



ESCOLA DE SOCIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Os Órgãos de Peritagem Médico-Laboral: ao serviço da Reforma do
Estado

Ana Patrícia Pica Serrano

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas

Orientador:

Doutor Pedro Adão e Silva, Professor Auxiliar Convidado

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

30 de outubro de 2013

ESCOLA DE SOCIOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Os Órgãos de Peritagem Médico-Laboral: ao serviço da Reforma do
Estado

Ana Patrícia Pica Serrano

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas

Orientador:

Doutor Pedro Adão e Silva, Professor Auxiliar Convidado

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

30 de outubro de 2013

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que de alguma forma ajudaram para que esta dissertação fosse concluída. Não podendo enumerá-los todos, há, no entanto, alguns a quem quero manifestar a minha estima e agradecimento sincero.

Ao ISCTE-IUL e ao Departamento de Sociologia e Políticas Públicas por terem um excelente corpo docente e uma oferta curricular tão vasta que em muito determinaram o tema desta dissertação, bem como o meu interesse sobre as temáticas da Reforma do Estado-Providência e da Administração Pública.

Ao Professor Doutor Pedro Adão e Silva, na qualidade de meu orientador, por ter acreditado em mim e no tema da dissertação desde o princípio, mas a quem devo um sincero pedido de desculpas por muitas vezes não ter permitido que desempenhasse o seu papel de “supervisor” no decorrer deste longo ano.

À Professora Doutora Maria de Lurdes Rodrigues e à Anabela Serrão, por quem tenho uma grande estima e gratidão, agradeço todo o apoio e expectativas que concentraram em mim no último ano.

À Joana Policarpo, por toda a amizade, por todos os desabafos e incentivos e com quem vivi um ambiente de verdadeira aprendizagem e partilha de conhecimentos.

Ao João Borges, que com toda a sua paciência para a minha falta de «jeito» com a informática me ajudou na formatação gráfica da dissertação. Um sincero obrigado também pela amizade.

Quero aqui dirigir aos meus pais uma palavra de apreço muito especial, por todo o carinho e amor incondicional ao longo de todos estes anos. A eles agradeço por ser quem sou e por todas as oportunidades que me proporcionaram.

Acima de tudo, quero agradecer ao Bernardo, sem o qual esta investigação nunca teria sido possível! Um grande obrigada por todas as duras críticas, todos os incentivos e por nunca me teres deixado desistir. Não existe nenhuma palavra, nem gesto suficientemente grande que represente toda a gratidão e companheirismo por ti.

Resumo

Esta dissertação tem como objetivo perceber de que forma é que o papel dos órgãos de peritagem médico-laboral se alterou com a reforma do Estado Providência Português. Entendemos por órgãos de peritagem médico-laboral, as instituições do Estado Social Português que intervêm em contextos de ausência de saúde dos indivíduos para avaliar as suas capacidades, limitações ou condicionalismos para o exercício laboral e que têm poder na atribuição ou manutenção do subsídio de doença e de pensão de invalidez. São eles: as Juntas Médicas da ADSE, as Juntas Médicas da CGA, o Sistema de Verificação de Incapacidades do Instituto de Segurança Social, repartido entre Sistema de Verificação de Incapacidades Temporárias e Verificação de Incapacidades Permanentes.

Partimos da reforma do Estado-Providência para tentar perceber qual o impacto do *New Public Management* no processo de reforma dos órgãos de peritagem médico-laboral, e como evolui o papel destas instituições na reforma da Segurança Social Portuguesa. O modelo de análise aplicado para percebermos como progride a função do nosso objeto foi o *Modelo dos Fluxos Múltiplos* de John Kingdon (1995).

Ao longo da nossa investigação, verificámos que o comportamento destas organizações sofreu mudanças significativas, com um padrão distinto: o seu *empowerment*. Por um lado, os órgãos de peritagem médico-laboral foram, ao nível jurídico, diretamente afetados pelas reformas da administração pública sob os cânones do *New Public Management* (tornando-se alvos dessas reformas). Por outro lado, passaram a ser concebidos como agentes críticos no processo de reforma da segurança social, e, portanto, usados como instrumentos institucionais para a reforma. A partir de 2005, o sistema de segurança social tem recorrido de forma cada vez mais consistente às Juntas Médicas e a ao Sistema de Verificação de Incapacidades para fiscalizar a atribuição da pensão de invalidez e do subsídio de doença. Demonstramos que o poder que estas agências hoje gozam se deve mais a contactos institucionais e práticas do que a alterações estritamente jurídicas.

Palavras-chave: Órgãos de Peritagem Médico-Laboral; Juntas Médicas; Sistemas de Verificação de Incapacidades; *New Public Management*

Abstract

This thesis aims at understanding the ways through which the role displayed by the labour-medical expertise agencies has varied and been modified in the overall context of Portuguese Welfare State reforms. By *labour-medical expertise agencies* we mean those Welfare State administrative organizations that are called to intervene in assessing the labour force's potential health conditions deficit, its capabilities, limitations or constraints and which have the power to assign or confirm a particular health status that works as the necessary condition of individual access to sickness pay and invalidity benefits. In Portugal these include: Medical Boards of A.D.S.E. (Assistência na Doença aos Servidores Cívicos do Estado) and C.G.A. (Caixa Geral de Aposentações); and the Disability Verification Service (S.V.I.) of the Social Insurance Board (I.S.S.), the latter subdivided between Temporary and Permanent Disability Verification Services.

We will try to convey (1) the impact of the *New Public Management* doctrine on the labour-medical expertise agencies' restructuring and (2) how the role these institutions perform has evolved throughout the Portuguese Social Insurance's Reform process. Our research design follows closely the Multiple Streams Theory developed by John Kingdon (1995).

During our research, we were able to verify that these organizations' behaviour has undergone significant changes with a distinctive pattern: their empowerment. On one hand, we found that labour-medical expertise agencies were, in the juridical domain, directly affected by public administration reforms under the *New Public Management* canon (they became important targets in restructuring diplomas). On the other hand, they were conceived as critical agents in the Social Insurance Reform process and thus used as institutional tools for reform. As of 2005, the Social Insurance System is increasingly resorting to Medical Boards and S.V.I. in order to check the allocation of both sickness and invalidity allowances. We argue that the share of power these agencies now enjoy is mainly due to institutional contacts and practices, rather than to strict juridical improvement.

Keywords: Labour-medical expertise agencies; Medical Boards; Disability Verification Services; New Public Management

Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iv
Abstract	vi
Índice.....	viii
Índice de Quadros.....	x
Índice de Figuras	xii
Glossário de Siglas	xiv
Introdução.....	1
Capítulo I: Construindo o objeto: os órgãos de peritagem médico-laboral.....	5
1.1 A posição institucional dos Órgãos de Peritagem Médico-Laboral	5
1.2 As diferentes tutelas	7
1.2.1 ADSE	7
1.2.2 Caixa Geral de Aposentações.....	8
1.2.3 ISS	9
1.3 Construção da variável dependente dada a escassez de literatura	11
Capítulo II – O Modelo de Análise	15
Capítulo III – A Sustentabilidade da Segurança Social e a Instrumentalização dos Órgãos de Peritagem Médico-Laboral.....	19
3.1 Sustentabilidade da Segurança Social – o <i>Problem Stream</i>	19
3.2 <i>New Public Management</i>	22
3.2.1 <i>Policy Stream</i> : as alterações dos órgãos de peritagem médico-laboral sob os cânones do <i>NPM</i>	24
3.3 <i>Politics Stream</i>	38
Conclusão.....	45
Bibliografia.....	51
Anexos.....	I
Anexo I: Os órgãos de peritagem médico-laboral.....	I
CV	V

Índice de Quadros

Quadro 1.1 Resultados das verificações domiciliárias e Juntas Médicas no âmbito da ADSE.....	8
Quadro 1.2 Resultados das Juntas Médicas da CGA em % - de 1996 a 2006.....	9
Quadro 1.3 Resultados das Juntas Médicas da CGA em % de 2008 a 2012.....	9
Quadro 1.4 Construção do conceito de «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral».....	12
Quadro 3.1: Subsídio por Doença: Encargos e Beneficiários Subsidiados.....	21
Quadro3.2 Despesa dispendida com Pensões de Invalidez.....	21
Quadro 3.3 Principais Características do <i>NPM</i>	23

Índice de Figuras

Figura 1.1: Evolução dos Beneficiários com processamento de subsídio de doença.....	10
Figura 1.2 Pensionistas de Invalidez.....	11
Figura 3.1: Evolução do nº de convocatórias do SVIT.....	27
Figura 3.2 Evolução das cessações e suspensões do subsídio de doença.....	27

Glossário de Siglas

Caixa Geral de Aposentações – CGA

CDS – Centro Democrático e Social, Partido Popular

Direcção-Geral de Protecção aos Trabalhadores em Funções Públicas – ADSE

ISS – Instituto de Segurança Social

New Public Management – NPM

PCP – Partido Comunista Português

Plano Nacional de Prevenção e Combate à Fraude e Evasão Contributivas e Prestacionais – PNPFCFEC

PS – Partido Socialista

PSD – Partido Social Democrata

SIVD – Sistema de Informação de Verificação de Doença

Sistemas de Verificação de Incapacidade – SVI

Sistema de Verificação de Incapacidade Permanente - SVIP

Sistema de Verificação de Incapacidade Temporária – SVIT

Introdução

A temática geral da nossa investigação é a *Reforma do Estado-Providência Português*, tendo por problemática central o funcionamento e consequências de uma instituição-tipo em particular: os órgãos de peritagem médico-laboral com um papel relevante na atribuição de pensões por invalidez e de subsídios de doença. Será então a partir da crise e desafios do Estado-Providência que partiremos para dar conta do papel que os órgãos de peritagem médico-laboral desempenham nas recentes reformas da administração pública e segurança social portuguesas.

Por órgãos de peritagem médico-laboral, entendemos instituições do Estado Social Português que intervêm em contextos de ausência de saúde dos indivíduos para avaliar as suas capacidades, limitações ou condicionalismos para o exercício laboral. Importa neste momento dar conta de que o nosso objeto de estudo estava inicialmente consagrado às denominadas Juntas Médicas da Direcção-Geral de Protecção aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), que são elas próprias um órgão de peritagem médico-laboral. No entanto, durante esta investigação deparamo-nos com mais do que um órgão desta natureza, razão pela qual tivemos necessariamente de alargar o objeto da nossa investigação, aumentando a denotação do conceito central. Assim, são os órgãos de peritagem médico-laboral são um conceito-categoria, na medida em que por ele são apreendidos diferentes instituições, com o mesmo fim. Temos então como órgãos de peritagem médico-laboral, as Juntas Médicas da ADSE, as Juntas Médicas da Caixa Geral de Aposentações (CGA) e os Serviços de Verificação de Incapacidades (SVI) do Instituto de Segurança Social (ISS).

É bom, também, lembrar que a primeira versão do nosso plano de investigação tomava a Reforma da Administração Pública sob os cânones do *New Public Management (NPM)* como variável central para explicar um, ainda, indeterminado padrão de atuação dos agentes de que se compõem os órgãos de peritagem médico-laboral. Depois de demorada apreciação da bibliografia, tornou-se evidente que seria mais claro e relevante re-concetar o fenómeno em causa, do ponto vista mais abrangente, é certo, mas também mais premente de reformas instauradas noutros sectores da vida pública, nomeadamente na segurança social. De qualquer modo, importa não esquecer a reforma da administração pública ao longo dos próximos capítulos. Trata-se de saber tomar duas variáveis diferentes, mas complementares no tempo e no espaço (organizacional), como isoladas, e isto a fim de evitar tanto a confusão conceptual como a sobreposição de fenómenos explicativos, que de outro modo seriam analisados de um ponto de vista integrado. Evitar, portanto, que se descubra simplesmente na reforma da segurança social ou simplesmente na reforma da administração pública o princípio da alteração comportamental e estrutural dos órgãos de peritagem médico-laboral, mas fazê-lo ponderadamente, já que se pode estar perante aquilo que Ragin denominou e denunciou como

«causas conjunturais múltiplas» (Ragin, 1989:22-30). Isto refletir-se-á na construção das nossas hipóteses.

O nosso período de análise tem início em 1982, uma vez que foi nesse ano que foi publicado o Decreto-lei n.º 144/82 de 27 de Abril, diploma crucial para a reestruturação funcional e organizacional de um dos órgãos de peritagem médico-laboral: os SVI. De acordo com Oliveira Rocha (2002), em Portugal, a reforma administrativa sob os cânones do *NPM* iniciou-se em 1986 e prolongou-se até 1995. No entanto, assumimos aqui que a reforma do nosso objeto de estudo sob as ideias do *NPM* tem início em 1982, alargando o nosso período de análise antes do marco de 1995.

É portanto, imprescindível para a nossa análise:

1. Definir o conceito de «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral», tornando-o passível de operacionalização.
 - 1.1 Perceber a sua variação no hiato temporal de 1982 a 2013 (construir a variável dependente).
2. Identificar e mediar o impacto direto da variável Reforma da Administração Pública no papel dos órgãos de peritagem médico-laboral
3. Identificar e mediar o impacto direto da variável Reforma Segurança Social no papel dos órgãos de peritagem médico-laboral.

Para qualquer plano de investigação é imprescindível que se discuta a metodologia a utilizar na validação das hipóteses que se estabeleçam previamente por via da análise do estado da arte. No entanto, primeiramente, parece-nos também importante realçar o método pelo qual somos capazes de pensar uma relação entre uma instituição específica (os órgãos de peritagem médico-laboral) e as reformas de dois grandes setores da vida pública: a reforma da administração pública sob os cânones do *NPM* e da segurança social. Seguimos, portanto, um método dedutivo na averiguação do *locus funcional* hipotético dos órgãos de peritagem médico-laboral num processo de reforma dos serviços públicos. Isto significa que o nosso estado da arte terá de apresentar sobretudo uma revisão da doutrina do *NPM* e da Reforma da Segurança Social para achar as premissas hipotéticas (a serem validadas) de uma afetação dos órgãos de peritagem médico-laboral pelas mudanças ocorridas no sector estatal. Dedutivamente, mostraremos determinados indicadores relativos à adoção de doutrinas e práticas do *NPM* e de *recalibragem* do estado social e, portanto, da permeabilidade ou resiliência institucional dos órgãos de peritagem médico-laboral a essa nova voga da gestão pública e da reforma da segurança social.

A presente dissertação estará organizada em três capítulos. Um primeiro intitulado de “*Construindo o objeto: os órgãos de peritagem médico-laboral*”, que tem como objetivo delimitar e

construir o objeto de estudo. No segundo capítulo apresentaremos o modelo de análise e as hipóteses problematizadas. Por fim, no terceiro capítulo temos como propósito utilizar o modelo de fluxos de John Kingdon (1995) para podermos entender como é que a questão dos órgãos de peritagem médico-laboral alcança a agenda da decisão política e ao mesmo tempo podermos perceber a sua variação comportamental no período em análise. O modelo de Kingdon identifica três fluxos a fluírem através do sistema político: *problem stream*; *policy stream*; *politics stream*. Ao aplicarmos este modelo de análise consideramos um quadro de sustentabilidade da segurança social com urgência em redefinir o seu funcionamento o *problem stream*; o processo de reforma dos órgãos de peritagem médico-laboral seguindo as premissas do *NPM* o *policy stream*. Finalmente, encontramos um contexto favorável – *politics stream* – à utilização dos órgãos de peritagem médico laboral para resolver o problema de controlo de despesa na segurança social.

Capítulo I: Construindo o objeto: os órgãos de peritagem médico-laboral

É de extrema importância neste primeiro capítulo da nossa investigação delimitar a extensão do nosso objeto de estudo. Importa assim deixar claro que a nossa variável dependente é a mudança que ocorreu nos órgãos de peritagem médico-laboral, que se encontram repartidos entre as Juntas Médicas tuteladas pela ADSE, as Juntas Médicas tuteladas pela CGA e os SVI sob tutela do ISS.

1.1 A posição institucional dos Órgãos de Peritagem Médico-Laboral

No caso das Juntas Médicas dependentes da ADSE, a sua constituição e funcionamento compete à entidade subordinante, que deverá também promover a sua realização na secção que corresponda à área de residência do trabalhador. Podem distinguir-se entre Juntas Médicas para verificação de doença natural e para verificação de acidente em serviço e doença profissional.

Compete à Junta Médica, quando solicitada pelas entidades competentes:

- a) pronunciar-se sobre o estado de doença do funcionário ou agente cuja ausência ao serviço atingiu 60 dias consecutivos de faltas;
- b) declarar sobre a situação de doença que impossibilite o funcionário ou agente de se apresentar ao serviço;
- c) quando o comportamento do funcionário ou agente indiciar perturbação física ou psíquica que comprometa o normal desempenho das suas funções, o dirigente máximo do serviço pode mandar submetê-lo a junta médica;
- d) determinar a duração previsível da doença nos casos previstos acima;
- e) avaliar as capacidades do funcionário ou agente que se revele incapaz para o exercício das suas funções mas apto para o desempenho de outras;
- f) determinar a observação clínica do funcionário ou a realização de exames complementares de diagnóstico por serviços oficiais especializados. (Decreto Regulamentar n.º 41/90 de 29 de Novembro)

As Juntas Médicas da CGA¹ fazem parte do *Núcleo Médico* da CGA e tem para isso um quadro de cinco médicos: um Coordenador do Gabinete – Médico-Chefe -, que revê todos os processos que passam pelo Gabinete da Junta Médica e dois médicos em Lisboa e no Porto. Existem ainda quatro médicos em Lisboa – é a cidade onde se realizam mais Juntas - e um no Porto e pelo menos um

¹ Importa aqui realçar que é a CGA que tem a seu cargo a gestão do regime de segurança social do funcionalismo público em matéria de pensões, que ao tempo de redação desta dissertação, vem sendo alvo de políticas tendentes à sua convergência com o regime geral da Segurança Social.

médico residente em cada um das capitais de distrito, pois são os únicos locais onde as Juntas se encontram em atividade. As Juntas da CGA avaliam e apreciam pedidos de aposentação antecipada devido a incapacidade para o trabalho em termos definitivos e totais. Ao contrário das Juntas da ADSE que têm a seu cargo a avaliação de incapacidades temporárias, as Juntas da CGA têm a incumbência de avaliar incapacidades permanentes (Sequeira, 2006:93).

Uma outra instituição que age da mesma forma no regime de previdência social e cuja estrutura é bastante semelhante às Juntas Médicas é o SVI do ISS.²

Até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 144/82, a avaliação das situações de incapacidade para permanecer ativo no mercado de trabalho e para efeitos de concessão de pensões de invalidez ou de doença atribuídas pela segurança social era feita através de juntas médicas. Com este decreto-lei, este tipo de situações passam a ser verificadas pelo SVI, composto por comissões técnicas especializadas: as comissões de verificação e as comissões de recurso, as quais vêm substituir as Juntas Médicas. Estas comissões funcionam nos centros regionais de segurança social, na dependência dos respetivos órgãos diretivos. O SVI do ISS subdivide-se em:

- Sistema de Verificação de Incapacidade Temporária (SVIT) – avalia a incapacidade temporária para o trabalho dos beneficiários em situação de baixa clínica e a receber subsídio de doença. Existem duas situações específicas para que ocorra a verificação de uma incapacidade temporária: (1) “a entidade empregadora quer confirmar se são justificadas as faltas do trabalho ou a interrupção de férias por motivo de doença alegada pelo trabalhador; (2) a Segurança Social quer confirmar se o beneficiário está realmente incapaz para o trabalho por motivo de doença” e então possa manter o direito ao subsídio de doença (Apelles J.B. Conceição, 2008:182). No caso de ser considerado apto e o médico assistente do beneficiário não concordar, este pode solicitar uma reavaliação no prazo de 10 dias a partir da data em que tomou conhecimento da decisão da Comissão de Verificação. Este processo irá originar uma Comissão de Reavaliação, onde se encontra o poder decisório acerca da capacidade do indivíduo para regressar ao trabalho.
- Sistema de Verificação de Incapacidade Permanente (SVIP) – avalia o grau de incapacidade permanente para o trabalho, deficiência, ou dependência, para verificar se a pessoa tem ou não direito a uma determinada prestação (pensão de invalidez, subsídio por assistência de terceira pessoa ou subsídio mensal vitalício). Para além de confirmar, o SVIP também revê situações de incapacidade permanente, por forma a definir se o indivíduo deve ou não continuar a receber a pensão de invalidez. Tal como no Sistema de Verificação de Incapacidades Temporárias, existe ainda uma Comissão de Recurso, à qual

² O regime geral de Segurança Social é aplicado a todos os outros trabalhadores por conta de outrem.

o beneficiário pode recorrer caso não concorde com a decisão da Comissão de Verificação (Instituto da Segurança Social, 2013:4-9).³

1.2 As diferentes tutelas

1.2.1 ADSE

As Juntas Médicas tuteladas pela ADSE são geridas pela unidade denominada Direção de Serviços de Consultadoria Médica e Verificação de Doença. Entre as principais funções desta unidade orgânica destacam-se: 1) assegurar o processo de verificação domiciliária da doença dos funcionários e agentes da Administração Pública; 2) administrar a atividade das Juntas Médicas da ADSE; 3) proceder ao recrutamento dos médicos; 4) lavrar pareceres sobre situações clínicas dos beneficiários de que dependa o reconhecimento de um direito ou benefício da jurisdição da ADSE; 5) exercer função de consultadoria médica. A localização das juntas é uma das responsabilidades da ADSE. Contrariamente ao Conselho Médico do ISS, esta unidade não tem como um dos seus objetivos a de promover a formação dos peritos médicos, através da organização de ciclos de conferências, seminários e formações.

Em 1998, a ADSE encetou um processo de reestruturação interna, com o objetivo de modernizar o seu aparelho administrativo, que culminou em 1999 com a sua reestruturação orgânica. Beneficiando de financiamento comunitário, a ADSE reestruturou a sua organização interna, investiu em tecnologias de informação e procedeu à substituição absoluta da plataforma e aplicações informáticas. Com esta reforma, a instituição conseguiu alcançar determinadas metas como: suprimir tarefas manuais administrativas; rever procedimentos por forma a ganhar eficiência e celeridade; aplicar o processamento informatizados a todos os domínios da sua atividade; desenvolveu mecanismos de controlo; apostou na web como forma de aproximação aos beneficiários e prestadores; entre outros. Para além de todas as alterações referidas, existem muitas mais e que de acordo com o *Plano de Atividades 2013 da ADSE* têm demarcado o seu quotidiano e correspondido aos planos de reestruturação promovidos pelos Governos.

No domínio da verificação da doença, para 2013, perspetivou-se:

1) “incrementar o nível de utilização da nova aplicação informática: o Sistema de Informação de Verificação de Doença;

2) incrementar a experiência dos novos apoios administrativos das seções depois da transferência de competências dos Governos Cívicos

³ Para uma melhor compreensão dos diferentes tipos de órgãos de peritagem médico-laboral ver o Anexo I.

3) preparar a futura secção de Faro.”

Através da análise do quadro seguinte, ainda que com alguns períodos de declínio, verificamos que a partir de 2004/2005 – quando o Partido Socialista chega ao poder – há uma evolução no sentido ascendente de trabalhadores submetidos a Juntas Médicas, tanto por doença natural, como por acidente de serviço. No entanto, no âmbito da verificação domiciliária da doença, a partir de 2005 há um claro declínio. Esse tipo de verificação é sempre efetuado por médicos avançados e não por médicos dos quadros da ADSE. Muito provavelmente tal ocorre, por não terem sido renovados os contratos para prestação de serviços com alguns dos médicos (*retrenchment*).

Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Trabalhadores submetidos à junta médica/doença natural	15.253	17.530	16.400	15.360	17.866	19.111	18.478	19.961	21.440
Trabalhadores submetidos a junta médica/acidente de serviço	1.586	2.172	2.029	1.968	3.219	3.887	4.079	4.248	3.946
Verificação domiciliária da doença	6.616	6.007	5.790	4.863	3.986	3.682	3.084	2.778	2.405

Quadro 1.1 Resultados das verificações domiciliárias e Juntas Médicas no âmbito da ADSE

Fonte: Plano de Atividades de 2011 e 2013 da ADSE

1.2.2 Caixa Geral de Aposentações

A CGA é uma instituição de previdência que gere o regime de segurança social dos funcionários públicos e trabalhadores equiparados admitidos até 31 de Dezembro de 2005. Analisando a sua composição orgânica, o gabinete técnico que tem interesse para o nosso estudo é o Núcleo Médico que está incumbido de realizar as Juntas Médicas. Elas avaliam, medicamente, tudo o que se relaciona com a atribuição, aos funcionários públicos e seus familiares de benefícios, que apenas se justificam num contexto de ausência de saúde, visando dessa forma avaliar a incapacidade para o exercício de funções ou de incapacidade permanente e total para o trabalho e, ainda a desvalorização da capacidade geral de ganho e da sua conexão com acidente de serviço ou facto equiparado.

Na CGA todos os processos de aposentação antecipada por invalidez são apreciados, depois da Junta, pelo Médico-Chefe do Núcleo Médico e anualmente a instituição compara as causas de incapacidade por doença dos funcionários públicos, que de acordo com Camilo Sequeira (2012) pode ser útil na estruturação de políticas sociais. É conveniente referir que o sistema de verificação de incapacidade permanente da CGA, desde 31 de Janeiro de 2008, está uniformizado com o da Segurança Social, estando os dois serviços em articulação.

No ano de 2006, as Juntas Médicas tuteladas pela CGA consideraram mais de 50% das pessoas que lhe foram submetidas aptas para regressar ao mercado de trabalho – 50,6%. Até 2002, a percentagem de pessoas consideradas incapazes superava sempre a barreira dos 60% do número de pessoas que eram alvo de avaliação de uma Junta Médica e em 2006 é inferior a 50%.

Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Incapazes	69,2%	69,4%	69,0%	69,8%	62,3%	72,0%	71,9%	52,2%	58,5%	55,1%	49,4%
Aptos	30,8%	30,6%	30,2%	30,2%	37,7%	28,0%	28,1%	47,8%	41,5%	44,9%	50,6%

Quadro 1.2 Resultados das Juntas Médicas da CGA em % - de 1996 a 2006
Fonte: Relatório e Contas da Caixa Geral de Aposentações- 2012

Analisando o período compreendido entre 2008 e 2012, podemos constatar que o número de trabalhadores considerados incapazes de se manter em funções tende a diminuir, e em contrapartida, os aptos tendem a aumentar, atingindo o valor de 66,44% em 2012, quando comparado aos 53,99% de 2008.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012
Incapazes	46,01%	37,54%	37,57%	37,70%	33,56%
Aptos	53,99%	62,46%	62,43%	62,30	66,44%

Quadro 1.3 Resultados das Juntas Médicas da CGA em % de 2008 a 2012
Fonte: Relatório e Contas da Caixa Geral de Aposentações - 2012

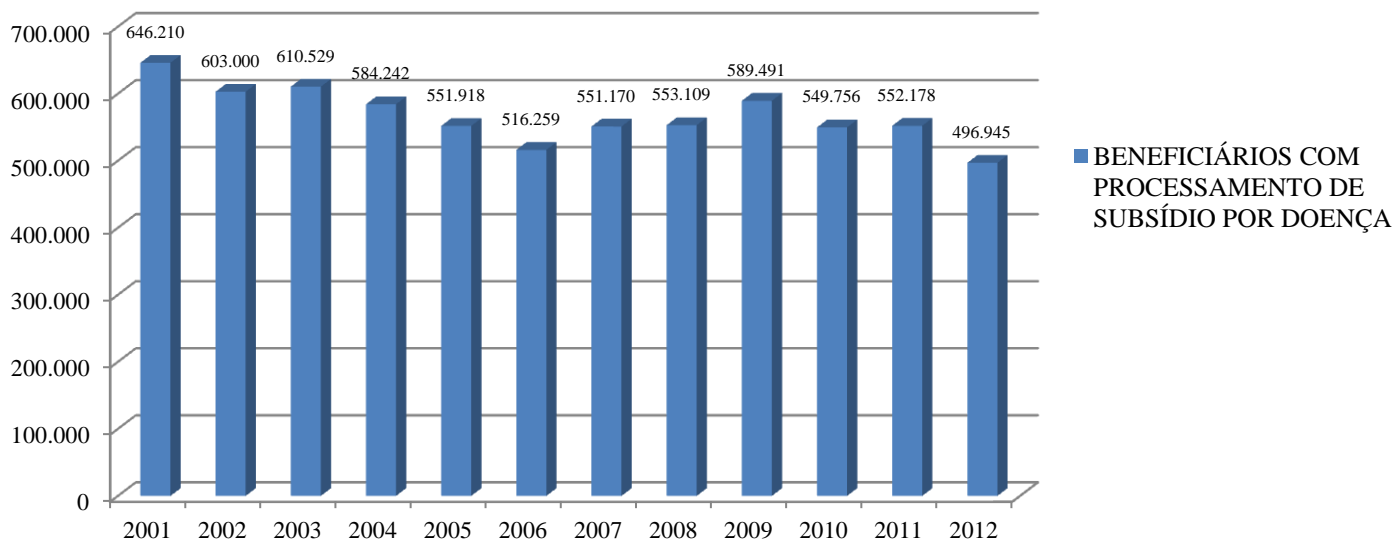
1.2.3 ISS

Dentro da estrutura orgânica do ISS, o Conselho Médico é o órgão de consulta, apoio e participação para as questões de natureza médico-funcional, no âmbito do sistema de verificação de incapacidades, sendo composto por: a) assessores técnicos de coordenação do SVI; b) um clínico da área de doenças emergentes de riscos profissionais, e c) dois representantes do ISS. Este conselho

deve pronunciar-se e proferir recomendações sobre procedimentos relativos à salvaguarda dos princípios deontológicos e à garantia da defesa da saúde e equilíbrio dos doentes, mas também lutar contra o acesso abusivo a prestações, de forma a contribuir para a qualidade e rigor dos atos de perícia médica. Deve ainda declarar sobre a avaliação do funcionamento do sistema, apontando a definição de critérios e indicadores que permitam avaliar os procedimentos e resultados do SVI (Decreto-Lei n.º 83/2012 de 30 de março).

Tal como é possível verificar nos gráficos abaixo, relativamente ao subsídio de doença e de pensão de invalidez atribuídos pelo ISS, estes também têm tido tendência a diminuir. Analisando as duas prestações sociais, é claro que é a partir de 2005 que se verifica uma evolução em termos de diminuição, período esse em que o partido que se encontra no poder é o Partido Socialista (PS) e que sempre defendeu uma utilização ativa dos órgãos de peritagem médico-laboral.⁴ Parece-nos consensual afirmar que há uma forte correlação entre a diminuição da atribuição destes dois benefícios sociais e o recurso ao Sistema de Verificação de Incapacidades da Segurança Social.

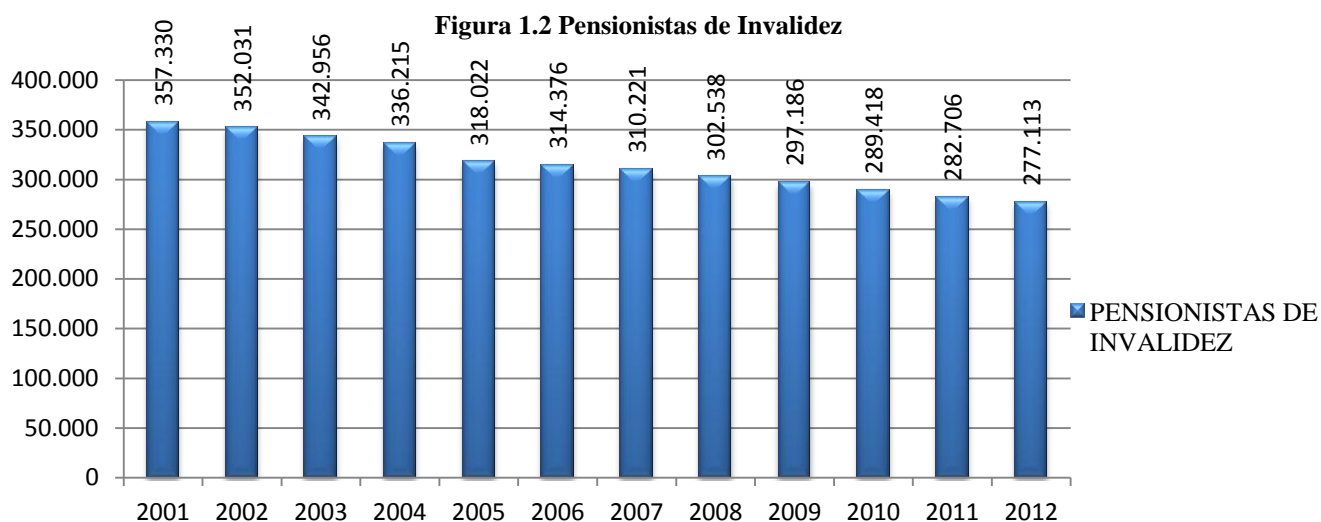
Figura 1.1: Evolução dos Beneficiários com processamento de subsídio de doença



Fonte: Instituto de Segurança Social

Elaboração Própria

⁴ Como veremos mais à frente, consideramos a entrada do PS no Governo, um dos elementos que faz parte do terceiro fluxo enumerado por Kingdon: o *politics stream*, ou seja o contexto favorável à implementação da política pública.



Fonte: Instituto de Segurança Social
Elaboração Própria

No que à evolução do número de pensionista de invalidez diz respeito, para além do SVIP, temos que ter em conta a entrada em vigor do regime de pensão antecipada para flexibilização no ano 2000. Através desta medida, quem não se sentisse apto para continuar ativo no mercado de trabalho e não quisesse ter de passar pela «análise» de algum dos órgãos de peritagem médico-laboral poderia antecipar a sua aposentação, passando a usufruir de uma pensão de velhice e de invalidez. Refira-se que todas as pensões de invalidez, quando o beneficiário atinge os 65 anos de idade convertem-se em pensões de velhice.

1.3 Construção da variável dependente dada a escassez de literatura

Após a pesquisa preliminar conclui-se que o papel dos órgãos de peritagem médico-laboral e em específico as Juntas Médicas não é linear, nem estanque. Há uma variação diacrónica da importância do seu funcionamento dentro do quadro geral das reformas da Segurança Social.

«O reconhecimento por parte da Segurança Social da incapacidade para o trabalho por motivo de doença não é fácil, mesmo para quem tem motivos de sobra para se queixar. Depois de um período em que as juntas médicas tinham uma prática relativamente liberal de reconhecimento das incapacidades, hoje acontece o inverso, devido à enorme pressão da Segurança Social para limitar a concessão de baixas e de pensões de reforma por invalidez.»

(Hespanha et al., 2002: 38)

É, portanto, imprescindível para a nossa análise testar o impacto da Reforma da Administração Pública e da Segurança Social (estes dois fenómenos serão desenvolvidos no capítulo III da nossa dissertação) no funcionamento dos órgãos de peritagem médico-laboral, já que eles ocupam um lugar indeterminado na interseção daquelas duas arenas de políticas públicas.

Dada esta evidência, o principal objetivo desta investigação é encontrar uma interpretação fundamentada para esta variação. A nossa pergunta de partida pode então ser formulada da seguinte forma: *De que forma é que o papel dos órgãos de peritagem médico-laboral se alterou com a Reforma do Estado Providência?*

A partir do cruzamento das duas temáticas (Reforma da Administração Pública sob os cânones do *NPM* e Reforma da Segurança Social), na encruzilhada das quais a nossa pergunta de partida emerge, poderemos cunhar um conceito operacionalizável de «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral». Construir este conceito é algo que se afigura naturalmente necessário, uma vez que só a partir dele estaremos em posição de medir uma sua variação no sentido ascendente de potência (reforço do papel, manutenção do mesmo ou seu enfraquecimento). A natureza desta escala é composta por indicadores de quatro grandes dimensões; dimensões essas que compõem o conceito de «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral». Por definição, optámos por considerar apenas as dimensões da funcionalidade dos órgãos de peritagem médico-laboral de acordo com o seu potencial de permeabilidade às práticas e premissas doutrinárias do *NPM* e às pressões advenientes por parte da máquina estatal com o objetivo de *recalibragem* da Segurança Social. Compilámos, para o efeito, uma série de funções e características consagradas pelos Decretos-Lei n.º 144/82 de 27 de Abril; n.º 377/2007 de 9 de Novembro e pelo Decreto-Regulamentar n.º 41/90 de 29 de Novembro.

São estas as seguintes dimensões:

Dimensão	Legislação	Indicadores
Profissionalização (Profissionalização dos órgãos de peritagem médico-laboral)	Decretos-Lei 377/2007: «As competências das juntas médicas e os seus procedimentos de avaliação devem possuir natureza exclusivamente técnica - científica. Por se tratar de atos médicos, os mesmos devem ser exercidos por profissionais do respetivo foro, ou seja, por médicos.	Proporção de licenciados em medicina Métodos de Recrutamento e ou cooptação Número e conteúdo de formações e conferências Análise Prosopográfica
Performance (Existência de medidas de performance e de desempenho da organização)	Decreto-Lei n.º 144/82 de 27 de Abril: «Como é do conhecimento geral e, em especial de quantos têm requerido a sua apresentação a uma junta médica para se reformarem por invalidez, aquele serviço vem acusando dificuldades de funcionamento, que se traduzem não só no atendimento dos pedidos dos	Modelo de Avaliação dos funcionários dos órgãos de peritagem médico-laboral

interessados (calculando-se em muitos milhares os processos a aguardar a realização de juntas médicas), mas também numa preocupante falta de controlo do sistema.»

Desagregação

Desagregação das unidades dos órgãos de peritagem médico-laboral

Decreto-Regulamentar 41/90: «A primeira inovação decorrente do presente diploma reporta-se à composição e ao funcionamento da junta médica. Nesse sentido, entende-se adequado fixar a dependência orgânica e funcional da junta no dirigente máximo da ADSE, promovendo, paralelamente, o funcionamento de secções de âmbito regional, bem como a eventual criação de secções de âmbito regional, bem como a eventual criação de secções de âmbito geográfico mais restrito, sempre que a experiência o aconselhe e as disponibilidades da Administração o permitam.»

Número de Secções

Eficiência e Economia

Maximização, otimização dos recursos

Decreto-Regulamentar 41/90: Por fim, e tendo presentes objetivos de economia de recursos, de simplificação, desburocratização, celeridade, eficiência de procedimentos e de colaboração entre as diversas entidades processadoras de vencimentos de funcionários e antes, é prevista a celebração de protocolos que permitam fazer submeter à junta médica da ADSE funcionários e agentes das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e do Território de Macau que se encontrem doentes na área geográfica de intervenção das suas secções.

Número de processos resolvidos

Número de processos pendentes

Quadro 1.4 Construção do conceito de «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral»

Fonte: Elaboração Própria

Capítulo II – O Modelo de Análise

No presente capítulo iremos sintetizar o modelo de análise que nos permite examinar a evolução e o processo de reforma do papel dos órgãos de peritagem médico-laboral no Estado Social Português. Iremos fazer uso do modelo avançado por John Kingdon (1995), que explica o processo de agendamento das políticas públicas a brotar em três fluxos (*multiple streams*). Com a aplicação deste modelo teórico pretendemos perceber como é que a questão dos órgãos de peritagem médico-laboral alcança a agenda da decisão política. O modelo de Kingdon é uma estrutura metodológica que nos permite explicar como é que as agendas dos governos nacionais são definidas e decididas sob condições de ambiguidade e ambientes instáveis, nos quais as escolhas são dependentes do contexto (Zahariadis, 2007).

Kingdon identifica três fluxos na construção da agenda política, que fluem através do sistema político: *problem stream*, *policy stream* e *politics stream*. Estes fluxos são extremamente independentes e cada um desenvolve-se de acordo com as suas próprias regras e dinâmicas. O *problem stream* consiste num conjunto de várias condições que prendem a atenção dos decisores políticos e dos cidadãos. Os *policy makers* identificam essas condições através de: (1) indicadores que desnudam a dimensão do problema, como o custo de uma prestação social, e podem ser monitorizados rotineiramente ou através de estudos; (2) acontecimentos dramáticos, tal como calamidades públicas; (3) processos de *feedback* de programas que podem conduzir à reflexão sobre o seu impacto e a necessidade de serem reformuladas (Zahariadis, 2007:70). Já o *policy stream* inclui um conjunto de ideias com o objetivo de resolver os problemas. Ou seja, são as ações e instrumentos adotados para solucionar uma dada questão que ganha a atenção política. Esse conjunto de ideias pode ser gerado por especialistas, burocratas, políticos e académicos, sendo analisadas de várias formas e em várias fóruns, como conferências, *papers*, colóquios e discussões. Muitas dessas ideias sobrevivem a este período, sem qualquer alteração significativa, enquanto que outras acabam por ser combinadas com novas propostas e outras simplesmente desaparecem. Apesar de surgir um vasto número de ideias, são poucas as que recebem uma consideração atenta e séria, existindo dois critérios de seleção cruciais: *technical feasibility* (viabilidade técnica) e *value acceptability* (aceitabilidade axiológica). As propostas que aparentam ser de difícil implementação e que não estejam em conformidade com os valores dos *policy makers* são menos propensas a ser consideradas pelo sistema político (Zahariadis, 2007: 72). Por fim, o terceiro fluxo, tem a ver com um contexto político favorável à implementação de novas políticas públicas e é caracterizado pela presença de três elementos: *national mood*, campanhas organizadas por grupos de pressão e *turnover* administrativo ou legislativo. Zahariadis (2007:73), considera que a combinação do *national mood* e o *turnover* de governos são os dois elementos que exercem o efeito mais poderoso sobre o agendamento de determinadas questões.

Em algumas conjunturas críticas, as três correntes ocorrem em simultâneo, aquilo a que o teórico denomina *policy window*, sendo acoplados por *policy entrepreneurs* (Kingdon, 1995:19). A combinação dos três fluxos aumenta drasticamente as oportunidades de uma dada política ser adotada pelos decisores políticos. No entanto Kingdon evidencia um fenómeno denominado de *primeval soup*. Este conceito destina-se a transmitir a forma como o ambiente do processo político está sempre em constante mutação, sendo que as oportunidades de atenção aos problemas são influenciadas pelo curto período de atenção dos meios de comunicação e as necessidades de mudança de políticos no decorrer do ciclo eleitoral.

Na nossa investigação, a sustentabilidade da segurança social e a sua reforma irá surgir, de acordo com o modelo de Kingdon, como o *problem stream*; e a reforma dos órgãos de peritagem médico-laboral sob os cânones do *NPM* será uma das soluções para atenuar o problema, ou seja o *policy stream*. No entanto, o conceito de «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral» aparece também na nossa investigação como variável dependente, cuja variação carece de explicação. A nossa pergunta de partida confere uma dupla posição aos órgãos de peritagem médico-laboral no contexto organizacional da Administração Pública Portuguesa. Assim,

1. De uma perspetiva jurídica,

- 1.1 Ou as reformas administrativas e da segurança social não afetam a constituição dos órgãos de peritagem médico-laboral» (a sua composição e o seu funcionamento).

- 1.2 Ou a nossa variável dependente pode apresentar valores que revelem uma adoção compulsória de novas práticas gestionárias e de *recalibragem* do Estado Social consagradas pelos diplomas legislativos que impuseram os ímpetus reformistas à Administração Pública no geral; neste caso é a própria estrutura da instituição em estudo que volve objeto da reforma administrativa e da segurança social.

- 1.3 Ou ainda, o «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral» pode-se ter reforçado sem que a sua estrutura siga os modelos *manageriais* dos anos 80; neste caso, até podemos assistir a uma resiliência institucional (Pierson, 2004), mas o seu poder *vis-à-vis* todos os restantes serviços públicos é bem capaz de ter saído reforçado das reformas jurídicas que recaíram sobre eles; daí que os órgãos de peritagem médico-laboral não sejam alvo da política pública, a reforma é indireta. No papel, pode-se ter alterado com outras instituições.

2. De uma perspetiva institucional, os valores de variação apresentados pela nossa variável

podem estar relacionados não tanto pela afetação jurídico-legal da sua estrutura, mas muito mais pelo contacto institucional e interdependências que mantém com os serviços públicos que a ela acedem:

2.1 Os órgãos de peritagem médico-legal são entendidos no âmbito da *responsiveness*, da resposta institucional que dá aos processos que lhe são colocados pelos serviços periféricos do sector estatal; assim, a posição institucional específica dos órgãos de peritagem médico-legal é capaz de gerar fissuras de permeabilidade aos cânones do *NPM* por intermédio do contacto pragmático que se entabula no momento em que são chamadas a se pronunciar acerca dos recursos humanos do país.

Da problemática acima explanada, encontramos as hipóteses a serem testadas pelo nosso trabalho de investigação.

H1: O «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral» é diretamente afetado pela Reforma da Administração Pública e da Segurança Social.

H2: A Reforma da Administração Pública e da Segurança Social consagra uma posição instrumental dos órgãos de peritagem médico-laboral como mecanismo institucional para implementação da doutrina do *NPM* e da recalibragem do Estado Social.

Capítulo III – A Sustentabilidade da Segurança Social e a Instrumentalização dos Órgãos de Peritagem Médico-Laboral

3.1 Sustentabilidade da Segurança Social – o *Problem Stream*

Devido à situação financeira do sistema de segurança social e à crescente subida dos gastos com a proteção social, originada por um acréscimo do número de beneficiários e da relativa melhoria das prestações sociais, tornou-se uma urgência redefinir o funcionamento deste sistema (Comissão do Livro Branco da Segurança Social: 15). De uma forma geral, a problemática do funcionamento e equilíbrio financeiro do sistema de segurança e proteção social, afeta não só o nosso país, mas também os restantes países europeus (Mozzicafreddo 1997:48). Aliás, a partir do início da década de 90 e perante o contexto da crise económica que atravessaram, os países nórdicos, incrementaram medidas de ajustamento das políticas sociais. Todas estas medidas tinham como ímpeto reduzir os custos e também os incentivos negativos ao trabalho, fixando critérios mais exigentes no acesso às prestações sociais, dando uma maior importância às políticas ativas de emprego, bem como à requalificação dos indivíduos (Santos *et al*, 2002: 177). Assim, o acréscimo do número de beneficiários e a própria melhoria das prestações sociais são indicadores utilizados “politicamente para prender a atenção oficial” (Stone, 1988), tornando a sustentabilidade da segurança social um verdadeiro problema aos olhos da comunidade política.

A literatura estabelece consensualmente que as primeiras reformas da segurança social foram levadas a cabo pela Comissão do Livro Branco, sendo o marco temporal o ano de 1996 (Santos, 1998). O governo socialista tomara por prioridade um rol de medidas reformadoras do sistema estatal de seguros, politicamente justificado como potencialmente «em crise». De entre essas medidas constava, obviamente, o combate ao abuso no acesso aos subsídios de doença (Santos *et al*, 2002: 196). Foi então neste contexto que, em Março 1996, é criada a Comissão do Livro Branco da Segurança Social, com a função de estudar as variadas alternativas, propondo ao governo medidas que visassem a garantia da sustentabilidade da Segurança Social. A criação da Comissão do Livro Branco da Segurança Social é assim uma forma de desnudar a dimensão do problema. Ela marca o início do processo de reforma do sistema, monitorizando e encontrando soluções para a sua sustentabilidade. Consideramo-la também como um indicador que permite percecionar e interpretar a sustentabilidade da segurança social como um problema com lugar na agenda política.

O processo de reforma da segurança social acaba assim por se apresentar como imperativo, acabando por dar lugar à publicação da Lei nº 17/2000 de 8 de Agosto que tem como objetivos máximos:

- a) “promover a melhoria das condições e dos níveis de proteção social e o reforço da respetiva equidade;
- b) promover a eficácia do sistema e a eficiência da sua gestão;
- c) promover a sustentabilidade financeira do sistema, como garantia da adequação do esforço exigido aos cidadãos ao nível de desenvolvimento económico e social alcançado.”⁵

Ainda nesta temática é importante destacar os Acordos de Modernização da Proteção Social de 2001 e 2006, onde foram acordadas medidas para melhorar a eficácia da gestão do sistema, no combate à fraude e evasão contributivas e prestacionais e no desempenho do sistema de informação da segurança social. No relatório da *Comissão Permanente de Concertação Social do Conselho Económico e Social*, no âmbito da Modernização da Proteção Social de 2001, o Governo e os Parceiros Sociais consideraram prioritário reforçar o combate à fraude e evasão contributivas e prestacionais, nomeadamente através do «reforço da capacidade dos Serviços de Verificação de Incapacidades, aumentando a eficácia do controlo das situações de fraude, quer nas prestações imediatas quer nas prestações diferidas, com a possibilidade de convocação imediata de todos os casos denunciados de fraude» (Relatório da Comissão Permanente de Concertação Social, 2001:14). No relatório de 2006, o Governo e os Parceiros Sociais acordam a implementação de medidas de ativação dos beneficiários das prestações de invalidez. Perante estes factos importa verificar qual a importância e pressão que o subsídio de doença e pensão de invalidez exercem sobre o sistema de segurança social.

Em média, os países da OCDE dispendem 1,2% do PIB em benefícios de invalidez, chegando aos 2% quando se incluem os benefícios por doença, e até mesmo a cerca de 4-5% em alguns países, como a Holanda e a Noruega. Importa ainda destacar que, de acordo com os dados da OCDE, a probabilidade de voltar ao trabalho depois de ser concedido um benefício por incapacidade é inferior a 2% anuais em todos os países membros (OCDE, 2009:9).

Debruçando-nos especificamente sobre o caso português, de acordo com o estudo efetuado pela Secretaria de Estado da Segurança Social que cobre o período de 1992 a 1995, o conhecimento de muitas situações de fraude para receber o subsídio de doença, veio obviar a urgência de atuar de forma mais eficaz no que diz respeito à incapacidade temporária para o trabalho. (Secretaria de Estado da Segurança Social, 1996). A investigação indica ainda que durante os quatro anos analisados, os encargos com a prestação do subsídio de doença evoluíram da seguinte forma:

⁵ Artigo 2º da Lei nº 17/2000 de 8 de Agosto

- “a evolução que se pode considerar normal entre 1992 e 1994, período em que se verificou um decréscimo, em termos reais, da importância despendida com aquele tipo de prestações, motivado pela redução do número de beneficiários subsidiados.
- a evolução «anormal» registada durante o ano de 1995, com um crescimento nominal face a 1994 de quase 17 milhões de contos” (Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Secretaria de Estado da Segurança Social, 1996: 24).

Subsídio por Doença	1992	1993	1994	1995
Despesa (valor nominal)	77,8	72,4	79,2	95,8
Despesa (valor real: ano base 1992)	77,8	68,0	70,7	82,1
Subsídio Mensal (valor médio)	35 312\$	40 063\$	42 274\$	43 194\$
Beneficiários subsidiados	8037	7093	6824	7364

Quadro 3.1: Subsídio por Doença: Encargos e Beneficiários Subsidiados

Fonte: Secretaria de Estado da Segurança Social, 1996: 24

Tendo em conta a interpretação dos analistas, a evolução que ocorre entre 1994 e 1995 é bastante preocupante, pois o valor médio mensal do subsídio de doença não sofreu alterações significativas. Ou seja, o aumento das verbas empregues nesta prestação social resulta de um aumento dos seus beneficiários e/ou do agravamento do período médio de incapacidade temporária (Secretaria de Estado da Segurança Social, 1996: 25).

Quanto às prestações de reforma por invalidez, elas representam 20% da verba processada com pensões em 1995 e vêm assinalando uma perda relativa ao longo do período em análise. No entanto, verifica-se um crescimento nominal da despesa com esta prestação social de 1992 a 1995.

Despesa dispendida com Pensões de Invalidez		
Ano	Valores	% do total da despesa da Segurança Social com pensões
1992	167,9	23,1
1993	177,6	21,8
1994	182,9	20,7
1995	191,4	20,0

Quadro 3.2 Despesa dispendida com Pensões de Invalidez

Fonte: Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Secretaria de Estado da Segurança Social, 1996: 26

O *feedback* de programas anteriores, neste caso das duas prestações sociais acima analisadas permite destacar que algo não funciona dentro da normalidade. Ou seja, existe uma possível má apropriação destas duas prestações sociais, sendo necessário restaurar os objetivos previamente estabelecidos. Nestes casos, é necessário proceder a uma *recalibragem* das duas prestações sociais. A recalibragem, conceito cunhado por Pierson é de dois tipos: *updating* e racionalização. Embora na prática não seja fácil distinguir entre estes subtipos, teoricamente o *updating* é definido como uma adaptação de programas e serviços sociais à mutação das exigências internas e externas de foro demográfico, social e político. As mais das vezes, o caso típico de *updating* aparece na fundação de novos programas que tentam dar resposta a novos *inputs* sociais. Já a racionalização tem que ver com a correção e modificação de programas sociais, cujos efeitos são vistos como uma patologia das intenções que presidiram à sua criação. Um caso paradigmático de racionalização terá sido a reforma do *Sickness Pay* na Suécia nos finais dos anos 80. Constatado o efeito colateral e pernicioso do abuso dos programas de *Sickness Pay*, no aumento nas taxas de absentismo ao trabalho, um conjunto de medidas foi desenhado para pôr cobro à má apropriação do programa original: especialmente, o aumento de incentivos ao patronato para monitorar o uso abusivo deste apoio social. Para Paul Pierson, o consenso alargado sobre os efeitos nocivos do *Sickness Pay*, o padrão das reformas e o seu timing sugerem que «a preocupação dominante era restaurar o *Sick Pay* à sua intenção original» (Pierson, 2001:426). O exemplo em apreço parece-nos verdadeiramente importante para a investigação sobre o papel dos órgãos de peritagem médico-laboral na Reforma do Estado Providência Português, já que eles acumulam um poder decisório sobre a atribuição de subsídios de invalidez e doença, bem como, um poder regulatório e de vigilância sobre a justeza dos pedidos dos trabalhadores.

3.2 New Public Management

Confrontados com a evidência de uma Administração Pública excessivamente grande e ineficaz, nas últimas décadas do século passado, todos os governos europeus lançaram programas de reforma da sua administração (Mozzicafreddo, 2003). Para Mozzicafreddo (2011), as reformas são, em geral, motivadas pelas seguintes razões estruturais:

- peso dos gastos sociais do modelo do Estado providência e conseqüente aumento das despesas com os agentes dos serviços públicos;
- complexidade do funcionamento da máquina administrativa;
- alteração das expectativas e aumento das exigências dos cidadãos;
- novas tendências de transformação da estrutura do Estado, menos centralizada e com uma forma de governação mais flexível e transparente.

Foi este conjunto de razões que levou, a partir dos anos 80 do século passado, muitos países com sistemas político-administrativos diferentes, a adotar reformas no sector público sob os cânones do *NPM* (Toonen e Raadchelders, 1997). O tema da Reforma da Administração Pública sob os cânones do *NPM* tem caracterizado o debate da Ciência Administrativa nas últimas duas décadas. A reforma do aparelho burocrático sob as premissas desta corrente gestonária insiste na melhoria dos serviços públicos, associado ao critério de eficiência – “a capacidade de atingir os objetivos com menos despesa e menos disfuncionalidade organizativa, tornando os serviços viáveis economicamente” (Mozzicafreddo *et al* 2007:xvii).

É vasta a bibliografia nesta área no começo dos anos oitenta: Lawrence Lynn (1987), *Managing Public Policy*; Alan W. Steiss (1982), *Management Control in Government*; Donald Crane e W. Jones (1982) *Public Manager's Guide*; James Perry e K. Kramer (1980), *Public Management: Public and Private Perspectives*; Judith Merkle (1980); *Management and Ideology: The Legacy of the International Scientific Management Movement*; G Chase e E. Reveal (1983) *How to Manage the Public Sector*. Da leitura destes livros ressalta a ideia de que se trata de uma abordagem interdisciplinar, preocupada fundamentalmente com a implementação das políticas públicas de forma eficiente e eficaz.

Christopher Hood (1996) considera que o *NPM* contém sete elementos fundamentais:

Doutrina	Significado	Justificação Típica
Profissionalização da gestão nas organizações públicas	Gestores bem visíveis no topo das organizações, com liberdade de gerir e com poder discricionário.	A responsabilidade requer concentração de autoridade e não difusão do poder.
Standards explícitos e medidas de performance	Objetivos bem definidos e mensuráveis como indicadores de sucesso.	Responsabilidade significa objetos claramente definidos; eficiência necessita de atenção aos objetivos.
Ênfase no controlo de outputs	Alocação de recursos e recompensas com ligação à performance	Necessidade de insistir nos resultados e não nos processos.
Viragem no sentido de desagregação das unidades do sector público.	Divisão do sector público em unidades corporizadas, organizadas por produtos, com orçamentos próprios e com negociação com cada uma delas.	Tornar as unidades capazes de serem geridas; separar provisão de produção, usando contratos e franchises dentro e fora do sector público.
Insuflar competição no sector público.	Mudança no sentido de contratos a prazo.	A competição é a chave para baixar custos e melhorar standards.
Insistência em estilos de gestão e práticas de gestão privadas.	Mudança dum estilo de serviço público militar para o mais flexível, quanto aos salários e duração dos contratos.	Necessidade de introduzir instrumentos de gestão empresarial no sector público.
Insistência na parcimónia e	Cortar custos, aumentar a disciplina e	Necessidade de verificar a

disciplina no uso de recursos.	trabalho.	procura de recursos do sector público e fazer mais com menos.
---------------------------------------	-----------	---

Quadro 3.3 Principais Características do *NPM*
 Fonte: Hood (1996) in Oliveira Rocha, 2002

Em síntese, e parafraseando novamente Hood (1991), da análise dos pressupostos teóricos e da sua prática, sobretudo em Inglaterra, conclui-se que o *NPM* se caracteriza: pela gestão profissional, não no sentido de gestão dos profissionais, mas na profissionalização da gestão; explicitação das medidas de performance; ênfase nos resultados; fragmentação das grandes unidades administrativas; competição entre agências; adoção de estilos de gestão empresarial; e insistência em fazer mais com menos dinheiro.

3.2.1 *Policy Stream*: as alterações dos órgãos de peritagem médico-laboral sob os cânones do *NPM*

Apoiados na literatura, demonstrámos que a partir da década de 80, muitos países encetaram um conjunto de reformas sob as premissas no *NPM*, reconfigurando o papel do Estado, descentralizando muitas das competências para o nível regional e local, e empenhando-se na contenção de custos. Iremos então verificar se o papel dos órgãos de peritagem médico-laboral, se alterou, seguindo as ideias desta corrente gestionária. Desta forma, o recurso ativo aos órgãos de peritagem médico-laboral, após possíveis inovações institucionais sob as premissas do *NPM* surge-nos como o *policy stream*. Isto é, a solução/instrumento que visa atenuar o problema da sustentabilidade da segurança social, que é o *problem stream*. Tal como mencionámos anteriormente, muitas das propostas elaboradas pelas redes de trabalho acabam por se dissipar no tempo. No entanto, não é o que ocorre no nosso caso de estudo, pois a aplicação dos princípios teóricos do *NPM* proliferou por toda a sociedade europeia, alastrando-se ao nosso país. Para além do mais, o que ocorre é a reforma de estruturas já existentes - os órgãos de peritagem médico-laboral- sob os cânones desta corrente gestionária. Assim, a viabilidade técnica contribui também para a reforma e um possível reforço do papel dos órgãos de peritagem médico-laboral.

A nossa investigação é antes de mais um estudo longitudinal, em que, para tentarmos perceber a variação do *outcome*, a ser explicado, ou seja, o «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral», no período temporal que decorre entre 1982 e 2013 é de extrema importância recolher evidências através da análise de fontes primárias, ou seja de produção legislativa, de documentos como pareceres, relatórios, auditorias, atas, resoluções acerca dos órgãos de peritagem médico-laboral.

Iremos então tentar perceber a permeabilidade dos órgãos de peritagem médico-laboral às premissas e práticas doutrinárias do NPM e às pressões por parte da máquina estatal com o objetivo de *recalibragem* da segurança social. Importa então aqui relembrar as quatro dimensões do conceito (ver quadro 1.2):

- a) Eficiência e Economia
- b) Profissionalização
- c) Desagregação
- d) Performance.

O período temporal em que pretendemos analisar a dinâmica comportamental da instituição em estudo tem início em 1982, dado que foi nesse ano que foi publicado o Decreto-lei n.º 144/82 de 27 de Abril, diploma crucial para a reestruturação funcional e estrutural de um dos órgãos de peritagem médico-laboral – os que são tutelados pelo ISS.

a) Eficiência e Economia

O Decreto-Lei n.º 144/82 de 27 de Abril é o primeiro diploma legislativo que surge após a Revolução de Abril, com o objetivo de reformar os órgãos de peritagem médico-laboral – os que estão sob a dependência da Segurança Social ficando aqui de fora as Juntas Médicas que estão sob a alçada da ADSE e da CGA. Com este diploma os órgãos de peritagem médico-laboral passam a ser apelidados de SVI.

O preâmbulo do Decreto-Lei n.º 144/82 de 27 de Abril dá-nos conta da anterior ineficácia e ineficiência do funcionamento da instituição em estudo, que vale a pena citar em extensão:

«Como é do conhecimento geral e, em especial, de quantos têm requerido a sua apresentação a uma junta médica para se reformarem por invalidez, aquele serviço vem acusando dificuldades de funcionamento, que se traduzem não só no atendimento dos pedidos dos interessados (calculando-se em muitos milhares os processos a aguardar a realização das juntas médicas), mas também numa preocupante falta de controle do sistema. Podem estimar-se em elevado número as pensões de invalidez concedidas sem fundamento inequívoco, fator, aliás, circunstancialmente exposto em relatórios elaborados pelos próprios Serviços Médico-Sociais. Esta situação constitui, pois, uma das mais importantes e atuais questões que afetam a segurança social, num dos seus setores mais significativos em termos humanos, sociais e económicos, pondo em causa a sua própria imagem, sem falar nos encargos daí decorrentes, que afetam a capacidade de melhoria geral dos quantitativos das pensões. O estudo atento do problema à luz dos elementos de informação qualitativos e quantitativos que os serviços competentes coligiram levam a concluir, de forma clara, que as causas desta autêntica quebra do atual sistema de verificação de incapacidades são fundamentalmente de natureza estrutural e funcional. Tais dificuldades e limitações, que têm comprometido em grande parte, a eficácia dos médicos responsáveis pelo serviço, cujo empenhamento e mérito profissional (...) exigem, porque estruturais, mais do que meros expedientes da intervenção pontual, uma ponderada reforma de fundo do sistema em causa.» (Decreto-Lei n.º 144/82 de 27 de Abril).

Tendo em conta o panorama e ambiente de ineficácia e ineficiência institucional que pairava sobre as Juntas Médicas da Segurança Social, foi delineada uma solução tanto estrutural como funcional. Uma vez que a submissão de um trabalhador a Junta Médica tem como objetivo a obtenção de uma prova necessária para requerer uma determinada pensão pareceu ao legislador lógico que as Juntas Médicas – que passaram a SVI - deveriam funcionar sob a alçada da Segurança Social, uma vez que é esse o organismo «responsável pela concessão das referidas pensões e pela gestão dos meios financeiros que lhe estão consignados.»⁶ O diploma consagra então que a estrutura do SVI deve ser integrada no setor da Segurança Social.⁷ É bastante claro num estudo desenvolvido pela Secretaria de Estado da Segurança Social, que por detrás desta medida estão objetivos de eficiência, sendo afirmado que «permitiu 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.» (Secretaria de Estado da Segurança Social, 1996: 35) Com todas as mudanças estruturais e também funcionais consagradas pelo diploma, esperava-se que fosse possível alcançar «uma nova dinâmica no processamento das pensões de invalidez, assegurando-se ao mesmo tempo, condições mais eficazes de controle e de qualidade, numa linha de indispensável moralidade e dignidade das prestações.»⁸

É mais uma vez clarividente, ao analisarmos a legislação posterior, que estão sempre presentes objetivos de eficiência e economia, aquando de uma reestruturação de algum dos órgãos de peritagem médico-laboral. Veja-se a título de exemplo o Decreto-Regulamentar 41/90 de 29 de Novembro – desta vez que recai sobre as Juntas da ADSE -, que também ele importa citar em extensão:

«Tendo presente objetivos de economia de recursos, de simplificação, desburocratização, celeridade, eficiência de procedimentos e de colaboração entre as diversas entidades processadoras de vencimentos de funcionários e agentes, é prevista a celebração de protocolos que permitam fazer submeter à Junta Médica da ADSE funcionários e agentes das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e do Território de Macau que se encontrem doentes na área geográfica de intervenção das suas secções» (Decreto-Regulamentar 41/90).

Extravasando a análise legislativa e fazendo referência a outros instrumentos de caráter oficial, apresentamos a título de exemplo o *Plano Nacional de Prevenção e Combate à Fraude e Evasão Contributivas e Prestacionais* (PNPCFEC) como um instrumento que visa “assegurar níveis importantes de eficácia no combate à fraude e evasão contributivas, tendo como objetivo que a arrecadação de contribuições se mantenha acima do crescimento da massa salarial.”⁹ Este instrumento foi desenvolvido pelo XVII Governo Constitucional e desde 2005 são definidos planos anuais de fraude e evasões contributivas e prestacionais, sendo o responsável pela sua execução o ISS, no âmbito da segurança social, “uma vez que nas suas competências se inclui o exercício da ação

⁶ Decreto-Lei n.º 144/82 de 27 de Abril

⁷ Antes da publicação do Decreto-Lei n.º 144/82, as Juntas Médicas da Segurança Social encontravam-se sobre a dependência dos Serviços Médico-Sociais.

⁸ Decreto-Lei n.º 144/82 de 27 de Abril

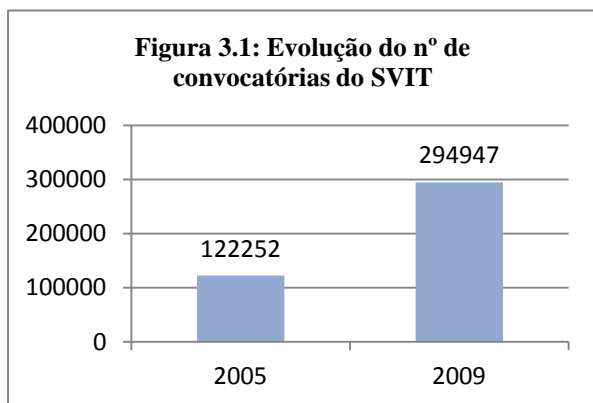
⁹ Programa do XVII Governo Constitucional

fiscalizadora no cumprimento dos direitos e obrigações dos beneficiários e contribuintes do sistema, IPSS e outras entidades privadas que exerçam atividades de apoio social.”¹⁰

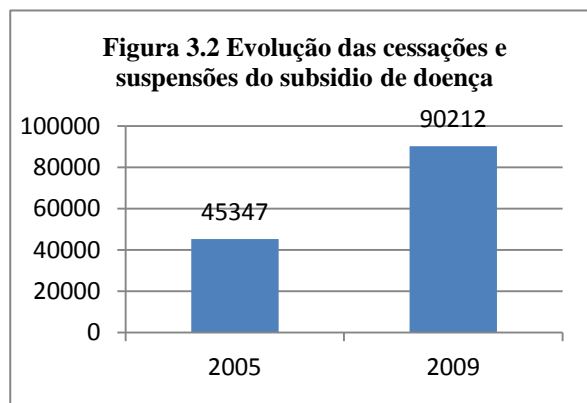
As metas almejadas têm sempre como objetivo atingir maiores níveis de eficácia na recuperação da dívida dos contribuintes à Segurança Social e aumentar a eficácia das ações de fiscalização sobre os contribuintes e beneficiários do sistema. No escopo da nossa investigação, e tendo também em conta a dimensão neste momento em análise, interessa-nos a área dos beneficiários e, em específico, uma das três prestações sobre as quais incide o PNPCFECP¹¹ – o subsídio de doença.

No que ao subsídio de doença diz respeito, o PNPCFECP apostou fortemente nas convocatórias para o Sistema de Verificação de Incapacidades Temporárias (SVIT), “através do desenvolvimento de procedimentos de articulação com estruturas do Ministério da Saúde.”¹²

Concluimos assim, e de acordo com os dados do *Relatório n.º 35/2010- 2.º S: Auditoria ao Controlo Operacional do ISS, IP* do Tribunal de Contas, que os SVIT, enquanto órgão de peritagem médico-laboral, se apresentaram como um forte instrumento fiscalizador sobre os beneficiários do subsídio de doença, num contexto de sustentabilidade financeira da segurança social. Os gráficos abaixo apresentam o progresso do número de convocatórias efetuados pelo SVIT aos beneficiários de subsídio de doença e as cessações ou suspensões a essa prestação que daí resultaram no período 2005-2009.



Fonte: *Relatório n.º 35/2010- 2S – Auditoria ao Controlo Operacional do ISS, IP*



Fonte: *Relatório n.º 35/2010- 2S – Auditoria ao Controlo Operacional do ISS, IP*

¹⁰ *Relatório n.º 35/2010- 2S – Auditoria ao Controlo Operacional do ISS, IP*

¹¹ Na área dos beneficiários o PNPCFECP, incidiu, em particular, em três prestações atribuídas pela Segurança Social: o subsídio de doença, o subsídio de desemprego e rendimento social de inserção.

¹² *Relatório n.º 35/2010- 2S – Auditoria ao Controlo Operacional do ISS, IP.*

A utilização dos SVIT como estratégia de ação fiscalizadora resultou em 2009 na emissão de 294.947 convocatórias de baixas médicas com duração superior a 30 dias, verificando-se um aumento de 141,3%, quando comparado com as convocatórias efetuadas em 2005 – 122.252. Destas verificações resultaram também o aumento do número de cessações ou suspensões do subsídio de doença: de 45.347 em 2005 para 90.212 em 2009.

Desta forma, entre 2005 e 2009 registou-se um aumento na magnitude da poupança no subsídio de doença. “De facto, a identificação de situações de incumprimento possibilitou a redução na despesa em, aproximadamente, 16,4 milhões de euros, 64,% acima da verificada em 2005 (cerca de 10,0 milhões de euros).”¹³

De acordo com o relatório do PNPCFECF de 2010, elaborado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade, relativamente ao subsídio de doença, continuar-se-á a apostar fortemente nos SVIT, com o objetivo de controlar as baixas médicas por doença, pretendendo-se convocar 100% das baixas médicas que tenham uma duração superior a trinta dias.

Nesta linha de pensamento, parece-nos então importante destacar o papel dos órgãos de peritagem médico-laboral, como um instrumento relevante no objetivo de *recalibragem* do Estado-Providência Português e, de uma forma mais micro da Segurança Social. Sendo que para Pierson a *recalibragem* pode ser de dois tipos (*updating* e racionalização), a que se aplica no exemplo em apreço é a de racionalização. Os órgãos de peritagem médico-laboral e neste caso os SVIT visam a correção e a modificação de uma prestação social – subsídio de doença – quando se verifica uma má apropriação da mesma e que tem impactos negativos sobre o sistema de Segurança Social e no desempenho económico do país. Pode mesmo dizer-se que os órgãos de peritagem médico-laboral têm aqui uma dupla função: a de verificação de possíveis situações fraudulentas de acesso a uma prestação social e a de um possível restauro financeiro da Segurança Social.

Ainda nesta dimensão do nosso conceito (eficiência e eficácia), a introdução de novas tecnologias nos órgãos de peritagem médico-laboral tem um papel bastante relevante para a nossa investigação, uma vez que procura desburocratizar e simplificar os procedimentos administrativos, bem como uma maior articulação entre os serviços de segurança social e de saúde. Atualmente, as instituições públicas estão a sofrer profundos reajustamentos, num processo de mudança com uma forte componente tecnológica. O próprio processo de modernização administrativa tem assentado, em grande parte na implementação das TIC, tendo a administração pública vindo a desenvolver projetos como, por exemplo serviços virtuais em linha dirigidos à disponibilização de informação e à prestação

¹³ Relatório n.º 35/2010- 2S – Auditoria ao Controlo Operacional do ISS, IP

de alguns serviços. De acordo com Mintzberg (1999), o novo paradigma é tendente para o aparecimento de novos modelos organizacionais, caracterizados por estruturas orgânicas tecnologicamente inovadores e recetivas à transformação.

A introdução das TIC nas Juntas Médicas é assim um importante indicador da Reforma Administrativa sob os cânones do *NPM* na dita instituição. Numa tentativa de informatizar os processos de avaliação de incapacidades, a Direção Geral da Saúde, em parceria com a Direção de Serviços de Promoção e Proteção da Saúde, o Núcleo de Apoio à Informática e a Divisão de Formação e Investigação promoveram em 2004 um Curso de Formação denominado “*Juntas Médicas de Incapacidade: módulo informático*”. No âmbito do projeto “*Sistema de Informação dos Centros Regionais de Saúde Pública*” foi criada uma aplicação informática que faz a gestão de todo o processo de avaliação de incapacidades, permitindo por exemplo a elaboração de relatórios e análises estatística dos processos. Este sistema informático vem substituir a introdução dos dados que são registados em papel, tornando assim possível a disponibilização imediata da informação.

Os destinatários da dita formação são médicos que integram as Juntas Médicas de Incapacidade e administrativos que dão apoio às mesmas e, de acordo com a DGS, os objetivos centrais da formação são:

- “Informatização do processo de avaliação de incapacidades.
- Gestão do ficheiro informático de avaliação de incapacidades.
- Produção de relatórios e utilizar análise estatística.
- Normalização de procedimentos e melhorar o desempenho.
- Melhoria do processo administrativo de marcação de juntas médicas, com facilitação do acesso do cidadão deficiente avaliação da incapacidade.”¹⁴

Ainda no âmbito das novas tecnologias de informação, a ADSE Direta apresenta-se nesta temática como um bom exemplo de informatização dos serviços públicos. A ADSE direta permite aceder a um conjunto de serviços eletrónicos de conteúdo reservado e tem acesso permitido aos Beneficiários Titulares, aos Prestadores de Cuidados de Saúde que tenham acordo com a ADSE, aos Organismos da Administração Pública e às Entidades que tenham funcionários inscritos na ADSE. Assim, desde Fevereiro de 2013, todos os pedidos de Junta Médica passam exclusivamente a ser efetuados por via da ADSE Direta, deixando a partir dessa data de ser aceite documentação em papel, por correio eletrónico ou *fax*. Toda a informação do pedido de Junta, como data de agendamento e até mesmo o resultado das deliberações das Juntas, é disponibilizada unicamente por este canal. No que diz respeito

¹⁴ Direção Geral da Saúde, Ficha Técnica do Curso de Formação “*Juntas Médicas de Incapacidade: módulo informático*”.

ao Requerimento de Juntas Médicas pela CGA, também é efetuado on-line e no final do procedimento a CGA envia um *e-mail* de comprovativo do requerimento apresentado.

b) Profissionalização

É também a partir do Decreto-lei n.º 144/82 que se denota uma preocupação com os corpos profissionais das Juntas Médicas. Evidencia-se mesmo que não se deverá confundir a intervenção dos médicos no âmbito dos órgãos de peritagem médico-laboral e a sua finalidade instrumental, com a prestação de cuidados de saúde. É importante neste ponto realçar que a função do nosso objeto de estudo é a de peritagem médica que deverá ser «especialmente qualificada para certificar situações estabilizadas, físicas e mentais, que, em conjugação com os dados socioeconómicos e profissionais, se possam enquadrar nas definições normativas da invalidez.»¹⁵

Outro dado que nos revela uma constante preocupação com a especialização e a formação de quem compõe os órgãos de peritagem médico-laboral é a criação de uma nova função: o *médico relator*. Este ator apenas surge nas Juntas Médicas da CGA e no SVIP. A instituição deste cargo tem como objetivo fornecer relatórios para que as comissões de verificação – dos SVIP – e as Juntas Médicas da CGA possam atuar em conformidade com a condição física do trabalhador e permitindo ao mesmo tempo uma maior eficiência na resolução dos casos. Prevê o legislador que com esta bipartição de intervenções ao nível dos médicos, o processo de verificação de incapacidades se processe com uma maior celeridade, passando, na grande maioria dos casos, as comissões/Junta Médica a apreciar as situações após prévia instrução clínica elaborada pelo *médico relator*. Constatamos que aqui também estão presentes objetivos de eficácia, eficiência e uma maior performance da instituição. No entanto, podemos também afirmar que ao *médico relator* cabe por definição uma elevada carga burocrática. Este ator, para além de elaborar os relatórios com base nos elementos reunidos para as comissões, tem previamente de verificar se a informação médica enviada está completa e, caso não esteja, dar conhecimento ao beneficiário; efetuar o exame clínico dos trabalhadores; fomentar a concretização de exames e pareceres de especialistas, caso considere necessário e conseqüentemente propor que faça parte da comissão de verificação de incapacidade permanente um perito de uma dada especialidade.

Quanto à composição das Juntas Médicas da ADSE, o Decreto-Regulamentar 41/90 de 29 de Novembro prevê que, ou são compostas por médicos da ADSE, ou por médicos avençados. Ou seja, para além dos médicos que pertencem aos quadros da ADSE, verifica-se o recurso ao *outsourcing* e a

¹⁵ Decreto-Lei n.º 144/82 de 27 de Abril

contratos individuais de trabalho – uma das características do NPM: a desregulação do mercado de trabalho, ponto que iremos desenvolver mais à frente. Cada secção da Junta é constituída por um representante da ADSE, que presidirá, e por dois médicos. Esse mesmo representante da ADSE nas secções será um dos médicos do quadro a designar pelo diretor-geral ou então um funcionário mais categorizado dos serviços dependentes do representante do Governo. No entanto como veremos seguidamente na legislação promulgada em 2007, apenas poderá ser constituída por médicos.

Desta forma encontramos aqui um dos indicadores do *NPM* que é o recurso ao *outsourcing* – processo através do qual uma instituição (contratante), em linha com a sua estratégia, contrata outra para executar um conjunto de atividades que a primeira não pode ou até mesmo não lhe convém executar (Santos: 1998:23) O recurso ao *outsourcing* – denominado *de contracting-out* quando contratado pelo Estado - não é primazia das empresas privadas, evidenciando-se a própria administração pública que se tem assumido como um dos principais contratantes.

Tal como Tiago Correia em *Medicina: O agir numa saúde em mudança* (2012:88) verifica que a nível hospitalar há uma convergência dos modelos jurídicos dos hospitais públicos em torno de princípios do setor liberal e mais especificamente ao nível do vínculo laboral e das regras de contratação, também no nosso caso de estudo chegamos a essa conclusão. Os novos vínculos laborais dos médicos são em grande parte contratos individuais de trabalho, a termo ou sem termo resolutivo certo, podendo ou não ser renovados. Ficou ainda definido pelo Decreto Regulamentar n.º 41/90 de 29 de Novembro que o apoio administrativo de cada uma das secções, à exceção da que se encontra sediada em Lisboa, é assegurado por um funcionário dos serviços dependentes do representante do Governo na respetiva região administrativa ou por um funcionário do governo civil.

Relativamente aos SVIP, de acordo com o Decreto-Lei n.º 144/82, as comissões de verificação de incapacidade permanente são também elas constituídas por três peritos: dois médicos e um assessor técnico designado pelo serviço local do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP). Tal como as Juntas Médicas da ADSE e da CGA, também os SVI a partir de 2007 passaram a ser compostos apenas por licenciados em medicina.

O Decreto-Lei n.º 377/2007 refere que «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.»¹⁶ Isto é, anteriormente as Juntas Médicas da CGA e da ADSE e os SVI do ISS poderiam integrar profissionais não licenciados em medicina, tal como foi referido anteriormente, o

¹⁶ Decreto-Lei n.º 377/2007

que poderia colocar em causa a cientificidade da decisão: «o princípio de que a decisão das juntas médicas é baseada numa completa autonomia técnico-científica...».¹⁷ Este decreto, como veremos mais à frente, foi promulgado devido a casos denunciados pela segurança social e por pressão da oposição parlamentar. Com este diploma só quem poderá integrar as Juntas Médicas e o SVI são profissionais licenciados em medicina.

Vamos analisar um pouco mais aprofundadamente a questão que está por detrás das inovações legais agora apontadas. Elas podem ser lidas de dois pontos de vista, que, no nosso entender, são correlativos. Por um lado, os diplomas legais consubstanciam a exclusividade da função de *perito médico-laboral* (função em Junta Médica ou SVI) àqueles que, por definição, são licenciados em Medicina. Mas consubstanciam-no na medida em que fazem um apelo explícito quer aos imperativos de cientificidade total dos procedimentos em causa, quer à «completa autonomia técnico-científica». Deste prisma, salvaguarda-se a autonomia ou independência do médico em exercício de funções. Há, sem dúvida, uma tomada de posição por parte do legislador no que concerne à composição das Juntas e SVI: a homogeneização da composição, num sentido abertamente declarado de autonomização dos médicos, oculta uma certa instabilidade na definição da própria função dos órgãos de peritagem. É que está em jogo precisamente não somente *quem deve avaliar* mas *como deve avaliar*. Por outras palavras, a alteração legislativa contempla um efeito da pressão (com fonte na comunicação social e no Provedor de Justiça¹⁸) para a suposta cientificidade das decisões, cujo instrumento necessário seria a uniformização da composição. Por outro lado, estes diplomas também devem ser lidos do prisma da dependência ou determinação impura do julgamento médico por fatores exógenos à pura atividade médica. Tais fatores prendem-se, claro está, com exigências político-administrativas contingenciais à agenda política. Mas isto não eram questões inteiramente novas, pelo menos não o eram no seio da comunidade médica portuguesa. Senão, vejamos o que, já em 2000, Camilo Sequeira, médico-chefe do núcleo médico da CGA, afirmava num artigo que pode ser considerado uma autêntica declaração de princípios sobre o envolvimento dos médicos em órgãos administrativos:

E trata-se de uma atividade nobre, que se preocupa com o interesse coletivo, procurando conciliar ensinamentos que se adquirem na prática do dia-a-dia – e que resultam da experiência clínica acumulada a partir de sensibilidades que se desenvolvem lentamente, ao longo dos anos, pelo contacto com o trabalhador que sofre, com o mercado de trabalho e com as injustiças na aplicação dos direitos coletivos. E estas devem ser salientadas, porque resultam muitas vezes de desigualdades determinadas por decisões baseadas em interesses políticos que dominam no momento, e que os médicos não podem corrigir, pelo menos no imediato (Sequeira, 2000: 26).

A afirmação citada é reveladora, num primeiro momento, de uma posição de princípio que pugnava, com quase uma década de hiato – em relação à promulgação do diploma -, a mesma

¹⁷ Decreto-Lei n.º 377/2007

¹⁸ O Decreto-Lei n.º 377/2007 é precisamente emanado devido a recomendação do Provedor de Justiça- Recomendação n.º 4/B/2006 [art. 20.º, n.º 1, alínea b) da Lei n.º 9/91, de 9 de Abril - e pela pressão com fonte na comunicação social e na oposição parlamentar como ficou evidenciado no capítulo II da nossa dissertação.

necessidade de uma avaliação médica pura, ou, para citar ainda Sequeira, «uma atividade profissional estritamente médica» (2000: 26), em oposição a uma situação em que a presença de um funcionário do IEFP ou da Direcção-Geral da ADSE ou dos quadros da CGA foi apercebida como ingerência algo abusiva por parte da Administração Pública. Estamos convictos que todo o debate suscitado a propósito da composição das Juntas Médicas e dos SVI refletiu, num determinado período e por causas absolutamente estruturais, a problemática universal da construção da autonomia de um campo, simultaneamente científico e administrativo (Bourdieu, 2008). Para Bourdieu, os limites ou fronteiras entre determinados campos (religioso, político, artístico, intelectual, científico, académico) são os locais por excelência onde o investigador é capaz de identificar os conflitos que estão por detrás da aparência neutral ou natural de certas posições e produções dos agentes sociais. No caso em apreço, trata-se de um verdadeiro conflito entre uma facção da classe médica – aquela que deixa parcialmente o seu consultório privado ou público, para se dedicar a processos do domínio burocrático-político – e os agentes do Estado, detentores de um capital exclusivamente burocrático. Luta-se, assim, pela imposição de critérios que, para a classe médica, em particular, mas também para os beneficiários (e potenciais beneficiários), em geral, refletem os princípios da autonomia científica da prática clínica. Assim sendo, não se trata de um conflito meramente interno aos agentes do campo da medicina (académica ou prática), mas sobretudo de uma pressão¹⁹ exercida num duplo sentido: do Estado sobre a classe médica, e, posteriormente, da classe médica sobre o Estado, na medida em que esta acaba por “colonizar” totalmente uma instituição, os órgãos de peritagem médico-laboral, que pela sua dupla natureza (administrativa e científica) se encontram numa posição difícil de categorizar. As Juntas Médicas, como os órgãos de peritagem médico-laboral no seu conjunto, constituem precisamente as franjas institucionais em que os profissionais médicos estão mais expostos à evidência do que Foucault, em *La Naissance de la Clinique* (2009), demonstrou ser a função dual de toda a medicina em geral: técnica, por um lado, e social, por outro. Estas instituições materializam, nesta senda, os princípios mais claros da biopolítica.

Aliás, seguindo os resultados empíricos que Bourdieu (1988: 54-72) apresentou sobre o seu inquérito ao campo universitário francês, algumas analogias acerca da autojustificação dos agentes inscritos na área disciplinar da medicina são possíveis. Sabemos que a classe médica, como Bourdieu vem a identificar para os cientistas em geral, tem certa dificuldade em articular, expressar ou verbalizar a sua experiência prática, ou melhor, o *modus operandi* da sua profissão. A descrição que fazem do seu quotidiano laboral aproxima-se da definição de «ofício», função que convoca todos os termos do campo lexical do *sentido prático* («habilidade», «experiência prática», «sexto sentido», «golpe de vista», «automatismo apreendido»). O caso da classe médica é um tipo muito particular de

¹⁹ Usamos aqui a distinção que Bourdieu (2008: 70) traça entre *tensão*, «forças que agem de modo a afastar, a separar as partes constitutivas de um corpo... sistema de forças constitutivas da estrutura do campo, [que] é relativamente independente das forças que se exercem sobre o campo (*pressão*)».

invocação da mesma experiência da sabedoria convencional, que só pode ser apreendida pelo contacto direto com os «experts», isto é, pela eficácia do exemplo. Não nos vamos deter agora, por limitação do escopo da nossa dissertação, nas considerações mais agudas que o autor francês teceu a propósito da prática clínica e da sua relação de maior permeabilidade a fatores externos ao campo especializado da medicina. Basta, contudo, compararmos a autojustificação fundada na sabedoria convencional que a classe médica recorrentemente mobiliza com a afirmação supracitada de Camilo Sequeira. Reparámos, com interesse, que, para justificar o juízo estritamente médico, e por isso científico, da Junta Médica, este médico-chefe recorre precisamente aos artifícios linguísticos que os médicos genericamente invocam na apreciação do que significa praticar medicina: «...atividade nobre, que se preocupa com o interesse coletivo»; «ensinamentos que se adquirem na prática do dia-a-dia»; «sensibilidades que se desenvolvem lentamente». Se parássemos por aqui, seria difícil distinguir o objeto que Sequeira descreve do da medicina em geral. Mas o que é realmente revelador é que o médico-chefe aplica os preceitos da «sabedoria convencional» ou do «sentido prático» à função de «...contacto com o trabalhador que sofre, com o mercado de trabalho...».

Citemos Bourdieu, para quem «(...) o que o ensino da medicina deve transmitir ou reforçar neste caso, não é o conhecimento (...) mas *skill*, ou, mais exatamente, a arte de aplicar conhecimento (...) que é inseparável de toda a maneira geral de atuar ou viver, inseparável de todo um *habitus*» (1984: 57). Mais do que uma analogia, portanto, trata-se de uma transposição da imagem social que os médicos dão de si mesmos para a imagem social que os médicos podem ou devem dar de si mesmos em funções burocráticas. Podemos deste modo afirmar que a autonomia científica que orienta as inovações legais da composição dos órgãos de peritagem médico-laboral tem como garantia prática a manutenção de um simbolismo próprio à e da classe médica. Ou seja, autonomia legal coadjuvada por autonomia cultural. A mesma evidência é depois expressa, novamente, por Sequeira quando defende que

Os médicos das juntas aprendem fazendo, e têm o mérito de assumir uma função pouco simpática e pouco desejada, mas que num futuro próximo terá de estar integrada nas preocupações de todos os que queiram construir uma «justiça igualmente justa», para quem quer que seja (2000: 26).

Nesta afirmação fica patente que, no ano 2000, essa autonomia legal era também desejada para efeitos internos ao próprio campo da medicina. Aqui, sim, devemos falar de tensão: a função de composição de uma Junta Médica foi apreciada e reconhecida como *suspeita*, com «protagonismo reduzido quer no meio médico quer fora dele», ou seja, granjeando pouco reconhecimento pelos pares.

Para além da proporção e da importância da licenciatura em medicina, o número e conteúdo de formação e conferências é também um indicador da dimensão «profissionalização» do nosso objeto de estudo. O século XXI, caracterizado pela sociedade do conhecimento e por uma economia globalizada, compele a Administração Pública a encetar um processo de modernização. Aquando do 1º Congresso

Nacional de Modernização Administrativa em 1990, Isabel Côrte-Real apontava como um dos principais objetivos para a Administração Pública a mudança da cultura burocrática. A ex-Secretária de Estado defende que para tal acontecer é necessário encetar um conjunto de mudanças nas mentalidades, atitudes e concludentemente nas práticas administrativas. «Para que a mudança cultural se pudesse tornar numa realidade, a formação contínua e o desenvolvimento profissional dos funcionários públicos teriam que desempenhar um papel de protagonismo no conjunto de medidas a adotar pelos empreendedores da reforma» (Madureira, 2004: 150).

Parece-nos então de extrema relevância para a nossa investigação evidenciar o papel das formações e conferências como um indicador da reforma administrativa e conseqüentemente da reforma e modernização das Juntas Médicas. Temos como exemplo de conferências que estão inseridas no plano de formação dos peritos médicos, a *Conferência Regional do Sistema de Verificação de Incapacidades, sob o tema da Peritagem Médica em Neurologia* realizado em Santarém; *O Seminário Regional do Sistema de Verificação de Incapacidades sob o tema em Peritagem Médica em Oftalmologia* realizado em Beja ou o *Seminário* subordinado ao tema “*A Avaliação do Dano Corporal, no âmbito da Segurança Social* organizado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal na Faculdade de Medicina de Coimbra. Subordinados a temas diferentes, as duas primeiras conferências foram promovidas pelo Conselho Médico do Instituto da Segurança Social. Na Conferência realizada em Santarém, a vice-presidente do Conselho Diretivo do Instituto de Segurança Social «salientou a importância do evento na formação dos peritos médicos do ISS, para uma atuação com critérios de peritagem uniforme, numa área de atuação tão sensível como a verificação de incapacidades e com um papel relevante no âmbito do plano de combate à fraude e evasão contributivas e prestacionais.»²⁰ Estes seminários têm como objetivo valorizar a formação dos médicos em favor de atos médicos de qualidade.

É curioso que ao longo da nossa investigação, averiguámos que as conferências e formações dirigidas ao corpo médico são organizadas pelo ISS que tutela o SVI, não tendo qualquer papel de destaque nesta área a ADSE ou a CGA. Poderemos aqui colocar a hipótese de ocorrer esta situação pelo facto de os SVI disporem de um Conselho Médico consultivo, sendo uma das suas funções: “promover a formação dos peritos médicos, propondo ao Conselho Diretivo²¹ a sua participação ou a realização de reuniões, seminários, encontros e conferências de carácter científico ou técnico especializado.”²² Mais uma vez, teria aqui sido importante o trabalho de campo que nos permitisse identificar os meios humanos e recursos materiais de que o ISS dispõe e lhe permite organizar este tipo de eventos e uma maior eficácia estatal, ao contrário da CGA e da ADSE.

²⁰ Pretextos: Revistado Instituto da Segurança Social, I.P.: número 26, Junho 2007, trimestral

²¹ Referimo-nos aqui ao Conselho Diretivo da Segurança Social, composto por um Presidente, um Vice-Presidente e dois vogais.

²² <http://www4.seg-social.pt/quem-somos3>

É de realçar ainda, que se tivermos em conta a análise do ciclo político, é com a entrada do Partido Socialista no governo – em 2005 - e a entrada em vigor do PNPCFECP, que se começam a organizar as primeiras conferências no âmbito do SVI. Tanto do que consta da nossa pesquisa, a primeira conferência foi subordinado ao tema da *Avaliação do Dano Corporal no âmbito da Segurança Social* e ocorreu no dia 1 de Abril de 2006.

c) Desagregação Territorial

Para a dimensão *desagregação* apresenta-se com grande importância o Decreto Regulamentar n.º 41/90 de 29 de Novembro, pois o diploma reporta-se à composição e ao funcionamento da Junta Médica da ADSE.

No final da década de setenta, começo dos anos oitenta, a reforma administrativa passou a ocupar um lugar de destaque na agenda política. Caiden (1991) atribui-lhe dois objetivos, afirmando que a reforma administrativa pretende melhorar as práticas existentes de forma a melhorar os processos existentes e substituir o *modelo de gestão pública*. A nova conceção de gestão trazia a ideia de que a eficiência residia em unidades mais pequenas, mais descentralizadas e mais autónomas (Wright, 1997). Neste âmbito dois conceitos que nos surgem como essenciais são o de *descentralização* e *desconcentração*.²³

Assim, o diploma anteriormente referido consagra a dependência orgânica e funcional da junta no dirigente máximo da ADSE, mas no entanto também reforça o elemento descentralizador da Administração, dado que, sem prejudicar a instituição central de presidir e dirigir a junta, fomenta, paralelamente, o funcionamento de secções ao nível regional e também a criação de secções de âmbito geográfico mais restrito.

No início do nosso período de estudo, as Juntas Médicas estavam organizadas em quatro secções, em torno das regiões administrativas:

1. do Norte, com sede no Porto, abrangendo os distritos de Viana do Castelo, Braga, Porto, Vila Real e Bragança;
2. do Centro, com sede em Coimbra, abrangendo os distritos de Aveiro, Coimbra, Viseu, Guarda e Leiria;

²³ Agradeço a Joana Policarpo pelo seu contributo na revisão da literatura no âmbito da Reforma Administrativa.

3. de Lisboa, com sede em Lisboa, abrangendo os distritos de Lisboa, Castelo Branco, Santarém e Setúbal
4. do Sul, com sede em Évora, abrangendo os distritos de Beja, Évora, Portalegre e Faro.

No entanto, e sempre que existisse necessidade, poderiam ser criadas novas seções que tivessem um âmbito geográfico mais restrito. Como veremos mais adiante, houve efetivamente a necessidade de criar uma nova seção para os trabalhadores da zona Algarvia. Identifica-se aqui o fenómeno de *desconcentração geográfica*, em que as atribuições de organismos centrais (ADSE) são executadas localmente, numa determinada área geográfica. No entanto também é possível encontrarmos um outro tipo de *desconcentração – desconcentração funcional*, onde ocorrem transferência de funções. De acordo com a *Orientação da Direção-Geral da Saúde 010/2012*,

“Com o intuito de permitir melhorar a resposta das Juntas Médicas de avaliação da incapacidade, esclarecem-se os seguintes procedimentos:

1. Nos termos do disposto do nº 3 do artº 9º do Decreto-Lei nº 82/2009, de 2 de Abril, “As autoridades de saúde podem, no âmbito territorial competente, delegar nos profissionais de saúde pública, de acordo com as áreas específicas de intervenção, a execução de atos materiais compreendidos no exercício das suas competências, desde que observados os requisitos de qualificação profissional necessários ao exercício das mesmas”. Podem, portanto, os Delegados de Saúde delegar em outros médicos a prática dos atos médicos, incluindo a instrução e deslocação ao domicílio.”

Tal como é possível apurar, outra das dimensões do «papel dos órgãos de peritagem médico-laboral» era a performance, medida através do modelo de avaliação de tais organismos. No entanto, apenas através de outro tipo de trabalho científico, como entrevistas, conseguiríamos atingir esse mesmo objetivo, que por limitação da dimensão da dissertação, bem como por constrangimentos logísticos não nos foi possível.

Em suma, se retomarmos as premissas anteriormente mencionadas acerca dos pressupostos teórico-práticos do *NPM*, constatamos que na reforma dos órgãos de peritagem médico-laboral estão presentes os principais ideais desta corrente gestionária: insistência na parcimónia e disciplina no uso de recursos; corte de custos e disciplina laboral; e ainda *standards* e medidas de performance com objetivos bem definidos. Ou seja, o nosso *policy stream*, visa resolver o problema de sustentabilidade da segurança social, que tem como uma das suas possíveis causas a utilização abusiva do subsídio de doença e um elevado número de indivíduos reformados por invalidez, através da reforma de estruturas organizacionais já existentes de acordo com o modelo do *NPM*.

3.3 *Politics Stream*

Tal, como Zaharidis (2007) argumenta em *The Multiple Streams Framework: Structure, Limitations, Prospects*, o modelo de Kingdon pode envolver todo o processo de elaboração de políticas públicas. No entanto, no seu artigo ele apenas o examina na definição da agenda e tomada de decisão. Na nossa investigação iremos seguir a mesma metodologia, ainda que alargando a análise até à fase de implementação. A fase que estudaremos aqui em profundidade é o agendamento e faremos uma breve análise às fases de formulação e implementação. Para tal, iremos servir-nos:

1) da análise de debates parlamentares: apresenta-se como um instrumento bastante fidedigno para podermos analisar de que forma é que a questão dos órgãos de peritagem médico-laboral merece a atenção pública e consequentemente a apreciação pelos órgãos do sistema político.

2) e da tónica que a comunicação social colocou no nosso objeto de estudo, materializando-se em peças jornalísticas escritas e televisivas.

3.3.1 Agendamento

O conceito de agenda política é central na formação das políticas, e é uma coletânea de problemas, causas, símbolos e outros elementos, objeto de interesse público que ganham a atenção dos cidadãos e dos funcionários governamentais. No fundo, a agenda plasma uma série de crenças sobre a existência e a magnitude de certos problemas e como eles devem ser solucionados pelo governo, sector privado, organizações sem fins lucrativos, ou através da ação conjunta destes ou parte ou totalidades dessas instituições (Fischer, 2007). É possível distinguir vários níveis de agenda:

- a *agenda do universo* - que engloba todas as ideias que podem ser discutidas num determinado sistema político. Contudo, algumas delas não são politicamente aceitáveis em determinadas sociedades ou sistemas.
- a *agenda sistémica*- é o conjunto de problemas que merecem a atenção pública.
- a *agenda institucional* – constituída pelos problemas que são merecedores da atenção pública e que para além disso merecem a apreciação pelos órgãos do sistema político.
- a *agenda da decisão* – são os problemas objetos de decisão política (Birkland:2007).

Desta forma, o nosso objeto de estudo conseguiu alcançar e entrar na agenda da decisão política, sendo assim um questão aceite e passível de resolução pelo sistema político português. Foi a partir da Reunião Plenária da Assembleia da República (AR) de 25 de Setembro de 1998, onde a deputada Jovita Ladeira do PS evoca a importância da reforma da administração pública como um pilar central no desenvolvimento do país, que a questão das Juntas Médicas entra na agenda pública com um papel

relevante.²⁴ Como já foi referido anteriormente, um dos principais objetivos da Reforma Administrativa é modernizar o aparelho de Estado e tornar a administração pública cada vez mais eficaz e eficiente na resolução dos problemas dos cidadãos. Aliás, fazendo novamente referência ao Decreto Regulamentar n.º 41/90 de 29 de Novembro, – que fixa a composição e o funcionamento da JM- ele enumera alguns desses princípios, tais como a desconcentração da administração tendo em vista objetivos de economia e de rentabilização de recursos. Seguindo esta lógica de argumentação, o que a deputada vem evidenciar é que:

«(...) a junta médica do sul tem sede em Évora e qualquer algarvio que pertença à Administração Pública aí tem de se deslocar quando necessita, pelo que economia e rentabilização dos recursos, simplificação e eficiência não são, neste caso, observáveis.»

Jovita Ladeira *in* Reunião Plenária de 25 de Novembro de 1998

A deputada acaba também por dar um exemplo de uma situação em que se verificou um aumento de eficiência quando da criação de novas seções:

«É que a Lei Orgânica da Direção Regional de Educação conjugada com o Decreto-Lei n.º 497/88, de 30 de Dezembro, e como Decreto Regulamentar n.º 41/90 de 29 de Novembro, criaram a junta médica em Faro, e, segundo informações que temos dos próprios serviços de educação, houve uma redução dos custos em 90%, uma maior capacidade de resposta às solicitações das escolas, um maior controlo dos casos fraudulentos e do absentismo. Portanto, isto traduz uma efetiva rentabilização dos recursos e uma maior eficácia nos serviços. Neste caso, o Estado e os cidadãos ficam a beneficiar.»

Jovita Ladeira *in* Reunião Plenária de 25 de Novembro 1998

Como veremos nas etapas da formulação e implementação houve um grande desfasamento temporal entre o momento em que esta questão entrou na agenda e o momento em que «a política pública» é efetivada.

A questão das Juntas Médicas volta a entrar na agenda pública, igualmente através da via de debate parlamentar. O debate é novamente espoletado pelo PS, desta vez na voz do deputado José Vieira da Silva. É na Reunião Plenária de Março de 2004, quando os Grupos Parlamentares do PS e do Partido Comunista Português (PCP) requereram a apreciação parlamentar do Decreto-Lei n.º 28/2004 de 4 de Fevereiro, que «Estabelece o novo regime de proteção social na eventualidade de doença, no âmbito do subsistema previdencial de segurança social» que o deputado socialista defende acerrimamente uma utilização mais ativa deste mecanismo de peritagem médica. O Decreto-Lei n.º 28/2004 de 4 de Fevereiro revê o «regime jurídico de proteção social na eventualidade de doença, adaptando-o à nova realidade» e cria normas que «visam prevenir e reforçar mecanismos efetivos de combate à fraude na obtenção do subsídio de doença, tendo em conta os reflexos significativos de tais práticas na sustentabilidade financeira do sistema público de segurança social.»²⁵ O objetivo principal

²⁴ Possivelmente a questão das Juntas Médicas e do SVI terá entrado muito antes na agenda política, visto que o sistema sofreu uma reforma em 1982. No entanto, é a partir de 1998 que detetamos discussão parlamentar com vista à implementação de alterações e reformas nos órgãos de peritagem médico-laboral.

²⁵ Decreto-Lei n.º 28/2004

deste diploma é então a necessidade no controlo das baixas e o privilégio na proteção de doenças graves e prolongadas.

No entanto, a oposição, em especial o PS, critica fortemente o diploma, afirmando mesmo que ele não consegue atingir os dois objetivos acima referidos. Na sua linha de defesa, o PS defende o recurso a ações de inspeção para controlo das baixas fraudulentas, através do SVI, indicando mesmo que entre 1996 e 2001 este tipo de ações produziu

“indiscutíveis resultados positivos”. O recurso sistemático ao Sistema de Verificação de Incapacidades mostrou que uma parte substancial dos beneficiários em situação de baixa a abandonava antes de comparecerem perante aqueles serviços. De facto, sem qualquer redução dos direitos dos beneficiários, a utilização mais intensa dos serviços de verificação de incapacidades permitiu reduzir significativamente a fraude nesse subsídio, de tal modo que, a preços constantes de 2001, o montante pago passou de 556 milhões de euros, em 1995, para 463 milhões de euros em 2001, ou seja, uma diminuição de 16%, passando assim o peso do subsídio de doença nas despesas correntes da segurança social de 6,4% para 4%. Nesse período foram assim poupados, sem qualquer redução dos direitos dos cidadãos, cerca de 408 milhões de euros por relação ao valor gasto em 1995.” Vieira da Silva *in* Reunião Plenária de 26 de Março de 2004

O PS concorda que existem irregularidades na atribuição dos subsídios de doença, defendendo que a forma de combatê-las é através de meios de fiscalização - verificação de incapacidades por uma junta médica - e de sensibilização dos agentes- «os médicos que asseguram por sua honra a veracidade do certificado de incapacidade; as empresas, que infelizmente, não raramente, mais do que estimulam o recurso à baixa como forma de reduzir custos salariais; os beneficiários, naturalmente» (Vieira da Silva *in* Reunião Plenária de 26 de Março de 2004)

Nesta reunião Plenária, o PCP é também um dos promotores da implementação e intensificação de mecanismos de fiscalização no controlo das situações de possíveis baixas por doença fraudulentas.

Parece-nos aqui plausível argumentar que enquanto os partidos mais à esquerda do espectro político, como PS e PCP defendem um recurso mais ativo ao SIV, nomeadamente através de Juntas Médicas, partidos como Partido Social Democrata (PSD) e CDS-Partido Popular (CDS) defendem outras formas de combater possíveis baixas fraudulentas. Torna-se isto claro através do Decreto-Lei n.º 28/2004 do XV Governo Constitucional de coligação PSD-CDS, que esteve em apreciação nesta Reunião Plenária. O objetivo principal do diploma é alterar os montantes do subsídio de doença, ocorrendo uma redução no valor desta prestação social quando as baixas médicas são inferiores a 30 dias consecutivos, ao invés de se promover a ação fiscalizadora dos SIV. Na voz da deputada Isménia Franco, o PSD defende essa mesma redução, argumentando que

«em relação às baixas com duração igual ou inferior a 30 dias – as de utilização mais generalizada -, a medida preconizada pelo Decreto-Lei n.º 28/2004, ou seja, a redução do subsídio para 55% da remuneração de referência, constitui um poderoso dissuasor das baixas fraudulentas por parte daqueles

cujo suporte financeiro vai para além do rendimento do trabalho(...).»
Isménia Franco *in* Reunião Plenária de 26 de Março de 2004

Apesar de, em 2005, a temática das Juntas Médicas voltar a entrar na discussão pública, através do Bloco de Esquerda, é em 2007 que ela atinge o seu pico de atenção. Em 2007, a questão das Juntas Médicas foi debatida em 3 sessões Plenárias: na Reunião Plenária de 12 de Julho de 2007, na Reunião Plenária de 7 de Novembro de 2007 e por fim na Reunião Plenária de 5 de Dezembro de 2007. Para além de ser discutida em seio parlamentar, tem também concentrada em si a atenção dos *media* que contribuíram para que fosse encetada uma reforma na composição das Juntas Médicas da ADSE e da CGA.

O efeito da comunicação social e a importância social que atribuiu ao problema, nomeadamente através de inúmeras peças jornalísticas²⁶ foi um grande contributo para o aumento da significância social da questão do *comportamento dos órgãos de peritagem médico-laboral*. O modelo de Anthony Downs (1972) tem em consideração o papel da comunicação social na formação das políticas. Segundo Downs, esta relação entre a opinião pública e o governo não é um processo linear, já que a atenção do público raramente permanece por muito tempo focada sobre um tema, mesmo que envolva um tema importante para a sociedade. Os temas surgem, atingem o auge da atenção pública e mesmo que não resolvidos, desaparecem, gradualmente. De facto, o pico de atenção pública sobre o nosso objeto de estudo coincide com a denúncia por parte da comunicação social – em 2007 - de dois casos específicos, em que dois docentes com cancro em fase terminal são submetidos a Junta Médica da Caixa Geral de Aposentações. Esses mesmos dois docentes, após serem submetidos a junta médica, foram considerados aptos a voltar ao serviço e acabaram por falecer no exercício das suas funções.

A evidência empírica mostra-nos que algumas peças jornalísticas chamavam a atenção para uma possível “*incorreta*” atuação das Juntas Médicas. O período transitório parece ter sido crucial para a manutenção de um relativo alto nível de concentração da opinião pública, que contribuiu para uma pressão partidária em sede parlamentar. Na Reunião Plenária de 12 de Julho de 2007, as Juntas Médicas entram no debate parlamentar por via do Bloco de Esquerda e do CDS, abordando exatamente o caso dos dois docentes.²⁷ O Bloco de Esquerda afirma ao longo desta reunião plenária que a razão pelo qual se verificam situações deste tipo é «o facto de a pressão da Caixa Geral de Aposentações ser sempre no sentido de reduzir a despesa neste contexto (Francisco Louçã *in* Reunião Plenária de 12 de Julho de 2007). O PCP apresenta argumentos na mesma senda, defendendo que o problema de fundo não é o funcionamento da instituição, mas sim «a orientação geral em matéria de

²⁶ Adriano Miranda (2007) «*Juntas Médicas vão ser constituídas apenas por médicos*» *in* Jornal Público, 31 de Janeiro.

²⁷ Mais tarde, a 7 de Novembro e 5 de Dezembro de 2007 a situação volta a ser novamente discutida em debate parlamentar pelos mesmos motivos: funcionários públicos que aparentemente incapacitados para exercerem funções, por avaliação de Junta Médica têm de retornar ao serviço.

restrição das aposentações extraordinárias e das reformas por invalidez. É a orientação geral que obriga a que os serviços e todos quantos estão envolvidos nesse processo siga uma filosofia altamente restritiva (...)» (Bernardino Soares *in* Reunião Plenária de 12 de Julho de 2007).

Na verdade, as peças jornalísticas que surgiram na comunicação social em 2007 acerca das Juntas Médicas debruçavam-se, todas elas, sobre a sua atuação e a sua composição técnico-científica, ou seja do seu corpo profissional e a sua intervenção junto dos cidadãos submetidos a uma peritagem médico-laboral. No entanto, ainda em 2007 e em 2008, surgem algumas notícias que acentuam o caráter economicista do nosso objeto. A título de exemplo, no Diário Económico a 22 de maio de 2007 foi publicada a notícia denominada «*Segurança Social investiga 500 pessoas por dia: apanhadas 15.000 baixas fraudulentas.*» e no Jornal de Notícias a 18 novembro de 2008 a peça «*Estado já cortou 175 mil pensões de invalidez: em 18 anos o número de beneficiários de pensão por invalidez baixou de 470 mil para 304 mil*»

Ambas as notícias se referem a uma diminuição da atribuição de subsídios de doenças e de pensões de invalidez, respetivamente. A primeira notícia versa sobre as baixas médicas que foram investigadas pelo SVIT de Janeiro até Abril de 2007, sendo que 31% dos beneficiários estavam a receber indevidamente o subsídio de doença, tendo levado a uma poupança de dois milhões de euros por parte da Segurança Social. Já a segunda notícia debruça-se sobre o ritmo a que as pensões de invalidez diminuíram nos últimos 10 anos, tendo como grande motor a criação do SVIP em 1988.

3.3.2 Formulação/Implementação

A partir do momento em que uma situação passa a fazer parte da agenda governamental, isto é, da agenda de decisão, é necessário definir as linhas de ação que serão adotadas para solucionar o problema. Este é o momento em que deve ser definido qual é o objetivo da política pública, quais serão os instrumentos desenvolvidos, qual o público-alvo a beneficiar da medida e as metas almejadas. O processo de formulação da política envolve dois tipos de atividade. A primeira consiste em identificar e/ou elaborar um conjunto de soluções com vista à implementação da decisão final. Uma vez decidida qual a solução mais viável para o problema, o segundo tipo de atividade consiste no *draft* da legislação ou na simples organização do programa (Anderson, 1984). A formulação é claramente uma fase crítica do processo político, pois certamente expressa e aloca um conjunto de conflitualidades entre interesses sociais, políticos e económicos. A fase de implementação representa a relação entre o desenho de uma política e os seus efeitos, ou seja o processo administrativo que converte os *inputs* (formulação de políticas) em *outputs* (efeitos dessas políticas).

Tal como abordamos na fase de agendamento, a primeira vez que a questão das Juntas Médicas tem a atenção dos partidos políticos foi na Reunião Plenária de 25 de Setembro de 1998, onde a deputada Jovita Ladeira evidencia a importância da criação de uma Junta Médica com secção no Algarve, que vai de acordo com os objetivos da Reforma Administrativa e de rentabilização de recursos.

No entanto, a secção de Junta Médica do Algarve apenas foi criada em 2013, através do Despacho n.º 3963/2013, com sede em Faro. Era uma medida já debatida em reunião plenária de 1998 e constituía uma das reivindicações dos trabalhadores em funções públicas no Algarve e em Novembro de 2009, a autarquia já havia encetado diligências com o objetivo de ser estudada a viabilidade de se criar uma Junta Médica da ADSE em Faro. A secção do Sul abrangia os distritos de Beja, Faro, Portalegre e Évora, o que implicava uma dispendiosa e extensiva deslocação para os residentes algarvios que têm a ADSE como sistema de proteção social. A experiência recolhida desde a criação e a entrada em funcionamento das secções, em 1990, mostrou a urgência de criação de uma secção de âmbito geográfico mais restrito, devido em grande parte à dispersão geográfica da secção do Sul e o extenso número de trabalhadores do distrito de Faro que a ela eram submetidos. Se, por um lado, os benefícios na operacionalidade e eficácia dos serviços públicos são inúmeros, por outro lado tem também vantagens para os trabalhadores em funções no distrito de Faro, que evitam dispendiosas deslocações.²⁸

Foi anteriormente exposto que o pico de atenção à questão das Juntas Médicas ocorreu em 2007 (devido a questões de “insensibilidade” e “incorreta” atuação), tendo o problema entrado na agenda pública por via da comunicação social e conseqüentemente através de debate parlamentar. No seguimento da exposição do problema em debate parlamentar, o CDS organizou uma audição pública, onde foram ouvidos especialistas da área, dirigentes responsáveis, técnicos em administração e os diretamente visados. Segundo o deputado do CDS – Pedro Mota Soares, o objetivo da audição era saber “como é que a Administração se comporta nestes casos e nestas situações” (Pedro Mota Soares *in* Reunião Plenária de 12 de Julho de 2007). Para além desta audição, o Ministro de Estado e das Finanças encetou também um processo de auditoria sobre a questão das Juntas Médicas.

Tal pressão culminou efetivamente na publicação do Decreto-Lei n.º 377/2207 que obriga a que as Juntas Médicas da ADSE e da CGA e os SVI sejam exclusivamente constituídas por médicos. Este decreto foi emanado por recomendação²⁹ do provedor de Justiça (Nascimento Rodrigues), que em declarações para o jornal *Público* lembrou que “o que se exige a uma junta médica é a realização de

²⁸ Despacho 3963/2013

²⁹ Ver Recomendação n.º 4/B/2006 [art. 20.º, n.º 1, alínea b) da Lei n.º 9/91, de 9 de Abril]

atos médicos (...) pressupondo a realização de um diagnóstico rigoroso, mediante, nomeadamente, a interpretação científica dos resultados dos exames complementares de diagnóstico.”³⁰ Ainda em declarações ao mesmo jornal, o provedor de Justiça alertou para o facto de “ao integrar não licenciados em Medicina, as Juntas Médicas podem violar o estatuto da Ordem dos Médicos, que prevê que a medicina só pode ser exercida por licenciados inscritos da Ordem.”³¹

O elemento deste terceiro fluxo, que concorre para o agendamento e reforma sob os cânones do *NPM* do nosso objeto de estudo é assim o *turnover* de governos. O PS, que, defendeu ao longo das legislaturas, uma reforma e uma utilização ativa dos órgãos de peritagem médico-laboral, ao invés da redução de benefícios., ao ascender ao governo, recorre aos órgãos de peritagem médico-laboral para controlar e fiscalizar as irregularidades na atribuição dos subsídios de doença e pensão de invalidez. Exemplo disso é o PNPCFECF que apostou fortemente nas convocatórias para o SVIT.

No geral, o contexto político revelou-se favorável à «reforma» dos órgãos de peritagem médico-laboral. Uma vez que destas instituições como um forte instrumento fiscalizador, torna-se quase tácito que o Partido Socialista deverá zelar pelo seu bom e adequado funcionamento. Nesse sentido, procedeu por exemplo à criação de ciclos de conferências sobre a temática do exercício da atividade médica em órgãos de peritagem médico-laboral- *policy stream*. Outra das medidas empreendidas pelo governo prendeu-se com a promulgação do diploma que fixa o critério «ser licenciado em medicina», para fazer parte de uma Junta Médica ou SVI, com o objetivo de não colocar em causa a cientificidade da avaliação dos doentes –*policy stream*. Para esta última alteração no funcionamento dos órgãos de peritagem médico-laboral, também concorreu a pressão da oposição parlamentar e a importância que a comunicação social colocou na questão. Estes dois agentes podem assim ser considerados como um dos componentes do terceiro fluxo enumerado por Kingdon.

³⁰<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/juntas-medicadas-da-adse-e-cga-va-ser-constituídas- apenas-por- medicos-1284104>

³¹<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/juntas-medicadas-da-adse-e-cga-va-ser-constituídas- apenas-por- medicos-1284104>

Conclusão

Um dos objetivos da nossa investigação prendia-se exatamente com o tentar perceber a variação comportamental e estrutural dos órgãos de peritagem médico-laboral no hiato temporal de 1982 a 2013. Ao longo da nossa investigação foi-nos possível verificar que estes organismos alteraram significativamente o seu comportamento, reconhecendo-se a existência do fenómeno de *empowerment*. Este fenómeno é passível de ser identificado na medida em que registamos um recurso ativo a estes organismos, a partir de determinados períodos. Retomando o capítulo I, verificamos por exemplo que a ADSE aumentou significativamente o número de convocatórias a Junta Médica por doença natural de 2003 a 2011.³² O fenómeno de *empowerment* também é fácil de apreender se nos lembrarmos por exemplo da referência que fizemos ao PNPCFECF no capítulo III. Através deste instrumento, apurámos que a segurança social se serviu dos SVIT como o principal mecanismo para conseguir controlar e atingir um maior nível de eficácia nas ações de fiscalização sobre os beneficiários do subsídio de doença. Aqui, o papel dos órgãos de peritagem médico-laboral não foi reforçado por via de alterações estruturais na sua composição e funcionamento, mas sim por via do contato e dependência institucional para com a Segurança Social, que desenvolveu o PNPCFECF. Nesse sentido, os órgãos de peritagem médico-laboral geram fissuras de permeabilidade tanto às pressões de reforma e sustentabilidade da segurança social, como aos cânones do *NPM*. Isto, porque o PNPCFECF ao definir critérios de eficácia e eficiência na atribuição do subsídio de doença, mostra reger-se pelos princípios desta corrente gestonária. Veja-se que Hood (1996) define como uma das suas principais características, a insistência na parcimónia e disciplina no uso de recursos. Assim, o modelo de análise do Kingdon sustenta o nosso quadro de hipóteses. A segurança social, e com uma maior consistência, o regime geral, consagra os órgãos de peritagem médico-laboral como mecanismo institucional (*policy stream*) para a sua sustentabilidade (*problem stream*).

Apesar do nível de desenvolvimento do sistema de segurança social português estar aquém dos níveis da maioria dos países europeus e, até mesmo da média da União Europeia (Santos *et al*, 1998: 51), a Comissão do Livro Branco defendeu uma reforma do sistema, reinventando a médio-prazo o Estado-Providência e o sistema público de segurança social (Boaventura *et al*, 1998:54). No sistema de previdência social, situações de manipulação e de fraude no acesso a benefícios fiscais criam pressões financeiras, pondo em causa a sua sustentabilidade (*problem stream*). Desta forma, a utilização dos órgãos de peritagem médico-laboral tem um importante efeito no controlo da despesa, sem colocar em causa o acesso dos cidadãos aos dois benefícios fiscais: subsídio de doença e pensão de invalidez (*policy stream*). Em suma, foi aberta uma janela de oportunidade (*policy window*), em que foram acoplados os três fluxos enumerados por Kingdon. É necessário não nos esquecermos que

³² É a partir do ano de 2003 que tivemos acesso a dados relativos às convocatórias de Juntas Médicas da ADSE.

também surgiu um contexto favorável à utilização e reforma dos órgãos de peritagem médico-laboral. As janelas são geralmente abertas por problemas convincentes e é o que ocorre no nosso caso de estudo.

Desta forma, os órgãos de peritagem médico-laboral não volvem objeto da Reforma da Segurança Social – regime geral e regime da função pública -, ou seja não são alvo da política pública direta. O seu papel alterou-se devido à Reforma da Segurança Social, quer a nível jurídico, quer a nível institucional. A nível jurídico, a Lei n.º 17/2000 e os Acordos de Modernização Social (ainda que não sejam legislação) são um dos principais exemplos que visam a promoção da eficácia do sistema; a eficiência da sua gestão e o combate à fraude e evasão contributivas e prestacionais, «reforçando para isso a capacidade dos Serviços de Verificação de Incapacidades (SVI)» (Relatório da Comissão Permanente de Concertação Social, 2001:14).

É importante, neste ponto, não nos esquecermos que os órgãos de peritagem médico-laboral têm diferentes tutelas e isso pode também implicar diferentes comportamentos de cada um dos organismos. No entanto, de uma forma geral, a estrutura, funcionamento e composição dos diferentes órgãos de peritagem médico-laboral são uniformes. Quanto ao seu comportamento, também é possível afirmar que existe uma forte semelhança, tanto na sua utilização no tempo, como na forma de atuação. A nível temporal, porque, se recorrermos ao *politics stream*, verificamos que é com a entrada do PS no governo (que sempre defendeu o recurso a este tipo de instrumento fiscalizador), que os diferentes tipos de órgão de peritagem médico-laboral entram na agenda política. Na atuação, porque se analisarmos a atribuição dos subsídios de doença e pensão de invalidez no nosso período de estudo, a sua atribuição tende a diminuir em todas as entidades tuteladoras. Verificam-se apenas pequenas diferenças, como por exemplo no domínio das formações, que é um dos nossos indicadores e um sinal de modernização da administração pública. É no SVI que há com frequência a organização de seminários e conferências, organizadas pelo Núcleo Médico da ISS. Porém, para conseguirmos testar se as diferentes tutelas têm implicação no desempenho de cada um dos órgãos de peritagem médico-laboral, teríamos que ter efetuado trabalho de campo que nos permitisse verificar os modelos de gestão de cada uma das entidades tuteladoras. Teria sido ainda importante analisar os recursos de cada uma das entidades; as atividades de apoio ao funcionamento interno; as relações públicas (postos de atendimento presencial, existência de balcões em lojas de cidadão); os tipos de investimento realizados ao nível de infraestruturas e aquisição de recursos e os custos de administração. Tal trabalho levar-nos-ia demasiado longe para os objetivos traçados nesta dissertação. Contudo, ele é imprescindível se se quiser verificar sociologicamente algumas das premissas apontadas e discutidas, já que alguns dos seus efeitos só são passíveis de observação do ponto de vista micro.

No entanto, também verificamos que o nosso objeto de estudo envolve ele próprio objeto da reforma administrativa. De uma perspectiva jurídica, todos os diplomas que foram promulgados desde 1982 e que alteraram a estrutura e a composição dos órgãos de peritagem médico-laboral adotaram claramente princípios do *NPM*, como por exemplo, a descentralização administrativa. Os diplomas primam ainda pela profissionalização de quem compõe tais organismos e geralmente plasam princípios de eficiência e economia. Ou seja, a reforma aqui é direta.

Concluimos desta forma, que «o papel dos órgãos de peritagem médico-laboral» é diretamente afetado pela Reforma da Administração Pública regida pelos cânones do *NPM*, por via jurídica. No entanto, também o é indiretamente, porque as instituições com quem interagem e os instrumentos que deles fazem uso, regem-se por princípios do *NPM* e encetaram processos de modernização das suas estruturas. Consideramos aqui pertinente fazer referência à ADSE. Em 2011 realizou um conjunto de investimentos que ascendeu aos 845.3 mil euros, privilegiando o domínio da informática, onde por exemplo foi desenvolvida a aplicação SIVD.

Por fim, quanto à composição dos órgãos de peritagem médico-laboral concluimos o seguinte: identificámos uma pressão específica, do campo científico sobre o campo burocrático a propósito da composição dos órgãos de peritagem. Mas, como vimos, trata-se de uma luta sobre a definição dos critérios de justiça social que devem, do ponto de vista normativo, regular a atividade destes organismos. Uma luta sobre a composição de um certo órgão é sempre uma luta sobre os princípios básicos mais ou menos institucionalizados e mais ou menos formalizados do seu funcionamento. Esta pressão efetuou-se no sentido *bottom-up* do campo científico para o campo burocrático, com cedência por parte deste último. De facto, as instituições tuteladoras deixam de ter um seu representante burocrata em sede de peritagem. Se a composição já era heterogénea e desigual em favor dos médicos, ela é hoje homogénea em desfavor total dos representantes do Estado. Uma das questões que resolvemos colocar foi a de ser a homogeneidade uma característica equivalente ao desaparecimento do papel do capital propriamente burocrático e administrativo nas decisões dos órgãos de peritagem. Por outras palavras, terá a homogeneidade da composição representado o que do ponto de vista cultural seria a adoção de critérios puramente médicos e científicos para a tomada de decisão? Isto tal vem diretamente a propósito da nossa pergunta de partida. Já que, a evidência empírica aponta que, de uma perspectiva estrutural os cânones gestionários já estavam enraizados quer na reforma da administração pública portuguesa, quer nos contatos institucionais estabelecidos pelas entidades de tutela. Aqui, podemos reiterar que a luta pela composição estritamente médica dos órgãos não correspondeu ao desaparecimento do capital administrativo, enquanto fonte informal mobilizada pelos médicos para decidirem da justiça de determinado benefício.

Porém, não nos parece de todo descabido a presença de um técnico do IEFP. Isto porque os órgãos de peritagem médico-laboral para além de examinarem possíveis situações de incapacidade para o trabalho, conjugam-nas com os dados socioeconómicos do trabalhador. E como sabemos, uma das áreas do atuação do IEFP é ao nível do «apoio ao emprego e qualificação no âmbito da reabilitação profissional que integra diversas modalidades de apoio destinadas a pessoas com deficiência e incapacidade que apresentem dificuldades no acesso, manutenção e progressão no emprego»³³ - Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiência.

³³³³<http://www.iefp.pt/apoios/empresas/reabilitacao/Paginas/ProgramaEmpregoApoioQualificacaoPessoasDeficIncapac.aspx>

Fontes

Legislação

Lei n.º 17/2000 de 8 de Agosto

Decreto-Lei n.º 144/82 de 27 de Abril

Decreto-Lei n.º 360/97 de 17 de Dezembro

Decreto-Lei n.º 100/99 de 31 de Março

Decreto-Lei n.º 503/99 de 20 de Novembro

Decreto-Lei n.º 28/2004 de 4 de Fevereiro

Decreto-Lei n.º 377/2007 de 9 de Novembro

Decreto Regulamentar n.º 41/90 de 29 de Novembro

Decreto-Regulamentar n.º 36/91 de 1 de Julho

Despacho n.º 3963/2013 de 15 de Março

Portaria 96-B/2008 de 30 de Janeiro

Recomendação do Provedor da Justiça n.º 4/B/2006 [art. 20.º, n.º 1, alínea b) da Lei n.º 9/91, de 9 de Abril]

Disponível em: <http://www.provedor-jus.pt/?action=5&idc=67&idi=1105>

Outras Publicações

ADSE, *Plano de Atividades de 2011 da ADSE (Online)*.

Disponível em: http://www.adse.pt/document/Relatorio_actividades_2011_.pdf.

ADSE, *Plano de Atividades de 2013 da ADSE (Online)*.

Disponível em: http://www.adse.pt/document/Plano_Actividades_2013.pdf

Caixa Geral de Aposentações, (2000) *Relatório de Contas da Caixa Geral de Aposentações (Online)*.

Disponível em <http://www.cga.pt/relatoriocontas.asp>.

Caixa Geral de Aposentações, (2012) *Relatório e Contas da Caixa Geral de Aposentações (Online)*.

Disponível em: <http://www.cga.pt/relatoriocontas.asp>

Direção Geral da Saúde, (2004) *Curso de Formação: Juntas Médicas de Incapacidade: módulo informático*.

Disponível em: <http://www.dgs.pt/diversos/formacao-2004-juntas-medicas-de-incapacidade-modulo-informatico-programa.aspx>.

Direção Geral da Saúde, *Orientação da Direção-Geral da Saúde 010/2012*.

Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22733>.

Instituto da Segurança Social (2013) *Guia Prático: Serviço de Verificação de Incapacidade Permanente*, (N40 B V4.05) (Online).

Disponível em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/14993/servico_verificacao_incapacidade_temporaria.

Instituto da Segurança Social (2013) *Guia Prático: Serviço de Verificação de Incapacidade Temporária*, (N40A – v4.09) (Online).

Disponível em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/14993/servico_verificacao_incapacidade_permanente.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2010), *Plano Nacional de Prevenção e Combate à Fraude e Evasão Contributivas e Prestacionais* (Online).

Disponível em: http://www.sg.msss.pt/preview_documentos.asp?r=2026&m=PDF.

Programa do XVII Governo Constitucional.

Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/media/464060/GC17.pdf>.

Tribunal de Contas, *Relatório n.º 35/2010- 2S – Auditoria ao Controlo Operacional do ISS*, IP do Tribunal de Contas (Online).

Disponível em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2010/audit-dgtr-rel035-2010-2s.pdf.

Sítios da Internet

<http://www.adse.pt/page.aspx?idCat=283&IdMasterCat=281&MenuLevel=2>

<http://www.cga.pt/cgaInicio.asp>

<http://www4.seg-social.pt/quem-somos3>

<http://www4.seg-social.pt/estatisticas>

Bibliografia

- Anderson, James. 1975. *Cases in Public Policy-Making*. New York: Praeger Publishers.
- Anderson, James. 1984. *Public Policy – Making* (3th ed.). New York: Holt, Rinehart and Wiston.
- Apelles J.B. Conceição (2008), *Manual Prático de Segurança Social*, Almedina, Coimbra.
- Baumgartner, Frank, Bryan D. Jones (1993), *Agenda and Instability in American Politics*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Bourdieu, Pierre (1984), *Homo Academicus*, Stanford California, Stanford University Press.
- Bordieu, Pierre (2008), *Para uma Sociologia da Ciência*, Lisboa, Edições 70.
- Birkland, Thomas A. (2007), “Agenda-Setting in Public Policy” *Handbook of Public Policy Analysis* by Frank Fisher, G. Miller e Mara Sidney. London: Taylor and Francis Group: 63-78.
- Brewer, Garry D. e DeLeon, Peter. 1983. *The foundations of policy analysis*: The Dorsey Press.
- Caiden, G. E., 1991. *Administrative Reform came's of age*. New York: Walter de Gruyter.
- Chase,G, and E. C. Reveal (1983), *How to Manage in Public Sector*. Reading Mass: Addison-Wesley.
- Crane, Donald, W. Jones (1982) *Public Manager's Guide*; BnaBooks.
- Downs, Anthony. 1957. *Economic Theory of Democracy*. New York: Harper & Row.
- Ferraz, Conceição, “O Combate à Fraude no Sistema de Verificação de Incapacidades,” *Pretextos, Revista do Instituto de Segurança Social, (Online) (22)*, Junho de 2006 pp.5.
Disponível em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/63350/revista_pretextos_22.
- Ferraz, Conceição, “Avaliação do Dano Corporal no âmbito da Segurança Social” *Pretextos, Revista do Instituto de Segurança Social (23)*, Setembro 2006, pp.22.
Disponível em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/63350/revista_pretextos_23.

Ferraz, Conceição, “Conferências Regionais do Sistema de Verificação de Incapacidades,” *Pretextos, Revista do Instituto de Segurança Social*, (26), Junho 2007 pp.10.

Disponível em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/63350/revista_pretextos_26.

Ferraz, Conceição, “Seminário Regional do SVI em Beja: A Peritagem Médica em Oftalmologia,” *Pretextos, Revista do Instituto de Segurança Social*, (32), Dezembro 2008, pp.17.

Disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/63350/revista_pretextos_32.

Ferrera, Maurizio, Anton Hemerijck, Martin Rhodes (2000), *O Futuro da Europa Social: Repensar o Trabalho e a Protecção Social na Nova Economia*, Celta Editora, Oeiras.

Fischer, Frank, Gerald J. Miller, Mara S. Sidney (2007), *Handbook of Public Policy Analysis*; Taylor and Francis Group Nova Iorque.

Focault, Michel (2009), *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France.

Gillion, Colin, John Turner, Clive Bailey, Denis Latulippe (2000), *Social Security Pensions: Development and reform*, International Labour Office, Geneva.

Hemerijck, Anton (2012), *Changin Welfare States*, United Kingdom, Oxford University Press.

Hespanha, Pedro, Graça Carapinheiro (2002) *Risco social e incerteza: Pode o Estado Social Recuar mais?*, Edições Afrontamento, Porto.

Hood, Christopher (1991), “A Public Administration for All Seasons?” *Public Administration* (69), pp. 3-19.

Hood, Christopher (1996) “*Exploring Variations in Public Management Reform of the 1980s* in J. Perry et al (eds), *Civil Service Systems in Comparative Perspective*, Bloomington, Indiana UP, pp. 268-87.

Jenkins, W.I. 1978. *Policy Analysis: A Political and Organizational Perspective*, Oxford.

Kingdon, John W (1984), *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York, Harper Collins Publishers.

Lasswell, Harold D. (1971) "The Policy of Orientation" in D. Lerner e H. Lasswell, eds. *The Policy Sciences*, Stanford, California: Stanford University Press.

Lynn, Lawrence Jr (1987). *Managing Public Policy*. Boston: Little, Brown and Company.

Madureira, César (2004), *A Formação Comportamental no Contexto da Reforma da Administração Pública*, INA, Oeiras.

May, Judith V. e Wildavsky, Aaron B. 1978 *The Policy Cycle*: Sage Publications.

Merkle, Judith (1980); *Management and Ideology: The Legacy of the International Scientific Management Movement*; University of California Press, Berkeley.

Mozzicafreddo, Juan (2003), *Ética e Administração – Como Modernizar os Serviços Públicos*, Oeiras, Celta Editora.

Mozzicafreddo, Juan, João Salis Gomes e João da Silva Baptista (orgs.) (2007), *Interesse Público, Estado e Administração*, Oeiras, Celta Editora, pp.448.

Mozzicafreddo, Juan e Carla Gouveia (2011), "Contextos e Etapas de Reforma na Administração Pública em Portugal", in Juan Mozzicafreddo e João Salis Gomes (orgs.) *Projectos de Inovação na Gestão Pública*, Lisboa, Editora Mundos Sociais, pp. 5-62.

Mozzicafreddo, Juan e João Salis Gomes (2011), "Introdução", in Mozzicafreddo, Juan e João Salis Gomes (orgs), *Projectos de Inovação na Gestão Pública*, Lisboa, Editora Mundos Sociais, pp. 1-4

Mozzicafreddo, Juan e João Salis Gomes (orgs) (2011), *Projetos de Inovação na Gestão Pública; Lisboa*, Editora Mundos Sociais, pp. 443.

Mazmanian, D. e P. Sabatier (1983), *Implementation and Public Policy*, Glenview, III: Foresman.

OCDE (2009), *Sickness, Disability and Work keeping on track in the economic downturn – Background Paper*.

Perry, James e Kenneth L. Kramer (1980), *Public Management: Public and Private Perspectives*; California University, Mayfield Pub. Co.

- Pierson, Paul (2001), *The New Politics of the Welfare State*, New York Oxford University Press.
- Pierson, Paul (2004), *Politics in Time, History, Institutions, and Social Analysis*, Princeton University Press.
- Pressman, J. L., A. Wildavsky (1973), *Implementation*. Berkeley. California, University Press.
- Ragin, Charles C. (1989), *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*, Berkeley, University of California Press.
- Rocha, J.A. Oliveira (1991), *Princípios de Gestão Pública*, Lisboa, Editorial Presença.
- Rocha, J.A. Oliveira (2002), *Gestão Pública e Modernização Administrativa*, Lisboa, Instituto Nacional de Administração Pública.
- Santos, Boaventura Sousa; Sílvia Ferreira (1998), “Para uma Reforma Solidária da Segurança Social”, *em Sociedade e Trabalho: Especial Segurança Social*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade
- Sequeira, Camilo (2006) “Peritagem Médica na CGA – Avaliação do dano no âmbito da CGA”, *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, (16), 2006, pp. 93-104.
- Sequeira, Camilo (2000), “Juntas Médicas – Uma Competência,” *Tempo Medicina* (824), pp. 26.
- Steiss, Alan W (1982), *Management Control in Government*; Lexington Books.
- Stone, Deborah (1988), *Policy Paradox and Political Reason*, Boston: Little, Brown.
- Toonen, T.A.J., J.C.N. Raadschelders (1997), *Public sector reform in Western Europe*. The Conference on Civil Service Systems in Comparative Perspective, School of Public and Environmental Affairs, Indiana University, 5-8April.
- Wright, V., 1997. Redefiniendo el Estado: Las implicaciones para la Administración Pública, Gestión e Analysis de políticas públicas. *GAPP*, n.º 7-8, Setembro, pp. 27-44.
- Zahariadis, Nikolaos, 2007, *The Multiple Streams Framework: Structure, Limitations, Prospects in* Sabatier, Paul A, *Theories of Policy Process*, Westview Press, pp. 65-92.

Anexos

Anexo I: Os órgãos de peritagem médico-laboral

Órgão	Tutela	Tipos	Organização Territorial	Quando atua	Atores	Enquadramento Legal
Juntas Médicas da ADSE	ADSE	Verificação de Doença Natural Verificação de Acidente em Serviço e Doença Profissional	Funciona por secções Regionais	<p>Nos casos de doença natural quando: 1) o trabalhador atingir 60 dias consecutivos sem ir trabalhar por motivo de doença e continua não apto para se apresentar ao serviço. 2) A ausência do trabalho seja um indício de comportamento fraudulento e nesse caso o dirigente do serviço pode fazer o pedido de Junta Médica. 3) A conduta do trabalhador indicie perturbação psíquica e que ponha em causa o normal funcionamento das suas funções.</p> <p>Nos casos de acidente em serviço quando: 1) O trabalhador se ausenta por 90 dias consecutivos. 2) Por recurso de uma Junta Médica de Trabalho. 3) Por recaída ou agravamento do sinistrado.</p>	<p>Para verificação de Doença Natural, a Junta é composta por 3 médicos e sempre que haja necessidade pode recorrer a especialistas ou peritos.</p> <p>Para verificação de acidente em serviço profissional é composta por 2 médicos da ADSE, em que um poderá ser escolhido pelo sinistrado</p>	<p>Regime de Férias, Faltas e Licenças: Decreto-Lei n.º 100/99</p> <p>Regime Jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais no âmbito da Administração Pública: Decreto-Lei n.º 503/99</p> <p>Composição e Normas de Funcionamento das Juntas Médicas: Decreto Regulamentar n.º 41/90; Decreto-Regulamentar n.º 36/91; Decreto Regulamentar n.º 377/07</p>

Juntas Médicas da CGA	CGA	Juntas Médicas de incapacidade permanente Juntas de Recurso	Nas instalações da CGA em Lisboa, e nas capitais de distrito, nas instalações dos centros distritais do ISS de acordo com o lugar de residência do trabalhador.	Quando a ADSE se pronuncia sobre situações de doença que mereçam ser objeto de deliberação pela Junta Médica da CGA ou quando um funcionário público requerer pensão de invalidez.	Médico Relator Junta Médica – composta por três médicos, sendo o Presidente escolhido entres eles por cooptação Médicos Especialistas – se o médico relator e os peritos médicos da Junta Médica acharem necessário completar a informação médica com pareceres de médicos especialistas ou de outros meios de diagnóstico podem solicitá-lo. Junta de Recurso- dois médicos designados pela caixa que não tenham intervindo no processo anterior e um médico designado pelo requerente.	Regime de Férias, Faltas e Licenças: Decreto-Lei n.º 100/99 Regime Jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais no âmbito da Administração Pública: Decreto-Lei n.º 503/99 Composição e Normas de Funcionamento das Juntas Médicas: n.º 36/91; Decreto Regulamentar n.º 37707; Portaria 96-B/2008
SVIT	ISS	Comissões de Verificação		Quando a entidade empregadora quer confirmar se são justificadas as faltas do trabalho ou a interrupção de férias por	As Comissões de Verificação são compostas por 2 médicos.	Composição e Normas de Funcionamento: Decreto-lei n.º 144/82 de 27 de Abril,

		Comissões de Reavaliação		motivo de doença alegada pelo trabalho ou a Segurança Social quer confirmar se o beneficiário está realmente incapaz para o trabalho por motivo de doença	As Comissões de Reavaliação são compostas por 3 médicos, sendo o terceiro passível de ser indicado pelo beneficiário.	Decreto-Lei n.º360/97 Decreto Regulamentar n.º 377/07;
--	--	--------------------------	--	---	---	---

CV

Ana Patrícia Pica Serrano
Academic CV

Rua da Ilha Terceira n.º 40, r/ch dto
1000-172, Lisboa (Portugal)
Mobile: (+351)964222880
E-mail: anaserrano140@gmail.com

EDUCATION

ISCTE-IUL

Av. Das Forças Armadas, 1649-026, Lisboa

2011-2013 Master in Public Policy: thesis on Medicine, Control and Crisis of the Welfare State: the case of the Portuguese Medical Boards

Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Av. de Berna, 26-C, 1069-061 Lisboa (Portugal)

2008-2011 Degree in Political Science and International Relations

WORK EXPERIENCE

ISCTE-IUL (University)

Av. Das Forças Armadas, 1649-026, Lisboa

2013 Member Coordinator at Public Policies' Forum

ISCTE-IUL (University)

Av. Das Forças Armadas, 1649-026, Lisboa

2012 Trainee at the Public Policies’ Forum: preparation of texts and guidelines on the various issues of public policy for dissemination in the media; elaboration of databases; logistical organization; reception of guests; transcript of the conferences, which culminated in a book – Maria de Lurdes Rodrigues and Pedro Adão e Silva, *Políticas Públicas em Portugal*, Lisboa; INCM, 2012)

Adecco Portugal

Rua António Pedro nº 111, 2º esquerdo, 1150-045 Lisboa (Portugal)

2011 Trainee in the Department of Human Resources: screening course; telephone calls; marking interviews; creating and publishing ads for job vacancies; conducting interviews; reporting; creating databases.

PUBLICATIONS

Ana Serrano «Do IAJ ao Porta 65: uma análise sistémica da política pública» [forthcoming]

LANGUAGES

Native language: Portuguese

Other Languages:

Self-assessment <i>European level</i> (*) English	Understanding				Speaking				Writing	
	Listening		Reading		Spoken interaction		Spoken production			
	C1	Proficient user	C1	Proficient user	C1	Proficient user	C1	Proficient user	C1	Proficient user

(*) [Common European Framework of Reference \(CEF\) level](#)