhece como sendo meros subterfúgios:

o que agente usa é estes subterfúgios. Mas pronto, vamos sobrevivendo. Mas, mas olhe que não é fácil. (ECM5).

As três estratégias são: o estabelecimento de um prazo para entrega de exames complementares adicionais pelo requerente; a redação de carta a solicitar ao médico de família o envio dos exames; ou simplesmente decidir com os elementos de que dispõem. Os peritos médicos que elegem a última estratégia frequentemente produzem de imediato um parecer negativo no que diz respeito à atribuição de pensão e apoiam-se nas normas de funcionamento do sistema para justificar essa escolha (normas essas que serão exploradas em detalhe adiante):

Imagine que eles não juntaram ao processo dados, elementos clínicos suficientes para consubstanciar ou para provarem que realmente estão incapacitados para o trabalho. Eles a seguir podem requerer novo pedido de invalidez ao fim de um ano ou então se houver agravamento em qualquer altura. (EMC2)

(...) podemos-lhe explicar [ao requerente] que muitas vezes faltam alguns exames complementares e de diagnóstico para poder aferir ou poder ajudar na conclusão. Mas isso vai ter que ser remetido depois para uma situação de recurso. (EPM9)

Enquanto o(a) ECM2 remete para a possibilidade de submeter novo pedido transcorrido um ano, o(a) ECM 9 invoca a comissão de recurso como uma possibilidade onde é possível reverter a decisão da comissão de verificação mediante a apresentação de novos elementos. Não obstante a utilização de um argumento baseado no funcionamento do SVI para a rejeição imediata de atribuição da prestação, o ECM9, extravasando aquilo que é a sua função enquanto perito médico, providencia aos requerentes, explicações acerca de como se processa a comissão de recurso e do que poderá apresentar futuramente, justificando essa ação com base no código deontológico que regula a profissão:

Portanto, nós podemos ajudá-lo do ponto de vista não oficial. Por uma questão de...apesar de tudo somos médicos e somos empáticos com os doentes e, eticamente, somos obrigados a um determinado tipo de postura, ainda que na função de peritos temos esta questão objetiva para avaliar. (EPM9)

Já quanto aos peritos médicos que optam pela primeira e segunda estratégias, vale a pena referir que o prazo para a entrega de provas adicionais é curto e por norma deve ser de informação que já possuam. Apesar de algumas variações em certos procedimentos e nos níveis de formalidade – por exemplo, certos ATCs solicitam os elementos adicionais através de um formulário específico –, as atuações destes peritos são, na sua maioria, semelhantes em termos

de objetivos e princípios subjacentes. A nosso ver, estas estratégias de atuação demonstram a existência de um compromisso com a objetividade e a necessidade de informações completas para a tomada de decisão, refletindo uma tentativa de equilíbrio entre cumprimento burocrático e compreensão das dificuldades que os requerentes enfrentam no fornecimento das provas necessárias:

Funciona da seguinte forma: nós no decurso da nossa avaliação se achamos que é pertinente solicitar um elemento adicional, existe um formulário próprio que nós assinalamos, preenchemos, damos ao beneficiário para ter conhecimento e damos um prazo para a pessoa facultar aqueles elementos. Carimbamos, datamos e anexamos ao processo. O processo fica “pendente”, à espera daqueles elementos. Findo esse prazo se a pessoa trouxe esses elementos, deliberamos com esses elementos, se não temos de deliberar com o que temos. EPM11³²³

(...) nós até temos aqui, não sei se nos outros serviços têm, mas nós temos uma folhinha em que mandamos para o médico assistente, de maneira a ele falar e mandar exames complementares e por aí fora que possam corroborar o que lá está escrito e acontece que muitas vezes não vêm. ECM14

(...) mas se tem em casa e não trouxe – ainda este ano eu fiz – então tem uma semana para me trazer. Mas é assim, em casos tão evidentes (...) eu percebo que aquela pessoa tem uma doença, até pela medicação, é seguida em pneumologia. Tem isso tudo, eu sei que aquilo vai vir de um modo, uma prova, uma prova alterada, mas eu tenho que objetivar. Ou seja, não posso dizer, "ah talvez". Então eu dou uma semana para me trazerem (...) mas não é pedir para irem fazer. O que têm é o que têm de trazer. ECM6

Portanto, mais vale pedir ao médico de família se lá tiver exames, porque se a pessoa já tiver aquilo há dois anos, não está melhor agora na maior parte das coisas. ECM5

Eu falo por mim e penso que a grande maioria dos colegas fará assim. Muitas vezes se há uma queixa em relação a determinado órgão, a determinado aparelho e o beneficiário não veio com nada de estudos desse aparelho, muitas vezes o que eu digo é: olhe, então eu vou meter aqui o processo em suspenso 15 dias, você vai tentar falar com o seu médico, porque se tem essas queixas todas, naturalmente se fizer algum exame é capaz de revelar o porquê disso. E, portanto, temos ali o processo suspenso duas semanas...não pode ser mais do que isso por questão da orgânica. EMC15

Para além destas estratégias mais comuns, o(a) perito(a) EPM12 mencionou uma forma de atuação que embora se encaixe no último tipo de estratégia, revela alguma variação na sua atuação de peritagem:

Infelizmente sabemos que o acesso aos próprios documentos de prova, etc. dos doentes está difícil. Algumas vezes sabemo-lo e atenuamos o impacto dessas coisas da forma possível, lá está, com pequenas demonstrações desta natureza que lhe disse: de forma prática. Mas efetivamente há lugar a ter que deixar na iniciativa do doente ter que munir-se de mais elementos. Eu sei que isto é dececionante para muitas pessoas até porque leva a umas despesas algumas vezes insustentáveis, porque há pessoas que estão apenas dependentes do que o Serviço Nacional de Saúde pode oferecer. Infelizmente, sabemos que o acesso às especialidades não está fácil.

Ao referir-se a atenuar o impacto, o(a) entrevistado(a) refere-se a exemplos como o simples facilitar quando o processo está deficitário ou, pelo contrário, dificultar, ora porque o requerente não foi espontâneo, ora porque não teve iniciativa na incorporação de mais elementos ao processo de forma a alicerçar a decisão final. Esta asserção denota que existe

³²³ O perito médico em questão exerce funções em dois centros distritais e confirmou que é assim que funciona nos dois.

algum nível de discricionariedade, dependendo da vontade do perito médico em facilitar ou dificultar, ainda que depois o tenha de fundamentar na sua decisão final.

De um modo geral, as entrevistas revelaram uma posição unânime quanto à utilização desta prerrogativa, apresentando motivações muito semelhantes. Existe uma clara noção *de corpus* e de ofício em que nenhum dos médicos se coloca na posição de médico clínico durante a sua atividade de peritagem, o que explica em parte a relutância em solicitar diretamente exames ou pareceres adicionais. Há um fenómeno de dupla consciência: os peritos despem-se das suas vestes de médicos assistentes e no ato da peritagem suspendem as suas próprias crenças. Mas existem fissuras, que são qualificadas como excecionais, como a presença de uma doença considerada grave e que não está pré-diagnosticada:

Agora vou contrariar-me. Aqui há uns anos houve um senhor que eu achei que tinha uma doença coronária, do coração. E o que eu fiz foi: pedi uma eletrocardiograma de esforço. Em nenhum sítio do relatório [do médico assistente do requerente] estava isso escrito, mas eu achei que era uma pessoa com pouca literacia em saúde e na verdade veio ali uma insuficiência coronária grande, uma angina de peito. Mas não estava sequer diagnosticada...foi um bocadinho por consciência, mas isto é um aparte, não sou eu que devo fazer isso, porque senão passo a estudar os pacientes. ECM6

Essa marca de distinção também já havia sido deixada anos antes no Manual de Critérios de Avaliação I, na secção relativa ao *exame clínico* realizado pelo médico relator. Ao contrário do termo *exame clínico* que consta no diploma legal, os coordenadores do manual afirmam que:

nós preferimos chamar-lhe “exame médico pericial”, uma vez que para além dos meios e técnicas clínicas usados, são também utilizadas outras de natureza pericial, fundamentais para a detecção/comprovação da existência de certas incapacidades. De facto, é de uma peritagem médica que se trata e não de um vulgar exame clínico de diagnóstico, com vista à detecção de uma doença e prescrição do respectivo tratamento.

No essencial, a decisão de não utilização desta prerrogativa e as estratégias desenvolvidas demonstram o carácter pragmático associado aos burocratas de rua, procurando um equilíbrio entre a necessidade de seguir as regras e os procedimentos com a necessidade de ajudar os cidadãos (Maynard-Moody, Musheno, 2000). Apesar de não “prescreverem” exames adicionais, os peritos médicos admitem adiar a decisão e aguardar o envio de informação complementar que o requerente já tenha, o que de alguma forma o beneficia e se apresenta como uma solução intermédia. Contudo, muitas vezes, o tempo fixado para a entrega dessa documentação é demasiado curto, mas só dessa forma o sistema pode funcionar “normalmente”: caso contrário, tendo em conta os elevados tempos de espera do SNS, os processos não seriam finalizados. No fundo, trata-se apenas de permitir o funcionamento da máquina burocrática.

7.2.3 Conclusão preliminar

Nesta secção explorámos uma dicotomia: estudar o doente e fazer o diagnóstico versus verificar aquilo que foi estudado e se o diagnóstico está bem fundamentado. Os peritos médicos da segurança social colocam-se do segundo lado da dicotomia e isso está expresso na documentação oficial da DGSS que mencionamos ao longo desta análise, no manual de avaliação pericial e nos dados recolhidos através das entrevistas.

Relativamente ao primeiro lado da dicotomia, destacamos a resistência ao desempenho de uma tarefa entre aqueles que contribuem inicialmente: os médicos assistentes. Essa oposição deveu-se sobretudo ao fator tempo. Limitados pelo tempo, estes atores optariam por aumentar a sua carga de trabalho sem qualquer contrapartida remuneratória ou por penalizar os seus pacientes ao não atenderem totalmente as suas necessidades. Deste modo, os procedimentos foram sofrendo mutações em resultado de um processo dinâmico e interativo de coprodução, que implicou o envolvimento dos próprios burocratas de rua, e, assim, ajudou a superar a resistência e a encontrar um meio termo para ambas as partes.

No que diz respeito à verificação da fundamentação do diagnóstico e, portanto, o segundo lado da dicotomia, apresentámos a evolução de uma prerrogativa da qual os peritos médicos da segurança social se podem valer, marcada por duas fases. Uma primeira fase, iniciada com o nascimento do SVIP, em que a solicitação de exames e pareceres complementares era encarada com alguma normalidade. Contudo, tensões com o setor da saúde e a observação de que essa prática poderia onerar o SVIP levaram a uma restrição gradual da sua utilização. A segunda fase inicia-se em 1997, aquando da revogação do despacho que em finais de 1989 procurou uniformizar a prática de requisição destes elementos, deixando ao critério dos peritos o recurso a ela ou não. Se no início da nossa investigação julgávamos que o pedido de exames e de pareceres de especialistas era uma ferramenta a que os peritos recorriam frequentemente para aumentar a robustez da sua decisão, as entrevistas acabaram por não corroborar essa hipótese. Podemos dizer que os peritos médicos não são favoráveis à sua utilização, embora os considerem como elementos essenciais na formação da prova, responsabilidade da qual eles foram alienando e deixando-a para o requerente. Assim, concluímos pela existência de uma divergência entre aquilo que está previsto na lei e o que de facto é operacionalizado devido à falta de recursos e constrangimentos que decorrem da articulação com o setor da saúde. Motivações de outra ordem como juízos valorativos por parte dos peritos – a segurança social não tem de financiar a prova de acesso a um benefício social que já vai suportar – justificam também a não utilização desta prerrogativa. Note-se ainda que

esta é uma divergência bastante experienciada e praticada por todo o coletivo, tal como as estratégias que são utilizadas em substituição.

Enfim, as formas de atuação dos peritos relativamente aos dois instrumentos analisados introduzem critérios e práticas que não estão visíveis na legislação, mas que são determinantes na atribuição da pensão de invalidez. A legislação oferece um quadro geral orientador, mas são as práticas forjadas pelos “avaliadores” que acabam por determinar a elegibilidade à prestação social, indo, por vezes, ao arrepio do que a lei poderia suscitar.

7.3 A arquitetura institucional - refúgio para uma tomada de decisão o mais acertada e o menos subjetiva possível

Explicitámos no início desta dissertação que o acesso à pensão de invalidez envolve a verificação de critérios que não são estritamente objetivos e que é tarefa dos peritos do SVIP torná-los o mais concretos possível. A evidência apresentada no capítulo anterior apontou que nem sempre é possível apagar os traços de subjetividade na avaliação da incapacidade, ainda que os peritos procurem objetivar ao máximo a tomada de decisão através de instrumentos como os apresentados na secção acima. Além de traços de subjetividade, a eventualidade de erro no processo decisório é algo que assombra o trabalho dos peritos do SVI, mas que não deve ser confundida com falta de integridade ou ética, valores centrais que este(a) perito(a) enfatizou repetidamente no decorrer da entrevista:

Nós temos é um grupo de trabalho que é aquilo que eu costumo dizer quando tenho alguma reunião. O que é que acho dos meus soldados, do meu grupo de trabalho? Eu sou um simples agente no terreno e eu conheço os meus soldados. Eles podem... podem não! Com certeza erram, como também eu erro. Como também não tenho dúvidas que às vezes farei uma avaliação incorreta. Porque erro, sou humano, mas nunca pondo em causa a nossa honra profissional. Ah, isso não tenho dúvidas. O nosso grupo de trabalho, eu arrisco-me a dizer: o meu grupo trabalho neste momento é intocável, intocável. Agora errar, erramos. Falhar, falhamos. ECM3

Não obstante o panorama exposto, o circuito institucional que regulamenta o processo de tomada de decisão relativamente à presença ou não de um quadro de invalidez contribui para a minimização do grau de subjetividade e do erro. É nessa condição que o consideramos um instrumento de apoio à decisão. Atente-se que ao longo do processo de certificação intervêm três³²⁴ figuras: o médico relator incumbido de construir a história clínica, a CVIP e, se o requerente entender, a comissão de recurso. Além do mais, em caso de dúvida, as duas primeiras figuras podem comunicar entre si através de um fluxo estabelecido na legislação, detalhado no

³²⁴ Na verdade, quatro se considerarmos o médico assistente que elabora a informação médica.

capítulo 4. Portanto, as dúvidas dos peritos médicos podem ser *dissipadas* através de um *remédio* institucionalmente previsto – a devolução por parte da CVIP ao médico relator para esclarecimento de pontos que suscitem dúvidas – e que, de acordo com os entrevistados, fortalece a adequação da deliberação:

A segunda vantagem é que o papel do médico relator é completamente diferente do médico da comissão de verificação. Aliás, pode haver partilha entre os dois. Por exemplo, aqui no distrito de [nome do distrito]: vamos imaginar que o médico relator diz um e a comissão de verificação diz dois. Se houver divergência de opiniões, a comissão de verificação devolve sistematicamente o processo ao médico relator, a dizer: olha nós discordamos por isto ou por aquilo ou pede aquele exame ou analisa melhor esta informação. E, portanto, quando mesmo assim se manter a divergência, a comissão de verificação avalia o beneficiário física e presencialmente. Portanto, eu julgo que o sistema funciona muito melhor assim, porque, como também está previsto na legislação, têm papéis completamente diferentes. Portanto, podemos evoluir para outros sistemas, mas para lhe dizer sinceramente nunca pensei muito nisso, porque o sistema funciona razoavelmente, ou seja, permite uma certa independência na avaliação. ECM4

O médico depois com esta informação faz um relatório, relatório esse que depois é presente à dita comissão de três colegas que tem também os tais meios: tem o relatório do médico família e tem os meios complementares todos digitalizados. Portanto, têm acesso a toda esta informação. Se estão de acordo com o resultado que o médico relator assumiu, muito bem: o processo é deliberado, é determinado sim ou não consoante a situação atual. Se há dúvidas num ponto ou outro, é devolvido ao médico relator para aclarar uma outra situação em que haja realmente dúvidas. E sendo assim, nós tentamos neste mecanismo de idas e vindas - basicamente uma vez basta, normalmente - a situação fica esclarecida. E se não ficar esclarecida - pode haver situações em que não há esclarecimento, em que o médico relator continua a afirmar de pés firmes que aquela situação é o que viu - e perante o que se lê e (...) nós (...) comissão de deliberação não nos sentimos à vontade para deliberar, podemos convocar diretamente o beneficiário e observá-lo diretamente. (...) Portanto, está a ver, há uma série de mecanismos aqui para tentar, vá lá, fazer com que este processo seja o mais granular possível. ECM7

Isso garante-te uma coisa: garante-te objetividade. (...) Eu tenho confiança naquilo que o relator me escreveu. Aliás, e quando não tenho confiança todos os médicos, todas as comissões devolvem o processo ao relator para o relator responder às questões que possam surgir associadas. (...) Mantendo-se o desacordo, aí sim havendo dúvidas, o doente é convocado para observação presencial pela equipa de comissão permanente e é avaliado por três e não por um. E é novamente feita uma reestruturação de tudo. Mas é raro, é raro haver uma divergência tão grande. Mas eu, por exemplo, a semana passada tive quatro casos destes em que a minha comissão não concordou com quatro relatores diferentes. Eles não alteraram e explicaram porque é que não alteraram. Nós não ficamos completamente seguros com a decisão e convocamos os quatro doentes e avaliamos (...) Dois demos razão ao relator e dois efetivamente não concordamos de todo e tivemos de explicar porque é que nós não concordamos. E depois, no meu caso em específico, fui falar com os dois relatores em questão e expliquei-lhes: atenção que tu alegas assim assim, verificou-se assim assim. Coisas mínimas em termos de... mais relacionados com a evolução natural da doença do que propriamente com o enquadramento legal. EPM9

A leitura que fazemos da visão destes peritos é a de que a separação entre o relator e a comissão de verificação proporciona um sistema que pode ser comparado a uma revisão por pares, onde múltiplos atores avaliam o mesmo caso de forma independente. Esta distinção de papéis ajuda, por um lado, a reduzir o viés individual e, por outro permite que sejam identificados e corrigidos erros antes da deliberação final. Em particular, o mecanismo de devolução do processo ao médico relator para prestação de esclarecimentos adicionais garante que qualquer discrepância seja resolvida antes de a CVIP optar por convocar o requerente ou tomar a decisão final. Ou seja, este ciclo de *feedback* promove uma avaliação o mais precisa possível. Por fim, em casos de desacordo persistente entre relator e comissão, a possibilidade

de avaliação presencial por esta última proporciona aos peritos uma avaliação direta do estado do requerente, adicionando uma camada extra de verificação. Isto aumenta ainda mais o rigor da decisão, tendo em conta que são três peritos a proceder à avaliação presencial. Em suma, os peritos utilizam a arquitetura institucional do sistema como um escudo que protege e robustece a integridade, validade e justeza das suas deliberações, que por vezes são colocadas em causa pelos requerentes ou pela comunicação social.

Todavia, esta estrutura do processo de decisão, que se mantém tendencialmente estável ao nível legislativo, também está sujeita a mudança decorrente do poder discricionário que os atores implementadores têm na adaptação dos normativos previstos. Essas adaptações podem, por exemplo, na visão dos burocratas de rua, resultar num melhor desempenho da política ou do seu trabalho. O aumento do desempenho, que neste contexto significa a minimização do erro através de “uma avaliação mais correcta”, é o objetivo do ECM3 ao referir que no CRSS que coordena, a CVIP ao invés de devolver o processo ao médico relator opta por convocar diretamente o requerente, ao contrário dos entrevistados acima que se mantêm fiéis ao circuito legalmente instituído, convocando apenas em caso de persistência da divergência:

O médico relator pode ter dúvidas quando está a avaliar. Nós temos situações. Temos ali uma área cinzenta em que não conseguimos dizer se é mais escuro, se é mais claro, porque temos dificuldades. Será que isto já está em grau invalidante definitiva e permanente? E o médico tem dúvidas. E às vezes eu lembro-me, ainda era novo na peritagem e uma comissão chamou-me a atenção e diz: opa, o relatório que temos aqui, nós estamos aqui a ler e parece que andas aos S's entre o sim e o não e o sim e o não. E eu disse: pois é, se calhar eu refleti a verdade, ou seja, eu tinha dúvidas. Por isso é que a lei prevê que a comissão, em caso de dúvida, pode devolver ao médico relator para se explicar melhor – que é o que nós quase sempre fazemos aqui em [nome do distrito ao qual pertence o entrevistado]: em caso de dúvida, a Comissão tenta não devolver ao médico relator, porque já passou algum tempo, duas, três semanas, que ele viu o doente (...). Nós preferimos chamá-lo à comissão, chamar o requerente à comissão, porque são sempre três cabeças, são três pares de olhos. ECM3

Atropelando o legalmente instituído, a atuação deste ATC caracteriza uma “inevitável implementação adaptativa” (Lipsky, 1971; Berman, 1978; 1980; Elmore, 1978). O mesmo fazem os ECM 6 e 15:

A questão é nos casos de dúvida. O que nós fazemos em [nome do centro distrital] quando temos dúvidas, o médico relator diz: "proponho a convocatória à Comissão" para que haja uma avaliação da Comissão. Ou, ao contrário, quando a comissão tem dúvidas, embora não haja essa informação do médico relator a própria comissão – já aconteceu isso e não é uma coisa tão rara como isso –, convoca a pessoa. (...) Não acontece em todas as comissões, mas quando há essas dúvidas sim. Ou quando há uma coisa muito, muito complicada, é difícil, não é objetivável, o próprio médico relator propõe à comissão que seja convocado. ECM6

Aqui em [nome do centro distrital] combinámos o seguinte (...) em caso de dúvidas chamamos o beneficiário. O processo só é devolvido ao médico relator se virmos que pode ter havido engano. Eu dou-lhe um exemplo: agora há dias, o médico relator escreveu que não estava capacitado para qualquer tipo de trabalho, mas depois enganou-se e pôs uma cruzinha no apto. E, portanto, é devolvido para que ele possa fazer essa alteração. Agora, quando temos alguma dúvida em relação à proposta do médico relator, a comissão chama sempre o utente. ECM15

Através do manual de procedimentos³²⁵ que vigora no CRSS coordenado pelo ECM7, verificamos que nesse centro foi adotado um mecanismo adicional para dirimir as divergências existentes entre o médico relator e a CVIP e, conseqüentemente, colmatar possíveis erros na tomada de decisão. Esse mecanismo é a intervenção obrigatória do coordenador em caso de persistência do desacordo, que se acredita também poder melhorar a qualidade da decisão. Além do mais, trata-se da introdução de mais uma prática institucional que não está prevista nos normativos legais:

Sempre que a CVIP entenda deliberar de forma contrária ao parecer do médico-relator deverá devolver-lhe o processo com as dúvidas levantadas. A prosseguir o desacordo, dever-se-á proceder ao envio ao ATCM (por mail) da situação de discordância, com identificação do processo e motivo do desacordo. O ATCM avaliará a fundamentação da CVIP que, a ser consistente, abalizará a continuação do processo decisório (comunicando por mail, ao presidente da CVIP a decisão), cabendo à Comissão encerrar o processo, mesmo em desacordo com o Perito Relator. Se não for aceite a fundamentação, a CVIP procederá à convocatória do requerente para exame médico, devendo a observação efetuada ficar devidamente registada no “Parecer/Deliberação”³²⁶.

Não obstante as diferenças nas práticas instituídas, há uma crença comum nas vantagens da bipartição de funções entre relator e comissão. O relator é considerado pelos peritos o ator basilar do sistema e se o relatório por si produzido for suficientemente rico e esclarecedor, a CVIP poderá deliberar de forma inequívoca. Tenha-se em conta a seguinte amostra de justificações avançadas pelos entrevistados, que vale a pena citar em extensão:

(...) o médico relator é uma figura central do sistema. É a principal figura do sistema. Compete-lhe a ele fazer a compilação dos elementos que o doente traz e que às vezes trazem muitos, muitos, (..) Às vezes trazem coisas que não interessam nada para o assunto. Portanto, compete-lhe a ele fazer a filtragem do que importa ou do que não importa para aquela questão precisa. Pronto, faz isso e faz o exame. (...) ele produz um relatório. O relatório com a anamnese que eu tenho, os passos seguintes: a profissão, a atividade profissional, se está a trabalhar, se está com baixa, eu tenho de escrever tudo. Quais são as anamneses, as principais queixas invocadas pelo beneficiário, que sustentam, que requerem a necessidade de incapacidade permanente, a terapêutica que faz, os tratamentos que fez ou que não fez ou que conta fazer, os antecedentes pessoais e familiares, principais antecedentes do indivíduo. Se fez muitas cirurgias, fez isto, se fez aquilo, se já foi operado aquela patologia (...) o peso, a altura, os dados biológicos, índice de massa corporal, o estado anímico, o estado da consciência. Tudo e depois vai ao exame pericial em concreto: dirige a sua atuação para o alvo que ele evoca como eventualmente incapacitante. Eu não posso trabalhar, porque tenho gonialgia. Portanto, eu vou fazer exame ao joelho, é o joelho que me interessa mais. Se ele só evoca aquilo como incapacitante é isso que eu vou ver. E se o médico que assiste, o tal que emitiu a informação médica evoca outras patologias que ele não alega como incapacitantes, o perito médico relator tem que avaliar tudo e tem que ver quais são elas para ver se sim ou se não. Porque ele nem alega, percebe? Às vezes o médico assistente diz: tem uma depressão há muitos, não sei quê, nem sei que mais e ele nem fala na depressão e está tudo bem. Está a ver? Tem que anular o dizer que sim ou dizer que não. Tem que argumentar. O médico relator debate isso e expõe por escrito. Faz um relatório do que tem e do que não tem ou de questionar o que lhe provoca, o que ele lhe põe para ele responder. Dirige as perguntas conforme as situações em concreto. E depois junta, digitaliza. (...) o exame do médico relator é tão bom que eu antes de chegar ao fim já sei qual é a conclusão, porque as evidências apontam naquele sentido. Isso é que é um bom processo: tem que ter um sujeito e um predicado (...). Tem que ter uma sequência lógica (...). Se não for assim, o processo está mal conduzido. Está mal elaborado. ECM2

³²⁵ O manual não é de acesso público e foi gentilmente partilhado pelo ECM7 na sequência da sua entrevista.

³²⁶ Manual de Procedimentos Médicos. Núcleo de Verificação de Incapacidades do [nome do centro distrital]. Versão 1.5.3b. janeiro de 2022.

Ora bem, o relator é uma pedra basilar de todo este processo. É o que vai relatar o que está a ver os elementos clínicos de que dispõe e dá o seu parecer. (...) Agora, a Comissão de Verificação de Incapacidade Permanentes, eu costumo dizer muitas vezes faz um trabalho de elevadíssima responsabilidade. Porque, pese embora não esteja a ver o beneficiário é sobre ela que incide e tem capacidade deliberativa. É um trabalho de verificação constituído por três elementos e que serve para nós vermos se o encadeamento lógico assumido pelo relator faz sentido ou não. A história conta-nos o motivo da sua incapacidade, é portadora daqueles elementos, é submetida a um exame físico ou um exame de estado mental do tipo patologia. E depois é formalizado um raciocínio, um parecer. Se houver um encadeamento lógico clínico pericial compete à Comissão subscrever isso, se as coisas fizerem sentido. Ok, agora a Comissão tem esta grande responsabilidade de verificar. Mas se achar que falta algum elemento naquele processo se não bate a bota com a perdigota, se a pessoa disse que não era capaz de fazer e depois no exame objetivo está tudo bem e depois no fim o relator dá-lhe uma invalidez...o que é que aconteceu aqui? Ou vice-versa. A pessoa diz que até tem capacidade, os relatórios não são nada de especial, o exame físico é uma desgraça e depois no fim está apto. O que é que se passa? Esse papel é muito importante. Eu sou um grande defensor de que as CVIPs são um trabalho de elevadíssima responsabilidade no SVI. EPM11

A função do médico relator é, portanto, a de construir uma história cujo final resulte em incapacidade laboral e a CVIP verifica a coerência da transformação de um ato de avaliação eminentemente físico em papel por parte do relator.

Finalmente, e não menos importante, a forma da divisão do trabalho entre os peritos e a implementação da obrigatoriedade de tempos mínimos de serviço são dimensões da arquitetura do sistema que sofreram modificações para promover a melhoria das decisões e que não são captadas pela simples análise legislativa.

As orientações emitidas no rescaldo da criação do SVI³²⁷ davam indicação expressa de que os médicos relatores só a título excecional podiam participar nas comissões de verificação e, claro, desde que não estivesse em causa um requerente observado por ele. Ora, esta especialização funcional alterou-se com decorrer do tempo. Atualmente todos os peritos exercem tanto a função de médico relator como de médico nas CVIPs e comissões de recurso, desempenhando assim papéis múltiplos:

Eu estive nessa situação. Eu era médico[a] relator[a] e depois pediram para fazer a comissão e eu na altura recusei, não quis fazer parte das comissões. (...) mas depois com o tempo passei a fazer, mas já com o meu consentimento. Mas o médico relator nunca é depois médico na comissão do utente. Pode fazer parte de outra comissão. Todos nós fazemos de médico relator e todos nós fazemos de médico de comissão. ECM13

Eu antigamente só fazia de relator[a], mas, entretanto, as coisas mudaram, houve falta e faço uma comissão só. ECM14

No nosso [centro distrital] uns dias são médico relator, outros dias fazem comissões, outros fazem comissões permanentes, outras vezes fazem comissões temporárias. Somos polivalentes, passamos pelos diversos crivos. E assim, temos uma versatilidade maior. ECM2

Subjacente a esta composição flexível, não encontramos apenas argumentos relacionados com a importância do desempenho de vários papéis de modo que os peritos atinjam uma melhor compreensão dos processos de avaliação e uma maior coerência na tomada de decisão. Mais uma vez, encontramos um sinal de adaptação do SVI que se deve à escassez

³²⁷ Orientações Sistema de Verificação das Incapacidades Permanentes. PT/MTSSS/GabMin/6581.

de recursos, pois, apontam alguns dos entrevistados, o início das suas funções em comissão deveu-se à falta de recursos humanos. Em suma, o sistema acomoda-se às condicionantes para poder dar continuidade ao ritmo burocrático.

Relativamente à imposição de tempos mínimos de trabalho, num regime de prestação de serviços, o seu propósito é a promoção da qualidade do ato de peritagem e encontrámos esta prática apenas num centro distrital. Na nossa perspetiva, isto é profundamente revelador de atuações discricionárias por parte dos centros distritais, podendo gerar desigualdade na avaliação da incapacidade ao nível nacional. Essa autonomia para adotar práticas diferenciadoras, que um dos entrevistados designa de “quase profissionalização” dos peritos médicos pode resultar em disparidades na consistência e na qualidade dos serviços de peritagem oferecidos.

Nós, no nosso centro distrital, temos esta... eu chamo-lhe quase profissionalização dos peritos, porque temos um número mínimo de períodos que o médico tem que trabalhar para poder ser perito neste centro e isso é um garante de funcionamento como um serviço. Ou seja, nós temos um serviço de peritagem médica. Todos os peritos médicos têm de trabalhar pelo menos três períodos por semana no serviço, de forma que haja um compromisso com as regras do serviço, que haja um compromisso com a qualidade do serviço e isso acho que é diferenciador relativamente à grande maioria dos centros distritais. Se não mesmo relativamente a quase todos os centros distritais. Isto faz com que as pessoas ao alocarem aqueles três períodos semanais tenham um grau de compromisso e um grau de atualização e cumprimento de regras muito, muito, muito superior do que se calhar a um regime puro e duro de prestação de serviços, apesar de ser um regime de prestação de serviços, não ser um regime de prestação de serviços tão leviano. Não acho que isso devia afetar a qualidade técnica, mas efetivamente, comparando com outros sítios, penso que afeta(...). EPM9

7.4 Manuais de avaliação pericial, outras *guidelines* e a formação

Foi a partir de 1998 que se efetuaram diligências para a constituição de grupos especializados por temas que chegassem a um consenso relativamente a critérios de avaliação objetivos e uniformes. A proposta foi do ATC José Parreira³²⁸, no âmbito do Conselho Médico, e tinha como objetivo a elaboração de relatórios dotados de maior qualidade científica, bem como alcançar uma harmonização na comunicação das deliberações³²⁹. Na perspetiva deste assessor, os grupos deviam ser compostos por coordenadores geograficamente próximos e incluir pelo menos um médico do trabalho. A inclusão obrigatória deste último nos grupos visava garantir que as orientações tivessem sempre uma “primeira parte sobre os critérios científicos para a avaliação da invalidez física” e numa segunda parte se procedesse ao seu relacionamento com o exercício da profissão³³⁰. O médico do trabalho foi considerado por alguns dos peritos

³²⁸ Era à data o representante dos assessores técnicos de coordenação dos centros regionais (atualmente centros distritais) na coordenação do CM – artigo 7.º do Regulamento do CM.

³²⁹ CM, “Ata n.º 3”, 24 de novembro de 1998.

³³⁰ CM, “Ata n.º 3”, 24 de novembro de 1998.

entrevistados como uma figura de especial relevância na avaliação das capacidades remanescentes, adaptação de funções e do posto de trabalho e ainda na elaboração da declaração de atividade profissional a apresentar aquando do pedido de pensão de invalidez (ECM2; ECM3; ECM4; ECM5; ECM6; ECM7; EPM9; EPM10; EPM11; EPM12; ECM14), sendo a melhor alternativa ao assessor técnico de emprego, como já abordado no capítulo 5³³¹. Contudo, como relata o EPM9, essa pertinência não lhe é atribuída na avaliação da incapacidade para o trabalho, visto que neste domínio o mais importante é a formação clínica e a compreensão da evolução natural das doenças e como isso se relaciona com a possibilidade de continuar a trabalhar na profissão e condições usuais:

São coisas completamente distintas. Temos muitos colegas que fazem medicina do trabalho, é verdade, mas o ónus técnico da decisão é muito mais relacionado com a clínica do que propriamente com a medicina do trabalho. (...) efetivamente ter a especialidade em medicina do trabalho também não acho que acrescente nada na decisão. É muito mais importante ter um bom conhecimento da evolução natural da doença do que propriamente do conhecimento que adquiriram no âmbito da especialidade de medicina do trabalho. EPM9

Da constituição desses grupos resultaram os manuais *Critérios de Avaliação Pericial, Manual I* (2001) e *Critérios de Avaliação Pericial, Manual II* (2006), ambos organizados e elaborados por Assessores Técnicos de Coordenação do SVI³³², não existindo nenhuma atualização mais recente. Os manuais encontram-se organizados por grupos de doenças e as orientações seguem a seguinte estrutura: uma primeira parte que inclui orientações para o exame clínico; exames, análises e meios de diagnóstico fundamentais; confirmação do diagnóstico; prognóstico da doença incapacitante e uma segunda parte que inclui alusão aos diferentes tipos de doenças incapacitantes e as suas correlações com os diferentes tipos de profissões. O Manual I descreve orientações técnicas para as seguintes doenças: ginecológicas (doenças da mama e do aparelho digital); hematológicas (hematologia oncológica); infectocontagiosas (infecção VIH-SIDA); oftalmológicas; ortopédicas (critérios em ortopedia e exame ortopédico); psiquiátricas e respiratórias. Por seu lado, o Manual II debruça-se sobre as doenças cérebro-cardio-vasculares (doenças cérebro-vasculares; doenças cardíacas e doenças vasculares), dermatológicas, digestivas, doenças endócrinas e metabólicas; doenças genitais

³³¹ O programa de formação da área de especialização de Medicina do Trabalho está previsto na Portaria n.º 307/2018, de 8 de outubro e estabelece que a medicina do trabalho é “uma especialidade de natureza essencialmente preventiva”, por isso o plano de formação deve assegurar a aquisição de conhecimentos e competências que permitam a realização de intervenções especializadas de caráter preventivo sobre as condições em que o trabalho é prestado, no sentido da proteção, vigilância e promoção da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco profissionais.

³³² O primeiro manual foi coordenado pelos ATCs de Viseu, Viana do Castelo e Portalegre, enquanto o segundo manual foi coordenado pela ATC de Viana do Castelo. Sabemos ainda que entre 2002 e 2003 foi elaborado, pela Comissão Permanente do CM, um “Auxiliar de Verificação de Incapacidades” que tem uma vertente clínica. No entanto, não encontramos qualquer referência a este instrumento a não ser nas atas n.º 3/2002, de 18 de novembro e n.º 1/2003, de 17 de fevereiro.

masculinas; neurológicas (doenças do sistema nervoso central e doenças do sistema nervoso periférico), otorrinolaringológicas e doenças dos rins e vias urinárias. A seleção das patologias, pelo menos para o Manual I, decorre do facto de serem as mais frequentes e geradoras de incapacidade³³³.

A secção introdutória do Manual I revela-nos matéria interessante. Por um lado, que as diretrizes técnicas nele contidas não são prescritivas, mas somente orientadoras, não colocando em causa a autonomia dos peritos médicos. Por outro lado, elas visam contribuir para que o exercício de avaliação da incapacidade para o trabalho assente em critérios objetivos e seja o mais uniforme possível nas diferentes regiões do país. Estes mesmos entendimentos encontram-se atuais, tendo em conta a informação fornecida pelos entrevistados³³⁴: os manuais funcionam como um guia de referência e não como regra absoluta. De novo sublinham a importância da flexibilidade e da consideração das circunstâncias individuais, não obstante um(a) dos(as) entrevistados ter referido que os manuais também procuram contribuir para uma tentativa de redução das disparidades regionais:

Sim, auxiliam. Eles agora estão desatualizados, nós estamos a tentar criar um grupo de trabalho para atualizá-los, apesar de que na medicina, digamos, a rigidez, a matemática não entra. Nós podemos ter alguma orientação, mas depois há sempre a pessoa. Como eu já disse, às vezes as pessoas são mistas. Você tem um problema físico e um problema psíquico. O mesmo problema físico pode ter repercussões diferentes. O mesmo diagnóstico, a mesma patologia pode ter repercussões diferentes em pessoas que são pessoas diferentes. ECM3

Portanto, há algum tempo nós fizemos uns cadernos onde foram feitas várias pesquisas e introduzidos vários critérios, critérios, critérios e não percentagens. Critérios, tentámos uniformizar os critérios. Para que em [nome do distrito] nós reformássemos e no [nome de outro distrito] não. Portanto, esse é essencialmente o nosso instrumento de trabalho. ECM14

Encontramos outro aspeto indicativo da natureza *referenciadora* destes guias na secção 4 da introdução do *Manual I*, intitulada “Profissões-tipo e carga de trabalho”. Nela, os autores procuraram estabelecer “alguns referenciais suficientemente amplos”, admitindo que “as rápidas e constantes alterações que se verificam, quer ao nível das máquinas e equipamentos, quer a nível dos modos e processos de produção de trabalho, impõem algumas limitações às considerações” ali tecidas. Não obstante este reconhecimento, os autores optaram por elaborar uma tabela de correspondência entre cinco categorias-tipo de trabalho de acordo com a respetiva carga (1- Muito pesado; 2 – Pesado; 3 – Médio; 4 – Ligeiro; 5- Sedentário) e os nove grupos profissionais e alguns sub-grupos da Classificação Nacional de Profissões de 1994. O objetivo deste exercício foi disponibilizar aos peritos do SVI mais “um instrumento a que possam lançar mão quando exercem a sua atividade” (ECM2).

³³³ Introdução dos *Critérios de Avaliação Pericial, Manual I*.

³³⁴ Dois dos ATCs tinham os manuais consigo para apresentá-los durante a entrevista e falaram voluntariamente deles (ECM2, ECM13).

De facto, de 2001 ou 2006 até hoje, os domínios do trabalho e do emprego passaram por profundas mutações, decorrentes, por exemplo de mudanças tecnológicas (digitalização, robotização, ‘teletrabalho’, inteligência artificial). Esta realidade pode ter tornado estes manuais tendencialmente obsoletos, uma vez que não foram atualizados à luz de novas evidências e recomendações. Contudo, isso não impede que alguns ATCs os continuem a introduzir aos novos peritos, ainda que revelem um certo ceticismo quanto à sua utilização na prática:

Olha, ainda hoje estive a dar formação a dois colegas que vão entrar no SVI e tive o cuidado de mostrar os manuais. Os manuais já são muito antigos: foram feitos em 98, se não estou em erro. Provavelmente já estão um bocadinho desatualizados. Mas os princípios basilares estão lá, as pedras angulares. São só manuais em que há critérios de verificação por órgãos ou por sistemas: músculo-esquelético, reprodutor, cardiovascular, etc etc. etc. Eu julgo que têm tido menos uso do que deveriam ter. ECM4

Já outros coordenadores, perante a desatualização dos manuais, preferem utilizar guias de outros países, recomendando-os aos peritos do centro que coordenam, sublinhando também o seu carácter meramente orientador:

Existe um manual que até tem dois volumes, mas nunca mais foi atualizado. O que é que eu uso como guia? O espanhol. Os espanhóis têm atualizado regularmente isso tudo. (...) Eu recomendo, se eles utilizam...eu vou partir do princípio de que sim, porque aquilo também é fácil. Também vamos lá ver! Nós somos médicos e o manual só nos dá uma ideia se a nossa perspetiva técnica ou científica em relação àquela patologia está correta. ECM5

Naturalmente, quanto maior a experiência acumulada dos peritos, mais pontual é o recurso aos manuais. A prática clínica frequente e os anos de peritagem, adicionalmente suportada pelos relatórios das especialidades, resultam numa adaptação dos critérios previstos nas orientações:

Quando é necessário [recorrem aos manuais], porque depois com a experiência nós acabamos por ter...portanto, não aplicamos exatamente estes critérios, mas sim com base também na nossa experiência e com base nos relatórios que nos são enviados pelas especialidades. ECM13

Na verdade, os próprios autores do *Manual I* referem que as orientações técnicas produzidas resultam da junção entre os seus conhecimentos e a sua experiência, ambos adquiridos no seu exercício profissional. Assim, os peritos médicos da segurança social tendem a incorporar os seus conhecimentos clínicos no raciocínio que orienta a aferição sobre se um requerente cumpre os critérios de acesso à pensão: algo que confirma a literatura internacional mais recente sobre o tema (Bolderson et al, 2002; de Boer et al, 2008; de Boer et al, 2007; Wind et al, 2016) e que se reflete na relação que estes atores estabelecem com os manuais.

Existem ainda dois outros tipos de guias que devem ser colocados lado a lado com os manuais. No primeiro estão as linhas-guias elaboradas ao nível do centro distrital, que vão além do mero manual de procedimentos. Um dos entrevistados, por exemplo, desenvolveu um guia

para realização do relatório médico-pericial numa determinada área de especialidade³³⁵ que apenas é utilizado no seu centro distrital. Esta prática, mais uma vez sugere que existe autonomia suficiente ao nível dos centros distritais para a definição de normas e padrões, mas que em última instância podem resultar em disparidades regionais ao nível da implementação, ou seja, da atribuição da prestação social. Neste caso em concreto, a discricionariedade resulta da própria área de formação do profissional local coordenador:

[Cada centro distrital] Tem uma certa autonomia. (...) Porque as populações também são diferentes. Para as incapacidades permanentes, eu desde o início que criei logo uma grelha...que também sou o único distrito que a tenho em vigor desde 97. Acho eu. Isto é para a [nome da especialidade], só para a [nome da especialidade]. Versão original 97. A última revisão foi feita agora em 2018. Só o distrito de [nome do distrito] é que fez isto logo por eu ser [nome da especialidade]. Fundamentalmente foi por eu ser [especialidade]. ECM8

A segunda são os consensos médicos nacionais em torno da etiologia e evolução de determinadas doenças. Da nossa investigação, identificámos a existência de dois ao nível do SVI. Ambos se relacionam com patologias cuja sintomatologia é menos física e, portanto, mais difíceis, mas não impossíveis de objetivar, tal como identificado por vários entrevistados. São elas as doenças psiquiátricas e a fibromialgia. A título de exemplo, no *Consenso Nacional – Perturbações do Humor – Depressão*³³⁶, estabeleceu-se que no caso de perturbação depressiva recorrente, se nos últimos 1.095 dias existirem sucessivos episódios de reincidência/recaída com correspondente incapacidade temporária (internamentos hospitalares psiquiátricos e recurso a emergência médica pré ou hospitalar por, por exemplo, tentativas de suicídio), deverá ser realizada uma peritagem mais “sofisticada” para incapacidade permanente com vista à atribuição de pensão de invalidez. Já no caso de perturbação depressiva persistente – distímia -, estabeleceu-se que perante este quadro não deveria ser certificada incapacidade para toda e qualquer profissão, sendo considerado benéfico uma atividade ocupacional para fins terapêuticos. Além da consensualização destes parâmetros, é possível encontrar recomendações genéricas para a elaboração do relatório de psiquiatria no âmbito de uma peritagem na segurança social: descrição sindrómica da doença à luz da Classificação Internacional de Doenças (CID), “de forma a objectivar com rigor imparcial e tornar facilmente e de maneira transparente, para todos os peritos a confirmação dos sinais e sintomas pelo beneficiário de

³³⁵ De forma a garantir o anonimato do(a) ATC, optámos por não indicar qual a especialidade.

³³⁶ Consensualizado entre o Conselho Médico Nacional do SVI, a Direção-Geral da Saúde – Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, Conselho Nacional de Saúde Mental, Divisão de Saúde Ocupacional (com adenda); a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto – Prof. Doutor António Pacheco Palha (com adenda); a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra – Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (com adenda) e a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa – Prof. Doutora Maria Luísa Figueira (com adenda).

Segurança Social que se afirma doente”³³⁷; diagnóstico nosológico; indicação dos elementos de prova obrigatórios e indicação de elementos de prova adicionais; descrição do meio laboral. No caso da fibromialgia, o consenso nacional estabeleceu que esta patologia “não representa perda de capacidade de ganho superior a 50% e, portanto, inferior à perda de 66,6% requerida pela Segurança Social portuguesa para atribuir a incapacidade permanente por doença natural.”³³⁸

Pese embora a existência destes consensos, apenas dois dos entrevistados lhes fizeram referência. O(a) EMC2, que confirmou que ajudam à tomada de decisão, e o ECM7, que revelou conhecimento do consenso nacional ao nível da fibromialgia, mas com o qual não concorda:

Ajuda, ajuda, ajuda bastante [a objetivar o processo de tomada de decisão]. Nós nas depressões de uma maneira geral, não reformamos. Só reformamos as depressões com surtos psicóticos, com doença psicótica associada, se têm surtos. Algumas depressões têm quadros de psicose associados, têm surtos psicóticos, insónias ou então uma depressão com múltiplos internamentos, que são raras. A maior parte das depressões são tratáveis ou controladas. Fazem a medicação e continuam, estabilizam. Têm períodos de descompensação, mas têm capacidade temporal, não é definitiva, claro. ECM2

Estou-me a lembrar, por exemplo, o problema das fibromialgias, que é um dos problemas mais graves que nós temos num sentido. A fibromialgia é um quadro muito depreciado, devo dizer. Inclusive foi das poucas situações em que a nível de SVIs, em 2005, houve uma *guideline* nacional de considerar a fibromialgia uma situação de não valorizar pura e simplesmente. Eu devo dizer que não fui de acordo com isso, porque não é de desvalorizar a fibromialgia. O que tem de ser é enquadrado. E o problema é que a fibromialgia é uma patologia que estava a ser vista de uma maneira e tem que ser vista de outra forma. A fibromialgia é um equivalente depressivo grave. Portanto, é nessa medida que tem que ser visto e pensado e não um quadro reumatológico. Remeter para a reumatologia, as pessoas acabavam em analgésicos e nunca melhoravam. Pois não, porque o problema não está, o problema está na depressão que as pessoas têm. Trata-se de depressão e só vão melhorando progressivamente da sua dor. Mas tem de ser visto ao contrário...são problemas realmente um bocadinho complicados nesse sentido. ECM7

Por outro lado, outros entrevistados indicaram que existem consensos ao nível dos seus centros, embora sejam quase idênticos ao consenso nacional. Além do mais, como se pode ver, esses entendimentos são bastante partilhados entre os peritos sem necessidade de recurso a um consenso nacional e até mesmo com aquilo que foi relatado pelo(a) ECM2, o que demonstra a importância da formação clínica e do conhecimento do estado da arte das doenças. Neste caso, mesmo não recorrendo a uma *guideline nacional*, os ATCs partilham de categorias homogêneas e uniformizadas quanto às patologias de foro psiquiátrico, consensualizadas em sede do Conselho Médico:

Para tentarmos aqui criar uma certa uniformidade de trabalho entre todos os elementos em algumas reuniões que nós tivemos, tomámos uma decisão, que é assim: se o beneficiário se apresenta com uma declaração ou um atestado, por exemplo, de um psiquiatra referindo que o indivíduo em questão tinha uma depressão major,

³³⁷ Carrilho, J. Margalho (2007). *Medicina na segurança social: psiquiatria forense em direito público e verificação de incapacidades psiquiátricas no âmbito da segurança social. I Colectânea de Conferências no Instituto de Medicina Legal - Ministério da Justiça e Consensos Médicos Nacionais*. p. 16.

³³⁸ Carrilho, J. Margalho (2007). *Medicina na segurança social: psiquiatria forense em direito público e verificação de incapacidades psiquiátricas no âmbito da segurança social. I Colectânea de Conferências no Instituto de Medicina Legal - Ministério da Justiça e Consensos Médicos Nacionais*. p. 96.

recorrente, que seria renitente à medicação, portanto, nós vamos acreditar que o colega da psiquiatria faz o seu atestado como deve ser e aí vamos atribuir de facto que a pessoa está com essa patologia e é incapacitante para o trabalho que exerce. ECM15

E, portanto, sendo assim, o que nós fizemos foi um pouco a distinção entre depressões e doenças mentais. As doenças mentais são marcos mais fáceis de equacionar, porque são sempre mais graves. Portanto, essas são relativamente fáceis de determinar...o problema está na depressão. E saber o que é um quadro depressivo, subdepressivo, se é um quadro depressivo em que de facto leva um indivíduo a ter uma degradação psicomotora, inclusive, porque não é só psíquico. É motora mesmo, grave. ECM7

Portanto, estamos a falar de uma esquizofrenia grave, de um doente bipolar: estão bem documentados, têm um acompanhamento regular a nível hospitalar, muitas vezes há histórico de internamentos, nota-se que já se tentou inúmeras medicações e quer dizer, conseguimos por a pessoa num nível funcional, mas não apto para a sua atividade profissional. Nesses casos, esses são fáceis de decidir. Os mais comuns nos quadros muitas vezes depressivos, moderados a graves e que nós, enquanto peritos, o entendimento que temos, portanto, é que temos que avaliar na minha ótica critérios de psicopatologia grave. O que é que é psicopatologia grave para mim? No caso dos quadros depressivos: escalonamento terapêutico sem resposta, integração em hospital de dia, tratamento de profusão, ou seja, a pessoa vai fazer tratamentos endovenosos, terapia electroconvulsiva, que é com uns choques elétricos na cabeça, internamentos vários anos em hospital e, portanto, e isso para mim são uns *redflags* de patologia grave, do ponto de vista psiquiátrico grave. Infelizmente essa não é mais comum. (...) nós temos que ter este enquadramento muito claro numa avaliação pericial. De patologia depressiva nós apanhamos muitas patologias do foro mental. As graves são fáceis de decidir. As outras entram naquele saco que lhe descrevi há bocadinho. Existe muito que se pode fazer por um doente com quadro depressivo e estar a determinar uma incapacidade absoluta e permanente para o desempenho da sua atividade profissional é demasiado taxativo. EPM11

Fica assim evidente que à medida que os peritos ganham experiência, menos se amparam nestes materiais. Não se trata apenas de eles terem um carácter meramente indicativo. É muito mais que isso: o discurso dos entrevistados deixa entrever que o atributo experiência e o conhecimento acumulado têm uma maior relevância face a diretrizes que estão em vias de desatualização. Sublinhe-se ainda que estas diretrizes não são um instrumento de interferência burocrático-administrativa na esfera da medicina. Como vimos, a criação dos manuais de avaliação pericial foi proposta de um perito e aqueles que os concretizaram eram igualmente peritos(as) do SVI. O mesmo se passa ao nível dos consensos, cujas aprovações resultam de acordos com instituições com competência na área. Tudo isto revela que esta é uma área de política em que a autonomia dos *burocratas de rua* não é restringida e este tipo de diretrizes só reforça a sua independência técnica, independentemente do seu grau de utilização e das disparidades que possam existir ao nível regional.

Em contraposição à fraca utilização destes instrumentos, a grande maioria dos peritos considera que a formação, nas suas diversas modalidades, é um meio relevante para que se consiga alcançar decisões tão uniformes quanto possível. Aposta-se, com efeito, na sua promoção. Conforme indica o *Módulo Profiss Verificação de Incapacidades*, na área dos riscos profissionais, existem tabelas e listas de doenças que “permitem uma valoração

harmonizada”³³⁹, contrastando com o que se verifica no âmbito das doenças naturais. Esta falta de instrumentos equivalentes na invalidez dificulta “a homogeneidade dos critérios”³⁴⁰, sugerindo este módulo a organização “de encontros técnicos periódicos para discussão e estudo de casos e critérios, de modo a suscitar a criação de uma certa ‘jurisprudência’ (...) na avaliação das situações e no tratamento pericial a dar-lhes³⁴¹.” Note-se que as atas das reuniões do CM também apontam para um entendimento unânime no que diz respeito à necessidade de formação por via de encontros e conferências, espaços privilegiados para chegar à tal uniformização dos critérios de ação do SVI:

O Dr. Margalho Carrilho salientou, a título exemplificativo, a questão da “fibromialgia”, a qual provoca opiniões díspares entre os próprios especialistas na matéria. E neste sentido, seria importante promover a realização de mesas redondas com a participação de especialistas na matéria e os próprios peritos médicos do SVI, de modo a obter uniformidade no critério de atuação do SVI, pelo que foi apresentada uma proposta nesse sentido...” Como este, outros casos técnicos foram relatados pelos assessores técnicos de coordenação do SVI, cujas dúvidas persistem, sendo conveniente solucionar a questão da formação dos peritos médicos para uniformidade dos critérios de actuação.³⁴²

A realização de um encontro de âmbito nacional – o Encontro Nacional do Sistema de Verificação de Incapacidades – e de conferências regionais foram os dois espaços criados para estas discussões e troca de conhecimentos. O primeiro era considerado um fórum tão importante que justificou, em 1999, a elaboração de uma recomendação por parte do CM, remetida ao Secretário de Estado, com o objetivo de se oficializarem tais encontros e garantir que os mesmos passassem a ser financiados pela Secretaria de Estado³⁴³. E apesar de ainda em 2007 encontrarmos referências de alto-nível quanto à pertinência desse seminário³⁴⁴, enquanto local formativo por excelência, a verdade é que isso não se refletiu, sequer, na regularidade do evento. O quadro abaixo compila, a partir de informação dispersa, os encontros até agora realizados. Como se pode verificar, apesar de pensado para ser realizado bienalmente, isso não aconteceu. Por exemplo, em 2002, o encontro previsto acontecer em Viseu foi cancelado por dificuldades orçamentais, situação lamentada pelo ATC de Coimbra, Adriano Rodrigues. Em reunião do Conselho Médico, este destacou que por ser o único fórum a oferecer, à data, formação específica na área do SVI a nível nacional, ele não deveria ser afetado por motivos dessa ordem³⁴⁵.

Quadro 11: Encontros Nacionais realizados no âmbito do SVI

Encontro	Ano
I Encontro Nacional SVIP’S sobre verificação de incapacidades permanentes na Segurança Social em Lisboa (Estoril) ³⁴⁶	1989

II Encontro Nacional dos Serviços de Verificação de Incapacidades Permanentes	1990
Encontro Nacional no Porto	1997
Encontro Nacional do SVI em Setúbal (Tróia)	1999
V Encontro Nacional do SVI no Algarve	2000
VI Encontro Nacional do SVI dos Açores	2001
<u>VII Encontro Nacional do SVI em Viseu</u>	2005
<u>Encontro Nacional do SVI em Lisboa\</u>	2007
<u>Encontro Nacional do SVI na Póvoa de Varzim</u>	2009
<u>Encontro Nacional do SVI em Vila Nova de Gaia</u>	2017

Fonte: A reconstituição dos encontros realizados foi feita através de análise documental: Revista Pretextos n.º 25 (2007) e n.º 34 (2009), Atas do Conselho Médico e documentação do Arquivo do MTSS.

As Conferências Regionais têm um escopo mais especializado e restrito e nelas devem participar os peritos médicos e dirigentes dos serviços de apoio administrativo da região organizadora, bem como todos os assessores técnicos de coordenação, além de poderem ser convidados representantes de organismos parceiros do SVI (ARS e IEF) e o Instituto da Segurança Social dos Açores. A participação nestas conferências é certificada e os casos de peritagem apresentados são divulgados por todos os médicos da segurança social de modo a servirem de material de suporte à formação nos outros distritos.³⁴⁷

Evolução análoga à do Encontro, encontramos também nestas conferências: uma redução com expressão significativa a partir de 2009 (quadro 12). Aliás, a conferência sobre

³³⁹ Cardigos, Sara. 1999. *Módulos Profiss. Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social. Verificação de Incapacidades. Guia do Formando*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Secretaria de Estado do Emprego e Formação. p. 5.4

³⁴⁰ Ibidem.

³⁴¹ Ibidem.

³⁴² CM, “Ata n.º 2/2003”; de 30 de junho.

³⁴³ CM, “Ata n.º 4”, 9 de março de 1999.

³⁴⁴ Numa missiva de 2007 do Presidente do Conselho Diretivo do ISS ao Chefe de Gabinete do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social lê-se: “o Encontro Nacional do SVI (ENSVI) tem vindo a assumir-se, no seio da Segurança Social, como um instrumento de especial relevância no âmbito da verificação de incapacidades, contribuindo, a par de outros instrumentos, para a formação de todos aqueles que colaboram com o SVI. (...) Tendo sido entendido que o ENSVI deveria passar a ter uma periodicidade bienal, foram iniciados alguns procedimentos necessários para a realização do ENSVI em 2007 (...)”.

Comunicação do Presidente do Conselho Diretivo do ISS ao Chefe de Gabinete de Sua Excelência o Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, 24 de novembro de 2006. PT/MTSSS/GabMin/14760.

³⁴⁵ CM, “Ata n.º 3/2002”, de 18 de novembro.

³⁴⁶ Intervenção de Sua Excelência o Secretário de Estado da Segurança Social na sessão de encerramento do I Encontro Nacional SVIP’S, 20 de maio de 1989. PT/MTSSS/GabMin/007897.

³⁴⁷ CM, “Ata n.º 1, de 19 de fevereiro de 2002.

Peritagem Médica nas doenças osteo-articulares/ortopedia que teve lugar no Porto em 2005 deveria ter ocorrido logo em 2002 e foi cancelada igualmente por motivos orçamentais do CDSSS do Porto³⁴⁸.

Quadro 12: Conferências regionais realizadas no âmbito do SVIP

Tema da Conferência	Local	Ano
Peritagem Médica nas Doenças Cardiológicas	Faro	2002
Peritagem Médica nas Doenças Psiquiátricas”	Lisboa	2002
Peritagem Médica nas doenças osteo-articulares/reumatologia	Coimbra	2003
Fibromialgia	Lisboa	2005
Peritagem Médica nas doenças osteo-articulares/ortopedia	Porto	2005
Peritagem médica no direito público	Lisboa	2006
Hérnias Disciais na Verificação das Incapacidades	Coimbra	2006
Doenças Oncológicas	Viana do Castelo	2006
Peritagem médica em Neurologia	Santarém	2007
Peritagem médica em Psiquiatria	Faro	2007
Peritagem médica em Pneumologia	Vila Real	2008
Peritagem médica em Oftalmologia	Beja	2008
Incapacidades cardíacas e psíquicas	Aveiro	2009

Fonte: A reconstituição dos encontros realizados foi feita através de análise documental: Revista Pretextos n.º 26 (2007); n.º 28 (2007); n.º 32 (2008) e n.º 33 (2009), documentos do Arquivo do MTSS

De acordo com os entrevistados, este tipo de encontros potencia, de facto, a padronização de critérios e a obtenção de consensos relativamente a questões que suscitam preocupações. Contudo, o setor político não parece atribuir-lhe o mesmo peso, tendo em conta a não afetação de verbas e recursos para a sua organização, como sugerem os entrevistados:

Fazer um encontro nacional não é pêra doce, envolve muita gente, são centenas de peritos, tem custos associados, mas julgo que vai ter de se fazer algum a curto prazo. ECM4

Olha, o último desses que tivemos já foi há mais de cinco anos ou nem sei. Portanto, não podem ser importantes, porque não há. Infelizmente. ECM5

Há tantos anos que isso não existe. Deixou de haver dinheiro, deixou de haver encontro. Ou seja, desde que foi aquela crise com o Passos Coelho nunca mais houve dinheiro. ECM6

Agora há muito tempo que não se fazem reuniões nacionais, porque, tanto quanto eu percebo, não têm orçamento para isso. Mas na altura, portanto, aqui no tempo do ministro Vieira da Silva, 2010, 2009, nós tínhamos três reuniões regionais: Centro, Norte e Sul e tínhamos uma reunião nacional de dois em dois anos. ECM8

Já há quatro anos ou que é que não se faz. Isso era importante para as pessoas porem as dúvidas: tem uma parte teórica e uma parte prática que é fundamental. Ainda hoje tenho dúvidas. EPM10

³⁴⁸ CM, “Ata n.º 3/2002”, de 18 de novembro.

Perante estes condicionalismos, os peritos procuraram adaptar-se e desenvolveram outras modalidades de formação. Organizadas sobretudo ao nível do centro distrital, o papel dos ATCs é crucial para este ímpeto, que percecionam tais momentos formativos como atos que reduzem a discricionariedade, pelo menos ao nível local. Em pelo menos um centro, estas reuniões de base formativa são vistas como um garante de qualidade da tomada de decisão, tendo por isso um carácter obrigatório, o que contrasta com outros centros, como o coordenado pelo ECM5 que indicou ser difícil cativar os peritos a participarem:

Nós temos um conselho médico que reúne periodicamente duas ou três vezes por ano, presencial ou via zoom ou teams e conversamos sobre os nossos critérios, sobre as nossas preocupações e transmitimos aos peritos médicos locais e fazemos reuniões periódicas para conversarmos sobre os temas que nos preocupam mais e sobre as dúvidas. ECM2

O assessor técnico assegura reuniões com os seus peritos médicos, algumas sessões. Nós em [nome do distrito] nas reuniões que fazemos uma ou duas vezes por ano com os peritos médicos incluímos sempre uma parte formativa. No fundo o objetivo é encontrar consensos e uniformizar critérios e, portanto, que não haja assimetrias, nem decisões para o mesmo caso. Agora, depois depende muito da sensibilidade de cada um. Não posso garantir. Podemos é tender a isso se houver formação. Ora, se não houver nenhuma formação, isso é que não. Mas é evidente que eu não posso abarcar a formação de todas as áreas médicas. ECM6

Vai-se falando inter-pares, com o próprio ATC e vai ajudando a limar as coisas. Porque duas ou três cabeças ou quatro pensam melhor que uma. No fundo é uma aprendizagem, estou aqui teoricamente há 30 anos, mas acho que ainda estou a aprender. Acho que só assim é que a pessoa consegue andar para a frente. E evitar injustiças, que acho que é importante aqui, é pensarmos que estamos a avaliar o outro, que temos que ser o mais justos possível. EPM10

Essas reuniões são obrigatórias, não são de carácter facultativo. Portanto, todos os peritos são convocados de forma obrigatória, atempadamente e não há razão nenhuma - a não ser questões de saúde - para não poderem comparecer. Portanto, muitos deles tiram férias do SNS ou tiram férias das suas entidades patronais se não tiverem dispensas ou comissões gratuitas de serviço para gastar, para poderem estar presentes nestas reuniões, para garantir que há uma uniformização de práticas. Eu sei que isto é um bocadinho diferente do que é a grande realidade nacional, mas isto também é o garante de que nós nos podemos defender de todos (...) EPM10

Ainda ontem tivemos uma reunião no [nome do centro distrital] todo o dia. Estivemos a discutir casos clínicos, critérios periciais. Portanto, isso é muito importante. Onde eu trabalho é habitual nós fazermos reuniões para discutir processos clínicos, entendimentos, *guidelines*, maneira de construir frases que nos ajudem. Temos assistido a um pedido crescente de verificações de incapacidade permanente e, se calhar em virtude de toda a conjuntura que vivemos, temos que estar unidos. E lá está. Eu posso ter uma decisão no mesmo processo ligeiramente diferente do meu colega do lado, mas não pode ser radicalmente diferente. (...) não posso eu estar sempre a dizer que sim e o colega do lado sempre a dizer que não. Cada caso é um caso, é certo, mas para casos similares, decisões similares e isso eu tenho verificado que tem havido um grande esforço, quer do corpo pericial, médico, quer da parte de quem gere de ver essa preocupação. EPM11

O retrato aqui traçado sugere que a formação pode influenciar a forma como se processa a implementação da prestação social pelos burocratas de rua. De um modo geral, ajuda a reduzir a discricionariedade ao proporcionar uma base comum de conhecimento e práticas, levando a uma menor variabilidade nas decisões individuais dos peritos do SVI. Logo, há uma maior consistência nas decisões, – como indica o EP11, casos semelhantes são tratados de forma semelhante.

No entanto, apesar dos esforços descritos pelos entrevistados, os moldes formativos atuais não garantem uma uniformidade nacional ao nível dos critérios periciais. Ainda que haja uma transmissão ao nível local das discussões que têm lugar em sede de CM, estas ações de formação têm caráter distrital, o que não garante que sejam aplicados de forma transversal a todo o território nacional os mesmos critérios de avaliação e a mesma técnica de fundamentação das decisões. Além disso, não devemos deixar de considerar uma característica que tem sido transversal a toda a nossa análise: a presença de traços de subjetividade. Ou como refere acima o ECM6, a sensibilidade individual. A formação pode reduzi-la, mas é inegável que ela nunca eliminará variações na interpretação individual de cada um dos peritos, para a qual em muito pode concorrer a experiência adquirida ao longo da vida laboral.

7.5 A experiência adquirida

Não descurando a importância da formação contínua, a atualização de conhecimentos científicos e clínicos, bem como os restantes instrumentos que abordámos, a experiência acumulada em anos de SVI, e, em certa medida, de exercício da prática clínica, foi considerada como um dos principais utensílios no exercício de peritagem. Vimos acima que ela ganha em relevância, na perspetiva destas elites técnicas, onde as guias e normas perdem em eficácia. Mas há ainda um outro aspeto fundamental da experiência adquirida. Mais que a importância que tem na interpretação das diversas patologias e respetiva integração perante o posto de trabalho e na identificação clara de condições físicas visíveis e graves sem necessidade de recurso a “grandes meios auxiliares de diagnóstico para o provar” (ECM2), a experiência no SVI tem um aporte significativo na deteção de sinais de simulação na avaliação da incapacidade para o trabalho. De entre os peritos que mais destaque deram a este tema, alguns classificaram-no como um instrumento que permite ler o comportamento dos requerentes:

Isso vai-se melhorando: o médico relator, a peritagem vai amadurecendo com a experiência das situações, quer na definição daquilo que é incapacitante, quer na arte de não se deixar, digamos, aldrabar, quer pelos doentes, quer pelos médicos que o acompanham. (...) Ver como é que é, o que é que a gente olha no requerente... ver os tiques que eles têm, o que o que eles estão a fazer, o que é que não estão. Mas são essas experiências, que para mim, isso é que é a verdadeira formação. A peritagem para mim é uma formação contínua de experiência e dedicação. ECM3

A partir da citação acima, depreende-se que a experiência desempenha um papel fundamental na deteção de sinais de simulação: os anos de exercício no SVI permitem aos peritos reconhecerem padrões comportamentais, truques e estratégias frequentemente utilizados pelos requerentes, tendo sempre, como pano de fundo, uma ideia fixa do ‘requerente’ como ‘requerente-tipo’. Esta forma de trabalhar, nesta matéria, exige uma espécie de psicologia

amadora. Com o decorrer dos anos, os peritos desenvolvem uma intuição profissional que os ajuda a identificar inconsistências e suspeitas de simulação mesmo quando as evidências não são óbvias. Vejamos alguns exemplos que foram apresentados por três entrevistados:

1. Observar o comportamento do paciente dentro e fora do gabinete, por exemplo ao nível da mobilidade, pode revelar discrepâncias entre alegações de incapacidade e a capacidade funcional do indivíduo:

Porque quando eles fecham a porta e estão na nossa presença, eles estão no palco, o doente está no palco. E até mesmo o próprio médico que vem acompanhá-lo, estão num palco, às vezes nós, nós fazemos isso, às vezes nós saímos e vamos apreciar pela janela e pelos vidros como é que ele anda. Porque parece que fazemos milagres. Eles entram coxos e quando vão a sair das instalações já andam sem claudicar. Nós fazemos milagres (...). ECM3

Já aconteceu eu vir à janela para ver a mobilidade da pessoa cá fora. Muitas vezes há milagres, que as pessoas lá fora deixam de usar a bengala ou a canadiana. ECM6

2. Realizar “manobras” específicas durante a avaliação para determinar a consistência das queixas do requerente:

Diz que tem muitas dores, mas depois não tem ali nenhum défice neurológico. E já aconteceu eu deixar cair uma coisa sem querer e a pessoa ir muito rapidamente ao chão e a mobilidade é muito boa na verdade. (...) Há muitos truques que se podem fazer. ECM6

3. Focar-se nas incoerências que possam estar presentes no discurso dos requerentes:

Se eu me queixo...sei lá, de uma dor nas costas e depois vou dizer: eu faço imenso desporto, ando todos os dias de bicicleta, corro, não é? Isto é um exemplo básico. Não será a este nível, mas há situações em que o discurso é incongruente em concreto. E, portanto, há alguma coisa que não está bem. Ou não faz desporto ou então a dor nas costas que tenha ou é por excesso de desporto ou então é porque a situação ainda não é assim tão grave. ECM1

Estes são apenas alguns dos exemplos apresentados e que têm como objetivo demonstrar que a avaliação da incapacidade é moldada pela experiência dos peritos e por conseguinte pode criar disparidades na atribuição da pensão: um perito no início da sua carreira provavelmente não irá atuar nem interpretar sinais da mesma forma vinte anos depois. Neste sentido, é fundamental deixar claro que os casos acima exibidos não representam o dia-a-dia dos peritos nem procuram diabolizar os requerentes. Como bem referiram alguns dos entrevistados, a fraude é um fenómeno com pouca expressão na prestação em estudo e nem esse é o foco da nossa análise:

Eu não diria de fraude. (...) Não, não será fraude. Aqui será mesmo um puro desconhecimento daquilo que possa ser relevante ou não [para um quadro de incapacidade.] ECM1

São baixas, são baixas [tentativas de]. Quando estou a falar aqui em fraude, com o objetivo mesmo de fraude, no sentido em que aquela pessoa está a trabalhar numa situação hoje e quer ter a reforma por invalidez para poder trabalhar numa situação semelhante. A pessoa pode trabalhar noutra coisa, como sabe. Está inválido para uma profissão, mas pode trabalhar para outra. Estas situações, não estou a dizer que não existem, mas são relativamente raras. ECM7

7.6 Conclusão

Este capítulo abriu com a apresentação dos motivos pelos quais não se utilizam “tabelas de mensuração” na avaliação da incapacidade para o trabalho decorrente de doença natural. Assim, foi preciso elencar os instrumentos que contribuem para a formação da decisão dos peritos médicos. Neste ponto, concluímos que os peritos do SVI podem fundamentar as suas decisões, recorrendo a uma série de instrumentos, que não podem ser hierarquizados em termos de importância. Por exemplo, embora o requerente tenha de fornecer exames auxiliares de diagnóstico que comprovem a sua incapacidade, isso não significa que o perito os privilegie em detrimento das suas interpretações mais ou menos objetivas, que são frequentemente determinadas pela sua experiência. Se atentarmos à citação abaixo do(a) EPM12, verificamos que numa única afirmação são agregados três dos instrumentos abordados anteriormente – a experiência, a formação e decisão em equipa -, sem que sejam hierarquizados por nível de importância:

Olhe, a experiência é como tudo: tem um benefício inequívoco. Por outro lado, se esta experiência não é enriquecida de certa forma com a incorporação de novos conhecimentos, de facto fica coxa. E por aí, talvez também a questão de as coisas funcionarem em equipas também há uma vantagem, sempre. EPM12

Além de listarmos os instrumentos, também descrevemos a sua evolução desde a implementação do SVIP até aos dias de hoje. Claro que nuns, em particular naqueles que denominamos de *instrumentos implementadores*, essa tarefa foi mais fácil, pois são legalmente previstos. Pelo contrário, os socializadores foram identificados por via das entrevistas, o que tornou a tarefa mais complexa.

Relativamente à primeira tipologia de instrumentos, por envolverem atores externos ao SVI e utilização de tempo e recursos alheios, a mudança que temos vindo a intitular de subtil ou invisível resultou inicialmente de tensões entre o setor da saúde e da segurança social. Foi só à medida que o sistema se foi consolidando que determinadas crenças e juízos (como a segurança social não dever financiar provas de acesso a uma alegação de um requerente ou a forma de ler um relatório de informação médica) passaram a ter mais impacto. Mas a tensão que deu origem a um período de relativa normalização cultural decorreu diretamente de um movimento vindo ‘de baixo’ em que os peritos do SVI procuram monopolizar o poder de determinar a incapacidade ao menor custo; isto é – como vimos a respeito da informação médica usada na avaliação da incapacidade – os peritos sempre tentaram manter aquele poder, onerando quer os requerentes quer os médicos assistentes no caminho. Na nossa perspetiva, isso ocorreu por um conjunto bem delimitado de fatores que vão para lá da mera intencionalidade destes técnicos e que não são captados pela mera análise legislativa ou de políticas públicas no sentido

estrito: no conflito que opôs técnicos do SVI e médicos assistentes em torno do formulário-modelo nota-se que o bloqueio dos médicos do SNS se deveu mais ao aumento da carga burocrática, à ausência de compensação remuneratória e à lembrança de uma competência antiga que lhes era própria. Esse bloqueio gerou pressão para que o impresso do formulário fosse simplificado e que as competências ficassem definitivamente clarificadas (diagnóstico, para o setor médico primário; ligação à incapacidade, para o SVI). Não foi, como se torna claro, uma mudança racional ‘vinda de cima’, o que fica comprovado, também, pelo caráter aberto desta contenda: em determinados manuais da Segurança Social perdura ainda a desejabilidade de um preenchimento detalhado e em maior profundidade do que o que haveria de vingar, tentando-se, assim, partilhar o ónus da peritagem com os médicos assistentes; também ao nível dos testemunhos dos entrevistados do SVI, o formulário continua a ser entendido como peça fundamental de todo o processo e eles exigem, no mesmo sentido, uma maior minúcia e cuidado no seu preenchimento do que de facto ocorre.

Semelhante, embora não idêntica, história tiveram os meios auxiliares de diagnóstico. Vimos que em 1997 fora revogado o despacho que impunha limites ao pedido de exames e pareceres de especialistas. Isto tinha o potencial de aumentar a discricionariedade do médico relator e do ATC. Mas o padrão de limitação não foi quebrado, antes se institucionalizou como norma não-escrita. Este consenso minimalista quanto ao não-recurso a exames auxiliares e pareceres com exceção dos casos enquadrados por algumas patologias reflete o peso praticamente paritário dos dois setores – da segurança social e da saúde – no grupo de trabalho que foi o ator decisivo na cristalização desta norma não-expressa e beneficiou da (então) recente relevância científica dada a um conjunto de patologias específicas em 1986. Ou seja, fatores muito circunstanciais como o *timing* e o poder relativo dos atores de ambos os setores no final da década de 80 foram as determinantes imediatas de um padrão de continuidade a despeito da mudança legal, que foi apenas aparente. Outros fatores de índole estrutural também não os vamos encontrar ao nível do desenho da política da pensão ou mesmo do SVI, antes os observamos na infrapolítica da implementação. Tome-se, para exemplo, a ênfase na ideia de que o ónus da prova está do lado do requerente, que é, no fundo, o outro lado da moeda da resiliência do consenso minimalista: nota-se, aqui, uma espécie de para-judicialização, no sentido de invocações frequentes do tribunal enquanto modelo a ser seguido, mesmo quando, em teoria, os meios auxiliares e pareceres podiam servir (como servem) de *complemento positivista* (científico e técnico) à tomada de decisão limitando a subjetividade do ato. No entanto, explicar a resiliência de uma prática recorrendo à ideia que é amiúde usada para a justificar é um raciocínio circular. Outros motivos ideacionais também são frequentemente

228

invocados e todos eles revelam o quão ciosos os médicos do SVI estão da sua posição distinta *vis-à-vis* a prática clínica – ora por acreditarem que o sistema beneficia de uma rígida separação de funções, libertando os peritos para a avaliação, ora porque entendem não deverem imiscuir-se ou questionar os médicos do SNS que, idealmente, acompanham o requerente em permanência, ora, ainda, por alguns peritos acreditarem na potencial permeabilidade de médicos externos ao SVI, em especial do setor privado, à fraude. Todas estas ideias e crenças justificam a perenidade do retraimento quanto aos meios auxiliares de diagnóstico e afins. Mas não explicam a sua plausibilidade da mesma forma que os fatores estruturais: é que os fatores decisivos de fundo parecem ter sido as pressões de tempo num sistema que não pára, a escassez de recursos e, sobretudo, a eficiência do SNS que afeta diretamente o cálculo que os peritos fazem na sua decisão de acionarem ou não esta prerrogativa (se o SNS não tem tido capacidade de resposta à procura clínica normal, também não terá quanto à procura para funcionalidades exteriores ao âmbito de diagnóstico, preventivo e curativo).

Esta situação anda ligada, ademais, a um fenómeno de adaptação institucional local, com alguns centros distritais a inovarem e a promoverem interessantes experiências que visam, no essencial, relaxar o conflito entre os médicos dos cuidados primários e os peritos, em especial os médicos relatores. Esta adaptação institucional é um fenómeno característico da implementação também ao nível dos elementos que designámos por ‘socializadores’: a arquitetura do SVI, o procedimento de determinação da incapacidade e atribuição de pensão, os manuais e guias auxiliares dos relatórios médico-periciais e os espaços institucionais geradores de consensos médicos (consensos nacionais quanto ao tratamento e evolução de um pequeno número especial de doenças e forma de aferição da incapacidade nesses casos, consensos distritais *ad hoc* muito semelhantes aos anteriores, e encontros e conferências periódicos).

Destes instrumentos, as diretrizes, sob qualquer forma que as apreciemos, ao invés de limitarem a autonomia pericial exponenciam-na, por duas razões. Primeira: sendo de recurso meramente facultativo, o interesse na sua existência (independentemente do uso efetivo) está na linguagem comum que elas proporcionam aos atores relevantes no processo de aferição da incapacidade. Os instrumentos existem, não tanto para condicionar a prática pericial, mas para dar uma aparência de homogeneidade às categorias, critérios e, até mesmo, como no caso da fibromialgia, às decisões de atribuição da pensão. Segunda razão: elas tornam-se menos *instituições*, no sentido neo-institucional do termo, e mais *documentos* indutores de inovação institucional; isto é, devido ao seu carácter facultativo, se em combinação com outras condições necessárias – a formação especializada é uma delas – elas podem dar origem a experiências

locais importantes, ao darem oportunidade e os meios simbólicos necessários para os peritos inovarem. Estas experiências adquirem grande significância da perspectiva dos atores que as fazem, sempre justificadas por uma ânsia de uniformização dos atos periciais (a uma mesma doença, num indivíduo em condições semelhantes, deveria corresponder uma mesma decisão), mesmo que elas impliquem um risco (que existe e se consumou de facto) de des-sincronização territorial. Quer dizer, ao invés de darem coesão *nacional* ao SVI, os manuais, guias e grelhas têm o potencial inverso, porque aumentam a autonomia médica e permitem uma inovação de política praticamente subterrânea. Inovação de política que deixa também um rasto organizacional: note-se que à medida que os Encontros Nacionais e as conferências distritais se foram ‘desinstitucionalizando’, granjeando pouco apoio político e orçamental desde grosso modo 2009, alguns peritos do SVI tentaram ocupar esse espaço vazio com modalidades formativas da sua própria iniciativa. Nisto, eles reproduzem no campo da formação da peritagem iniciativas análogas às que tentam, sob certas condições, criar no campo dos consensos científicos ao nível distrital. Formação e conhecimento (das doenças e suas implicações profissionais) são, por isso, áreas tendentes à inovação institucional.

CAPÍTULO 8

Um momento de mudança de política visível: o caso do REPI

Pese embora a estabilidade legislativa do conceito de invalidez no âmbito do regime geral, verificamos que o legislador optou por instituir um regime especial com variações nas definições de incapacidade, contingentes à natureza específica de uma determinada doença a ser protegida – é o Regime Especial de Proteção na Invalidez (REPI). O que mais caracteriza o REPI é um conjunto de regras potencialmente mais vantajosas: prazo de garantia mais curto, fórmula de cálculo das pensões, montante mínimo e até regras e condições diferentes para a atribuição de complementos. No entanto, mais uma vez, aquilo que nos importa no âmbito deste trabalho é olhar para a definição do conceito e a interpretação e certificação efetuada pelos peritos médicos. Deste modo, nesta secção procuraremos traçar a perceção dos diferentes atores, em particular dos peritos do SVI, especialmente no que diz respeito à existência de uma lista de doenças tipificadas na lei.

Argumentamos que o amontoado de mudanças visíveis, mas paulatinas, neste regime – entenda-se mudança como a inscrição de novas patologias que facilitam o acesso à proteção especial na invalidez e a sucessiva uniformização nos critérios de acesso – levou a uma *acumulação* de direitos, que quando foram colocados em causa na sétima revisão legislativa, resultou em contestação que reverteu a medida, levando assim à oitava e última revisão legislativa deste regime. Estamos perante um caso de alteração de política de rotina (*routine or piecemeal policy-making*) que culminou numa mudança de política mais radical, de sentido conservador. Por sua vez, essa mudança foi posta em causa e nunca chegaria a vigorar, verificando-se uma reversão. Qual o peso da elite médica nestas oscilações? Mostraremos que depois do desfecho deste processo, os peritos médicos que concordavam com a revisão conservadora continuaram, praticamente, a atuar como consideravam que deveria ser a prática que haviam defendido aquando da revisão. Por isso, este caso permite submeter o nosso argumento a um teste adicional: o que acontece com os burocratas de rua de tipo especial que temos vindo a acompanhar durante um momento de mudança de política visível? Qual o seu posicionamento e o peso da sua voz quando se passa do nível da infrapolítica para o da tomada de decisões de ordem superior? Veremos que, sob certas condições institucionais, são os peritos médicos do SVI, mais do que ninguém, quem continua a moldar a política e promove a sua mudança, mesmo quando a mudança esconde uma inércia de fundo.

8.1 De uma abordagem geral à especificidade: tratamento individualizado de doenças

No capítulo 3, identificámos que foi através da proteção especial em caso de afetação por paramiloidose familiar que, em 1989, se deu início à criação deste regime especial. No entanto, dois anos antes, a Portaria n.º 615-A-87 - estabeleceu a aplicação deste regime com condições de atribuição e de cálculo mais vantajosas a requerentes que se encontrassem definitivamente incapacitados para trabalhar em toda e qualquer profissão devido a doença grave ou acidente não coberto por legislação própria que implicasse a responsabilidade de terceiros, indo além da referência aos requerentes portadores de paramiloidose³⁴⁹. Tal como estava, este esquema antecipava assim o conceito de invalidez absoluta que só viria a ser introduzido vinte anos mais tarde, no regime geral em 2007.

Todavia, tudo aponta para que não fosse esse o objetivo dos burocratas que haviam desenhado a primeira versão da portaria. De acordo com duas notas elaboradas pela DGSS, que reportam a dezembro de 1987, “inexplicavelmente o conteúdo da referida portaria não correspondeu aos objetivos a que se propôs o estudo prévio que lhe serviu de base³⁵⁰” e a sua redação final foi o resultado de “várias revisões e modificações que alteraram o seu perfil normativo inicial.³⁵¹” O projeto original visava apenas adequar as regras de acesso ao sistema de proteção social às especificidades da paramiloidose que, por ser uma doença grave e altamente incapacitante, afetava jovens adultos com poucos anos de atividade profissional, resultando em taxas de formação da pensão reduzidas³⁵². Embora a DGSS reconhecesse que manter o diploma como estava permitia a atribuição de “uma melhor pensão para todos os que tivessem incapacidade total para o trabalho independentemente da causa” e que essa era uma perspetiva “correcta não só face à gravidade da situação do inválido, mas também porque, não podendo exercer qualquer actividade (...) justo pareceria a obtenção de uma melhor pensão”, os “inconvenientes” gerados eram superiores³⁵³. Dois deles relacionavam-se com a perspetiva de um aumento de despesa devido à revalorização³⁵⁴ da pensão no âmbito deste regime e um com questões de justiça, respetivamente:

³⁴⁹ Art.º n.º 1 da portaria n.º 615-A/87, de 17 de julho.

³⁵⁰ Nota da DGSS s/ número, de 07 de dezembro de 1987. PT/MTSSS/GabMin/007933.

³⁵¹ Nota DG- N.º 201/87, de 28 de dezembro de 1987. PT/MTSSS/GabMin/007933.

³⁵² Ibidem

³⁵³ Nota da DGSS s/ número, de 07 de dezembro de 1987. PT/MTSSS/GabMin/007933.

³⁵⁴ O montante mensal da pensão é igual a 2,5% da retribuição média por cada ano civil com entrada de contribuições e não pode exceder os 80% nem ser inferior a 50% da retribuição média a considerar no

234

- 1) a DGSS temia que com um natural agravamento das situações de invalidez, dentro de alguns anos os pensionistas de invalidez para a sua profissão exigissem uma reavaliação da sua incapacidade para serem declarados inválidos para toda e qualquer profissão com a consequente revalorização da pensão;
- 2) receava que houvesse uma maior tendência para a declaração de invalidez total, dado o maior valor da prestação;
- 3) considerava haver uma injustiça relativa em função do cálculo das pensões de velhice, o que incentivava o recurso à pensão de invalidez.

A acrescentar a estes inconvenientes, a DGSS estava visivelmente descontente com outra das normas previstas na portaria: no futuro, a extensão deste regime a outras doenças podia ocorrer por simples decisão do Ministério da Saúde. Esse descontentamento é evidenciando numa das notas, onde se destaca que “o problema não é apenas médico, mas médico-social, além de que tem sempre implicações financeiras no sector da segurança social.”³⁵⁵ Mais uma vez, o afastamento ao nível da tomada de decisão numa área que hipoteticamente podia resultar num aumento de encargos financeiros para a segurança social é utilizado como argumento para justificar a mudança de um diploma, tal como o foi para a criação do SVIP.

As notas a que aludimos acima e que foram submetidas à consideração do SESS, tiveram como objetivo principal restituir o texto à sua versão original. Isto deveu-se ao facto de a redação final do conceito ser demasiado ampla, mas também sobretudo por comprometer a autonomia do setor da segurança social, que não tinha qualquer influência na introdução de novas patologias, podendo, hipoteticamente, aumentar a despesa deste setor. Tal como uma das notas deixava bem claro, considerava-se “preferível a publicação de um novo diploma, mais preciso e cauteloso, o que implica a revogação da referida Portaria.”³⁵⁶ Assim, mediante proposta da DGSS, o texto legislativo foi reconduzido à sua intenção original, ou seja, uma “melhor pensão e mais acessível para os doentes de paramiloidose”³⁵⁷ e em 1989 é publicada a legislação que inicia a restrição do REPI a um conjunto de doenças que foi sendo expandido diploma a diploma.

Infelizmente, não conseguimos encontrar documentação que nos permita rastrear o alargamento da proteção especial a todas as doenças que se seguiram – Machado-Joseph, HIV,

cálculo das pensões. O total anual das retribuições dos cinco anos civis a considerar é objeto de revalorização (arts. 3.º, 4.º e 6.º da Portaria n.º 615-A-87).

³⁵⁵ Nota DG- N.º 201/87, de 28 de dezembro de 1987. PT/MTSSS/GabMin/007933.

³⁵⁶ *Idibem*.

³⁵⁷ Nota da DGSS s/ número, de 07 de dezembro de 1987. PT/MTSSS/GabMin/007933.

Doenças Oncológicas e Esclerose Múltipla. Só o conseguimos fazer para as doenças de Parkinson, Alzheimer e Esclerose Múltipla Lateral Amiotrófica, introduzidas em 2009, que, como vimos, é o ano em que todas doenças são aglutinadas num só diploma e com condições de atribuição idênticas.

A proposta de criação de um esquema de proteção social, em condições especiais, a atribuir aos indivíduos que sofrem de doença de Alzheimer e de doença de Parkinson, foi apresentada pelo Bloco de Esquerda em 2008 e aprovada por unanimidade em Reunião Plenária do Parlamento a 12 de dezembro de 2008³⁵⁸ e baixou à 11ª Comissão para discussão na especialidade, ou seja, à Comissão de Trabalho, Segurança Social e Administração Pública. Para o efeito foi criado o grupo de trabalho *Protecção Social de Pessoas com Doenças de Alzheimer e Parkinson*, coordenado pela deputada Esmeralda Salero Ramires (PS), com a participação dos deputados Miguel Queiroz (PSD), Jorge Machado (PCP), Teresa Vasconcelos Caeiro (CDS-PP) e Mariana Aiveca (BE)³⁵⁹. As motivações do BE para apresentação desta proposta, bem como os argumentos dos restantes partidos para justificarem o seu apoio a esta lei são muito semelhantes. Na sua proposta, o BE argumentava que estas duas doenças – crónicas e degenerativas – eram comparáveis às outras patologias que já recebiam um tratamento diferenciado, o que não se verificando originava desigualdades de acesso nas ajudas estatais entre os doentes crónicos. Os restantes partidos – PSD, PS e PCP – em reunião plenária apresentaram razões muito semelhantes para apoiar a proposta do BE, o que reflete a existência de um consenso político em torno da necessidade de um tratamento equitativo e apoio adequado aos doentes de Alzheimer e Parkinson em relação às doenças cuja incapacidade tinha já cobertura legal especial. Além desta necessidade de equidade ao nível da proteção social, estes três partidos reconheceram a gravidade e progressividade destas duas doenças ao ponto de serem incapacitantes e afetarem gravemente a vida dos doentes e gerarem dependência³⁶⁰.

As duas iniciativas legislativas do BE acabaram por ser retiradas pelo partido, na sequência de um texto de substituição que foi discutido e votado na especialidade³⁶¹ e para o qual não foram apresentadas quaisquer propostas de alteração, tendo resultado na já enunciada Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto. O texto de substituição acrescentou à doença de Parkinson e Alzheimer, a Esclerose Lateral Amiotrófica e aglomerou num único diploma todos os regimes

³⁵⁸ Diário da Assembleia da República, I Série, Número 26. X Legislatura, 4ª Sessão Legislativa (2008-2009). Reunião Plenária de 12 de dezembro de 2008.

³⁵⁹ Criado a 14 de abril de 2009.

³⁶⁰ Diário da Assembleia da República, I Série, Número 26. X Legislatura, 4ª Sessão Legislativa (2008-2009). Reunião Plenária de 12 de dezembro de 2008, pp 13-20.

³⁶¹ A reunião da Comissão onde se procedeu à discussão e votação decorreu a 7 de julho de 2009.

especiais. Como já mencionado no capítulo 3, para esse leque de doenças passou assim a ser necessário adicionar ao requerimento da pensão informação clínica emitida por médico especializado, comprovando a doença que origina a incapacidade para o trabalho e posterior deliberação pelo SVIP³⁶². Outra mudança, que no âmbito deste trabalho classificamos como significativa são os termos de certificação da incapacidade. O acesso ao REPI nos casos de doença por Paramiloidose e por doença de Machado de Joseph implicavam a verificação de 70% de incapacidade nos termos da TNI, enquanto nas restantes doenças a incapacidade era verificada nos termos do regime geral de pensões, ou seja, a impossibilidade de auferir no desempenho da sua profissão mais de um terço da remuneração em exercício normal. Assim, com a uniformização dos regimes em 2009, passou a ser necessário que os requerentes se encontrem em situação de incapacidade permanente ou com incapacidade de locomoção³⁶³. Por fim, o diploma que unificou todos os regimes especiais previa no seu artigo 11.º que no prazo de 60 dias após a sua entrada em vigor fosse criada uma comissão que tinha como desígnio estabelecer critérios de natureza clínica para a determinação das doenças a serem abrangidas no âmbito do REPI e avaliar e reavaliar trianualmente a lista de doenças abrangidas por este regime.

Desta fase, vale a pena deixar claros três aspetos. Primeiro, existiu uma tensão permanente entre o REPI, com os seus critérios mais vantajosos mas aplicados a um restrito conjunto de casos, e a definição de invalidez absoluta do regime geral. Foi isso que esteve na origem de uma interpretação lata – errónea do ponto de vista da Segurança Social e limitativa da sua autonomia técnica, em favor do Ministério da Saúde – que punha em causa o espírito de um regime especial. Um segundo aspeto relevante tem que ver com o modo como o REPI foi apresentado politicamente já em 2009 e em alguma literatura cinzenta posterior. Vimos que existiu um amplo consenso político para avançar na densificação da lista de doenças sob regime especial, seguindo o legado da “restrição com avanços” depois de resolvido o imbróglio de 1989. Num contexto internacional marcado pela evolução da Grande Recessão de 2008, assumiu-se que o REPI era uma de outras medidas adotadas num pacote inicial anticrise no domínio do combate à pobreza. Representando um “reforço na protecção na invalidez absoluta” (Caldas, 2013: 4), ela pode ser considerada um segundo momento da primeira mudança visível ao nível da política em vários anos, iniciada em 2007 com a criação da categoria da invalidez absoluta (v., capítulo 3). Em terceiro lugar, o legado aberto desde finais dos anos 80 e reforçado

³⁶² Art.º 8.º da Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto.

³⁶³ Alínea b) do art.º 8.º da Lei n.º 90/2009, de 31 de agosto.

em 2009 foi o de uma trajetória de *routine policy change*, no sentido em que a legislação obrigava a tecnocracia burocrática a positivar os critérios clínicos do regime especial e, sobretudo, a reavaliá-los com periodicidade regular.

8.2 De volta à generalização: a reversão do tratamento doença a doença

A comissão acima mencionada foi constituída por despacho, em 2013, quatro anos após o prazo inicialmente previsto³⁶⁴. Era composta por um representante indicado pela DGSS; quatro representantes indicados pelo ISS; dois da CGA; um da DGS; um da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público e um indicado pelo Instituto Nacional para a Reabilitação³⁶⁵. De sublinhar que, pelo menos, um representante do ISS, um da CGA e o da DGS deveriam ser médicos – dois dos representantes designados pelo ISS eram efetivamente peritos médicos do SVI com assento no Conselho Médico (CM). O despacho determinava que a comissão deveria apresentar ao governo, no prazo máximo de um ano após a sua primeira reunião³⁶⁶, um relatório que explicitasse as doenças a abranger pelo REPI, bem como os critérios clínicos que fundamentavam a sua decisão.

A convocação desta tecnocracia intermédia colocou na agenda do CM a questão do regime especial³⁶⁷. Logo em 2012, numa das suas reuniões se revelava que “ao longo dos anos, muito se tem discutido sobre a matéria e a posição dentro do próprio Conselho Médico não é pacífica³⁶⁸”. Nesse ano, após tomar conhecimento do projeto de despacho para a constituição da comissão destinada à discussão do REPI e que nela iria ter assento, o CM definiu a posição oficial a adotar. Duas posições distintas foram submetidas a votação: a existência ou a inexistência de uma lista de doenças suscetíveis de tratamento especial. A maioria pronunciou-

³⁶⁴ A Comissão foi criada pelo Despacho n.º 14709/2013 publicado no Diário da República n.º 221, 2.ª série, de 14 de novembro.

³⁶⁵ Ficou também estabelecido que seria um dos representantes do ISS a coordenar os trabalhos. Os representantes foram Mário Rui Marques Gonçalves, diretor da Direção de Serviços das Prestações na DGSS; Maria Conceição Ribeiro Ferraz, coordenadora da Comissão e Diretora do Gabinete de Auditoria, Qualidade e Gestão do Risco do ISS; Paulo Sérgio Roma Nunes, diretor do Departamento de Prestações e Contribuições do ISS; Rizério Salgado e Maria Conceição Gonçalves Barbosa, peritos médicos do SVI e em representação do ISS; Camilo Sequeira (médico) e Cristina Paul da CGA; José Alexandre Diniz, médico da DGS; Raquel Figueiredo posteriormente substituída por Raquel Paisana, técnicas superiores da Direção-Geral da Administração e do Emprego Público e Susana Silva do Instituto Nacional para a Reabilitação.

³⁶⁶ A primeira reunião ocorreu no dia 03 de janeiro de 2014.

³⁶⁷ Relembramos que o CM é composto por peritos médicos do SVI com competências de coordenação e classificados ainda como burocratas de rua, pois exerceram e continuam a exercer peritagem médica, que acumulam com as tarefas de coordenação.

³⁶⁸ CM, “Ata n.º 1/2012”, de 20 de junho de 2009.

se contra a existência de tal lista. Apenas dois ATCs (Aveiro e Portalegre) votaram a favor, enquanto outros dois (Santarém e Viseu) apresentaram uma posição intermédia e os ATCs de Coimbra, Açores e Madeira abstiveram-se³⁶⁹. Os argumentos apresentados por aqueles que votaram contra a existência de lista ficaram em parte refletidos no relatório da comissão e iam ao encontro dos dados recolhidos no âmbito deste trabalho já detalhados no capítulo 6. Entre os principais argumentos estão as ideias de que “o que deve relevar é o estado global do indivíduo; a longevidade pode, por vezes, ser maior face à doença apresentada; violação do princípio de igualdade (...) o diagnóstico não define grau de invalidez (...)”³⁷⁰.

Em novembro de 2014, o relatório elaborado pela comissão acabaria por ser submetido à tutela em funções³⁷¹. Dada a natureza clínica da matéria³⁷², a comissão decidira consultar entidades com competência direta ou indireta na área: o Conselho Médico do ISS e da CGA e os colégios de diferentes especialidades da Ordem dos Médicos. Foram ainda consideradas exposições e contributos de Associações de Doentes que lhe foram dirigidos. Segundo o relatório, os regimes especiais de invalidez foram sendo criados sem uma preocupação de uniformização entre eles, compartilhando apenas um elemento comum: englobavam indivíduos incapazes de trabalhar devido a doenças que pela sua gravidade e evolução originavam, por vezes, com acentuada rapidez, situações extremamente invalidantes em pessoas jovens com carreiras contributivas curtas. Ademais, na visão da comissão, o REPI, criado em 2009 com o objetivo de unificar os regimes que haviam sido instituídos de forma avulsa, demonstrou ser uma “tentativa, não conseguida, de unificação”. Em consonância com a posição adotada pelo CM, este grupo concluiu, por unanimidade, que não fazia “sentido a existência de uma lista de doenças objeto de proteção especial na invalidez³⁷³.” Em vez disso, propôs – a terminologia é da própria comissão – uma “alteração de paradigma³⁷⁴”, considerando que mais importante que a doença diagnosticada eram as suas consequências e o seu impacto no contexto laboral.

Para justificar esta mudança de paradigma, a comissão argumentou que a discriminação positiva de um grupo de beneficiários em detrimento de outros na mesma situação apenas por

³⁶⁹ Chamamos à atenção de que os ATCs que à data tinham assento no CM podem não ser os mesmos que foram ouvidos no âmbito deste trabalho.

³⁷⁰ CM, “Ata n.º 1/2012”, de 20 de junho de 2009.

³⁷¹ O Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social era, então, tutelado pelo Dr.º Pedro Mota Soares.

³⁷² Relatório da Comissão Especializada para determinação das doenças a serem abrangidas pelo regime especial de proteção na invalidez, p.2.

³⁷³ Idem, p.8.

³⁷⁴ Idem, p.12.

terem uma doença invalidante, “fere o princípio da equidade legalmente previsto³⁷⁵” no art.º 9.º da Lei de Bases Gerais do Sistema de Segurança Social (2007); ressaltou que os avanços médicos transformaram doenças antes rapidamente incapacitantes, como o HIV/SIDA, em doenças crónicas raramente incapacitantes; destacou a dificuldade em criar com rigor e fiabilidade uma lista precisa e justa, o que podia resultar em falhas e consequentemente em injustiças. Por fim, enfatizou a importância da análise caso a caso, pois a mesma doença pode ter diferentes consequências incapacitantes, influenciadas por fatores físicos, psicológicos, familiares, profissionais e socioeconómicos.

Em termos operacionais, a alteração de paradigma concretizava-se com a supressão da lista de doenças³⁷⁶ e o estabelecimento de um conjunto de requisitos a cumprir cumulativamente pelos requerentes, independentemente da doença. Os requisitos eram: 1) incapacidade permanente para o trabalho desempenhado; 2) a incapacidade não ser compensável por produtos de apoio ou de adaptação ao, ou do posto de trabalho; 3) a doença não decorrer de causa profissional ou responsabilidade de terceiros e 4) tal incapacidade decorrer de uma doença clinicamente evolutiva para uma situação de dependência ou de morte num período de três anos. Deste jeito, a comissão considerava que o escopo deste regime era alargado – abrangendo, por exemplo, pessoas com doenças raras –, protegia quem mais precisava e passaria a valorizar não apenas a doença em si, mas principalmente o impacto que ela tem no desempenho laboral. Nas palavras da Comissão:

Esta metodologia permite acentuar o papel do Estado no domínio da proteção social, assegurando uma proteção especial na invalidez a quem realmente dela necessita, e não pelo simples facto da invalidez resultar de determinada doença³⁷⁷.

O paradigma que preside à definição de um regime de proteção especial a invalidez deve ser alterado, valorizando consequências e respetivo impacto no meio laboral onde se insere³⁷⁸.

Os critérios propostos foram incorporados num diploma de 2015 (Decreto-lei n.º 246/2015, de 20 de outubro), que passou a regulamentar o REPI.

Como reforço adicional, antes de transpostos para a legislação estes critérios foram alvo de um ensaio piloto de forma a testar o impacto da alteração, tendo sido aplicados em paralelo ao regime de tipo lista pelas comissões de incapacidade permanente do SVI entre 19

³⁷⁵ Relatório da Comissão Especializada para determinação das doenças a serem abrangidas pelo regime especial de proteção na invalidez, p.8.

³⁷⁶ A comissão ainda estudou e ponderou a existência de uma lista de 21 doenças, uma vez que era para isso que tinha sido mandatada.

³⁷⁷ Ibidem.

³⁷⁸ Relatório da Comissão Especializada para determinação das doenças a serem abrangidas pelo regime especial de proteção na invalidez, p.15

de maio e 19 de junho de 2014³⁷⁹. As ilações retiradas desta experiência eram aparentemente paradoxais. Por um lado, concluiu-se que quando os critérios propostos eram aplicados, aumentou “(em geral) o número de beneficiários abrangidos por um regime de proteção especial na invalidez, considerando que é maior o universo de patologias a abranger (ou seja, todas).” Por outro lado, e ainda tendo em conta os dados recolhidos no teste piloto, concluiu-se igualmente que poderia registar-se “uma diminuição do número de beneficiários abrangidos (...), facto que se verificou em alguns serviços de verificação de incapacidade permanente do ISS, I.P.”³⁸⁰. O paradoxo é de fácil resolução: é que se o regime especial passava a cobrir um número não especificado de patologias, o universo de beneficiários poderia aumentar. Mas os critérios estavam agora bem mais apertados, donde resultava evidente a redução do número de beneficiários. Pese embora este último resultado, a comissão manteve-se firme na sua recomendação.

Em suma, a proposta de supressão da lista de doenças que têm um tratamento diferenciado, instituiu um regime que, em certa medida, se assemelhava ao previsto na Portaria n.º 615-A de 1987, cuja revogação à data fora defendida pela DGSS. Este cenário, tal como acontecera quanto à composição inicial das CVIPs, revela uma recuperação de arquiteturas institucionais propostas ou que já haviam estado em vigor décadas antes. Revela ainda que a mesma linguagem de justiça e equidade pode ser usada para fundamentar decisões diametralmente opostas. Se antes justificava, no entender da DGSS, um regime especial restritivo com avanços, agora ela fundamentava um regime progressista (indefinidamente amplo) com restrições disciplinadoras.

Foi justamente o facto de a implementação deste *sistema aberto* requerer a aplicação de critérios mais claros e restritos – em especial a exigência de certificação da presença de uma doença que, no prazo de três anos, resultasse em dependência ou morte – que gerou uma onda contestação que haveria de iniciar a última fase deste processo.

8.2.1 A polémica em torno dos critérios e a aparente regressão do paradigma

Embora tenha havido uma sinergia entre a comissão responsável por estudar a matéria e o decisor político, a tomada de decisão revelou-se tudo menos pacífica. Os novos requisitos de acesso foram alvo de duras críticas, primeiro pela sociedade civil, nomeadamente pelas

³⁷⁹ Em centros distritais não especificados.

³⁸⁰ Idem, p.14.

associações de doentes, de reformados e pelo bastonário da Ordem dos Médicos (OM)³⁸¹ e posteriormente pela oposição ao nível parlamentar.

O critério que mais polémica gerou foi a previsão clínica de evolução para uma situação de dependência ou morte num período de três anos. O bastonário da OM, José Manuel Silva, em declarações ao Jornal *Público*, classificou a forma de redação desse critério como “completamente estúpida”, que “só uma mente tortuosa poderia criar tal parâmetro³⁸²”, significando “que os doentes só podem receber a pensão de invalidez quando estão completamente de rastos”, tendo ainda referido que é impossível para um médico prever que um doente faleça no prazo de três anos³⁸³. As críticas das associações de doentes não diferiram das apresentadas pelo bastonário: a Associação de Doentes Crónicos e a Associação Portuguesa de Doentes Neuromusculares consideraram que o novo regime apenas abrangeria “doentes que já estão em estado vegetativo” ou “(...) doentes completamente dependentes ou a morrer (...)”, respetivamente³⁸⁴. Já as associações de doentes, como a Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica elogiou a medida, uma vez que perante a ausência de lista era uma doença que poderia vir a ser considerada no âmbito do REPI. Contudo, tinha algumas dúvidas acerca de como seria feita a avaliação das consequências da doença na capacidade de trabalho sobretudo numa doença onde os sintomas não são visíveis. A mesma dúvida expressou o dirigente do núcleo Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro, argumentando que “o importante é que a avaliação seja bem feita, por médicos, clínicos, que sabem as dificuldades que as pessoas têm e não por médicos de secretária.”³⁸⁵

Ao nível político, o BE e o PCP apresentaram pedidos de apreciação ao diploma, argumentando que o novo regime era um ataque aos direitos sociais³⁸⁶. A iniciativa parlamentar do BE, liderada pelo deputado Jorge Falcato, classificou os novos critérios de acesso como “absurdos”³⁸⁷ e na reunião plenária de discussão foi destacado que muitas

³⁸¹ *Público*, 24 de novembro de 2015. <https://www.publico.pt/2015/11/24/sociedade/noticia/pensao-de-invalidez-especial-todas-as-doencas-mas-menos-beneficiarios-1715353>

³⁸² Apreciação Parlamentar 7/XIII/1, p.5:
<https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2b/13/01/003/2015-11-20/5?pgs=4-6&org=PLC&plcdf=true>.

³⁸³ *Público*, 24 de novembro de 2015.

³⁸⁴ Apreciação Parlamentar 7/XIII/1, p.5:
<https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2b/13/01/003/2015-11-20/5?pgs=4-6&org=PLC&plcdf=true>

³⁸⁵ *Público*, 16 de junho de 2015. <https://www.publico.pt/2015/06/16/sociedade/noticia/governo-muda-protecao-na-invalidez-e-acaba-com-lista-de-doencas-1699160>

³⁸⁶ Apreciação Parlamentar 7/XIII/1 e n.º 8/XIII (1.ª):
<https://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2b/13/01/003/2015-11-20/7?pgs=4-6&org=PLC&plcdf=true>

³⁸⁷ Idem, p.5.

doenças causam dor crónica, fadiga, rigidez e dificuldades, como problemas de concentração e memória, não resultando necessariamente em dependência, mas afetando significativamente a capacidade de trabalhar. Ao contrário do Governo que promoveu o novo regime sem ter auscultado as partes interessadas³⁸⁸, uma semana antes da discussão em plenário, Falcato ouviu no Parlamento representantes de associações de doentes com doenças crónicas³⁸⁹ e todas consideraram que o decreto-lei deveria ser revogado antes de entrar em vigor e que a legislação deveria ser alvo de melhorias³⁹⁰.

Na sequência da iniciativa parlamentar e respetiva discussão, o PS, o BE e o PCP apresentaram propostas com o objetivo de alterar a natureza do regime de lista aberta, que previa um prazo para revisão e participação das pessoas com doenças crónicas e respetivas associações. Portanto, o Decreto-Lei n.º 246/2015 acabou por não entrar em vigor a janeiro de 2016, tendo sido substituído pela Lei n.º 6/2016, que, nas palavras da bancada parlamentar do PS, serviu para “corrigir a opção política inaceitável e errada de restringir o acesso (...) a quem está completamente dependente ou a morrer³⁹¹.” A nova lei entrou assim em vigor coincidindo, praticamente, com o início de funções do XXI Governo Constitucional, que teve por base três acordos de incidência parlamentar, firmados bilateralmente entre o PS, BE, PCP-PEV, não se podendo assim ignorar o novo contexto político e a nova correlação de forças ao nível parlamentar.

A lei que entrou em vigor retomou a previsão específica das doenças anteriormente contempladas, incluindo também as doenças raras e alargou o conceito ao contemplar todos aqueles com “um prognóstico de evolução rápida para uma situação de perda de autonomia com impacto negativo na profissão por eles exercida³⁹², sem prejuízo da obrigatoriedade de se verificar que essa incapacidade é permanente e que, dentro de três anos, o indivíduo não recuperará a capacidade de auferir na sua profissão mais de 50% da remuneração. Em suma, o conceito elimina a necessidade de dependência ou previsão de morte, focando-se exclusivamente na incapacidade para o trabalho, que é o objetivo original da proteção na eventualidade de invalidez. Foi ainda retirado do conceito a exigência de que essa incapacidade

³⁸⁸A afirmação de não auscultação das associações foi feita pelo deputado Jorge Falcato e mencionada no jornal Público: <https://www.publico.pt/2015/12/06/sociedade/noticia/novo-regime-de-proteccao-especial-na-invalidiz-chegara-a-entrar-em-vigor-1716651>

³⁸⁹Ataxias, VIH/sida, espondilite anquilosante, Parkinson, poliomielite, fibromialgia, esclerose múltipla, cancro do intestino, doenças neuromusculares, diabetes, esclerose lateral amiotrófica.

³⁹⁰<https://www.publico.pt/2015/12/06/sociedade/noticia/novo-regime-de-proteccao-especial-na-invalidiz-chegara-a-entrar-em-vigor-1716651>

³⁹¹ Reunião Plenária de 15 de dezembro de 2015. N.º 15 do Diário da República, I Série, p.24.

³⁹² N.º 1 do art.º 2.º da Lei n.º 6/2016, de 17 de março.

não possa ser superada através de produtos de apoio ou de adaptação ao ou do posto de trabalho, uma vez que, como discutido no capítulo 5, a aceitação de indivíduos com incapacidades por parte dos empregadores é percebida como insuficiente e desafiante, inclusive pelos próprios peritos médicos do SVI.

8.3 O que retiramos deste enredo?

Em primeiro lugar, este caso mostra, sem sombra para dúvidas, como já sublinhámos, que uma mesma linguagem de justiça e equidade serve, ao longo do tempo, para dar respaldo ético e legal (pense-se na invocação dos princípios da igualdade ou da equidade tanto pelo CM como pela comissão) a regimes especiais completamente opostos, por vezes pela mesma agência estatal (caso da DGSS). Além disso, o conceito de justiça varia conforme a posição dos atores. Enquanto para a comissão de 2013 a existência de uma lista se afigurava como manifestamente injusta, verificámos o oposto ao analisar o discurso dos partidos que lutaram para impedir a entrada em vigor do diploma de 2015:

Corrigir o atual Decreto-Lei e impedir a sua aplicação em 2016 sem desistir da revisão do regime especial das pensões de invalidez, é uma questão de justiça urgente e é, por isso, a base do compromisso do PS nas propostas que hoje apresentamos³⁹³. (Sónia Fertuzinhos, deputada do PS).

Por outro lado, considerando o discurso do executivo e dos parlamentares que apoiavam o governo em funções, o conceito de justiça alinha-se, sem surpresa, com o da comissão, cujas recomendações foram adotadas na íntegra pelo executivo:

Porque essa lista não consegue prever todas as doenças, todas as situações, todos os graus de invalidez; mas sobretudo porque se torna extremamente injusta³⁹⁴. (Mota Soares, Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2011-2015)

A existência de uma lista de doenças é injusta, porque coloca em causa o princípio de equidade social e cria situações de tratamento diferenciado e exclusivo. A nossa preocupação é, e sempre foi, a da proteção dos mais desfavorecidos e, na circunstância, dos beneficiários na invalidez, independentemente da doença que possa dar origem a essa incapacidade³⁹⁵. (Susana Lamas, deputada do PSD)

Posição idêntica à comissão têm os peritos do SVI, que também consideram, na sua maioria, que a existência de uma lista de doenças que garanta proteção especial é injusta. Um exemplo:

³⁹³Intervenção parlamentar na reunião plenária de 15 de dezembro de 2015. N.º 15 do Diário da República, I Série, p.25.

³⁹⁴ *Público*, 16 de junho de 2015. <https://www.publico.pt/2015/06/16/sociedade/noticia/governo-muda-protectao-na-invalidez-e-acaba-com-lista-de-doencas-1699160>

³⁹⁵ Intervenção parlamentar na reunião plenária de 15 de dezembro de 2015. N.º 15 do Diário da República, I Série, p.25.

Eu sou contra essa situação. Porquê? Porque você abarca um certo número de doenças, certo? Nessa lógica há sempre uma doença que vai ficar de fora. É que para mim basta a regra. Bastaria a regra da invalidez relativa ou absoluta, do que andarmos aqui a ferir com doenças particulares. (...) É injusto e injusto. E isso para mim também. (...) porque se formos a ver, temos sempre doenças que dependem da evolução. (...) Para que é que vamos proteger pessoas que tenham a doença x? Agora incluir uma situação que são as doenças raras. Você faz ideia de quantas doenças? Vários. Existem milhares (...). Ou seja, o legislador quer tanto agradar A, B e C. Chega a um certo ponto que pode ser uma salada de frutas. EMC3

O principal motivo para essa percepção de injustiça é a impossibilidade de abranger todas as condições médicas que resultam em incapacidade. Assim, algumas doenças são incluídas, enquanto outras que apresentam impactos funcionais semelhantes ou até mais severos são excluídas. Por exemplo, como mencionado pelo ECM5, uma pessoa com neoplasia da tiroide é beneficiada pela proteção especial por a doença estar incluída na lista, enquanto um diabético cego com insuficiência renal não recebe a mesma proteção, apesar da gravidade da sua condição.

Outro ponto crítico que para os entrevistados gera injustiça é a falta de critérios científicos rigorosos para justificar a inclusão de doenças na lista. Um exemplo notável é o de duas doenças neurodegenerativas indicado pelo ECM4: tanto a esclerose lateral amiotrófica como a doença do neurónio motor causam incapacidades semelhantes, mas apenas a primeira está na lista.

Quanto a estes dois pontos, contudo, nota-se que os peritos estão incapazes de articular os seus anseios de justiça e a crítica que fazem quanto aos critérios científicos de um modo que seja compaginável com os critérios rígidos impostos pela reforma de 2015, em especial o da previsão, a um prazo de três anos, de dependência ou morte. Ou seja, há uma falha lógica no discurso profissional desta tecnocracia, que é o da dificuldade técnica e científica de fazer um prognóstico desse teor. Eles também não conseguem explicar de forma satisfatória que razão os levou a defender um tal critério.

O que se torna evidente é que o legado iniciado a partir de 1989 e reforçado em 2009 tornou o Executivo permeável às incursões da tecnocracia intermédia, permitindo que a voz dos peritos médicos, na sua dupla condição de elite tecnocrática e de burocratas de rua, influenciasse diretamente a tomada de decisões. Além disso, como já demonstrado no capítulo 6, esta é uma área profundamente técnica e, por isso, os decisores tendem a não questionar a expertise médico-pericial e reconhecem a importância da especialização e do conhecimento na formulação de políticas, facto que fica evidente no discurso do ED2:

Mas isso foi muito evidente...o que o governo fez na altura foi seguir o que tinha sido indicado no relatório da comissão especializada. E essa comissão especializada era só composta por organismos intermédios, na altura da Segurança Social e das Finanças, finanças que tinham quer a CGA, quer a DGAEP. (...) na altura entendeu-se constituir de facto uma comissão que tivesse exatamente aqui...o Instituto de Segurança Social tem a seu cargo a verificação, o sistema de verificação de incapacidades e, portanto, tem know-how produzido sobre esta matéria.

A CGA tem também o seu sistema de verificação de incapacidades. Tem muito know-how produzido sobre esta matéria. Portanto, a lógica foi juntar aqui os organismos intermédios do Estado. Eles tinham um ano, salvo erro, para apresentar o seu relatório e o que o governo fez foi legislar com base no relatório que tinha sido aprovado. (...)

Na altura houve muito esta preocupação de seguir as indicações dos organismos intermédios da Segurança Social e confesso que nem eu, nem mesmo os colegas demos alguma indicação do que quer que fosse à Comissão. Cada um dos organismos tinha de facto essa capacidade e esse conhecimento e, portanto, a lógica foi sempre essa, seguir aquilo. E de facto, a legislação que nós fizemos foi uma legislação em linha com o que nos tinha sido sugerido, porque era uma matéria que fazia sentido.

É claro que só o legado institucional anterior não era uma condição suficiente. Era preciso um quadro político que tornasse *suave* a translação da visão tecnocientífica em política pública, sem pontos de veto significativos. Esse quadro foi dado por uma maioria estável, entre 2011-2015, que permitiu ao governo PSD/CDS escudar-se numa retórica de respeito pelos pareceres técnicos, despolitizando a questão. Um dado hipoteticamente relevante para explicar a trajetória tomada pela reforma do REPI pode encontrar-se, aliás, nos processos de reforma que foram contíguos a este. Em jeito de hipótese que teria de ser confirmada por outros meios, podemos equacionar que esta reforma do REPI, de sentido conservador e tecnocrático, nasce da impossibilidade do governo em funções ter conseguido avançar com a reforma mais vasta e muitíssimo mais saliente que previa uma redução de 10% nas pensões de aposentação, reforma e invalidez de valor bruto mensal superior a €600³⁹⁶. Aprovada pela Assembleia da República a 1 de novembro de 2013, esta reforma acabaria por ser travada pelo Tribunal Constitucional, que se pronunciou pela sua inconstitucionalidade a 19 de dezembro desse ano³⁹⁷. Lembremos que o legado da reforma do REPI de 2009 tornava possível, embora de forma não mecânica, a constituição da comissão encarregada de rever e densificar o regime especial. Comissão essa que foi legalmente criada a 14 de novembro de 2013 e que entraria em funções justamente em janeiro de 2014. É certo que a proximidade temporal, ou melhor, o entrecruzamento temporal dos dois processos não basta para retirar qualquer ilação de causalidade. No entanto, vale perguntar se a reforma do REPI não serviu, ainda que não-intencionalmente, para acomodar fins políticos, a coberto de uma dura capa tecnocientífica, entretanto postos em causa pelo veto constitucional. Há dois fatores que sustentam esta ideia: o primeiro é o *timing* da constituição da comissão, que sugere que a reforma do REPI fez parte do mesmo “pacote” ou impulso reformista no domínio mais amplo do corte das pensões contributivas. O segundo é a natureza dos trabalhos da comissão, que extravasou o seu mandato legal (previsto em 2009) ao se distanciar das funções para as quais havia sido constituída. De facto, este é um dado que merece

³⁹⁶ Decreto da Assembleia da República n.º 187/XII, de 1 de novembro de 2013.

³⁹⁷ Plenário do Tribunal Constitucional, Acórdão n.º 862/2013, de 19 de dezembro de 2013.

ser sublinhado: um novo quadro político, de maioria parlamentar estável, num período marcado pela execução do memorando de entendimento de resgate financeiro (Troika) durante a crise das dívidas soberanas, parece ter criado uma janela de oportunidade para que o legado de “restrições com avanços” do antigo REPI desse origem a uma tentativa tecnocrática de “alteração do paradigma”, que punha em causa até a própria existência de um regime especial. Além disso, podemos perguntar também se não estava em causa, no relatório da comissão, uma tentativa de expor o decisor político à defesa, por parte da burocracia intermédia, de uma reforma de fôlego do regime, que além de pretender acabar com a lista de patologias, previa um certo alinhamento do REPI com os critérios de atribuição da invalidez absoluta.

No essencial, a posição dos peritos médicos do SVI condiz com as perceções e posicionamentos que encontrámos nos capítulos anteriores. Também aqui eles relevam que o REPI se devia aproximar do regime geral no que toca aos critérios avançados na reforma de 2015, algo que continuaram a defender mesmo depois dessa reforma ser afastada (ver abaixo). Esta luta pelos critérios definidores da invalidez (especial) confirma a sua tendência para defender um foro de discricionariedade médica, sem limitações de instrumentos (como a lista de doenças) cujos critérios lhes parecem intromissões inaceitáveis de elementos estranhos à linguagem, interesses e regimes de verdade médicos.

Na verdade, existe uma perceção generalizada entre os peritos de que as doenças incluídas na lista foram determinadas pela influência de grupos de pressão e não por uma avaliação objetiva da necessidade de proteção especial, o que é visto como um fator adicional de injustiça. Os peritos acreditam que a pressão exercida pelas associações de doentes moldou o curso do REPI, levando o legislador a ser sensível às exigências de grupos organizados. Este cenário resulta em legislação que pode privilegiar as vozes dos grupos de pressão, o que por sua vez pode ser indicativo de que a proteção social nesta área depende não só da gravidade da condição médica, mas também da capacidade de *advocacy* dos afetados:

(...) foi olhe, um jeito que se deu a vários blocos políticos e quem legislou...os jeitos podem-se fazer à vontade...não estou contra isso, são questões políticas em que não me quero meter. (...) Todo este regime funcionou por causa de lobbies, naturalmente, dos grupos de associações de doenças, que representavam os doentes... tinham representação parlamentar. Durante muito tempo a esclerose lateral amiotrófica não foi considerada dentro deste regime. E outras doenças neurológicas menos graves estavam integradas neste regime, coisa que era absolutamente inconcebível. Como é que se pode aceitar que certas doenças que são menos graves, estejam no regime especial e outras não. Tudo dependia dos grupos de pressão que existiam dentro da área parlamentar. Portanto, quer dizer, não era admissível que fosse assim, não é justo. Felizmente isso conseguiu corrigir esse ponto de vista. Embora, repito, uma clarificação, uma aclaração, como dizem os advogados, da Lei 6/2016 (...) era bom, porque evitava confusões. Porque as pessoas continuam muito agarradas ao decreto-lei de 2009 em que dizia de facto que eram aquelas doenças. (...) ECM7

Em segundo lugar, consideramos que este pequeno caso é demonstrativo da resistência dos eleitores a mudanças que podem ameaçar as garantias que conquistaram. A reposição da

lista, mesmo quando os peritos da área sugerem que outras abordagens seriam mais justas e *científicas*, pode ser uma consequência do *poder* estabelecido pelas organizações de doentes. Contudo, este caso serve-nos de prova de que os burocratas de rua têm a capacidade de moldar as políticas públicas. Apesar de a especificação das doenças ter sido reintroduzida na legislação, a comissão e os peritos do SVI levaram a sua visão adiante e a lei prevê que não basta ser portador da doença: essa é apenas a condição primária. É preciso responder a uma condição secundária e cumulativa: é necessário que haja um prognóstico de rápida evolução para uma situação de perda de autonomia com impacto negativo na profissão³⁹⁸. Em adição, a lei ficou ampla como os peritos consideram justo: cobre indivíduos com incapacidade permanente para o trabalho causada pelas doenças listadas, bem como cobre indivíduos que não sendo afetados por aquela doença são afetados por doenças cujo prognóstico seja de rápida deterioração da autonomia.

O que está em causa nunca pode ser o nome da doença, mas sim a gravidade dela e o impacto que teve na capacidade de trabalho da pessoa. E essa foi a luta que nós tivemos. Porque essa lei foi originada, e bem, pelo grupo de pressão das associações de doentes. Se vir a lista, todas elas têm associações de doentes. Fizeram uma pressão tremenda sobre o Parlamento e a nossa pressão do Conselho Médico foi explicar ao legislador que todo o português merece proteção quando tem a infelicidade de ter uma doença grave. (...) E toda a gente leu o artigo um e ninguém leu o artigo dois [por lapso, o perito deve ter referido artigos em vez de n.º 1 e n.º 2 do art.º 2.º] (...) Mas sabe porque é que não tiraram o número um? Para não melindrar as associações de utentes. Eu aí sou pacífico, resolveu-se uma injustiça. Se aquilo é necessário para que as pessoas fiquem confortáveis, pois que fique, não tenho nada contra, antes pelo contrário. Mas o artigo dois é o único que justifica a existência do Regime Especial de Proteção de Invalidez. ECM5

À primeira vista, poderíamos concluir que prevaleceu a visão dos partidos da oposição e das associações de doentes ao conseguirem reintegrar a lista específica de doenças, refletindo alguma da influência que exercem sobre o processo legislativo. Contudo, a inclusão de critérios adicionais que exigem um prognóstico de rápida evolução para uma perda de autonomia com impacto no trabalho demonstra que a comissão e em última instância os peritos do SVI conseguiram influenciar a legislação para que ela fosse mais inclusiva e criteriosa, mitigando parte da injustiça que identificaram. Portanto, pode-se dizer que os grupos de pressão tiveram uma vitória mais visível, mas os peritos do SVI também alcançaram uma vitória “não visível” ao incorporar os seus critérios na legislação final e que, como se vê, aplicam ainda no seu dia-a-dia de certificação:

Quer dizer, agora com o regime especial, conforme se conhece o articulado da lei, portanto, a pessoa tem que ter aquela patologia e simultaneamente, essa patologia tem de ser de tal forma grave que leva a uma perda de autonomia. Portanto, estamos já a falar de uma invalidez absoluta. Portanto, a pessoa não é capaz de satisfazer as suas atividades de vida diárias. O processo de formalização é igual, a pessoa, apresenta-se na mesma, traz os elementos que lhe falei no início da entrevista, nós avaliamos, tem essa patologia, ok. A mesma é a justificação

³⁹⁸ N.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 6/2016, de 17 de março.

para a sua incapacidade permanente? É. A mesma condiz perda de autonomia enquadrável na lei? Não condiz perda de autonomia. Não. É uma invalidez normal. EPM11

Conclusão

A partir da reconstrução histórica da pensão de invalidez e de uma instituição que a literatura denomina de *linha da frente* ou de *nível de rua* e da sua forma de funcionamento no dia-a-dia, esta tese procurou contribuir para a discussão sobre os modos de mudança institucional. Argumentámos que um fator determinante para essa mudança é a burocracia, o que para além de estudar as dinâmicas de mudança e estabilidade da pensão de invalidez, implicou uma análise profunda do processo de criação e implementação do SVIP. A mudança foi impulsionada num primeiro momento pelos burocratas ministeriais, que desenharam o sistema, e, num segundo, pelos burocratas de rua, os peritos médicos do SVI. São estes profissionais que identificam o que na sua perspetiva não funciona e procedem a adaptações que classificamos como inovações institucionais. Isto demonstra a importância de ouvir as narrativas dos implementadores e prova que o impulso para a mudança nem sempre parte dos decisores políticos, sendo por vezes forjado na prática e nas adaptações que são feitas por aqueles que executam as políticas diariamente.

A constatação de que não é preciso alteração legislativa para haver mudança ou de que a legislação apenas sanciona algo que já mudou na realidade ou que mudanças aparentemente laterais não importam é uma das conclusões principais deste trabalho; outra tão ou mais central é a de que a ambiguidade abre espaço à inovação e à *agência* dos peritos médicos do SVI, que têm margem suficiente para explorar o conceito de incapacidade, criar e socorrer-se dos instrumentos de certificação que e quando consideraram mais apropriados.

Relativamente à primeira conclusão, não poderíamos deixar de invocar dois momentos: a criação do SVIP e a extinção do assessor técnico de emprego. No que à criação do SVIP diz respeito, esta encontra grande saliência ao nível legislativo. Mas o que não sabíamos antes desta investigação é o tempo que ela demorou para ser implementada (cinco anos). O SVIP foi criado por lei em 1982, mas só em 1987, devido à pressão dos burocratas ministeriais da DGSS, que questionavam a precisão e os critérios utilizados nas avaliações realizados pelo ministério da saúde, é que a sua implementação foi efetivada. Esta mudança, que pode ser classificada como profundamente transformadora, reflete uma disputa distributiva de competências e controlo financeiro em que o setor da segurança social expressava insatisfação por ter de lidar com o pagamento de uma prestação, cujos critérios de acesso eram validados externamente. Apesar de transformadora, a criação do SVIP pode ser entendida somente como mudança de segunda ordem, conforme descrito por Hall (1993). Relembramos que, segundo o autor, as mudanças de segunda ordem ocorrem quando, sem alterar os objetivos gerais da política, se procede a

alterações ao nível dos instrumentos e das técnicas utilizadas para implementar; nesta os funcionários públicos têm relativa influência. No caso do SVIP, a sua criação não representa uma rutura completa com as políticas e valores preexistentes. Pelo contrário, representa uma reorganização dos meios e das práticas de intervenção para responder melhor aos objetivos já estabelecidos. A alteração redistribuiu competências – retirando ao setor da saúde o processo de verificação – e transformou a lógica de funcionamento da *política de invalidez* ao centralizar na segurança social tanto a certificação quanto o pagamento, permitindo-lhes alinhar as práticas administrativas com as suas responsabilidades orçamentais.

Nesta dimensão não podemos dizer que exista uma mudança de terceira ordem, porque nunca se verificou uma alteração na hierarquia dos objetivos da política de invalidez. Desde o início que o objetivo da proteção em caso de invalidez foi a proteção da perda de rendimentos através de uma prestação pecuniária, complementada por políticas de reabilitação e reintegração profissional. Somado a isto, demonstrámos que a formulação do conceito de invalidez teve sempre na sua base a ideia de capacidade de ganho, que tem em conta o montante da retribuição correspondente à capacidade residual do requerente em cotejo com a relativa ao exercício normal da profissão, o que implica saberes singulares e atualizados sobre salários e mercado de trabalho e não apenas sobre a capacidade física, que decorre apenas de aspetos médicos da incapacidade. Assim, para se alcançar o objetivo de complementaridade entre proteção passiva e ativa e para dar aplicação ao conceito de invalidez baseado na capacidade de ganho alterou-se o instrumento de certificação da invalidez e a sua configuração: criou-se o SVIP, substituindo o modelo de juntas médicas. Para além da localização institucional ao nível da segurança social, como vimos, uma das principais características deste instrumento era ter na sua composição as CVIPs, das quais faziam parte a figura do técnico de emprego e cuja competência era emitir pareceres acerca das possibilidades de capacidade remanescente. Tal nunca chegou a acontecer na plenitude. De acordo com as informações apuradas, poucos centros distritais conseguiram que as comissões funcionassem com essa configuração. Isto significa que embora só tenha sido formalmente extinta em 2007, durante 20 anos houve uma divergência entre a legislação e a sua implementação. Portanto, a eliminação do técnico de emprego, mudança legislativa que se verificou em 2007, não trouxe mudanças novas ao nível da prática: apenas ratificou *ex post* uma realidade já existente.

Esta divergência que, inicialmente, se deveu à ausência de recursos por parte do IEFPP não é apenas um mero resultado de disputas distributivas ou de alocação de recursos, mas também de uma crença por parte dos peritos médicos na capacidade do técnico de emprego participar nestas comissões e de proceder à efetiva reabilitação dos requerentes. Embora a sua

presença tenha sido inicialmente considerada benéfica e fundamental para a operacionalização do conceito de invalidez e para impulsionar o potencial de reabilitação dos requerentes, a preferência constante que o técnico do IEFP fosse formado em medicina do trabalho pode, na nossa visão, refletir uma tentativa por parte dos peritos do SVI em manter a atividade pericial com um foco estritamente clínico. A resistência dos peritos médicos à presença de técnicos de emprego não-médicos mostra que a decisão de eliminação não se deu apenas por motivos orçamentais, mas por uma disputa em torno da natureza do processo de verificação. No fundo, *estamos próximos de* uma mudança de paradigma – mudança de terceira ordem no modelo de Hall –, na medida em que a) o que é operacionalizado é um conceito de capacidade de trabalho baseado apenas em elementos médicos e variáveis sociais que os médicos de alguma forma tentam incluir na sua análise e b) a complementaridade por via de ações de reabilitação social é nula. O paradigma alterou-se na prática sem visibilidade ao nível legislativo nem saliência ao nível político.

Verificámos que a eliminação desta figura gera um paradoxo: um modelo de certificação de invalidez predominantemente médico a executar um conceito para o qual a visão de peritos com conhecimentos específicos da área do emprego importaria e que é, ainda por cima, fortemente ambíguo, como os próprios peritos entrevistados admitiram. Isto remete-nos para a segunda grande conclusão: a discricionariedade desempenha um papel crucial na mudança institucional gradual. Argumentámos que há um conjunto de mudanças invisíveis³⁹⁹ e adaptativas: perante um conceito tão vago, os médicos atribuem-lhe vários sentidos e ajustam-no às características dos requerentes ou a ideias de justiça e aos avanços da medicina. Não sendo um conceito estático, é frequentemente adaptado conforme as interpretações dos médicos, o que faz com que a invalidez não seja uma condição estritamente objetiva, mas sim um conceito fluído adaptável a possíveis diretrizes institucionais ou às crenças dos peritos. Num contexto de incerteza e de grande dificuldade de aplicação do conceito legal (de operacionalização), algumas condições ideacionais parecem ser fundamentais para o trabalho dos médicos: a) a crença numa teleologia do conhecimento médico: o conhecimento médico e as terapêuticas a ele associadas são vistos como em permanente e cumulativo processo de “avanço” para o futuro. Esta condição é exacerbada pela projeção que a política obriga a que os médicos façam para os três anos subsequentes (prognóstico, embora sem relacionar com o cálculo da capacidade de ganho) e b) a crença de que os requerentes anónimos e futuros podem, em abstrato, recorrer de facto às terapêuticas que lhes permitem manter a capacidade de ganho, o

³⁹⁹ Ou critérios de acesso à pensão que são invisíveis ao nível legislativo.

que pressupõe um “colocar em suspenso” aquilo que os peritos sabem acerca do funcionamento concreto do sistema nacional de saúde e, sobretudo do SNS.

Um bom exemplo de mudança invisível ao nível da prática de certificação, e que pode influenciar o acesso à pensão, é a consideração das tarefas exercidas ao invés da profissão, como a legislação prevê. A DGRSS e os peritos do SVI sentiram a necessidade de detalhar as profissões em tarefas específicas, pois entendem que o seu impacto na capacidade e continuidade no trabalho pode variar dentro de uma mesma categoria profissional. Além do mais, é um claro exemplo de inovação institucional, que procura adaptar o exercício de avaliação à realidade individual do trabalhador e das suas tarefas, em vez de se basearem exclusivamente na profissão formal descrita no contrato de trabalho. Por outro lado, há casos em que o perito opta por uma abordagem *legalista* e recorre ao contrato de trabalho (e ao que aí se declara) como verdade objetiva para efeitos legais; mas mesmo nestes casos, os peritos sabem e reconhecem que a definição da atividade profissional constante do contrato de trabalho é limitadora e não corresponde à realidade – assim, reconhecem e podem chegar a complementar a classificação da profissão com os restantes elementos mais próximos do quotidiano laboral concreto do requerente, ainda que o recalquem quando atribuem o ónus da autenticidade da profissão desempenhada ao contrato. Isto mostra o caráter periclitante e potencialmente injusto desta lacuna do sistema.

Uma outra instância é a certificação da invalidez absoluta – mudança bastante visível na legislação, mas cuja definição foi alvo de discussão em sede de Conselho Médico de forma a ser alcançada uma uniformidade nos critérios de avaliação. Neste campo, identificámos uma modalidade de atuação que, embora não sendo seguida por todos os peritos, se aproxima de uma negociação entre perito e beneficiário, e que envolve duas características distintivas: 1) é dado a conhecer ao beneficiário que existem duas “opções” – a incapacidade relativa e a absoluta; 2) procura-se ponderar a aplicação estrita da lei com as circunstâncias individuais do requerente, considerando as suas necessidades e desejos. O caso paradigmático desta modalidade da prática avaliativa é o de uma avaliação que, do ponto de vista médico, redundava em incapacidade absoluta, mas que se transforma numa relativa, depois de sopesados pedidos e condições expostos pelo requerente. Ela está, por isso, ligada a um fator decisivo: os peritos que concebiam o trabalho de forma ampla, e não tanto como mera atividade remuneratória, com o seu potencial de integração, satisfação e realização pessoal e contributo para a sociedade estão mais propensos a defender a capacidade remanescente dos requerentes e a decidir em conformidade. No nosso entender, esta prática pode ser caracterizada como uma forma de inovação institucional não codificada, refletindo uma abordagem diferenciada e adaptativa na

avaliação da capacidade de trabalho. Ao conceberem o trabalho não apenas como uma atividade remuneratória, mas como um componente de integração e realização pessoal com valor social, os peritos adotam uma postura que vai além do modelo estritamente médico que tendem a aplicar. Esta prática é um exemplo que se afasta de uma leitura puramente técnica por parte dos médicos e, portanto, o conhecimento situacional confunde-se com a expertise e vice-versa (Evans e Hupe, 2020:9).

Não é só neste domínio que as crenças dos peritos moldam o acesso à pensão de invalidez. Vimos no capítulo 7 que uma simples interpretação do modo de redação do impresso *SVI7* pelo médico assistente do requerente pode funcionar como um dos vários critérios de acesso à prestação social. Em nenhum lado legalmente previsto, eis mais um exemplo de como a cultura da implementação afeta aspetos chave de uma política social.

Contrariamente ao que havíamos intuído no início desta investigação, o ambiente institucional em que os médicos operam está *aberto* e não delimitado por instrumentos classificativos *rígidos* que obrigam à construção de um nexo de causalidade entre doença e incapacidade para o trabalho e, por isso, promove a discricionariedade: procuram, antes, implementar práticas que reduzam o erro na tomada de decisão, adaptam os seus métodos de trabalho e até as modalidades de formação. A realização de ajustes no circuito que o processo de avaliação deve seguir ilustra-o bem. Apesar de neste domínio a legislação estabelecer diretrizes mais *rígidas*, procurando dar maior previsibilidade, os peritos do SVI procedem a adaptações em resposta a desafios operacionais e à escassez de recursos, o que não surpreende face ao que se conhece da burocracia de rua noutras arenas. Veja-se a implementação de práticas alternativas, como a convocação direta do requerente pela CVIP ou a intervenção obrigatória do ATC em caso de desacordo entre o médico relator e a CVIP: segundo os entrevistados, elas foram implementadas para melhorar a qualidade das decisões. Outro tipo de ajustes, como a imposição de tempos mínimos de trabalho em determinados centros ou a divisão flexível de funções entre os peritos, representam também inovações institucionais que permitem aos centros distritais de segurança social corrigir potenciais lacunas que o circuito legal previsto não resolveria tão bem ou pelo menos mais eficientemente. Contudo, estas adaptações locais revelam uma outra faceta do sistema. Embora sejam positivas na medida em que permitem uma adaptação do fluxo burocrático à realidade, elas comportam um elemento de risco: a heterogeneidade nas práticas de avaliação. Ao adotarem práticas próprias, podem estar a gerar desigualdade na avaliação da incapacidade ao nível nacional. Por exemplo, a implementação de tempos mínimos da atividade pericial em determinados centros pode levar a uma profissionalização variável do corpo de peritos, o que, por sua vez, pode gerar desigualdades

entres os requerentes. Neste contexto, cabe ressaltar a importância que os peritos atribuíram à experiência acumulada como um instrumento valioso de apoio à certificação.

Esta tese complementa, ainda, a literatura especializada acerca da mudança institucional, no que toca aos atores ou níveis da burocracia que têm a capacidade para influenciar as decisões políticas. O nosso contributo sugere que devem ser acrescentados os seguintes dois fenómenos: primeiro, os burocratas de rua podem influenciar a natureza de uma política, mesmo não sendo burocratas intermédios; segundo, o modo pelo qual o fazem é duplo – podem fazê-lo por *conversion*, para usarmos aqui a tipologia de Mahoney e Thelen (2010), ao nível do que designámos por infrapolítica, a implementação num ecossistema institucional aberto; ou por *drift*, embora com uma qualificação importante. Lembremos que o tipo de mudança denominado *drift* pressupõe que “as regras ou normas permanecem as mesmas, mas o seu impacto muda porque o contexto ou ambiente ao redor da instituição evolui, tornando as políticas existentes desatualizadas ou inadequadas.” Mas o que esta tese revela é que isso não se dá automaticamente. É preciso existir um ator com capacidade suficiente para traduzir essa inadequação e provocar a mudança num contexto visível de inércia. Este ator, no domínio da política estudada, são os peritos médicos.

Numa análise de conjunto, constata-se que são três os mecanismos causais que traduzem o papel desta burocracia de rua especial em mudança ou inércia na natureza da política estudada: a sua autonomia relativa; os caracteres endógenos da política e as suas instituições (normas e instrumentos de implementação); e a flexibilidade ou natureza aberta do ecossistema em que os peritos médicos trabalham. Mas esta enumeração não esgota a lista de potenciais mecanismos causais: o que a nossa tese revela é que estes são somente necessários para explicar o contributo destes atores. Nem podem eles ser empiricamente distintos uns dos outros: embora teoricamente os possamos considerar independentes, na realidade a autonomia relativa e a natureza aberta do ambiente institucional implicam-se mutuamente. Por exemplo, se a linguagem tecnocientífica que eles adotam e defendem, por vezes intransigentemente, lhes confere autonomia, a latitude de que dispõem, tanto ao nível da implementação como ao nível da influência das tomadas de decisão mais visíveis (de uma ordem superior), joga-se nas lutas em torno da definição do que é a “incapacidade” ou dos instrumentos classificatórios que preferem, ignoram ou repudiam. O caso da reforma do regime especial mostra os três mecanismos causais em ação, precisamente ao redor da natureza aberta do sistema: numa janela de oportunidade contingente, que lhes permitiu influenciar diretamente o decisor político – janela essa, por sua vez, explicada por um legado institucional de décadas que se cruzou com um quadro político propício – eles aproveitam para defender uma reversão, quase completa,

256

dos limites legais impostos à sua prática de certificação. E mesmo quando essa reversão foi posta em causa por uma nova correlação de forças no parlamento, eles conseguiram retomar a defesa da sua autonomia médica e científica. Por isso, estes atores não podem ser considerados uma mera força de bloqueio, pois eles não atuam sempre como geradores de inércia: talvez o sejam ao nível visível da legislação e da decisão política, dependendo do impulso reformista do legislador, mas nunca ao nível do seu trabalho de certificação.

Deste modo, acreditamos que a nossa investigação rompe com uma visão tradicional que encara os burocratas de rua como simples executores e despojados de motivações ou recursos para a inovação. Pelo contrário, adotamos uma perspetiva que reconhece que o conhecimento profundo desses atores sobre um determinado domínio de políticas e sobre as partes interessadas, como por exemplo, os requerentes, os coloca numa posição privilegiada de forma a poderem gerar mudança. Mas também chamamos a atenção que essa mudança pode resultar em critérios de acesso à proteção social que são invisíveis, díspares e que podem, por vezes, gerar injustiças.

Implicações para a política pública

As conclusões desta investigação têm uma importância significativa tanto ao nível social como para a formulação de políticas públicas. Os resultados sugerem que também nesta área de política por vezes existe um fosso entre o processo de formulação e a sua implementação, o que pode gerar impactos diretos sobre os beneficiários. Mas, mais relevante ainda, é a conclusão de que esse fosso pode ser tanto maior quanto mais a mudança de política se processar de forma endógena – se entendermos “endógena” num sentido clássico – e a partir “de baixo”. Além de representar uma área promissora para futuras investigações, esta desconexão permite ainda apresentar algumas recomendações de política com base nas nossas conclusões. Contudo, enfatizamos que a implementação de qualquer uma destas recomendações requer uma análise mais detalhada, apoiada em metodologias específicas do domínio da avaliação de políticas.

Recomendação 1: Embora a subjetividade seja inevitável num processo de avaliação da incapacidade para o trabalho e os peritos se esforcem por torná-lo o mais objetivo possível, podem existir desigualdades entre os requerentes devido à ausência de critérios uniformes, resultando em discrepâncias no acesso à pensão de invalidez. Assim, afigura-se fundamental aprofundar os impactos dessa variabilidade, analisando como as diferenças nas decisões periciais afetam os beneficiários. Para tal, recomenda-se um estudo detalhado que inclua a observação de um painel de requerentes com características semelhantes, como diagnósticos e

contextos ocupacionais análogos, com o objetivo de identificar disparidades nos resultados das avaliações. Nesse processo, pode ainda incluir-se a perspectiva dos requerentes de forma a captar as suas perceções relativas a políticas de reabilitação. Essa abordagem traria uma visão mais holística e centrada no beneficiário, permitindo que futuras políticas não apenas reduzam a subjetividade, mas também promovam maior justiça social e inclusão.

Recomendação 2: Recomenda-se o fortalecimento da formação dos peritos médicos do SVI, que nos parece uma forma eficaz de reduzir a discricionariedade nas decisões e retomar o Encontro Nacional do SVI, que pode ser uma estratégia eficaz para promover a troca de experiências e atualizar os conhecimentos sobre os critérios de avaliação. Além disso, é fundamental atualizar os manuais e *guidelines* existentes, garantindo maior uniformidade na aplicação dos critérios ao longo do território nacional. No fundo, o que se sugere para mitigar a variação territorial e aumentar a equidade do sistema, é a criação de diretrizes nacionais mais detalhadas e práticas de formação centralizadas e contínuas.

2.1. Tendo em conta que a décalage subnacional pode resultar de esforços *ad hoc* dos centros distritais para redução da própria subjetividade e variabilidade decisória, seria prudente manter atualizado um sistema de reporte quer dessas iniciativas quer dos seus resultados, de forma a que capte as melhores experiências com potencial de reprodução à escala nacional.

Recomendação 3: Apesar da formação, os médicos continuam a operar de forma autónoma, pelo que na sua atividade de avaliação da incapacidade podem, na prática, optar por continuar a operacionalizar um modelo de cariz mais biomédico, ao invés de um modelo biopsicosocial, que, para além de diagnósticos de deficiências, também considera as experiências de vida reais de um indivíduo, as suas características (físicas, sociais e comportamentais) e as variáveis do meio que o rodeia. Nesse sentido, é importante refletir-se acerca da composição das comissões de verificação de incapacidade e, por conseguinte, o modelo de reabilitação profissional em Portugal. Propõe-se, assim, uma análise mais robusta de políticas de reabilitação implementadas noutros países em combinação com um teste piloto que inclua nas comissões a presença de um técnico deste género. Só assim se poder esclarecer se esta figura pode ou não desempenhar um papel eficaz na reintegração dos beneficiários.

Fontes e bibliografia

Fontes Primárias

1.1.Arquivos

Arquivo da Secretaria-Geral do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

PT/MTSSS/DGSS/15

PT/MTSSS/GabMin/001672

PT/MTSSS/GabMin/004381

PT/MTSSS/GabMin/004381

PT/MTSSS/GabMin/006581

PT/MTSSS/GabMin/006653

PT/MTSSS/GabMin/006703

PT/MTSSS/GabMin/006824

PT/MTSSS/GabMin/006974

PT/MTSSS/GabMin/007114

PT/MTSSS/GabMin/007115

PT/MTSSS/GabMin/007897

PT/MTSSS/GabMin/007929

PT/MTSSS/GabMin/007933

PT/MTSSS/GabMin/007937

PT/MTSSS/GabMin/009026

PT/MTSSS/GabMin/009044

PT/MTSSS/GabMin/14760

Arquivo do Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

Alexandre, Á., 1973. Reflexões sobre a concessão de pensões no regime de segurança social portuguesa. *I Congresso Nacional da Previdência Social*, Comunicações. Temas A e B, 1.º volume. Cota: 7840-2 MESICT 7840-2

Assis, A.O., 1958. *Incapacidade do Trabalho. Nova Orientação sobre Critérios e Métodos de Avaliação*. Organização Iberoamericana de Segurança Social. Cota: I.C.5-86

Associação Internacional da Segurança Social, 1961. *Os problemas da harmonização dos critérios de avaliação da invalidez, relatório IX. XIV Assembleia Geral*. Istambul. Cota: 1619-

Conceição, M. da, 1979. *Curso de Formação sobre Segurança Social: Regime de Benefícios Diferidos, Pensão de Invalidez*. Caixa Nacional de Pensões. Cota: SES1213

Guimarães, F. & Pisco, J., 1974. Alguns Aspectos da Invalidez em Portugal. *Emprego e Desenvolvimento. 1as Jornadas de Emprego*, Lisboa. Cota: 8635-10

Marcelino, M., 1973. A invalidez na previdência social portuguesa. *I Congresso Nacional da Previdência Social*, Comunicações. Temas A e B, 1.º volume. Cota: 7840-2 MESICT 7840-2

Mirones, J., 1973. Reformas de velhice e da incapacidade total e parcial: sua concatenação com trabalho remunerado. *I Congresso Nacional da Previdência Social*, Comunicações. Temas A e B, 1.º volume. Cota: 7840-2 MESICT 7840-2

Nascimento, F. do, 1968. *Uma Cruzada de Dignificação Humana*. Serviço de Reabilitação Profissional, Ministério das Corporações e Previdência Social. Caderno de Divulgação n.º 2, Lisboa. Cota: 3.838

Nascimento, Fernando (1984). O Regime Legal da Concessão de Pensões de Invalidez pela Segurança Social Portuguesa: perspectivas da sua revisão e actualização. Comunicação apresentada nas *Jornadas Técnicas Luso-Espanholas de Segurança Social*, realizadas em Lisboa em junho de 1984. Cota: 11867

Núcleo de Documentação e Divulgação da Direcção-Geral da Segurança Social

Canelas, F., 1973. Tema B – Invalidez, Velhice e Sobrevivência. *Relatório do I Congresso Nacional de Previdência Social*. Ministério das Corporações e Previdência Social, Direcção-Geral da Previdência, Lisboa. Cota: SES-H-335.

Cardigos, S., 1993. *O Regime de Pensões de Invalidez e Velhice*. Direção-Geral dos Regimes de Segurança Social. Cota: SES-650.

Comissão Interdepartamental Permanente de Articulação entre a Invalidez e a Reabilitação Profissional, 1982. *Reformulação do Esquema das Pensões de Invalidez do Regime Contributivo da Segurança Social*. Cota: SES-352

Instituto da Segurança Social, 2006. *Critérios de Avaliação Pericial. Manual II*. Lisboa. Cota: SES-2050

Ministério da Solidariedade e Segurança Social/Secretaria de Estado da Segurança Social, 1996. *Segurança Social. Evolução Recente: 1996 a 1995*. Lisboa. Cota: SES1942

Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2006. *Critérios de Avaliação Pericial. Manual II*. Lisboa. Cota: SES-2050

Nascimento, F. & Belém, M.R., 1980. *Estudo das articulações a estabelecer entre os serviços de reforma por invalidez e os serviços de reabilitação profissional (Relatório)*. Lisboa. Cota: SES1045

Neves, I., 1990. *A Protecção na Invalidez pela Segurança Social*. Comunicação apresentada no 2.º Encontro Nacional dos Serviços de Verificação das Incapacidades Permanentes, Lisboa, 30 de março. Cota: SES-326.

Biblioteca Instituto Nacional de Reabilitação

Barrias, J., 1999. *Módulos Profissss. Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social. Prestações por Invalidez. Guia do Formando*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Secretaria de Estado do Emprego e Formação. Cota: S494

Cardigos, S., 1999. *Módulos Profissss. Sistema Modular de Formação Profissional para a Solidariedade e Segurança Social. Verificação de Incapacidades. Guia do Formando*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade/Secretaria de Estado do Emprego e Formação. Cota: RE824

Atas do Conselho Médico

Ata n.º 3, 24 de novembro de 1998.

Ata n.º 4/1999, de nove de março de 1999.

Ata n.º 8/2000, de nove de outubro de 2000.

Ata n.º 9/2001, de 29 de janeiro de 2001.
Ata n.º 2/2002, de 13 de maio de 2002
Ata n.º 1/2005, de 31 de janeiro de 2005.
Ata n.º 2/2006, de 27 de outubro de 2006.
Ata n.º 1/2007, de 25 de maio de 2007.
Ata n.º 01/2008, de 11 de abril de 2008.
Ata n.º 1/2012, de 20 de junho de 2009.
Ata n.º 1/2010, de 03 de dezembro de 2010.
Ata n.º 2/2013, de 22 de novembro de 2013.

1.2.Publicações Periódicas

Ferraz, Maria da Conceição (2006). “O Combate à Fraude no Sistema de Verificação de Incapacidades.” em *Revista Pretextos*, n.º 22, junho de 2006. Instituto da Segurança Social

Ferraz, Maria da Conceição (2007). “Conferência Regional do Sistema de Verificação de Incapacidades – Santarém” em *Revista Pretextos*, n.º 26, junho de 2007. Instituto da Segurança Social

Ferraz, Maria da Conceição (2007). “Encontro Nacional - Sistema de Verificação de Incapacidades.” em *Revista Pretextos*, n.º 25, março de 2007. Instituto da Segurança Social

Ferraz, Maria da Conceição (2007). “Medicina na Segurança Social – Avaliação em psiquiatria forense no âmbito do direito público.” em *Revista Pretextos*, n.º 28, dezembro de 2007. Instituto da Segurança Social

Ferraz, Maria da Conceição (2008). “Seminário Regional do SVI em Beja – a Peritagem Médica em Oftalmologia.” em *Revista Pretextos*, n.º 32, dezembro de 2008. Instituto da Segurança Social

Ferraz, Maria da Conceição (2009). “Encontro Nacional do Sistema de Verificação de Incapacidades – Póvoa de Varzim 2009.” em *Revista Pretextos*, n.º 34, junho de 2009. Instituto da Segurança Social

Ferraz, Maria da Conceição (2009). “Seminário “Algumas Incapacidades Cardíacas e Psíquicas: revisão.”” em *Revista Pretextos*, n.º 33, março de 2009. Instituto da Segurança Social
Salgado, R., 1997. SVI’s na perspectiva médica. *Revista Social*, Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo. Depósito Legal n.º 119296/97, p.6.

Bibliografia

Allaire, S.H., 2004. What work changes do people with arthritis make to preserve employment, and are such changes effective? *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 51(6), pp. 871-873. American College of Rheumatology.

Algotson, A. and Svensson, P., 2021. Conceptualizing local development practitioners: Creators, coordinators or inside lobbyists? *Urban Governance*, 1, pp.30–37.

Anderson, S. E., DeLeo, R. A., & Taylor, K. (2020). Policy entrepreneurs, legislators, and agenda setting: Information and influence. *Policy Studies Journal*, 48(3), 587–611.

Arnold, G., 2015. Street-level policy entrepreneurship. *Public Management Review*, 17(3), pp.307–327.

Arnold, G., 2021a. Does entrepreneurship work? Understanding what policy entrepreneurs do and whether it matters. *Policy Studies Journal*, 49(4), pp.998–1023.

Arnold, G., 2021b. Distinguishing the street-level policy entrepreneur. *Public Administration*, 99(3), pp.439–453. <https://doi.org/10.1111/padm.12703>.

Arthur, W.B., 1994. *Increasing returns and path dependence in the economy*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Aarts L., Ph. de Jong, 1992. *Economic Aspects of Disability Behaviour*, Amsterdam: North-Holland Publishing Company.

Aviv, I., Gal, J. and Weiss-Gal, I., 2021. Social workers as street-level policy entrepreneurs. *Public Administration*, 99, pp.454–468.

Baez, B. and Abolafia, M.Y., 2002. Bureaucratic entrepreneurship and institutional change. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 12(4), pp.525–552.

Bax, E.H., De Boer, T.W. & Sterrenburg, K., 1979 'Arbeidsmarkt en arbeidsongeschiktheid', *Economisch Statistische Berichten*, 64, pp. 540-586.

Bê, A., 2023. A exclusão abissal das pessoas com síndrome de Down em Portugal. In: F. Fontes & B.S. Martins, eds. *Deficiência em Portugal: Lugares, Corpos e Lutas*. Coleção CES. Available at: [PDF view of the file ebook - Disability in Portugal.pdf](#)

Beatty, C. & Fothergill, S., 2013. Disability Benefits in the UK: An Issue of Health or Jobs?, in Lindsay, C. & Houston, D. (eds.) *Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy*. Palgrave Macmillan, London.

Béland, D., 2007. Ideas and institutional change in social security: conversion, layering, and policy drift. *Social Science Quarterly*, 88(1), pp.20–38. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6237.2007.00444.x>.

- Berkowitz, E., 1987. *Disabled Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berman, P., 1978. The study of macro- and micro-implementation. *Public Policy*, 26, pp.157–184.
- Berman, P., 1980. Thinking about programmed and adaptive implementation. In: H. Ingram & D. Mann, eds. *Why Policies Succeed or Fail*. Beverly Hills: Sage.
- Blackmore, M., 2001. Mind the gap: exploring the implementation deficit in the administration of the stricter benefits regime, *Social Policy & Administration*, 35(2), pp. 145–162.
- Boer, W.E.L. de, Brenninkmeijer, V., & Zuidam, W., 2004. *Long-term disability arrangements: a comparative study of assessment and quality control*. Hoofddorp: TNO. ISBN 90-5986-060-8.
- Bolderson, H. & Mabbett, D., 1995. Mongrels or thoroughbreds: A cross-national look at social security systems. *European Journal of Political Research*, 28, pp.119–139.
- Bolderson, H. & Mabbett, D., 1996. Cost containment in complex social security systems: The limitation of targeting. *International Social Security Review*, 49(1), pp.3–17.
- Bonoli, G. & Palier, B., 1998. Changing the politics of social programmes: Innovative change in British and French welfare reforms. *Journal of European Social Policy*, 8(4), pp.317–330.
- Bowker, G.C. & Star, S.L. (2000) *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. MIT Press.
- Bovens, M. and Zouridis, S., 2002. From street-level to system-level bureaucracies: How information and communication technology is transforming administrative discretion and constitutional control. *Public Administration Review*, 62(2), pp.174–184.
- Brodkin, E. Z., 2011. Policy work: Street-level organizations under new managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21, pp. i253–i277.
- Brodkin, E.Z., 1997. Inside the welfare contract: Discretion and accountability in state welfare administration. *Social Service Review*, (March), pp.1–33.
- Brodkin, E.Z., 2003. Street-level research: Policy at the front lines. Em: T. Corbett & M.C. Lennon, eds. *Policy into action: Implementation research and welfare reform*. Washington, DC: Urban Institute Press, pp.145–164.
- Brodkin, E.Z., 2020. Discretion in the welfare state. Em: T. Evans and P. Hupe, eds. *Discretion and the quest for controlled freedom*. Cham: Palgrave Macmillan, pp.63–78.

Cabral, N. da C. e Rodrigues, N. C., 2017. *Finanças dos Subsectores: segurança social, sectores regional e local*. Coimbra: Edições Almedina.

Caleiras, J. & Carmo, R.M., 2022. A articulação das políticas de emprego e de proteção em Portugal: cinco décadas de movimentos nem sempre virtuosos. *Colabor*.

Capano, G. and Galanti, M.T., 2018. Policy dynamics and types of agency: From individual to collective patterns of action. *European Policy Analysis*, 4(1), pp.23–47.

Capano, G. and Galanti, M.T., 2021. From policy entrepreneurs to policy entrepreneurship: Actors and actions in public policy innovation. *Policy & Politics*, 49(3), pp.321–342. <https://doi.org/10.1332/030557320X15906842137162>.

Capoccia, G. and Kelemen, R.D., 2007. The study of critical junctures: theory, narrative, and counterfactuals in historical institutionalism. *World Politics*, 59(April), pp.341–369.

Carolo, D. 2006. *A reforma da previdência social de 1962 na institucionalização do Estado-providência em Portugal* (Mestrado em Economia e Política Social). Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão.

Carolo, D., 2014. *Despesa e redistribuição na segurança social em Portugal: análise da reforma de 2007*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.

Carrilho, J.M., 2007. Medicina na segurança social: psiquiatria forense em direito público e verificação de incapacidades psiquiátricas no âmbito da segurança social. *I Colectânea de Conferências no Instituto de Medicina Legal - Ministério da Justiça e Consensos Médicos Nacionais*.

Castel-Branco, R., 2011. *Doença profissionais: memória institucional e social*. Seminário Prevenção de Riscos Profissionais, “Preservar o Passado, Proteger o Futuro.” [online] Disponível em: [Doenças Profissionais Memória Institucional e Social](#) (consultado em julho de 2023).

Castel-Branco, R., 2010. *Doenças profissionais: o caso dos bailarinos clássicos*. Tese de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Chuliá, E. & Asensio, M., 2007. Portugal: in search of a stable framework. In E.M. Immergut, K.M. Anderson & I. Schulze, eds. *The Handbook of West European Pension Politics*. Oxford: Oxford University Press.

Clasen, J. & Clegg, D., 2003. Unemployment protection and labour market reform in France and Great Britain in the 1990s: Solidarity versus activation? *Journal of Social Policy*, 32(2), pp.361–381.

Clasen, J., Kvist, J. & van Oorschot, W., 2001. On condition of work: increasing work requirements in unemployment compensation schemes. em M. Kautto, J. Fritzell, B. Hvinden, J. Kvist & H. Uusitalo, eds. *Nordic Welfare States in the European Context*. London: Routledge, pp. 198–231.

Cohen, N. and Aviram, N.F., 2021. Street-level bureaucrats and policy entrepreneurship: When implementers challenge policy design. *Public Administration*, 99(3), pp.427–438. <https://doi.org/10.1111/padm.12755>.

Cohen, N. and Klenk, T., 2019. Policy re-design from the street-level. In: P. Hupe, ed. *Research handbook on street-level bureaucracy: The ground floor of government in context*. Cheltenham: Edward Elgar, pp.209–222.

Cohen, N., 2018. How culture affects street-level bureaucrats' bending the rules in the context of informal payments for health care: The Israeli case. *The American Review of Public Administration*, 48(2), pp.175–187.

Cohen, N., 2021. *Policy entrepreneurship at the street level: Understanding the effect of the individual*. Cambridge University Press.

Cohen, N., 2021. *Policy entrepreneurship at the street level: Understanding the effect of the individual*. Cambridge University Press.

Cohen, N., Arnold, G. and Petridou, E., 2023. Why we need to study street-level policy entrepreneurs. *European Policy Analysis*, 9(4), pp.342–355.

Collier, R.B. and Collier, D., 1991. *Shaping the political arena: critical junctures, the labor movement, and regime dynamics in Latin America*. Princeton: Princeton University Press.

Comissão do Livro Branco da Segurança Social, 1998. *Livro Branco da Segurança Social*. Versão final, 1 de janeiro. Disponível em: https://cadpp.org/site/assets/files/1548/livrobrancodasegurancasocial_ocr.pdf

Conselho da Europa, 2002. *Assessing Disability in Europe*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.

Costa, A. P., 2019. *Os burocratas de nível de rua e a implementação de Lei de Estrangeiros em Portugal*. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Dantas, D. & Conceição, L.R., 1996. *Reabilitação, sistema complexo*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Dell-Kuster, S., Lauper, S., Koehler, J., Zwimpfer, J., Altermatt, B., Zwimpfer, T., Zwimpfer, L., Young, J., Bucher, H.C. & Nordmann, A.J., 2014. Assessing work ability – a cross-sectional study of interrater agreement between disability claimants, treating physicians,

and medical experts, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(5), pp. 493-501. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3440>.

de Boer, N. and Eshuis, J., 2018. A street-level perspective on government transparency and regulatory performance: Does relational distance matter? *Public Administration*, 96(3), pp. 452–467.

de Boer, W., Bruinvels, D., Rijkenberg, A., Donceel, P. & Anema, J., 2009. Evidence-based guidelines in the evaluation of work disability: An international survey and a comparison of quality of development. *BMC Public Health*, 9, p.349. DOI: 10.1186/1471-2458-9-349.

de Boer, W.E.L., Besseling, J.J.M. & Willems, J.H.B.M., 2007. Organisation of disability evaluation in 15 countries. *Pratiques et organisation des soins*, 38, pp.205–217.

de Boer, W.E.L., Donceel, P., Brage, S., Rus, M. & Willems, J.H.B.M., 2008. Medico-legal reasoning in disability assessment: A focus group and validation study. *BMC Public Health*, 8, p.335. DOI: 10.1186/1471-2458-8-335.

de Wind, A., Donceel, P., Dekkers-Sánchez, P. & Godderis, L., 2016. The role of European physicians in the assessment of work disability: A comparative study. *Disability and Rehabilitation*, 38(2), pp.78-87. <https://doi.org/10.5348/D05-2016-14-OA-10>.

Derthick, M., 1990. *Agency Under Stress: The Social Security Administration in American Government*. Washington, D.C.: Brookings.

Douben, N.H. & Herweijer, M. (1979) 'Arbeidsmarkt, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid', *Maandschrift Economie*, 43, pp. 309-320.

Durose, C., 2011. Revisiting Lipsky: Front-line work in UK local governance. *Political Studies*, 59, pp.978–995.

Eardley, T., Bradshaw, J., Ditch, J., Gough, I. & Whiteford, P., 1996. *Social assistance in OECD countries*. Department of Social Security, Research Report No. 46. London: HMSO.

Elmore, R., 1978. Organizational model of social program implementation. *Public Policy*, 26 (Spring), pp.185–228.

Emirbayer, M. and Mische, A., 1998. What is agency? *American Journal of Sociology*, 103, pp.962–1023.

Escorpizo, R., Reneman, M.F., Ekholm, J., Fritz, J., Krupa, T., Marnetoft, S.U., et al., 2011. A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), pp.126–133.

Esping-Andersen, G., 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Evans, T. and Hupe, P., 2020. Conceptualizing Discretion. Em T. Evans and P. Hupe (eds.) *Discretion and the Quest for Controlled Freedom*. Switzerland: Palgrave Macmillan, pp.1–13.

Faria, M., 2023. A experiência da doença crónica no contexto da deficiência em Portugal. In: F. Fontes & B.S. Martins, eds. *Deficiência em Portugal: Lugares, Corpos e Lutas*. Coleção CES. Available at: [PDF view of the file ebook - Disability in Portugal.pdf](#)

Ferreira, A.R., Carolo, D., Pereira, M.T. e Silva, P.A., 2016. *Fundamentos constitucionais da proteção social: continuidades e rupturas*. Sociologia, Problemas e Práticas, Número Especial, pp. 71-97.

Fonseca, B.M.S. da, 2008. *Ideologia ou Economia? Evolução da Protecção no Desemprego em Portugal*. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas.

Fourcade-Gourinchas, M. e Babb, S.L., 2002. The rebirth of the liberal creed: paths to neoliberalism in four countries. *American Journal of Sociology*, 108(3), pp.533–579.

Fontes, F., 2008. Early and current approaches to disability in Portugal: a brief overview, em Campbell, T., Fontes, F., Hemingway, L., Soorenian, A. and Till, C. (eds.) *Disability Studies: Emerging Insights and Perspectives*. Leeds: Disability Press, pp. 77–97.

Fontes, F., 2009. Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal – da caridade à cidadania social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 86, pp. 73-93.

Fontes, F. 2014. The Portuguese Disabled People's Movement: development, demands and outcomes, *Disability & Society*, 29 (9), pp. 1398-1411.

Fontes, F. 2016. *Pessoas com deficiência em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Frisch-Aviram, N., Beerli, I. and Cohen, N., 2021. How policy entrepreneurship training affects policy entrepreneurship behavior among street-level bureaucrats—A randomized field experiment. *Journal of European Public Policy*, 28, pp.698–722.

Frisch-Aviram, N., Cohen, N. and Beerli, I., 2020. Wind (ow) of change: A systematic review of policy entrepreneurship characteristics and strategies. *Policy Studies Journal*, 48(3), pp.612–634.

Garrido, A., 2017. Corporativismo e Política Social – O Triângulo Corporativo. Em *Cadernos Sociedade e Trabalho: Cem Anos de Políticas Sociais e do Trabalho*, 20. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Lisboa.

Geuskens, G.A., Hazes, J.M.W., Barendregt, P.J. & Burdorf, A., 2008. Predictors of sick leave and reduced productivity at work among persons with early inflammatory joint

conditions, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 34(6), pp. 420-429. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1298>.

Gianakis, G., 1994. Appraising the performance of "street-level bureaucrats": The case of police patrol officers. *American Review of Public Administration*, 24(3), pp. 300-315.

Gignac, M.A. & Cao, X., 2009. Should I tell my employer and coworkers I have arthritis? A longitudinal examination of self-disclosure in the workplace, *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 61(12), pp. 1753-1761.

Gofen, A., 2013. 'Mind the Gap: Dimensions and Influence of Street-Level Divergence'. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24, pp. 473-493.

Golan-Nadir, N., 2021. The role of interorganizational competition in motivating street-level bureaucrats to adopt policy entrepreneurship strategies: The case of Israeli rabbis in government hospitals. *The American Review of Public Administration*, 2, pp.107–120.

Gomes, J.C., Sousa, A., Ribeiro, A.I., Silva, F., Galhardo, M., Esquível, S. e Fernandes, T.M., 2013. Determinantes de incapacidade temporária para o trabalho de longa duração: Estudo em CIT. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29(3), pp.162-170. [online] Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000300004&lng=pt&tlng=pt [Consultado a 28 de maio de 2020].

Graça, L., 2002. *Baixa por doença e incapacidade temporária para o trabalho*. [online] Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos151.html> [Consultado em dezembro de 2019].

Green, A., Shuttleworth, I., 2013. Are Incapacity Benefit Claimants beyond Employment? Exploring Issues of Employability. Em: Lindsay, C., Houston, D. (eds) *Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy. Work and Welfare in Europe*. Palgrave Macmillan, London.

Hacker, J.S., 2005. Policy drift: the hidden politics of US welfare state retrenchment. Em: W. Streeck e K. Thelen, eds. *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies*. Oxford: Oxford University Press.

Hall, P.A., 1983. *Policy Innovation and the Structure of the State: The Politics-Administration Nexus in France and Britain. The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 466(1), pp.43-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0002716283466001003>.

Hall, P.A., 1993. Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), pp.275–296.

Hawley, W. and Lipsky, M., eds., 1977. *Theoretical perspectives on urban politics*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Haveman, R.H., Halberstadt, V., & Burkhauser, R.V. eds., 1984. *Public Policy toward Disabled Workers*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Hespanha, P. 2000. *Entre o Estado e o mercado: as fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto. (Coleção Labirintos; 2). ISBN 972-8535-40-6.

Hesse, B. & Gebauer, E., 2011. Disability assessment for the statutory pension insurance: significance, need for research, and opportunities. *Rehabilitation (Stuttg)*, 50(1), pp.17-24.

Høgelund, J., 2003. *In Search of Effective Disability Policy: Comparing the Developments and Outcomes of the Dutch and Danish Disability Policies*. Amsterdam University Press.

Houston, D. & Lindsay, C., 2010. 'Fit for Work? Health, Employability and Challenges for the UK Welfare Reform Agenda', *Policy Studies*, 31(2), pp. 133-142.

Hupe, P. and Hill, M., 2007. *Street-Level Bureaucracy and Public Accountability*. *Public Administration*, 85(2), pp. 279–299.

Hupe, P., ed., 2019. *Research handbook on street-level bureaucracy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Ingram, H., Schneider, A.L. e DeLeon, P., 2007. Social construction and policy design. In: P.A. Sabatier, ed. *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press, pp.93–126.

International Social Security Association, 2002. *Who returns to work and why. Evidence and policy implications from a new disability and work reintegration study: a summary*. Disponível em: <https://www.issa.int/pdf/publ/2wirbooklet.pdf>.

Jackson, G., 2005. Contested boundaries: ambiguity and creativity in the evolution of German codetermination. Em: W. Streeck and K. Thelen, eds. *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies*. Oxford: Oxford University Press, pp.229–254.

Junqueira, V., 2014. (Prestar) Contas da Segurança Social: os desafios da transparência nos sistemas de informação da Segurança Social. Em: *Os problemas e as soluções para a Segurança Social: trabalhos realizados no âmbito das Oficinas de Políticas Alternativas do Observatório sobre Crises e Alternativas*. Coimbra: Observatório sobre Crises e Alternativas, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. [online] Disponível em: https://www.ces.uc.pt/observatorios/crisalt/documentos/oficinas/Oficinas_SegurancaSocial_textos_atualizacao.pdf [Consultado a 21 de janeiro de 2022].

Keiser, L.R., 1999. State bureaucratic discretion and the administration of social welfare programs: The case of social security disability. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 9(1), pp.87–107.

Keiser, L.R., 2010. Understanding street-level bureaucrats' decision making: determining eligibility in the social security disability program. *Public Administration Review*, 70, pp.247–257.

Kelly, M., 1994. Theories of justice and street-level discretion. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 4(2), pp.119–140.

Kerwin, C.M., 1994. *Rulemaking: How Government Agencies Write Law and Make Policy*. Washington, D.C.: Congressional Quarterly Press.

Kingdon, J.W., 1984. *Agendas, alternatives, and public policies*. Little, Brown and Company.

Kirby, E. and Krone, K., 2002. 'The policy exists but you can't really use it': communication and the structuration of work-family policies. *Journal of Applied Communication Research*, 30(1), pp.50-77.

Knight, J., 1992. *Institutions and social conflict*. Cambridge: Cambridge University Press.

Krasner, S.D., 1984. Approaches to the state: alternative conceptions and historical dynamics. *Comparative Politics*, 16(2), pp.223–246.

Lacaille, D., White, M.A., Backman, C.L. & Gignac, M.A., 2007. Problems faced at work due to inflammatory arthritis: new insights gained from understanding patients' perspective, *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 57(7), pp. 1269-1279.

Lasswell, H.D., 1936. *Politics: Who Gets What, When and How*. New York: McGraw-Hill.

Lavee, E. and Cohen, N., 2019. How street-level bureaucrats become policy entrepreneurs: The case of urban renewal. *Governance*, 32(3), pp.475–492.

Lieberman, R., 2006. Private power and American bureaucracy: The EEOC, civil rights enforcement, and the rise of affirmative action. Paper presented at the Annual Meeting of the American Political Science Association, Philadelphia, 31 August.

Lindsay, C. & Houston, D., 2013. Fit for Work? Representations and Explanations of the Disability Benefits 'Crisis' in the UK and Beyond, in Lindsay, C. & Houston, D. (eds.) *Disability Benefits, Welfare Reform and Employment Policy*. Palgrave Macmillan, London.

Lipsky, M., 1971. Street-level bureaucracy and the analysis of urban reform. *Urban Affairs Review*, 6, pp.391–409.

Lipsky, M., 1980. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

Lipsky, M., 2010. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. 30th Anniversary Expanded Edition. New York: Russell Sage Foundation.

Lotta, G., Gofen, A. and Marchesini, M., 2021. Working through the fog of a pandemic: Street-level policy entrepreneurship in times of crises. *Public Administration*, 99, pp.484–499.

Lowi, T.J., 1969. *The End of Liberalism: Ideology, Policy, and the Crisis of Public Authority*. New York: Norton.

Lousada, P.M.T., 2016. O impacto da crise económica e financeira nas principais medidas de proteção social em Portugal. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, vol. 15, núm. 2, pp. 131-148.

Loveman, M., 2005. The Modern State and the Primitive Accumulation of Symbolic Power, *American Journal of Sociology*, 110(6), pp. 1651-1683.

Mabbett, D., Bolderson, H. & Hvinden, B., 2002. *Definitions of disability in Europe: A comparative analysis*. Uxbridge: Brunel University.

Mahoney, J. e Thelen, K., 2010. A theory of gradual institutional change. Em: J. Mahoney and K. Thelen, eds. *Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power*. New York: Cambridge University Press, pp.1–37.

Malheiro, L., 2016. *Recalibrar sem Legislar. Formulação de Políticas na Retração no Cálculo das Pensões: o caso do Fator de Sustentabilidade*. Tese de Doutoramento, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa.

Marshall, T.H., 1950. *Citizenship and Social Class*. Cambridge: Cambridge University Press.

Matland, R., 1995. Synthesizing the implementation of literature. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 5(2), pp.145–174.

Mashaw, J.L., 1983. *Bureaucratic Justice: Managing Social Security Disability Claims*. New Haven, CT: Yale University Press.

Maynard-Moody, S. & Musheno, M., 2006. Stories for Research. In Yanow, D. & Schwartz-Shea, P. (eds.) *Interpretation and Method: Empirical Research Methods and the Interpretive Turn*. New York: M. E. Sharpe, pp. 316–330.

Maynard-Moody, S. and Musheno, M., 2000. State agent or citizen agent: Two narratives of discretion. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), pp.329–358.

Maynard-Moody, S. and Musheno, M., 2003. *Cops, teachers, counselors: stories from the front lines of public service*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Maynard-Moody, S. and Musheno, M., 2012. Social equities and inequities in practice: Street-level workers as agents and pragmatists. *Public Administration Review*, 72(s1), pp.S16–S23.

Meershoek, A., Krumeich, A. & Vos, R., 2007. Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociology of Health and Illness*, 29(4), pp.497–514.

Mendes, F.R., 2011. *Segurança Social: o Futuro Hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Meyers, M.K., Glaser, B. and MacDonald, K., 1998. On the front lines of welfare delivery: Are workers implementing policy reforms?, *Journal of Policy Analysis and Management*, 17(1), pp. 1–22.

Mintrom, M. and Luetjens, J., 2017. Policy entrepreneurs and problem framing: The case of climate change. *Environment and Planning C: Politics and Space*, 35(8), pp.1362–1377.

Mintrom, M. and Norman, P., 2009. Policy entrepreneurship and policy change. *Policy Studies Journal*, 37(4), pp.649–667.

Mintrom, M., 1997. Policy entrepreneurs and the diffusion of innovation. *American Journal of Political Science*, 41(3), pp.738–770.

Mintrom, M., 2000. *Policy entrepreneurs and school choice*. Georgetown University Press.

Mintrom, M., 2019. So you want to be a policy entrepreneur? *Policy Design and Practice*, 2(4), pp.307–323.

Mouta, A.E.P., 2016. *Prevalência e determinantes da aptidão condicionada no trabalho em profissionais de saúde: relação com incapacidade temporária para o trabalho*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Murteira, M.C., 2008. A Reforma de 2007 do Sistema Público de Pensões em Portugal – Uma Análise Crítica das Escolhas Normativas Implícitas. *Notas Económicas*, (28), pp.56–75.

Murteira, M.C., 2011. Reformas paradigmáticas no domínio das pensões. *Le Monde Diplomatique - Edição Portuguesa*.

Neves, I., 1996. *Direito da Segurança Social: princípios fundamentais numa análise prospectiva*. Coimbra: Coimbra Editora.

Neves, I., 2001. *Dicionário técnico e jurídico de protecção social*. Coimbra: Coimbra Editora. Pieters, D. (2019). *Navigating Social Security Options*. London: Palgrave Macmillan.

North, D.C., 1990. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press.

Nouman, H. and Cohen, N., 2023. When active representation is not enough: Ethnic minority street-level workers in a divided society and policy entrepreneurship. *Policy Sciences*.

OECD, 2003. *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*. Paris: OECD Publishing.

OECD, 2010. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*. OECD Publishing, Paris. Available at: <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>

Orren, K. e Skowronek, S., 2004. *The search for American political development*. New York: Cambridge University Press.

Palier, B., 2005. Ambiguous agreement, cumulative change: French social policy in the 1990s. Em: W. Streeck e K. Thelen, eds. *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies*. Oxford: Oxford University Press, pp.127–144.

Pereira, M.H., 2017. As Origens do Estado Providência em Portugal: As Novas Fronteiras entre Público e Privado. Em *Cadernos Sociedade e Trabalho: Cem Anos de Políticas Sociais e do Trabalho*, 20. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Lisboa.

Petchey, R., Williams, J. and Carter, Y.H., 2008. From street-level bureaucrats to street-level policy entrepreneurs? Central policy and local action in lottery-funded community cancer care. *Social Policy & Administration*, 42(1), pp.59–76.

Petridou, E. and Mintrom, M., 2021. A research agenda for the study of policy entrepreneurs. *Policy Studies Journal*, 49, pp.943–967.

Petridou, E., 2017. Political entrepreneurship in Swedish: Towards a (re)theorization of entrepreneurial agency. Tese de Doutoramento. Mid Sweden University.

Pierson, P., 1994. *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pierson, P., 2000. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *The American Political Science Review*, 94(2), pp.251–267.

Pierson, P., 2005. The study of policy development. *Journal of Policy History*, 17(1), 34–51.

Pinto, P. C., 2011a. Family, disability and social policy in Portugal: Where are we at, and where do we want to go?. *Sociologia On Line*, 2, pp. 39-60.

Pinto, P. C., 2011b. Between the lines: A critical discourse analysis of disability policy in Portugal. *Disability Studies Quarterly*. 31(3).

Pinto, P. C. 2015. Modelos de abordagem à deficiência: que implicações para as políticas públicas? *Public Sciences & Policies*, 1(1), 174–200. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2015.VIN1/pp.174-200>

Prasad, M., 2005. Why is France so French? Culture, institutions, and neoliberalism, 1974–1981. *American Journal of Sociology*, 111(2), pp.357–407.

Pressman, J.L. and Wildavsky, A.B., 1973. *Implementation*. Berkeley: University of California Press.

Querido, L., 2017. *As doenças profissionais: entre a efetividade e a invisibilidade das respostas institucionais*. Tese de Mestrado. ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa.

Raaphorst, N., 2018. How to prove, how to interpret and what to do? Uncertainty experiences of street-level tax officials. *Public Management Review*, 20(4), pp.485–502.

Ribeiro, B. C., 2021. *Assédio Sexual em Espaço Público em Portugal: Obstáculos à Implementação do Artigo 170.º do Código Penal ao Nível dos Burocratas de Rua da PSP*. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Riccucci, N. M., 2005. Street-level bureaucrats and intrastate variation in the implementation of temporary assistance for needy families policies. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 15, pp.89–111.

Sager, F., Thomann, E., Zollinger, C., van der Heiden, N., & Mavrot, C., 2014. Street-level bureaucrats and new modes of governance: How conflicting roles affect the implementation of the Swiss ordinance on veterinary medicinal products. *Public Management Review*, 16(4), pp.481–502.

Saunders, P., 1991. Selectivity and targeting in income support: The Australian experience. *Journal of Social Policy*, 20(3), pp.299–326.

Skocpol, T., 1992. *Protecting soldiers and mothers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Slebus, F.G., Sluiter, J.K., Kuijer, P.P., Willems, J.H. and Frings-Dresen, M.H., 2007. “Work-ability evaluation: a piece of cake or a hard nut to crack?” *Disability and Rehabilitation*, 29, pp.1295-1300.

Söderberg, E. and Alexanderson, K., 2003. "Sickness certification practices of physicians: a review of the literature". *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(6), pp.460-474.

Sousa, J., Casanova, J. & Pedroso, P., 2008. *Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades – Uma Estratégia para Portugal*.

Stiller, S., 2007. *Innovative agents versus immovable objects: The role of ideational leadership in German welfare state reforms*. Faculty of Management Sciences, Radboud University Nijmegen, Nijmegen.

Stone, D., 1984. *The Disabled State*. Philadelphia: Temple University Press.

Streeck, W. e Thelen, K., 2005. Introduction: Institutional change in advanced political economies. Em: W. Streeck and K. Thelen, eds. *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies*. Oxford: Oxford University Press, pp.1–39.

Stucki, G., Brage, S., Homa, D. & Escorpizo, R., 2015. Conceptual Framework: Disability Evaluation and Vocational Rehabilitation. em: R. Escorpizo, S. Brage, D. Homa & G. Stucki, eds. *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF*. Switzerland: Springer, pp. 3–10.

Tappe, K., Turkelson, C., Dogett, D. & Coates, V., 2001. Disability under Social Security for patients with ESRD: an evidence-based review. *Disability and Rehabilitation*, 23, pp.177–185. DOI: 10.1080/09638280151080522.

Thelen, K., 2003. How institutions evolve: insights from comparative historical analysis. In: J. Mahoney e D. Rueschemeyer, eds. *Comparative historical analysis in the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.305–336.

Thelen, K., 2004. *How institutions evolve: the political economy of skills in Germany, Britain, the United States, and Japan*. New York: Cambridge University Press.

Thomann, E., 2015. Is output performance all about the resources? A fuzzy-set qualitative comparative analysis of street-level bureaucrats in Switzerland. *Public Administration*, 93, pp.177–194.

Titmuss, R., 1958. *Essays on the Welfare State*. London: Allen and Unwin.

True, J., Jones, B. e Baumgartner, F., 2007. Punctuated-equilibrium theory: explaining stability and change in public policymaking. Em: P.A. Sabatier, ed. *Theories of the policy process*. Boulder: Westview Press, pp.155–187.

Tummers, L. and Bekkers, V., 2012. Policy implementation, street-level bureaucracy, and the importance of discretion. *Public Management Review*, 16(4), pp.527–547.

Tummers, L.G., Bekkers, V.J.J.M. & Steijn, A.J., 2009. Policy alienation of public professionals: Application in a New Public Management context. *Public Management Review*, 11(5), pp.685–706.

Vallett, J. D., 2021. The diffusion of Erin's law: Examining the role of the policy entrepreneur. *Policy Studies Journal*, 49(2), pp.381–407.

van den Bosch, F.A.J. & Petersen, C., 1980. 'De omvang van de verborgen werkloosheid in de WAO', *Economisch Statistische Berichten*, 65, pp. 52-58.

van Gerven, M., 2008. *The Broad Tracks of Path Dependent Benefit Reform: A Longitudinal Study of Social Benefit Reforms in Three European Countries, 1980–2006*. Tese de Doutoramento, Institute for Advanced Labour Studies (AIAS), University of Amsterdam.

Walker, J., 1969. The diffusion of innovations among the American states. *American Political Science Review*, 63(3), pp.880–899.

Webster, D., et al., 2010. Falling Incapacity Benefit Claims in a Former Industrial City: Policy Impacts or Labour Market Improvement?, *Policy Studies*, 31(2), pp. 163-185.

Weatherley, R.A. e Lipsky, M., 1977. *Street-Level Bureaucrats and Institutional Innovation: Implementing Special-Education Reform*. *Harvard Educational Review*, 47, pp. 171-197.

Wihlborg, E. and Iacobaeus, H., 2023. Context matters—Different entrepreneurial approaches among street-level bureaucrats enhancing digital inclusion. *European Policy Analysis*, 9(4), pp.379–396.

Yin, R.K., 1980. *Studying the implementation of public programs*. Department of Urban Studies and Planning, Massachusetts Institute of Technology; Department of Energy, Solar Energy Research Institute.

Zacka, B., 2017. *When the state meets the street: public service and moral agency*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.

Zahariadis, N., 2008. Ambiguity and choice in European public policy. *Journal of European Public Policy*, 15, pp.514–530.

Zahariadis, N., 2016. Delphic oracles: Ambiguity, institutions, and multiple streams. *Policy Sciences*, 49(1), pp.1–23.

Zhang, L., Zhao, J. and Dong, W., 2021. Street-level bureaucrats as policy entrepreneurs: Action strategies for flexible community governance in China. *Public Administration*, 99, pp.469–483.

Anexos

Anexo I – Lista de legislação analisada por ordem cronológica

Diploma	Sumário	Em vigor	Tópico
Lei n.º 1884, de 16 de março de 1935	Especifica as instituições que ficam reconhecidas como sendo de previdência social	Não	Providência Social
Lei n.º 2115, de 18 de junho de 1962	Promulga as bases da reforma da previdência social - Revoga a Lei n.º 1884	Não	Providência Social
Decreto n.º 45266, de 23 de setembro de 1963	Promulga o Regulamento Geral das Caixas Sindicais de Previdência	Não	Pensão de Invalidez
Decreto 46548, de 23 de setembro de 1965	Promulga o Regulamento Geral das Caixas de Reforma ou de Previdência - Revoga expressamente os Decretos n.os 28321 e 37749	Não	
Portaria n.º 21799, de 17 de janeiro de 1966	Generaliza, a partir do início do ano de 1966, a todas as caixas sindicais de previdência e caixas de reforma ou de previdência com entidades patronais contribuintes cujos beneficiários venham a ser integrados na Caixa Nacional de Pensões o regime de pensões a estabelecer pela mesma Caixa - Revoga a <u>Portaria n.º 20471</u> e o despacho inserto no Diário do Governo n.º 280, 2.ª série, de 29 de Novembro de 1963	Não	Pensão de Invalidez

Decreto n.º 486/73, de 27 de setembro	Altera a redacção de vários artigos do Regulamento Geral das Caixas Sindicais de Previdência, aprovado pelo Decreto n.º 45 266, de 23 de Setembro de 1963	Não	Caixas Sindicais
Decreto-Lei n.º 410/74, de 5 de setembro	Fixa o limite máximo do quantitativo mensal recebido a título de pensões de reforma ou de invalidez ou a qualquer outro título relativo à cessação da prestação do trabalho	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Lei n.º 607/74, de 12 de novembro	Introduz alterações na redacção do <u>Decreto-Lei n.º 410/74</u> (limite máximo de pensões de reforma ou de invalidez)	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Lei n.º 17/77, de 12 de janeiro	Transfere os Serviços Médico-Sociais da Previdência para a Secretaria de Estado da Saúde e cria centros distritais ou regionais de segurança social e o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social.	Não	Juntas Médicas (pré-SVIP)
Decreto-Regulamentar n.º 25/77, de 4 maio	Altera os prazos de garantia para a concessão de pensões por invalidez e por velhice e define o período de atribuição de subsídio na doença	Não	Pensão de Invalidez
Portaria n.º 377/81, de 8 de maio	Cria uma comissão interdepartamental permanente para a conveniente articulação entre os serviços de pensões de invalidez e os de	Sim	Pensão de Invalidez/SVIP

	reabilitação profissional		
Decreto-Lei n.º 144/82, de 27 de abril	Estabelece um sistema de verificação de incapacidades permanentes	Não	SVIP
Decreto-Regulamentar n.º 60/82, de 15 de setembro	Alarga os prazos de garantia para efeitos de atribuição de pensões de velhice e invalidez	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Lei n.º 164/83, de 27 de abril.	Regula o exercício de atividade profissional pelos pensionistas e define os critérios de cumulação dos rendimentos do trabalho com as pensões	Não	Pensão de Invalidez
Lei n.º 28/84, de 14 de agosto	Aprova a Lei de Bases da Segurança Social	Não	Lei de Bases da Segurança Social
Portaria n.º 615-A/87, de 17 de julho.	Regula as condições de atribuição das pensões de invalidez aos beneficiários que sejam considerados definitivamente incapacitados para o trabalho por motivo de doença grave ou acidente	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Regulamentar n.º 57/87, de 11 de agosto	Cria um sistema de verificação de incapacidades permanentes para efeitos de enquadramento nas condições legalmente previstas de abertura do direito às prestações pecuniárias dos regimes de segurança social	Não	SVIP
Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e do Emprego e da Segurança Social publicado na II Série, n.º 69, de 23 de março de 1988	Constitui o grupo de acompanhamento da implementação do SVIP	Não	SVIP

Decreto-Lei n.º 132/88, de 20 de abril	Proteção na doença	Não	Subsídio de Doença
Lei n.º 1/89, de 31 de janeiro	Subsídios e garantias a atribuir aos cidadãos que sofram de paramiloidose (PAF)	Apenas em vigor o art.º 6.º referente a material clínico de apoio	Pensão de Invalidez
Decreto-Lei n.º 41/89, de 2 de fevereiro	Define as condições de acumulação de pensões da Segurança Social com rendimentos de trabalho	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Lei n.º 79-A/89, de 13 de março	Subsídio de desemprego (revoga o <u>Decreto-Lei n.º 20/85</u> , de 17 de Janeiro, e legislação complementar) TEXTO	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Regulamentar n.º 22/89, de 10 de agosto	Altera o sistema de verificação de incapacidades permanentes criado pelo Decreto Regulamentar n.º 57/87, de 11 de Agosto (1.ª alteração)	Não	SVIP
Despacho n.º 133/SESS/89, publicado no Diário da República n.º 244, de 21 de outubro de 1988, II série, pp 734-35	Estabelece uma metodologia com vista à uniformização do pedido de pareceres especialistas e de exames auxiliares de diagnóstico	Não	SVIP
Despacho sem n.º, publicado no Diário da República n.º 20, de 24 de janeiro de 1990, II série, pp 9724-25	Estabelece um conjunto de normas e a definição dos termos de intervenção das diversas instituições na atribuição das prestações, correspondentes às eventualidades, cuja articulação se pretende, isto é, a doença e a invalidez.	Não	SVIP

Decreto-Regulamentar n.º 25/90, de 9 agosto	Regulamenta alguns aspetos da Lei n.º 1/89, sobre a proteção nas incapacidades permanentes resultantes de paramiloidose familiar	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Lei n.º 287/90, de 19 de setembro	Altera o Decreto-Lei n.º 132/88, de 20 de abril (protecção na doença dos beneficiários do regime geral de segurança social dos trabalhadores por conta de outrem)	Não	Subsídio de Doença
Decreto Regulamentar n.º 8/91, de 14 de março	Estabelece o sistema de verificação de incapacidades dos beneficiários dos regimes de segurança social – república o DR n.º 57/87 com as alterações do DR n.º 22/89	Não	SVIP
Decreto Legislativo Regional n.º 21/92/A, de 21 de outubro	Medidas especiais de apoio aos doentes portadores da doença do machado (ou de Joseph)	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Lei n.º 236/92, de 27 de outubro	Cria nos centros regionais de segurança social o serviço de verificação de incapacidades temporárias	Não	SVIT
Despacho n.º 108/SESS/92 publicado no Diário da República n.º 271, de 23 de novembro de 1992, II série, pp 11030	Prevê a existência, nos centros regionais, de médicos coordenadores, com funções de articulação funcional e de apoio técnico, de modo a garantir a adequada unidade de atuação do SVIP e do SVIT e a facilitar, em matérias especializadas, os contactos com outras instituições de	Não	SVIP/SVIT

	segurança social e os serviços de não-		
Portaria n.º 326/93, de 19 de março	Estabelece princípios e regras orientadores dos centros regionais de segurança social na realização de exames de revisão dos pensionistas de invalidez, tendo em vista confirmar ou não a subsistência da incapacidade permanente	Sim	Pensão de Invalidez
Decreto Regulamentar Regional n.º 9/93/A, de 6 de abril	Regula a protecção especial prevista no Decreto Legislativo Regional n.º 21/92/A, de 21 de Outubro, que estabelece medidas especiais de apoio aos doentes portadores da doença do machado (ou de Joseph)	Não	Pensão de Invalidez (REPI)
Despacho 34/SEES/93, publicado do Diário da República n.º 111, de 13 de maio de 1993, II série, pp 5023-5024	Cria o Conselho Médico	Não	SVIP/SVIT
Decreto-Lei n.º 329/93, de 25 de setembro	Estabelece o regime de protecção na velhice e na invalidez dos beneficiários do regime geral de segurança social	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Lei n.º 360/97, de 17 de dezembro	Procede à definição do sistema de verificação de incapacidades (SVI),	Em vigor à data de redação desta tese, com as devidas alterações, nomeadamente a do	SVI

	no âmbito da segurança social.	DL n.º 377/2007. No entanto, ressalvamos que na fase final de redação desta tese foi publicado um novo diploma que revoga este.	
Decreto-Lei n.º 216/98, de 16 de julho	Estabelece condições mais favoráveis para o acesso a pensões por invalidez por parte de pessoas infetadas pelo HIV	Não	Pensão de Invalidez
Decreto-Lei n.º 92/2000, de 19 de maio	Garante um esquema de proteção especial às pessoas atingidas por doenças do foro oncológico	Não	Pensão de Invalidez (REPI)
Lei n.º 17/2000, de 8 de agosto	Aprova as bases gerais do sistema de solidariedade e de segurança social	Não	
Decreto-Lei n.º 327/2000, de 22 de dezembro	Estabelece um regime jurídico de protecção especial na invalidez aos doentes com esclerose múltipla	Não	Pensão de Invalidez (REPI)
Lei n.º 32/2002, de 20 de dezembro	Aprova as bases da segurança social	Não	Lei de Bases
Decreto-Lei n.º 28/2004	Estabelece o novo regime jurídico de proteção social na eventualidade doença, no âmbito do subsistema previdencial de segurança social	Sim, com as devidas alterações, nomeadamente pelos Decretos-Lei n.º 146/2005, n.º 133/2012 e 2/2024	Subsídio de Doença
Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro	Aprova as bases gerais do sistema de segurança social	Sim	
Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio	No desenvolvimento da Lei n.º 4/2007, de 16 de janeiro, aprova o regime de proteção nas eventualidades invalidez e velhice dos beneficiários do regime geral de segurança social	Sim, mas posteriormente revisto pelos Decretos-Leis n.º 167-E/2013, n.º 79/2019 e n.º 16-A/2021	Pensão de Invalidez

Decreto-Lei n.º 377/2007, de 9 de novembro	Altera a composição das juntas médicas e das comissões de verificação no âmbito da segurança social e uniformiza os procedimentos de verificação de incapacidades no âmbito da Caixa Geral de Aposentações e da segurança social, alterando o Decreto-Lei n.º 498/72, de 9 de Dezembro, e Decreto-Lei n.º 360/97, de 17 de Dezembro, e o Decreto Regulamentar n.º 41/90, de 29 de Novembro	Em vigor à data de redação desta tese. No entanto, ressalvamos que na fase final de redação desta tese foi publicado um novo diploma que revoga este.	
Lei 90/2009, de 31 de agosto	Aprova o regime especial de proteção na invalidez	Sim, com alterações	Pensão de Invalidez (REPI)
Lei n.º 98/2009, de 4 de setembro	Regulamenta o regime de reparação de acidentes de trabalho e de doenças profissionais, incluindo a reabilitação e reintegração profissionais, nos termos do artigo 284.º do Código do Trabalho, aprovado pela <u>Lei n.º 7/2009</u> , de 12 de Fevereiro	Sim	
Portaria n.º 307/2012, de 8 de outubro	Aprova o programa de formação da área de especialização de Medicina do Trabalho	Sim	Formação Médicos
Despacho n.º 14709/2013 publicado no Diário da República n.º 221, 2.ª série, de 14 de novembro	Constituição da Comissão Especializada para a Determinação das Doenças Abrangidas pelo Regime Especial de Proteção na Invalidez.	Não	Pensão de Invalidez (REPI)

Decreto-Lei n.º 246/2015, de 20 de outubro	Primeira alteração à <u>Lei n.º 90/2009</u> , de 31 de agosto, que institui o regime especial de proteção na invalidez, e terceira alteração do <u>Decreto-Lei n.º 265/99</u> , de 14 de julho, que cria o complemento por dependência	Publicado em Diário da República, mas não chegou a vigorar	Pensão de Invalidez (REPI)
Lei n.º 6/2016	Primeira alteração, por apreciação parlamentar, ao <u>Decreto-Lei n.º 246/2015</u> , de 20 de outubro (primeira alteração à <u>Lei n.º 90/2009</u> , de 31 de agosto, que aprova o regime especial de proteção na invalidez, e terceira alteração ao <u>Decreto-Lei n.º 265/99</u> , de 14 de julho, que cria o complemento por dependência)	Em vigor	Pensão de Invalidez (REPI)
Decreto-Lei n.º 126-B/2017, de 6 de outubro	Estabelece um regime especial de acesso antecipado à pensão de velhice para os beneficiários do regime geral de segurança social e do regime de proteção social convergente com muito longas carreiras contributivas	Sim	Pensão de Velhice Antecipada

Anexo II – Grupos de Trabalho constituídos no âmbito da pensão de invalidez e do SVIP

Nome do Grupo de Trabalho	Composição	Objetivos	Ano
Grupo de Trabalho para o estudo das articulações a estabelecer entre os serviços de reforma por invalidez e os serviços de reabilitação profissional (designação oficial)	Secretaria de Estado do Emprego – Fernando Nascimento Secretaria de Estado da Segurança Social – Maria de Belém Roseira	Promover a articulação entre os esquemas de reforma por invalidez e de reabilitação profissional; Promover a articulação entre os centros de emprego e a Caixa Nacional de Pensões com vista ao tratamento dos processos de reforma por invalidez Estabelecer sistemas de articulação funcional permanente entre os serviços das duas Secretarias de Estado, com vista a um esquema integrado de reabilitação profissional.	1980
Comissão Interdepartamental Permanente de Articulação entre a Invalidez e a Reabilitação Profissional (designação oficial)	Direção-Geral da Segurança Social – Fernando Nascimento (relator) Centro Nacional de Pensões	Reformulação do esquema de pensões de invalidez	1982

	Serviços Médico-Sociais Secretariado Nacional de reabilitação Comissão de Reabilitação		
Grupo de trabalho para o estabelecimento das regras de funcionamento do SVIP (designação atribuída pela investigadora)	Direcção-Geral da Segurança Social – Sara Cardigos Direcção-Geral da Organização e Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Segurança Social Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários Instituto de Emprego e Formação Profissional Centro Nacional de Pensões Centros Regionais de Segurança Social do Porto e Setúbal	Elaborar o diploma regulamentar do SVIP	1987
Grupo de trabalho n.º 1 para o acompanhamento da implementação do SVIP (designação atribuída pela investigadora)	Direcção-Geral da Segurança Social – Sara Cardigos Direcção-Geral da Organização e Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Segurança Social	Acompanhamento da aplicação do Decreto Regulamentar 57/87, de 11 de agosto, que regulamentou o sistema de verificação de incapacidades permanentes no	1987

	- Maria Larcher Castela Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários – Joaquim de Lima-	âmbito da segurança social.	
Grupo de trabalho n.º 2 para o acompanhamento da implementação do SVIP (designação atribuída pela investigadora)	Centro Regional de Segurança Social de Lisboa – Agnelo Martins Centro Regional de Segurança Social do Porto - José Ruiz de Almeida Garret Centro Regional de Segurança Social de Beja - José Gaspar Caetano Administração Regional de Saúde de Lisboa – Manuel Molarinho e Fernando Augusto Silva	Promover melhorias no funcionamento do SVIP	1988

Anexo III – Decisões dos requerimentos entrados e das comissões de recursos em 1988

C.R.S.S.	Requerimentos Entrados			Comissões de Recursos		
	Número	Beneficiários Incapazes %	Beneficiários Aptos%	Número	Beneficiários Incapazes %	Beneficiários Aptos%
Aveiro	5588	50,3	49,7	270	36,7	63,3
Beja	2182	68,5	23,9	77	59,8	40,2
Braga	3432	15	16	60	16	84
Bragança	2321	80	20	18	55	45
C. Branco	3199	58,25	41,75	135	25,84	79,16
Coimbra	4615	53	47	20	30	70
Évora	1457	89,49	10,5	9	55,5	44,4
Faro	3117	76,1	23,9	53	13,21	86,79
Guarda	2610	60	40	46	26	74
Leiria	4607	45,5	54,5	65	55,4	41,5
Lisboa	17672	64	36	738	47	53
Portalegre	3394	48	52	120	42	58
Porto	12287	67	33	155	58	42
Santarém	3682	49,2	44,1	177	10,7	34,5
Setúbal	5989	69	28	96	46	53
V. Castelo	3302	61	39	203	61	39
Vila Real	4217	44	56	136	11,72	9,2
Viseu	5886	30,59	69,41	883	36,05	63,95
Total	89557	57,16	38,04	3261⁴⁰⁰	38,11	54,5

Fonte: PT/MTSS/GabMin/007115

⁴⁰⁰ No documento original, o valor registado é de 3503. Contudo, após a soma de todos os valores o total de número de recursos entrados é de 3261.

Anexo IV – Guiões das entrevistas

Modelo extenso de entrevista aos peritos médicos do Serviço de Verificação de Incapacidades Permanentes

1. A legislação não impõe a obrigatoriedade de utilização de determinado instrumento para a avaliação e certificação da incapacidade para o trabalho. Gostaria assim de saber se na atividade pericial é utilizada a Tabela Nacional de Incapacidades e de que instrumentos é que os médicos se socorrem na sua atividade pericial.
2. Existe treino e formação na utilização desses instrumentos?
3. Considera que o treino e a formação podem reduzir os níveis de subjetividade no processo de certificação da incapacidade? Ou considera que o processo de certificação já é bastante objetivo?
4. Que tipo de saberes é que os peritos médicos mobilizam no processo de certificação da incapacidade?
5. Parece-lhe que a disponibilização de diretrizes é mais relevante quando o médico está na presença de doenças de carácter mais geral (dor lombar, fadiga crónica e distúrbios mentais relacionados com o stress) e é preciso efetuar sua associação a limitações funcionais que podem resultar em incapacidade para o trabalho?
6. Como é que avalia o papel do Conselho Médico na harmonização da atuação das coordenações técnicas ao nível regional?
7. Para aceder à pensão de invalidez, um médico tem de certificar que aquela pessoa se encontra definitivamente incapacitada de modo a não poder auferir no desempenho da sua profissão mais de um terço da remuneração correspondente ao exercício normal. Como é que um perito médico operacionaliza esta definição? Que critérios tem em conta?
8. O critério de impossibilidade de auferir mais de um terço da remuneração e uma presunção de recuperação são critérios que se mantêm estáveis pelo menos desde 1963. Recorda-se se alguma proposta por parte do Conselho Médico e/ou de algum(a) Assessor(a) Técnico(a) de Coordenação com o objetivo de alterar este critério?
9. Em 2007 foram instituídos dois tipos de invalidez – relativa e absoluta. O Conselho Médico foi chamado a pronunciar-se acerca desta alteração? No seguimento da introdução destes dois tipos de invalidez o Conselho Médico procedeu ao estabelecimento de critérios de avaliação e orientações?
10. Entre 2008 e 2018 a taxa de indeferimento da pensão de invalidez foi de cerca de 56%.

Acha que é um valor alto? O que é que pensa que pode explicar este número?

11. Da sua experiência, considera que a avaliação da capacidade remanescente tem vindo a ganhar mais terreno em relação à avaliação da perda da capacidade de ganho?

12. A legislação prevê a possibilidade de reapreciação de anterior verificação de incapacidade. Será que pode fornecer alguns exemplos de situações em que as Comissões de Verificação assinalam desde logo o processo do beneficiário para uma futura revisão oficiosa? E acha que a utilização deste mecanismo pelas CVIP tem vindo a conhecer uma maior utilização?

13. Os médicos relatores e os peritos das comissões podem recorrer a informação complementar obtida por intermédio de exames auxiliares de diagnóstico ou de pareceres de médicos especialistas. Em que situações é que os peritos recorrem a este instrumento?

14. Qual é o racional de uma bipartição de funções no processo de certificação? O médico relator procede ao exame clínico e ao “interrogatório” ao requerente e num segundo momento é a CVIP que delibera. Continua a ser útil essa divisão?

a. Como é que CVIP, sem ter procedido a uma observação direta do requerente, está capaz de deliberar acerca da maior ou menor capacidade do indivíduo para o trabalho?

b. É frequente haver desacordo entre o médico relator e a CVIP? Como é que se dirimem esses desacordos?

c. Sob que forma são apresentadas as deliberações que sustentam a decisão do ISS, ou seja, como é que é feita a argumentação se o requerente está apto ou não para o trabalho?

d. Como é que o Conselho Médico se posiciona quanto à transparência das suas deliberações? Noutros países, houve um movimento bem-sucedido que obrigou os médicos a clarificarem a linguagem usada de forma a tornar mais transparentes os fundamentos das suas decisões. Acontece ou tem acontecido o mesmo em Portugal?

15. Inicialmente as CVIPs eram constituídas por três peritos: dois médicos designados pelo centro regional de segurança social e um assessor técnico do emprego designado pelo (IEFP).

a. Como é que descreveria a posição do Conselho Médico e do ISS em relação à presença do assessor técnico do emprego designado pelo IEFP na CVIP?

b. Porque é que em 2007 o papel do assessor técnico do emprego foi extinto? De quem partiu a iniciativa que levou à sua extinção?

c. Em termos de conteúdo, a verificação da incapacidade incide numa complementaridade entre dados biológicos e dados profissionais. Considera que

os médicos do SVIP têm a formação e informação suficiente acerca das profissões, da reabilitação e do mercado de trabalho?

16. Em 2015 foi constituída uma comissão para discutir o regime de proteção especial na invalidez, na qual o Conselho Médico estava representado.

- a. Antes da constituição da Comissão este era um assunto já debatido no seio do Conselho Médico?
- b. Interessa-me saber quem é que deu início a esta reforma. Sabe se o *input* veio do governo ou diria que veio dos organismos intermédios como o Conselho Médico?
- c. Que outros agentes/atores participaram neste processo decisório?

17. Porque é que a Comissão deliberou pela supressão da lista de doenças suscetíveis de serem abrangidas pelo regime especial?

18. A Comissão propôs também um novo conceito de proteção especial na invalidez que independentemente da doença do requerente, era necessário preencher um conjunto de critérios de forma cumulativa. Um desses critérios era uma previsão clínica de dependência ou morte num período de 3 anos. Porque é que a comissão optou por introduzir este critério?

19. Um outro requisito era que a incapacidade permanente para o trabalho desempenhado não fosse compensável através de produtos de apoio ou de adaptação ao/ou posto de trabalho. Isto remete para uma responsabilidade por parte do empregador. Essa dimensão foi ponderada pela Comissão?

20. O regime especial de invalidez acabou por ser reposto na sequência de um clima na opinião pública desfavorável à reforma.

- a. Como reagiu o Conselho Médico a essa resistência?

Guião de entrevista – decisores políticos

1. Desde sempre que existe uma certa colagem do regime jurídico das pensões de invalidez ao quadro normativo próprio das pensões de velhice. O que é que justifica este quadro institucional quando o que está em causa são duas eventualidades totalmente diferentes: nas causas, nos efeitos, nas soluções?

2. A pensão de invalidez em algum momento foi considerada como uma “velhice antecipada” e isso deixou de acontecer?

3. O número de pensionistas de invalidez atingiu o seu pico em 1984 (537.610) e embora em alguns anos se verifiquem pequenas oscilações entre crescimento e redução, a grande tendência é a de declínio. De acordo com os dados do ISS, em 2022 cifravam-se em 170 135 o número de beneficiários que auferem esta pensão. Que fatores podem explicar esta tendência?

4. Independentemente da cor partidária, se compararmos com outras prestações sociais, parece-lhe que a invalidez tem uma menor centralidade na agenda dos decisores, por exemplo em termos de inovação de política?

5. Parece-lhe que o facto de haver um corpo médico que certifica o acesso à pensão de invalidez aumenta a confiança dos decisores na atribuição da prestação e isso é um desincentivo à inovação nesta área?

6. Têm direito à pensão de invalidez os indivíduos que se encontrem definitivamente incapacitados de trabalhar na sua profissão de modo a não poderem auferir no desempenho desta mais de um terço da remuneração correspondente ao seu exercício normal e quando seja de presumir que o beneficiário não recupera, dentro dos três anos subsequentes, a capacidade de auferir no desempenho da sua profissão mais de 50% da retribuição correspondente. Esta formulação mantém-se estável pelo menos desde 1963. O que é que justifica a manutenção desta formulação?

7. Em 2015 tentou-se rever um quadro legislativo que se foi consolidando desde 1989 e que culminou no RPEI. Essa reforma pretendia, entre outras coisas, eliminar uma lista de patologias que tinham uma proteção especial na invalidez.

a. Quem é que deu início a esta reforma. O *input* veio do governo ou diria que existiram contributos de organismos intermédios como o Conselho Médico da Segurança Social para que se avançasse com essa reforma?

b. Que interesses é que estavam por detrás dessa reforma?

8. A reforma legislativa acabou por não vingar e as doenças anteriormente previstas no RPEI voltaram a ser incluídas na legislação. Porque é que acha que isso aconteceu?

9. A partir de 2007 assiste-se ao reforço da componente técnico-científica, em que as comissões de verificação de incapacidade passam a ser compostas exclusivamente por médicos. O que é explica esta medicalização do sistema?

10. Mediante certos limites, os beneficiários de pensão de invalidez relativa podem acumular a pensão com rendimentos provenientes do trabalho, mas os dados demonstram que o número de pensionistas que acumula pensão com outros rendimentos tem vindo a decrescer substancialmente. Gostava de saber qual é a sua opinião, porque parece-me que podemos ter

duas leituras deste número: esta medida enquanto forma de reintegração no mercado de trabalho não está a exercer os efeitos esperados ou que o tipo de invalidez atribuído poderá não ter sido o mais adequado?

11. Porque é que nunca se optou por atribuir alguma responsabilidade no empregador no processo de acesso à pensão de invalidez?

12. Qual é que é que acha que é percepção dos decisores políticos sobre o ato de peritagem?

Guião de entrevista – burocrata ministerial

1. O grupo de trabalho do qual fez parte na década de 80 mostrava-se favorável a uma adequação do esquema de proteção na invalidez aos objetivos da reintegração profissional. Mas isso nunca aconteceu. Porquê? Quais foram e quais são os grandes obstáculos a essa articulação?

2. Com a transferência do processo de certificação da invalidez do setor da saúde para a segurança social, as comissões de verificação deixam de ser exclusivamente compostas por médicos e passam a integrar um assessor da área do emprego. Qual era o objetivo da presença desse técnico proposta também pelo GT? E depois em 2007 retorna-se ao modelo exclusivamente composto por médicos. Porquê?

3. Ao nível de medidas de reabilitação profissional, a mais simples de legislar parece ser a possibilidade de acumular a pensão com rendimentos provenientes do trabalho, pois não exige conhecimento técnico tão especializado e é uma questão mais objetiva. Concorde?

4. Em 2007 foram instituídos dois tipos de invalidez – relativa e absoluta. Na sua opinião o que é que justifica que esta mudança só ocorra em 2007, quando por exemplo o relatório elaborado pelo(a) Dr.º(a) já propunha isso mesmo na década de 80?

5. Parece-lhe que em algum momento tenha havido uma maior permissividade no acesso à pensão de invalidez? Sim, quando? Em algum momento foi considerada como uma “velhice antecipada” e isso deixou de acontecer?

6. O número de pensionistas de invalidez atingiu o seu pico em 1984 (537.610) e embora em alguns anos se verifiquem pequenas oscilações entre crescimento e redução, a grande tendência é a de declínio. De acordo com os dados do ISS, em 2022 cifravam-se em 170 135 o número de beneficiários que auferem esta pensão. Que fatores podem explicar esta tendência?

7. Independentemente da cor partidária, parece-lhe que a área da invalidez tem uma menor centralidade na agenda dos decisores,

