

MEDICINA DO TRABALHO

FATOR ACIDENTÁRIO PREVIDENCIÁRIO (FAP) E NEXO
TÉCNICO-EPIDEMIOLÓGICO PREVIDENCIÁRIO (NTEP)



sanar
pós

FATOR ACIDENTÁRIO PREVIDENCIÁRIO (FAP) E NEXO TÉCNICO-EPIDEMIOLÓGICO PREVIDENCIÁRIO (NTEP)

| | |
|---|-----------|
| 1. Introdução | 4 |
| 2. Nexo Previdenciário | 4 |
| 3. Nexo Técnico Profissional ou do Trabalho | 5 |
| 4. Nexo Técnico Individual | 7 |
| 5. NTEP – Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário | 9 |
| 5.1. Controvérsias e Limitações do NTEP | 11 |
| 5.2. Expectativa vs. Realidade | 12 |
| 6. Classificação de Risco e SAT | 14 |
| 7. FAP - Fator Acidentário Previdenciário | 15 |
| 7.1. Travas do FAP | 17 |
| 8. Impugnação do Nexo Técnico Previdenciário | 17 |
| <i>Referências</i> | 20 |

FATOR ACIDENTÁRIO PREVIDENCIÁRIO (FAP) E NEXO TÉCNICO-EPIDEMIOLÓGICO PREVIDENCIÁRIO (NTEP)

Dra. Priscila Ruffato

1. INTRODUÇÃO

Os **acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais** representam, há décadas, um dos maiores desafios tanto para a saúde do trabalhador quanto para a sustentabilidade do sistema previdenciário. Embora a legislação brasileira avance continuamente na proteção do segurado, a **gestão dos afastamentos** ainda impõe grande complexidade para as empresas, especialmente diante das novas ferramentas de monitoramento e controle implementadas pela Previdência Social – entre elas, o **Nexo Técnico-Epidemiológico Previdenciário (NTEP)** e o **Fator Acidentário Previdenciário (FAP)**.

Historicamente, o reconhecimento de um acidente laboral dependia da **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)** e da perícia individual do INSS. Esse modelo, baseado apenas em notificações formais, resultava em **subnotificação de casos** e em distorções na concessão de benefícios. Com o avanço das políticas públicas voltadas à **saúde e segurança no trabalho**, foi necessário desenvolver mecanismos que associassem, de forma científica, as **estatísticas de adoecimento e acidentalidade** aos setores econômicos.

Nesse contexto, surgiu o **NTEP**, que passou a cruzar os dados da **Classificação Internacional de Doenças (CID)** com os da **Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE)**, permitindo presumir o nexo entre a atividade exercida e o agravo à saúde. Essa inovação inverteu a lógica da comprovação: agora, o ônus da prova desloca-se do trabalhador para a empresa, que precisa demonstrar que o evento não possui relação com o trabalho. O objetivo principal é ampliar a **vigilância epidemiológica** e reduzir a subnotificação dos agravos relacionados ao ambiente laboral.

Como desdobramento dessa política, foi instituído o **Fator Acidentário Previdenciário**, um índice variável aplicado sobre a alíquota do Seguro de Acidente do Trabalho (SAT). O FAP busca estimular a **prevenção de acidentes e doenças** ao premiar empresas com bons indicadores de segurança e penalizar aquelas com alta frequência de afastamentos. Assim, além de atuar como instrumento de controle tributário, o FAP funciona como **ferramenta de gestão de risco**, incentivando o investimento em ambientes laborais mais seguros e saudáveis.

Hoje, falar em **gestão previdenciária** significa compreender o impacto direto dos afastamentos sobre o equilíbrio

financeiro das organizações e da própria Previdência. Reduzir acidentes não é apenas uma questão de conformidade legal, mas também de **sustentabilidade econômica e social**, integrando políticas de saúde ocupacional, qualidade de vida e responsabilidade empresarial.

O ponto de partida da boa gestão

A discussão sobre acidentes de trabalho não começa nas planilhas do INSS, mas **no cotidiano da empresa**. Cada afastamento reflete não apenas um problema individual, mas uma **falha no controle dos riscos** e na promoção de um ambiente seguro.

2. NEXO PREVIDENCIÁRIO

O **Nexo Técnico Previdenciário** constitui o **fundamento causal** que sustenta o reconhecimento jurídico-previdenciário de uma enfermidade ou lesão como resultante da atividade laboral desempenhada pelo segurado. Trata-se de um **instrumento pericial técnico-científico** que permite a correlação entre um evento mórbido (doença, agravo ou acidente) e as condições de trabalho do indivíduo, possibilitando o enquadramento da ocorrência como de natureza ocupacional e, por conseguinte, a concessão de benefícios acidentários pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS), como o **auxílio-doença acidentário (B91)**, **aposentadoria por invalidez acidentária** ou **estabilidade provisória no emprego** (art. 118 da Lei 8.213/91).

Diferente da abordagem **estritamente clínica**, o Nexo Técnico Previdenciário **transcende a avaliação médica individual**, incorporando elementos de direito previdenciário, medicina do trabalho, epidemiologia ocupacional e política pública de proteção social. Assim, **a caracterização do nexo técnico não é meramente médica, mas também normativa e procedimental**, pois ativa uma série de direitos e obrigações legais, tanto para o trabalhador (ex: estabilidade, retorno ao trabalho, reabilitação) quanto para a empresa (ex: emissão de CAT, recolhimento de SAT majorado, passivo trabalhista e previdenciário).

A partir da década de 2000, com o fortalecimento das **políticas de saúde do trabalhador** e a crescente complexidade das relações laborais, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) **diversificou as modalidades de Nexo Técnico Previdenciário**, com base em fundamentos técnico-científicos e legislações específicas.

Essa **evolução** nos instrumentos de aferição do nexos visa, sobretudo, **combater a subnotificação** de doenças e acidentes de trabalho, **ampliar o acesso à proteção previdenciária** e **estimular políticas de prevenção proativa** de riscos ocupacionais pelas empresas. No entanto, também trouxe desafios, como a judicialização das contestações, a estigmatização de determinados setores e a necessidade de qualificação das perícias médicas e contraprovas técnicas, como PPRA, PGR, LTCAT, PCMSO e PPP.

Portanto, o Nexo Técnico Previdenciário, em suas diferentes modalidades, opera como **elo técnico-jurídico** entre o **sistema de saúde ocupacional, a política de seguridade social e os direitos fundamentais dos trabalhadores**, sendo peça-chave para a efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana nas relações de trabalho.

Dentro do NTP **existem 3 tipos de nexos**, sendo eles:

- Profissional ou do Trabalho
- Individual
- Epidemiológico

Tabela 1. Modalidades, características e base legal

| Modalidade de Nexo Técnico | Fundamento | Característica Principal | Base Legal |
|--|--|--|---|
| Nexo Técnico Profissional (NTP) | Lista A do Anexo II do Decreto 3.048/99 | Relação direta entre exposição a agentes nocivos e doenças típicas | Art. 337 do RPS |
| Nexo Técnico Individual (NTI) | Perícia médica individual | Avaliação caso a caso, inclusive para acidentes típicos | Art. 337-A do RPS |
| Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário | Estatísticas populacionais e cruzamento CNAE-CID | Presunção legal de causalidade a partir de padrões coletivos | Art. 21-A da Lei 8.213/91, Decreto 6.042/2007 |

Fonte: Welter (2021)⁹

3. NEXO TÉCNICO PROFISSIONAL OU DO TRABALHO

Ambos os Nexos são caracterizados quando há **relação entre a exposição do trabalhador com as doenças/lesões desenvolvidas**.

O **Nexo Técnico Profissional** constitui o alicerce do reconhecimento das **doenças profissionais** dentro da política previdenciária brasileira. Ele representa a **ligação direta e**

comprovada entre o agente de risco presente no ambiente de trabalho e a doença diagnosticada no segurado, sendo, portanto, o tipo de nexos mais clássico e objetivo na perícia médica do INSS. Sua lógica é causal e específica: o adoecimento é resultado **necessário e previsível da exposição ocupacional**, e não de fatores externos ou aleatórios.

Enquanto o **Nexo Técnico do Trabalho** é aquele **adquirido em funções de condições especiais** em que o trabalho é realizado.

Tabela 2. Diferença entre nexos.

| Tipo de Nexos | Doença Relacionada | Definição |
|---------------------------|---------------------|--|
| Nexo Técnico Profissional | Doença Profissional | Relaciona-se a doenças próprias de certas atividades ou exposições. São doenças contidas nas Listas A e B do Anexo II do Decreto nº 3.048/1999 e que têm uma relação direta e causal com a profissão. Exemplo: Silicose em trabalhadores de mineração. |
| Nexo Técnico do Trabalho | Doença do Trabalho | Relaciona-se a doenças adquiridas em função das condições especiais em que o trabalho é executado , mas que não são inerentes apenas àquela profissão em si. Exemplo: Síndrome de Raynaud em trabalhadores de câmara fria. |

Fonte: Elaborado pelo autor

A **base normativa** desse nexos está consolidada nas **Listas A e B do Anexo II do Decreto nº 3.048/1999**, que regulamenta a Previdência Social e sistematiza o reconhecimento dos agravos à saúde vinculados às atividades laborais. Essas listas foram construídas a partir de evidências científicas, estatísticas e sanitárias, e são periodicamente atualizadas conforme a evolução do conhecimento médico e das condições produtivas nacionais.

O **Nexo Técnico Profissional** pressupõe uma **relação direta, necessária e exclusiva** entre o exercício da profissão e a doença adquirida. Diferentemente do nexos técnico epidemiológico, que opera com base em dados estatísticos populacionais, o nexos profissional se ancora em **evidências**

clínicas e laboratoriais objetivas, além de registros de **exposição comprovada a agentes de risco específicos**.

Listas A e B do Anexo II: fundamentos científicos e jurídicos

- **Lista A:** reúne **agentes químicos, físicos e fatores de risco ocupacionais**, descrevendo as doenças que podem ser causadas por esses elementos. Na **Lista A**, a causalidade é **direta e específica**: o agente é conhecido e o dano é previsível dentro do contexto ocupacional. Essa relação reflete o **acúmulo histórico de dados epidemiológicos e clínicos** provenientes de décadas de vigilância sanitária e estudos em saúde ocupacional.

| Agente / Fator de Risco | Doenças Associadas | Setores Mais Comuns |
|--|--|---|
| Ruído contínuo e intenso | Perda auditiva induzida por ruído | Metalurgia, construção, têxtil |
| Sílica livre cristalina | Silicose, predisposição a tuberculose | Mineração, fundição, cerâmica |
| Benzeno | Leucemia, aplasia medular | Indústria petroquímica, postos de combustível |
| Asbesto (amianto) | Asbestose, mesotelioma | Construção civil, indústria naval |
| Chumbo e compostos | Encefalopatia, anemia, nefropatia | Metalurgia, reciclagem, tintas |
| Mercúrio | Neuropatias, insuficiência renal | Química, mineração artesanal |
| Arsênio | Angiossarcoma, neuropatias | Mineração, metalurgia pesada |
| Tolueno e solventes orgânicos | Hepatopatias, dermatites | Indústria de tintas e móveis |
| Vibração mecânica | Lesões osteoarticulares, neuropatias | Construção, mineração |
| Radiações ionizantes | Câncer, catarata, infertilidade | Saúde, radiologia, metalurgia |
| Calor excessivo | Exaustão térmica, câimbras | Metalurgia, panificação |
| Frio intenso | Hipotermia, distúrbios circulatórios | Alimentícia, transporte frigorificado |
| Posturas forçadas e movimentos repetitivos | Tendinites, lombalgias, túnel do carpo | Indústria, escritório, frigoríficos |
| Pressões anormais (altas/baixas) | Barotrauma, embolia gasosa | Aviação, mergulho, mineração |

Lista B: contempla **agentes biológicos e infecciosos** e é voltada especialmente às profissões com **risco aumentado de contaminação** — como profissionais de saúde, laboratoristas,

cuidadores e trabalhadores da limpeza hospitalar. A causalidade é presumida quando a **natureza da função implica contato habitual com o agente biológico**.

| Agente Biológico | Forma de Contágio | Doenças Associadas |
|----------------------------|--|---------------------------------|
| Mycobacterium tuberculosis | Inalação de aerossóis | Tuberculose |
| Vírus das Hepatites B e C | Contato com sangue e secreções | Hepatite viral aguda ou crônica |
| HIV | Acidentes percutâneos ou mucosos | Infecção pelo HIV/AIDS |
| Brucella spp. | Contato com tecidos ou fluidos animais | Brucelose ocupacional |
| Leptospira interrogans | Contato com água/solo contaminado | Leptospirose |
| Influenza e SARS-CoV-2 | Inalação e contato com secreções | Infecções respiratórias graves |
| Vírus da Raiva | Mordedura, saliva infectada | Raiva humana ocupacional |
| Salmonella e Shigella spp. | Ingestão de alimentos contaminados | Enterites e gastroenterites |

Essas listas, ainda que extensas, não são **exaustivas**; o rol é considerado **exemplificativo**, permitindo que novas associações sejam reconhecidas mediante fundamentação científica. Assim, o nexos profissional **acompanha a dinâmica das mudanças tecnológicas, ambientais e produtivas**, adaptando-se aos novos riscos do trabalho contemporâneo.

A **caracterização do nexos técnico profissional** é responsabilidade da **perícia médica do INSS**, que avalia o conjunto de

elementos clínicos, ocupacionais e ambientais. Essa análise não se limita ao diagnóstico, mas investiga **o contexto de exposição** — intensidade, frequência, tempo de contato e natureza do agente.

O processo pericial segue uma **linha lógica de causalidade**, articulada em três eixos:

| Etapa | Critério analisado | Finalidade |
|------------------------------------|---|---|
| 1. Diagnóstico médico | Identificação precisa da doença | Determinar o agravo à saúde do trabalhador |
| 2. Análise ocupacional | Identificação da função, processos e agentes presentes | Relacionar a atividade ao risco conhecido |
| 3. Estabelecimento do nexos causal | Cruzamento das informações com as Listas A e B e evidências laboratoriais | Confirmar a relação direta entre causa e efeito |

A conclusão pericial resulta, portanto, de um **raciocínio técnico-científico**, que transforma dados clínicos e ambientais em **presunção qualificada de causalidade**. Caso se confirme o vínculo, o benefício é classificado como **de natureza acidentária**, com repercussões previdenciárias (como estabilidade e reabilitação) e tributárias (impacto sobre o **FAP**).

O nexos técnico profissional tem efeitos diretos sobre o **enquadramento do benefício** e sobre o **custo previdenciário das empresas**. Quando reconhecido, o benefício do segurado deixa de ser classificado como auxílio-doença comum (B31) e passa a ser **auxílio-doença acidentário (B91)**, gerando:

- **Estabilidade provisória no emprego** por 12 meses após o retorno;

- **Contribuição majorada ao Seguro de Acidente do Trabalho;**
- **Reflexo no cálculo do FAP**, que mede a acidentalidade da empresa;
- Inclusão da ocorrência nos indicadores de risco utilizados para fiscalização e planejamento de políticas públicas de prevenção.

A identificação de padrões recorrentes de doenças em determinado setor ou cargo também subsidia o **Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário**, que opera com base em grandes amostras estatísticas. Assim, o nexos profissional é não apenas um **instrumento individual de diagnóstico**, mas também **fonte de dados coletivos** para formulação de políticas de segurança e saúde do trabalhador.

Do individual ao coletivo

O nexos técnico profissional examina o caso **individual**, mas seus resultados alimentam bancos de dados que permitem observar tendências coletivas de adoecimento. Essa integração é o que possibilita a transição para o modelo **epidemiológico (NTEP)**, no qual a causalidade é presumida a partir de dados estatísticos e não apenas clínicos.

Durante a **pandemia de COVID-19**, o nexos técnico profissional foi amplamente debatido. Embora a doença não tenha sido automaticamente reconhecida como ocupacional para todas as categorias, naquele momento houve **enquadramento direto** para profissionais da linha de frente — médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem — cujas atividades envolviam **exposição habitual e inevitável** ao SARS-CoV-2.

Esse reconhecimento reforçou o princípio de que o **nexo técnico profissional exige especificidade da exposição**. A simples existência do risco genérico, sem relação direta com a função desempenhada, **não configura causalidade previdenciária**. Essa distinção protege o equilíbrio entre o direito do trabalhador e a segurança jurídica das empresas, preservando o caráter técnico e não meramente político do instituto.

Além da COVID-19, o avanço das tecnologias produtivas trouxe novos desafios, como **doenças associadas à nanotecnologia, agentes químicos emergentes e sobrecarga ergonômica digital**. A ampliação dos meios de exposição exige **revisões periódicas nas Listas A e B** e o fortalecimento da **Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)**, que monitora tendências epidemiológicas e propõe atualizações regulatórias. A última atualização dessas listas foi instituída pela **Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023**, do Ministério da Saúde.

O nexos técnico profissional não deve ser visto apenas como um **mecanismo de responsabilização**, mas como **instrumento estratégico de gestão e prevenção**. Ele fornece à empresa informações objetivas sobre **pontos críticos de risco** e **processos produtivos que demandam controle mais rigoroso**.

Uma gestão eficaz de segurança e saúde no trabalho utiliza o nexos profissional como **indicador de desempenho**, integrando-o a sistemas de monitoramento, treinamentos, exames periódicos e programas de ergonomia e biossegurança. Ao antecipar o risco, evita-se não apenas o adoecimento, mas também **custos previdenciários, indenizações e sanções administrativas**.

Por que compreender o Nexo Técnico Profissional é estratégico?

Dominar esse conceito é compreender o elo entre **saúde, direito e economia**. Ele não apenas define a natureza do benefício, mas também orienta a **forma como o Estado e as empresas medem e previnem o adoecimento laboral**. É o ponto em que a perícia previdenciária, a gestão de riscos e a responsabilidade social convergem para um mesmo objetivo: **preservar a capacidade laboral e reduzir o impacto humano e financeiro dos acidentes de trabalho**.

4. NEXO TÉCNICO INDIVIDUAL

O **Nexo Técnico Individual (NTI)**, também conhecido como **nexo técnico por doença equiparada a acidente de trabalho**, é uma modalidade de reconhecimento **individualizado** da relação entre o agravo à saúde e o exercício do trabalho. Diferentemente dos nexos **profissional e epidemiológico**, que utilizam listas e cruzamentos estatísticos, o NTI depende da **análise de um caso concreto**, em que há **comprovação direta** de que a lesão ou doença ocorreu em decorrência de um evento **ocorrido durante o exercício laboral**.

A **Lei nº 8.213/1991**, em seus artigos **19 a 21**, define o **acidente de trabalho típico** como aquele que ocorre **pelo exercício do trabalho a serviço da empresa**, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho, seja ela **temporária ou permanente**.

O **nexo técnico individual** decorre dessa definição e se aplica quando a **causalidade é direta, concreta e observável**, isto é, quando o dano é resultante imediato da atividade laboral, independentemente de listas ou presunções legais. O critério é **fático e objetivo**, geralmente comprovado por testemunhos, laudos técnicos, registros fotográficos ou pela Comunicação de Acidente de Trabalho.

O **Nexo Individual** é aplicado quando o perito do INSS constata, a partir de evidências específicas, que o agravo decorre **de uma situação única e circunstancial**, que ocorreu durante ou em razão direta do trabalho. Ele se aplica, portanto, tanto aos **acidentes típicos** quanto às **doenças equiparadas** previstas no art. 21 da Lei nº 8.213/91.

Exemplos típicos de ocorrência

- **Acidente físico direto:** queda, corte, esmagamento ou entorse durante a jornada.
- **Acidente químico ou biológico:** contaminação acidental em laboratório.
- **Acidente de trajeto:** evento ocorrido entre residência e local de trabalho, em percurso habitual.
- **Doença agravada (concausa):** quadro preexistente de lombalgia agravado por esforço laboral inadequado.

Em todos esses casos, a comprovação do nexos é **individual e documental**, não dependendo de estatísticas ou de associação presumida entre o CNAE e o CID, como ocorre no NTEP.

Um aspecto essencial do Nexos Técnico Individual é o **reconhecimento das concausas** — situações em que o trabalho **agrava** ou **acelera** uma condição clínica já existente. Nesses casos, o nexos causal não é exclusivo, mas o ambiente laboral **contribui diretamente para o desfecho**.

As **concausas** podem ser:

| Tipo de concausa | Momento de ocorrência | Exemplo prático |
|------------------|-----------------------|--|
| Preexistente | Antes do acidente | Trabalhador com hérnia lombar agravada por esforço físico repetido |
| Concomitante | Durante o acidente | Queda agravada por condição cardiovascular |
| Superveniente | Após o acidente | Infecção decorrente de ferimento prévio |

Essas situações são reconhecidas pela jurisprudência e pelo próprio **art. 21 da Lei 8.213/91**, que **equipara** a acidente de trabalho qualquer evento que cause lesão, morte ou incapacidade durante o exercício laboral, mesmo que influenciado por fatores externos ou preexistentes.

Além do **acidente típico**, em que há lesão diretamente causada pela execução do trabalho, a legislação previdenciária também reconhece uma série de **situações equiparadas a acidente de trabalho**, por entender que todas envolvem **risco vinculado à atividade laboral** e, portanto, produzem os mesmos efeitos jurídicos e previdenciários.

Uma dessas hipóteses é o **acidente de trajeto (ou itinerário)**, caracterizado pelo evento que ocorre **no percurso habitual entre a residência do trabalhador e o local de trabalho**, ou no caminho inverso. Mesmo que o trajeto não esteja sob controle direto do empregador, a jurisprudência reconhece que o deslocamento é uma **extensão da atividade laboral**, já que se realiza em função dela. Assim, um acidente de trânsito no percurso, desde que habitual e sem desvio de rota, **mantém o caráter acidentário** e dá origem ao benefício correspondente.

Outro caso é o **acidente ocorrido durante o período de refeição ou descanso**, desde que o trabalhador ainda esteja **nas dependências da empresa ou em local autorizado para esse fim**. Situações aparentemente banais, como uma **queda no refeitório** ou um **escorregão no vestiário durante o intervalo**, são consideradas acidentárias, pois ocorrem dentro do ambiente e do tempo de trabalho, sob responsabilidade do empregador.

Há também os **acidentes decorrentes de força maior ou de ato de terceiro**, quando um evento externo — como um **assalto, descarga elétrica ou incêndio** — causa lesão ao trabalhador **durante a jornada ou no local de trabalho**. Nesses casos, não se exige culpa da empresa, pois o vínculo é reconhecido pelo **contexto laboral do evento**, e não pela intenção ou negligência de uma das partes.

Por fim, a legislação equipara ao acidente de trabalho as **doenças resultantes de contaminação acidental** no exercício da função. São exemplos clássicos as infecções adquiridas por **profissionais de saúde** expostos a sangue, fluidos ou agentes patogênicos em laboratórios, hospitais ou clínicas. Essas ocorrências configuram **acidentes**

biológicos de natureza ocupacional, pois decorrem de exposição involuntária e direta a risco inerente à atividade.

O reconhecimento do Nexo Técnico Individual depende da **análise pericial do INSS**, com base em:

- **Comunicação de Acidente de Trabalho**, obrigatória até o primeiro dia útil após o evento;
- **Laudos médicos e exames complementares**;
- **Testemunhos e registros administrativos**;
- **Inspeção do local de trabalho**, quando necessária.

Essa análise visa confirmar se o agravo foi **causado ou agravado pelo trabalho**, garantindo ao segurado o direito ao **benefício acidentário** e à **estabilidade de 12 meses após o retorno**.

Dessa forma, o Nexo Técnico Individual é o **modelo de nexo mais objetivo e direto**, sendo essencial para:

- Reconhecer acidentes e doenças **não abrangidos pelas listas ou cruzamentos do NTEP**;
- Garantir a proteção previdenciária imediata em casos de **acidente típico**;
- Fornecer base para ações **indenizatórias trabalhistas**, dado seu **valor probatório elevado** nos processos civis e previdenciários.

O papel do nexo individual na análise de responsabilidade e prevenção

O **nexo técnico individual** não serve apenas para reconhecer um benefício previdenciário — ele também é uma **ferramenta estratégica de investigação causal**. Cada ocorrência registrada com nexo individual fornece **dados objetivos sobre falhas nos processos de segurança, ergonomia ou vigilância ambiental** da empresa.

Quando analisados em conjunto, esses eventos isolados ajudam a **mapear padrões de risco** que não seriam detectados por métodos estatísticos como o NTEP. Por isso, o nexo individual funciona como um **termômetro qualitativo da gestão de riscos**, permitindo que o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) **identifique causas-raiz e implemente medidas corretivas específicas** — transformando um caso isolado em aprendizado institucional e prevenção futura.

Como resumo do Nexo Técnico Individual (NTI):

| O que é? | Caracterização da Natureza Acidentária (B91) |
|--------------------------|--|
| Definição | É a comprovação da relação entre a doença/lesão do trabalhador e as atividades de trabalho através de evidências clínicas, documentais ou por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). |
| O Foco | A relação é estabelecida caso a caso , de maneira individual, examinando o histórico e as condições específicas do trabalhador. |
| Quando é Aplicado | É utilizado para reconhecer: <ol style="list-style-type: none"> 1. Acidentes de Trabalho Típicos, ou seja, aquele que acontece no local e horário de trabalho. 2. Acidentes de trajeto que ocorrem no percurso casa-trabalho e vice-versa. 3. Doenças de Trabalho ou agravamento de doenças pré-existentes, quando a prova da relação com o trabalho for feita por meio de documentação médica/técnica em Laudos, Atestados, entre outros documentos comprobatórios. |

5. NTEP – NEXO TÉCNICO EPIDEMIOLÓGICO PREVIDENCIÁRIO

O **Nexo Técnico-Epidemiológico Previdenciário** consolidou-se como **um dos instrumentos mais inovadores da política previdenciária brasileira**, ao introduzir uma visão **coletiva e estatística** na identificação das doenças relacionadas ao trabalho. Instituído pelo **Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007**, o NTEP reformulou o modo como o INSS reconhece o nexo causal entre a doença e a atividade profissional, substituindo a análise exclusivamente individual – centrada em cada trabalhador – por um **modelo epidemiológico de base populacional**.

A essência do NTEP está no **cruzamento sistemático** entre o **Código Internacional de Doenças (CID-10)** e o **Código Nacional de Atividade Econômica** das empresas.

Essa correlação permite identificar **setores com incidência desproporcionalmente elevada de determinados agravos à saúde**, revelando padrões de adoecimento antes invisíveis para a perícia previdenciária tradicional.

**Doença (CID-10) + Atividade da Empresa (CNAE) =
Presunção de Acidente de Trabalho**

Um exemplo é:

| Elemento | Detalhe | Código |
|------------------|--|--------------------|
| Doença (CID) | Dorsalgia (Dor nas costas) e outras Doenças dos Discos Intervertebrais | M54 (CID-10) |
| Atividade (CNAE) | Transporte Rodoviário de Cargas | 4930-2/ (CNAE 2.0) |

Fonte: Lista C, Anexo II Decreto 3048

Tabela 3. CNAE

| Seção | Divisões | Descrição CNAE |
|-------|----------|---|
| A | 01 .. 03 | Agricultura, Pecuária, Produção Florestal, Pesca e Aqüicultura |
| B | 05 .. 09 | Indústrias Extrativas |
| C | 10 .. 33 | Indústrias de Transformação |
| D | 35 .. 35 | Eletricidade e Gás |
| E | 36 .. 39 | Água, Esgoto, Atividades de Gestão de Resíduos e Descontaminação |
| F | 41 .. 43 | Construção |
| G | 45 .. 47 | Comércio; Reparação de Veículos Automotores e Motocicletas |
| H | 49 .. 53 | Transporte, Armazenagem e Correio |
| I | 55 .. 56 | Alojamento e Alimentação |
| J | 58 .. 63 | Informação e Comunicação |
| K | 64 .. 66 | Atividades Financeiras, de Seguros e Serviços Relacionados |
| L | 68 .. 68 | Atividades Imobiliárias |
| M | 69 .. 75 | Atividades Profissionais, Científicas e Técnicas |
| N | 77 .. 82 | Atividades Administrativas e Serviços Complementares |
| O | 84 .. 84 | Administração Pública, Defesa e Seguridade Social |
| P | 85 .. 85 | Educação |
| Q | 86 .. 88 | Saúde Humana e Serviços Sociais |
| R | 90 .. 93 | Artes, Cultura, Esporte e Recreação |
| S | 94 .. 96 | Outras Atividades de Serviços |
| T | 97 .. 97 | Serviços Domésticos |
| U | 99 .. 99 | Organismos Internacionais e Outras Instituições Extraterritoriais |

Fonte: IBGE; CONCLA (2023)²

Mais do que um instrumento técnico, o NTEP representou uma **virada paradigmática** na Previdência Social: substituiu o paradigma da prova individual da causalidade pelo da presunção estatística fundamentada em evidência científica. Ao fazer isso, enfrentou uma das principais distorções do sistema – a **subnotificação crônica de doenças e acidentes ocupacionais**, que historicamente mascarava a real dimensão dos riscos laborais no país.

O NTEP foi criado com um propósito duplo: **aperfeiçoar a caracterização das doenças relacionadas ao trabalho e corrigir o subregistro de agravos ocupacionais** decorrente

da omissão ou subnotificação por parte de empresas. Até sua implementação, milhares de afastamentos eram classificados como **auxílio-doença comum (B31)**, mesmo quando havia indícios claros de relação entre o quadro clínico e as condições de trabalho.

A partir de 2007, o NTEP estabeleceu que, se determinada doença ocorre com frequência estatisticamente superior em um setor econômico específico, presume-se o **nexo causal entre a atividade e o adoecimento**. Essa presunção epidemiológica é automática, mas admite contestação: **cabe à empresa demonstrar, com base em documentos técnicos**

e laudos ambientais, a inexistência de relação causal — invertendo, portanto, o ônus da prova.

Essa inovação colocou o foco da **política previdenciária** na vigilância epidemiológica e na responsabilização preventiva, fortalecendo a integração entre **Previdência Social, Saúde do Trabalhador e Segurança do Trabalho**.

O princípio da presunção epidemiológica

O NTEP parte da premissa de que **a repetição de um mesmo diagnóstico em um mesmo grupo ocupacional não é aleatória**. A alta incidência de determinada doença dentro de um setor produtivo indica que **as condições de trabalho provavelmente atuam como fator causal ou agravante**. Assim, o nexo entre a patologia e a ocupação passa a ser **presumido pelo INSS com base em evidências epidemiológicas nacionais**, e não apenas por observação clínica individual. Essa mudança de perspectiva colocou a estatística a serviço da justiça previdenciária e da proteção coletiva do trabalhador.

A elaboração do NTEP foi resultado de um **estudo técnico-epidemiológico inédito**, conduzido pela **Secretaria de Políticas de Previdência Social**, que analisou o extenso banco de dados de afastamentos e benefícios concedidos pelo INSS no período de **2000 a 2004**.

Foram utilizados modelos estatísticos de regressão logística e estimadores de razão de chances (odds ratio), com **nível de confiança de 99%**, para determinar **quais códigos de doenças** apresentavam **maior prevalência dentro de cada ramo econômico**. O cruzamento desses dados resultou na criação de uma **matriz nacional CID–CNAE**, que identifica as combinações estatisticamente significativas entre doença e atividade profissional.

Essa matriz, incorporada ao **Anexo II do Decreto nº 3.048/1999**, tornou-se a base normativa para a perícia médica do INSS. A partir dela, o sistema informatizado da Previdência passou a **reconhecer automaticamente o nexo técnico previdenciário**, ainda que não haja Comunicação de Acidente de Trabalho registrada pelo empregador.

O impacto prático foi imediato: a **vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador** tornou-se mais precisa e abrangente, e a **responsabilidade empresarial** passou a ser mensurada com base em dados concretos de acidentalidade. Cada benefício reconhecido via NTEP passou a **influenciar diretamente o cálculo do Fator Acidentário Previdenciário**, criando um elo entre o desempenho epidemiológico da empresa e seu custo previdenciário.

O **cruzamento entre o CID-10 e o CNAE** constitui o núcleo metodológico do NTEP. O CID-10 identifica a **patologia diagnosticada** pelo médico perito, enquanto o CNAE define o **ramo de atividade econômica** em que o trabalhador exerce suas funções — como indústria da transformação, transporte, comércio varejista, instituições financeiras ou construção civil.

Ao relacionar esses dois sistemas de classificação, o NTEP transforma o reconhecimento do nexo causal entre doença e trabalho em um **processo baseado em evidências epidemiológicas**, e não apenas em relatos individuais. Essa correlação permite que o INSS **detecte padrões de adoecimento repetitivos** dentro de determinados setores econômicos, tornando possível presumir a relação entre o ambiente ocupacional e o agravamento à saúde.

De acordo com os estudos que fundamentaram o decreto de 2007, **as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (CID M65–M77)** mostraram incidência expressivamente maior entre **empregados de instituições financeiras**, em especial bancários e digitadores. Esse achado consolidou a presunção de que **atividades com movimentos repetitivos e posturas estáticas prolongadas** são causa provável das **lesões por esforço repetitivo (LER/DORT)**.

Situação semelhante ocorre com outras classes de agravos:

- **Perda auditiva neurossensorial (CID H83.3)**, frequentemente observada em **trabalhadores da metalurgia, construção civil e indústria pesada**, setores caracterizados por exposição contínua a ruído de alta intensidade.
- **Doenças respiratórias crônicas (CID J60–J70)**, mais prevalentes em **trabalhadores da mineração, indústria têxtil e de beneficiamento de grãos**, devido à **inalação de poeiras minerais e orgânicas**.
- **Transtornos mentais e comportamentais (CID F30–F39)**, que têm sido associados a atividades de **alta carga cognitiva e emocional**, como as realizadas em **centros médicos e instituições financeiras**.

Esses cruzamentos são consolidados na **Lista C do Anexo II do Decreto nº 3.048/1999**, que registra as combinações estatisticamente significativas entre os códigos de doença e os ramos de atividade. Essa lista, atualizada periodicamente, serve de **referência técnica obrigatória** para a perícia do INSS, garantindo **uniformidade e impessoalidade** na caracterização do nexo técnico previdenciário.

O resultado é que **cada coincidência entre um CID e um CNAE** não é interpretada como um evento isolado, mas como **um indicativo coletivo de risco ocupacional**. Assim, o cruzamento entre esses códigos **orienta**:

- **A atuação fiscalizatória e preventiva** dos órgãos de saúde e segurança do trabalho, que passam a identificar os setores com maior carga de adoecimento;
- **O cálculo do Fator Acidentário Previdenciário**, que reflete o desempenho da empresa em termos de incidência e gravidade de doenças relacionadas ao trabalho.

Além disso, a partir da implementação do NTEP, os benefícios anteriormente classificados como **auxílio-doença comum (B31)** passaram, em muitos casos, a ser enquadrados como **auxílio-doença acidentário (B91)**, com consequências previdenciárias relevantes.

Essa **reclassificação** acarreta:

- **Reconhecimento automático da natureza ocupacional do agravamento;**
- **Garantia de estabilidade de 12 meses** após o retorno ao trabalho;
- **Obrigações da empresa de emitir a CAT e custear o SAT/FAP** correspondente;
- **Inclusão do caso nas estatísticas de acidentalidade**, o que impacta o cálculo do FAP.

Além do aspecto protetivo ao trabalhador, o NTEP também **fortaleceu a política de prevenção**, pois obrigou as empresas a **monitorar** seus indicadores de saúde ocupacional e a **adotar** programas efetivos de controle e ergonomia.

O NTEP como ferramenta de gestão

O NTEP não é apenas um mecanismo de presunção jurídica, mas um **instrumento de diagnóstico coletivo**. Ele permite identificar quais setores estão mais vulneráveis e **orientar políticas de prevenção e redução de riscos**, alinhando os dados previdenciários com a vigilância em saúde do trabalhador.

5.1. Controvérsias e Limitações do NTEP

O Nexo Técnico-Epidemiológico Previdenciário, embora amplamente reconhecido como um **avanço técnico e social**, permanece como um dos instrumentos mais **debatidos e desafiadores** da política previdenciária contemporânea.

Sua proposta — **presumir o vínculo entre doença e atividade econômica com base em dados estatísticos** — trouxe ganhos expressivos na identificação de agravos subnotificados, mas também inaugurou **dilemas metodológicos, jurídicos e éticos**.

Essas controvérsias não invalidam o modelo, mas evidenciam a necessidade de **revisão permanente e interpretação crítica** de suas premissas, sob pena de transformar um instrumento de justiça social em um **mecanismo de generalização indevida de causalidades**.

A primeira e mais recorrente crítica ao NTEP refere-se à **origem e extensão temporal de sua base de dados**. O modelo foi construído a partir de um **recorte histórico de apenas quatro anos (2000–2004)**, capturado em um período anterior à modernização tecnológica e às mudanças estruturais do mercado de trabalho brasileiro.

Esse recorte curto e desatualizado gera **viés temporal**: ele reflete o perfil epidemiológico e ocupacional de uma era pré-digital, em que muitas funções eram manuais e mecanizadas, enquanto o mundo atual é marcado por automação, informatização e novas formas de vínculo laboral — inclusive **trabalho remoto, intermitente e híbrido**.

Assim, doenças antes típicas de determinadas categorias (como LER/DORT em bancários) podem ter **perdido força**, ao passo que **novos agravos psicossociais, cognitivos e relacionados ao estresse digital** emergiram. No entanto, a matriz original do NTEP não foi revisada de modo sistemático para refletir essas transformações. Esse descompasso compromete a acurácia do modelo e reforça a crítica de que **o NTEP é um retrato congelado de uma realidade produtiva já superada**, incapaz de acompanhar o dinamismo das relações contemporâneas de trabalho.

O viés temporal na análise epidemiológica

Um modelo estatístico só é confiável se for **periodicamente recalibrado**. Quando se usa um banco de dados fixo, sem considerar mudanças nas exposições e tecnologias, corre-se o risco de **superestimar doenças em declínio e ignorar agravos emergentes**, distorcendo tanto o diagnóstico coletivo quanto a política de prevenção.

Do ponto de vista científico, o NTEP baseia-se na **razão de chances** — uma medida estatística amplamente utilizada em epidemiologia. Entretanto, o modo como foi aplicado na Previdência apresenta **limitações de validade interna e externa**.

O cálculo compara a **chance de um trabalhador de determinado setor adoecer** com a **chance de adoecimento na população geral**, o que pressupõe a existência de um grupo controle representativo e homogêneo. Na prática, **esse grupo controle nunca foi claramente definido**. Utilizar a população geral, com suas diferentes condições socioeconômicas, hábitos de vida e exposições ambientais, cria um **viés de confusão** que compromete a inferência causal.

Além disso, o NTEP agrupa trabalhadores **apenas pelo CNAE da empresa**, sem considerar **funções específicas ou graus de exposição**. Isso significa que funções completamente distintas dentro de uma mesma atividade econômica são tratadas como equivalentes. Por exemplo, dentro de um mesmo banco, **digitadores, caixas e vigilantes** são avaliados como se tivessem os mesmos riscos ergonômicos e biomecânicos, o que evidentemente não é verdade. Essa **homogeneização artificial** compromete a precisão da inferência e leva à **atribuição indevida de causalidade**.

O perigo das correlações espúrias

Correlação não é causalidade. Quando dois fenômenos ocorrem juntos com frequência, isso não significa que um cause o outro. No caso do NTEP, a **alta incidência de uma doença em um setor** pode refletir **características sociodemográficas, condições prévias de saúde ou fatores externos ao trabalho**, e não necessariamente a exposição ocupacional.

Outra limitação central do NTEP é sua **incapacidade de aferir a causalidade individual**. O sistema parte de uma **presunção estatística coletiva**, sem investigar as condições reais do posto de trabalho ou o nexos clínico direto entre exposição e doença. Isso faz com que o modelo **reconheça como ocupacionais agravos que podem não ter relação com o trabalho**, especialmente em casos nos quais a função desempenhada não envolve a exposição típica àquele risco.

Um exemplo ilustrativo é o **caso do vigilante lotado em instituição financeira**. Embora ele pertença a um CNAE bancário, não executa tarefas repetitivas que justifiquem o desenvolvimento de **tendinites ou LER/DORT**. Ainda assim, pelo simples cruzamento automático de CID e CNAE, seu afastamento pode ser classificado como acidentário. Esse tipo de distorção cria o que muitos autores chamam de **“ficção epidemiológica”** — uma associação estatística sem lastro clínico, que pode gerar ônus indevido à empresa e fragilização da análise pericial.

Outro problema correlato é que o NTEP **não distingue causas diretas de concausas**, nem identifica **fatores pessoais e extralaborais** que possam ter contribuído para o adoecimento. Dessa forma, o modelo, embora eficaz para vigilância populacional, **não substitui a necessidade de avaliação médica individual e contextualizada**.

A **inversão do ônus da prova**, implementada pelo Decreto nº 6.042/2007, é talvez a controvérsia mais sensível. Antes do NTEP, o **trabalhador precisava provar que sua doença**

tinha relação com o trabalho. Com o novo modelo, a Presunção Epidemiológica do NTEP transfere essa responsabilidade à empresa: se o cruzamento estatístico indica nexos, **cabe ao empregador comprovar que o adoecimento não decorreu da atividade laboral.**

Essa inversão teve **méritos sociais evidentes**, pois **corrigiu o desequilíbrio de forças** entre trabalhador e empregador — especialmente em contextos de precarização laboral e baixa capacidade técnica de defesa do segurado. Contudo, ela também trouxe riscos de automatismo e insegurança jurídica, principalmente porque **nem todas as empresas possuem estrutura técnica ou documental** (como laudos ambientais, análises ergonômicas e registros de exposição) suficientes para contestar o nexo dentro do prazo administrativo.

Na prática, a contestação torna-se **um processo técnico e burocrático complexo**, e o simples **reconhecimento automático pelo sistema do INSS** tende a prevalecer. O perito, por sua vez, **precisa justificar tecnicamente qualquer negativa do nexo**, o que aumenta a rigidez procedimental e reduz a margem para discernimento clínico.

O efeito da inversão do ônus da prova

- **Antes do NTEP:** o trabalhador precisava demonstrar a causa ocupacional da doença.
- **Após o NTEP:** presume-se o nexo entre o agravo e a atividade; cabe à empresa provar o contrário.
- **Efeito prático:** maior proteção social, porém também **potencial aumento de falsos positivos e litigiosidade**, especialmente quando o CNAE não reflete fielmente a função real do empregado.

O uso de sistemas automatizados no processo pericial é outro ponto de crítica recorrente. O **sistema informatizado do INSS** apresenta ao perito, durante a análise, a correlação automática entre o **CID e o CNAE**, indicando a presunção de nexo. Para negar essa relação, o perito precisa fundamentar tecnicamente a decisão com **documentos objetivos** (como laudos ambientais, comunicações da empresa ou dados epidemiológicos alternativos). Entretanto, **essa exigência raramente é atendida de modo adequado**, seja pela ausência de documentos, seja pela limitação do tempo pericial.

Outro ponto ético é a **falta de transparência para o trabalhador**. O segurado muitas vezes **não tem acesso às razões da negativa do nexo**, dificultando o direito de defesa e o exercício pleno do contraditório. Essa **opacidade do processo administrativo** gera desconfiância e compromete a legitimidade social do sistema. A perícia, que deveria equilibrar rigor técnico e justiça social, acaba sujeita a **automatismos estatísticos**, onde a decisão pode depender mais do algoritmo do que da análise médica personalizada.

As controvérsias do NTEP não anulam seu valor — elas revelam sua **complexidade e potência transformadora**. O modelo foi crucial para ampliar o reconhecimento das doenças ocupacionais e dar visibilidade aos riscos do

trabalho, mas **precisa ser atualizado, refinado e humanizado**. Entre as propostas de aprimoramento, destacam-se:

- **Atualização periódica da base de dados** e dos cruzamentos CID–CNAE, incorporando novas exposições, doenças emergentes e transformações do mercado de trabalho (como gig economy e trabalho remoto).
- **Integração entre NTEP, FAP e dados do eSocial**, para fortalecer a rastreabilidade dos afastamentos e melhorar a consistência estatística.
- **Capacitação continuada de peritos e auditores**, a fim de que a presunção epidemiológica não substitua a análise técnica individual.
- **Criação de mecanismos de transparência e contraditório efetivo**, garantindo que trabalhadores e empresas compreendam as decisões periciais e possam contestá-las de forma fundamentada.

Entre a estatística e a justiça social

O NTEP é um avanço quando usado como **instrumento de vigilância e prevenção**, mas torna-se problemático quando interpretado como **verdade absoluta sobre a origem da doença**. O equilíbrio ideal está em **usar a estatística como ponto de partida**, e não como sentença.

Cabe ao Estado e às instituições aperfeiçoarem o modelo para que o NTEP **reflita a realidade dinâmica do trabalho**, sem perder sua **função essencial de proteção ao trabalhador e responsabilização social das empresas**.

5.2. Expectativa vs. Realidade

Quando o NTEP foi criado, em 2007, imaginava-se que ele se tornaria **um divisor de águas** na forma como o Estado reconhece o nexo entre trabalho e adoecimento. A expectativa era que o modelo, fundamentado em critérios **epidemiológicos e probabilísticos**, **reduzisse a subnotificação**, promovesse **maior justiça previdenciária** e **fortalecesse a prevenção** nos ambientes laborais.

Na prática, entretanto, o que se observa é um **descompasso entre a intenção normativa e a aplicação concreta**. A distância entre o ideal teórico e a realidade operacional tem revelado distorções, estigmas e interpretações equivocadas sobre o papel do trabalho, da empresa e da própria perícia médica previdenciária.

O desenho original do NTEP pretendia **substituir o julgamento subjetivo por critérios objetivos e científicos**, oferecendo maior equidade na concessão de benefícios. No entanto, a sua implementação acabou gerando um **automatismo estatístico**, que frequentemente **ignora a singularidade dos casos concretos**.

Na expectativa de **aprimorar** a equidade, criou-se um sistema que, em muitos momentos, **presume causalidade sem investigação clínica individual**. Um trabalhador que se acidenta fora do expediente, em casa ou em atividade recreativa, pode, por cruzamento automático de **CID e CNAE**, ter seu afastamento enquadrado como **benefício acidentário (B91)**, mesmo que não exista relação alguma com o trabalho. Na ausência de prova contrária, **a estatística se impõe sobre o fato**. Essa rigidez algorítmica tem

levado empresas a enfrentar **questionamentos indevidos**, e trabalhadores, a **constrangimentos internos**, por retornarem ao serviço com registros de “acidente de trabalho” sem que o evento tenha ocorrido no ambiente laboral.

O efeito da automatização pericial

O cruzamento automático CID–CNAE confere rapidez, mas também reduz a análise técnica personalizada. Sem documentação probatória ou investigação complementar, **casos alheios ao ambiente de trabalho** podem ser erroneamente classificados como **acidentários**, onerando empresas e descredibilizando o próprio sistema pericial.

Do ponto de vista filosófico e social, o NTEP foi concebido em um contexto de **defesa da dignidade do trabalhador**. Pretendia-se reafirmar que o trabalho, embora possa gerar risco, deve ser reconhecido como **determinante de saúde**, quando realizado em **condições seguras, organizadas e humanizadas**. Contudo, a leitura puramente estatística acabou produzindo o efeito oposto: **a associação automática entre determinadas atividades econômicas e determinadas doenças** passou a reforçar o discurso de que “trabalhar adoecer”.

A relação entre CID e CNAE, quando usada de forma rígida, **converte o trabalho em vilão epidemiológico**, reduzindo sua dimensão social e psicológica. Empresas de setores classificados como “de alto risco” passam a carregar **um estigma estrutural**, enquanto profissionais desses segmentos **enfrentam preconceito ou desconfiança**, mesmo quando suas condições de trabalho são adequadas.

Além disso, o modelo **não considera variáveis subjetivas de proteção à saúde**, como satisfação profissional, reconhecimento social e apoio organizacional, fatores reconhecidos pela literatura atual como **determinantes positivos de bem-estar mental e físico**. A consequência é uma leitura reducionista, na qual o **trabalho é visto apenas como fonte de doença**, e não como espaço de **realização, identidade e prevenção**.

Do determinismo estatístico ao determinismo social

O NTEP corre o risco de substituir o antigo preconceito contra o trabalhador adoecido por um **novo preconceito contra o trabalho em si**, transformando o exercício profissional em sinônimo de risco inevitável, quando na verdade ele também é **fator protetor da saúde mental e social**.

Outra promessa do NTEP era **enfrentar a crônica subnotificação** de doenças ocupacionais. Com a inversão do ônus da prova, **presumia-se que mais casos seriam reconhecidos como ocupacionais**, corrigindo a tendência de omissão das empresas. Na prática, contudo, o sistema gerou **novas disputas de evidência**, frequentemente travadas entre **trabalhadores e empregadores**, com base em laudos e documentos contraditórios.

Hoje, é comum observar **dois movimentos opostos**:

- O **trabalhador**, munido de atestados e sintomas, tenta demonstrar que seu adoecimento tem vínculo com o trabalho;
- A **empresa**, por sua vez, envia **documentos ambientais, ergonômicos e médicos**, argumentando que suas condições não permitem aquele tipo de agravo.

O resultado é um **processo administrativo conflituoso**, no qual a presunção epidemiológica nem sempre garante justiça material. Em alguns casos, a empresa consegue **reverter o enquadramento acidentário**, mesmo diante de uma doença de origem claramente laboral; em outros, um adoecimento de causa externa **mantém indevidamente o nexos presumido**, gerando insegurança jurídica e descrédito institucional.

Quando o remédio vira paradoxo

O NTEP nasceu para **combater a omissão**, mas, quando usado de forma rígida, pode **desestimular o registro voluntário** de acidentes, já que empresas temem o aumento de seus índices de sinistralidade e repercussões no FAP. Assim, a expectativa de transparência pode se converter em **reticência preventiva**, com prejuízo à cultura de segurança.

No plano teórico, o NTEP foi projetado com base em uma **visão linear de causalidade** — uma causa gerando um efeito. Porém, no mundo real, o processo saúde-trabalho é **multifatorial, dinâmico e interativo**. Pouquíssimos agravos têm **um único agente etiológico**; a maioria resulta da **interação entre fatores físicos, químicos, ergonômicos, psicológicos e sociais**, somados a predisposições individuais.

Doenças osteomusculares e transtornos mentais, por exemplo, **não seguem uma lógica de causalidade simples**. Um mesmo diagnóstico pode derivar de estresse ocupacional, sobrecarga doméstica, sedentarismo, predisposição genética, isolamento social ou uso de tecnologia. Ao tentar enquadrar essa complexidade em uma matriz estática CID–CNAE, o NTEP **simplifica o fenômeno e dilui a responsabilidade compartilhada**, criando **falsos positivos e falsos negativos** no reconhecimento do nexos.

Passados mais de 15 anos de sua criação, o NTEP **continua operando como ferramenta essencial**, mas **longe da precisão idealizada**. A expectativa de um modelo técnico, justo e eficiente foi parcialmente atendida: ele de fato ampliou a visibilidade das doenças relacionadas ao trabalho e impulsionou políticas de prevenção, mas **não acompanhou a evolução social, tecnológica e epidemiológica do país**.

Hoje, especialistas apontam **três eixos de reformulação** necessários:

- **Atualização periódica da matriz estatística**, com base em dados recentes do eSocial e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador.
- **Integração entre perícia médica, auditoria trabalhista e vigilância em saúde**, para cruzar informações qualitativas e quantitativas.
- **Reforço da capacitação técnica dos peritos**, para equilibrar a presunção estatística com o raciocínio clínico e o juízo crítico individualizado.

Ainda assim, a distância entre expectativa e realidade não deslegitima o NTEP, mas revela a urgência de sua readequação científica e procedimental, para que o instrumento volte a cumprir sua função: **equilibrar proteção social, justiça técnica e sustentabilidade previdenciária**.

Tabela 4. Resumo dos tipos de nexos e suas comprovações.

| Tipo de Nexo | Como é Comprovado | Presunção |
|------------------------------|---|--|
| NTEP (Epidemiológico) | Cruzamento estatístico entre o CID (doença) e a CNAE (atividade econômica da empresa). | Presunção de que é do Trabalho , salvo prova em contrário da empresa. |
| NTP (Profissional) | A doença está listada como peculiar a determinada profissão (Lista A do Decreto). | Presunção de que é do Trabalho , por ser uma doença característica daquela profissão. |
| NTI (Individual) | Não há presunção automática. A relação é comprovada por provas concretas apresentadas no momento da perícia ou pela emissão de CAT. | A prova é feita pelo trabalhador/médico/empresa para convencer o perito do nexo. |

Fonte: Elaborado pelo autor.

6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E SAT

A análise do **grau de risco empresarial** e sua relação com o **Seguro de Acidente de Trabalho** constitui uma das bases mais relevantes da política previdenciária e de saúde ocupacional no Brasil. Todo empreendimento formalizado no país é enquadrado, desde a sua constituição, em um **CNAE** que determina o **grau de risco** de sua operação. Essa classificação, prevista originalmente na **Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4)** e complementada pelo Decreto nº 3.048/1999, reflete a **probabilidade e a gravidade dos agravos ocupacionais** inerentes ao tipo de atividade exercida. Assim, uma empresa do ramo hospitalar, por exemplo, apresenta risco

Tabela 5. Faixas do SAT e exemplos práticos

| Alíquota do SAT | Grau de risco | Exemplos de atividades |
|-----------------|---------------|--|
| 1% | Risco leve | Escritórios, consultorias, escolas, serviços de TI |
| 2% | Risco médio | Indústrias de alimentos, gráficas, transportadoras urbanas |
| 3% | Risco grave | Construção civil, mineração, metalurgia, hospitais, frigoríficos |

**A alíquota é aplicada sobre o total da folha de pagamento bruta da empresa (salários, gratificações e encargos trabalhistas).

 Fonte: Brasil (1991)¹⁰

Contudo, o **SAT isoladamente** não reflete a performance real de cada empresa, mas apenas o **risco médio setorial**. É nesse ponto que o **Fator Acidentário Previdenciário** atua como instrumento de **individualização da responsabilidade previdenciária**. Implementado pelo Decreto nº 6.042/2007, o FAP ajusta a alíquota do SAT com base no **histórico de acidentalidade e afastamentos de cada empresa**. Assim, duas empresas pertencentes ao mesmo setor e com o mesmo grau de risco podem pagar contribuições diferentes, dependendo de seu desempenho em segurança e saúde. O FAP varia de **0,5 a 2,0**, podendo **reduzir pela metade ou dobrar o valor do SAT**. Empresas que mantêm baixos índices de acidentes e doenças ocupacionais são beneficiadas com redução da contribuição, enquanto aquelas com elevado número de afastamentos têm a alíquota majorada.

intrinsecamente superior a uma empresa de consultoria administrativa, devido ao número e à natureza das exposições potenciais a agentes biológicos, químicos e ergonômicos.

O **grau de risco** não é uma estimativa subjetiva, mas uma **classificação normativa**, construída a partir de séries históricas de acidentes e doenças registradas em cada setor econômico. Ele é dividido em quatro níveis: **grau de risco 1 (leve)**, **2 (moderado)**, **3 (grave)** e **4 (muito grave)**, embora o enquadramento previdenciário para fins de contribuição se concentre em três faixas percentuais — 1%, 2% e 3% — aplicadas sobre a **folha de pagamento mensal da empresa**. Essa contribuição, denominada **Seguro de Acidente de Trabalho**, corresponde ao valor pago pela empresa ao INSS para custear benefícios decorrentes de acidentes, doenças ocupacionais e reabilitação profissional. Em outras palavras, o SAT é o **prêmio do seguro coletivo contra acidentes laborais**, cujo custo varia de acordo com o risco que o setor representa à Previdência.

A **lógica do SAT** é essencialmente atuarial: quanto maior o risco de acidente ou adoecimento na atividade econômica, maior a alíquota aplicada. Assim, uma empresa de **fabricação de produtos químicos** (risco elevado) contribui com 3% sobre a folha, enquanto uma empresa de **serviços administrativos** (risco leve) contribui com apenas 1%. Essa diferenciação cumpre uma função de **equilíbrio financeiro e incentivo preventivo**, pois estimula os empregadores a investirem em segurança do trabalho, saúde ocupacional e ergonomia, buscando reduzir sua exposição ao risco e, conseqüentemente, o custo do seguro.

Essa metodologia representa um marco na **política de corresponsabilidade previdenciária**, pois vincula o custo do seguro à efetiva gestão de riscos. A lógica é de **recompensa e penalização simultânea**: a empresa que investe em prevenção e gestão de saúde ocupacional paga menos, e aquela que negligencia tais medidas paga mais. Tal mecanismo busca induzir comportamentos organizacionais voltados à redução de sinistros e à promoção da saúde do trabalhador, estabelecendo uma relação direta entre **gestão interna e sustentabilidade previdenciária**.

Entretanto, a **implementação prática do SAT e do FAP** não está isenta de críticas. O sistema depende de bases de dados complexas, oriundas de registros de CAT e concessões de benefícios acidentários (B91). Quando há subnotificação ou falhas na comunicação com o eSocial, o índice calculado

pode **não refletir a realidade da empresa**, gerando distorções financeiras. Além disso, o FAP é calculado com base em indicadores previdenciários — e não diretamente nos programas de prevenção implantados — o que, em alguns casos, **desestimula iniciativas de registro transparente de acidentes leves**, já que qualquer notificação pode elevar o índice e o custo tributário.

SAT e FAP como instrumentos de gestão

O gestor de segurança deve enxergar o SAT e o FAP não apenas como obrigações fiscais, mas como **ferramentas de monitoramento do desempenho institucional**. O acompanhamento sistemático dos indicadores de acidentalidade, o controle de afastamentos e a atualização de programas como o PCMSO, PGR e o LTCAT podem reduzir significativamente a alíquota aplicada. Cada evento prevenido representa não só uma economia direta para a empresa, mas também **um indicador de maturidade organizacional em segurança e saúde**.

A integração entre **SAT, FAP e NTEP** constitui, assim, o tripé da moderna política de financiamento e prevenção de acidentes no Brasil. O SAT garante a base contributiva solidária; o NTEP define o vínculo técnico-epidemiológico entre doença e atividade; e o FAP diferencia o desempenho individual das empresas dentro de um mesmo setor. O equilíbrio entre esses três eixos é o que permite que o sistema previdenciário seja ao mesmo tempo **protetivo, sustentável e orientado para a melhoria contínua das condições de trabalho**.

7. FAP - FATOR ACIDENTÁRIO PREVIDENCIÁRIO

O **Fator Acidentário Previdenciário** é um instrumento de **gestão e diferenciação contributiva** criado para alinhar a arrecadação previdenciária à política de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais. Implementado a partir do Decreto nº 6.042/2007 e efetivamente aplicado desde 2010, ele atua como **um multiplicador variável (de 0,5 a 2,0)** sobre as alíquotas básicas do **Seguro de Acidente de Trabalho (SAT)**, que variam entre 1%, 2% e 3%, conforme o grau de risco da atividade econômica.

O **FAP** funciona como um mecanismo de **bonificação ou penalização**. Empresas que apresentam **baixo índice de acidentalidade** podem ter sua alíquota reduzida em até 50%, enquanto aquelas com **maior número ou gravidade de acidentes** podem ter o valor **dobrado**. Essa lógica cria um modelo de **incentivo fiscal à prevenção**, no qual o custo do seguro previdenciário se torna proporcional ao desempenho da empresa em saúde e segurança do trabalho.

O **objetivo** do FAP é **personalizar a tributação entre as empresas**. Aquelas que investem em prevenção e tem poucos acidentes, pagam menos. Já as que apresentam altos índices de acidentes e doenças pagam mais.

O cálculo do FAP é de natureza **estatístico-atuarial**, e considera o desempenho da empresa dentro da **mesma subclasse de atividade econômica**, de modo a comparar organizações expostas a riscos semelhantes. A fórmula, publicada anualmente pela Portaria Interministerial MPS/MF nº 254/2009 e atualizada por normativas posteriores,

tem como base **três parâmetros fundamentais: frequência, gravidade e custo** dos eventos acidentários.

O **indicador de frequência** representa a incidência de eventos reconhecidos pela Previdência como acidentes ou doenças do trabalho. Ele é obtido a partir da razão entre o número total de registros de **CATs e benefícios acidentários concedidos (B91 a B94)** — incluindo aqueles reconhecidos automaticamente pelo **NTEP** — e o número médio de vínculos empregatícios mantidos pela empresa no período de dois anos-base, multiplicado por mil. Assim, a frequência traduz quantos acidentes ou afastamentos ocorrem **por mil trabalhadores**, sendo o indicador mais diretamente sensível à efetividade das medidas preventivas.

Já o **indicador de gravidade** expressa a severidade dos acidentes e é construído por uma **soma ponderada** dos benefícios acidentários concedidos, aplicando pesos distintos conforme o tipo de ocorrência. A fórmula segue o modelo: **(B91 × 0,10) + (B92 × 0,30) + (B93 × 0,50) + (B94 × 0,10)**, dividida pelo número médio de vínculos e multiplicada por mil. Cada tipo de benefício possui um peso proporcional ao seu impacto social e previdenciário: o auxílio-doença acidentário (B91) indica afastamentos temporários; o auxílio-acidente (B92), sequelas permanentes; a aposentadoria por invalidez (B93), perda definitiva da capacidade laborativa; e a pensão por morte (B94), o desfecho mais grave. Dessa forma, a gravidade mensura não apenas a ocorrência, mas o **potencial incapacitante dos eventos registrados**.

O terceiro componente, **indicador de custo**, quantifica o **impacto econômico direto dos acidentes** sobre a Previdência. É calculado pela razão entre o valor total dos benefícios acidentários pagos no período de referência e a **massa salarial total** dos empregados da empresa, multiplicada por mil. Esse parâmetro confere uma dimensão financeira ao modelo, vinculando a despesa previdenciária gerada à capacidade contributiva do empregador.

Tabela 6. Indicadores e base de cálculo

| Indicador | Representa | Base de cálculo |
|------------|--|--|
| Frequência | Quantidade de eventos acidentários reconhecidos | (Total de CATs e benefícios acidentários ÷ nº médio de vínculos) × 1.000 |
| Gravidade | Severidade dos acidentes, conforme tipo de benefício | $[(B91 \times 0,1) + (B92 \times 0,3) + (B93 \times 0,5) + (B94 \times 0,1)] \div$ nº médio de vínculos × 1.000 |
| Custo | Impacto financeiro para a Previdência | (Valor total de benefícios ÷ massa salarial) × 1.000 |

Fonte: Brasil (2014)¹⁴

Após o cálculo desses três componentes, o INSS os converte em **percentis comparativos** dentro da subclasse de CNAE a que pertence a empresa. Em outras palavras, cada organização é posicionada em relação às demais do mesmo setor, de acordo com seu desempenho nos indicadores de frequência, gravidade e custo. Toda empresa paga uma **alíquota base** baseado no **Risco Ambiental do**

Trabalho (RAT), que é definido pelo seu CNAE que representa o risco inerente ao setor, variando de leve (1%), sendo os escritórios e serviços administrativos a grave (3%) como construção civil e metalurgia.

A ponderação final é feita com base em pesos definidos por portaria ministerial, que tradicionalmente atribui **50% de peso à gravidade, 35% à frequência e 15% ao custo**, refletindo a prioridade da severidade dos acidentes na composição do resultado final. O índice final, resultante dessa ponderação, é então transformado no valor numérico do FAP, que pode **reduzir pela metade ou dobrar** o valor do SAT. Assim, uma empresa de grau de risco médio (alíquota de 2%) com **FAP = 0,5** pagará 1%, enquanto outra do mesmo setor com **FAP = 2,0** pagará 4%.

Empresas sem registro de acidentes ou benefícios acidentários nos 24 meses anteriores recebem **FAP igual a 0,5000**, representando o limite mínimo de bonificação. Por outro lado, aquelas com índices muito acima da média do setor podem alcançar **FAP igual a 2,0000**, configurando a penalização máxima. Esse intervalo de variação é justamente o que confere ao FAP sua função de **mecanismo de estímulo comportamental**, transformando resultados de prevenção em **vantagens financeiras concretas** e negligência em **custo ampliado**.

Peso relativo dos componentes do FAP

- **Gravidade (50%)**: expressa a relevância previdenciária dos casos graves e letais, priorizando aposentadorias por invalidez e pensões por morte.
- **Frequência (35%)**: reflete a regularidade dos acidentes e afastamentos, sendo o fator mais influenciado pela cultura de prevenção.
- **Custo (15%)**: relaciona-se ao gasto efetivo do INSS com os benefícios concedidos, integrando a dimensão econômica da política acidentária.

Em resumo: Quanto mais benefícios B91 a empresa tiver (muitos deles decorrentes do NTEP), maior será o seu FAP, e mais cara será a sua contribuição previdenciária.

A soma desses elementos compõe um sistema equilibrado entre **justiça atuarial e incentivo preventivo**. O FAP, portanto, não é apenas uma fórmula matemática, mas um índice de desempenho em saúde ocupacional, capaz de premiar a eficiência das empresas em preservar a integridade física e mental de seus trabalhadores, ao mesmo tempo em que responsabiliza financeiramente aquelas que mantêm ambientes de trabalho mais propensos a acidentes e adoecimento.

Em essência, o FAP funciona como um **mecanismo de precificação do risco previdenciário**. Empresas que investem em segurança, reduzem acidentes e mantêm afastamentos abaixo da média do setor são **bonificadas com alíquotas reduzidas**, podendo chegar ao limite de **FAP = 0,5000**, ou seja, um desconto de 50% sobre o valor-base do SAT. Já aquelas que acumulam registros de acidentes, doenças ocupacionais e afastamentos longos têm o índice elevado — até **FAP = 2,0000** —, pagando o dobro do valor devido. Essa lógica cria um **ciclo econômico virtuoso**: a redução de riscos e o fortalecimento das medidas

preventivas não apenas protegem o trabalhador, mas também **reduzem custos diretos com tributos e indiretos com absenteísmo, substituição e perda de produtividade**.

Embora os **indicadores de gravidade e custo** tenham baixa previsibilidade — por dependerem de fatores não controláveis, como a natureza dos acidentes ou o valor dos benefícios concedidos —, o índice de frequência pode ser significativamente influenciado pelas políticas internas da empresa. O fortalecimento de programas como o **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional**, o **Programa de Gerenciamento de Riscos**, o **Comitê Interno de Prevenção de Acidentes** e a gestão eficiente de **Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva** são estratégias capazes de reduzir o número de eventos reportados. Assim, o FAP extrapola a função arrecadatória e se torna um **instrumento pedagógico e gerencial**, estimulando uma cultura organizacional orientada à segurança e à sustentabilidade

Controle e contestação do FAP

Todos os anos, o índice de FAP de cada empresa é divulgado no portal da Previdência Social, com base nos dois anos de dados anteriores. O empregador pode **acessar o sistema, verificar os registros de acidentes e benefícios considerados, e impugnar o resultado** em até **30 dias corridos** caso identifique inconsistências — como benefícios indevidamente vinculados ao CNPJ ou eventos acidentários já encerrados. Esse procedimento administrativo é fundamental para garantir que o cálculo reflita com precisão o desempenho real da empresa e evite ônus financeiros indevidos.

Apesar de seu valor como instrumento de política pública, o FAP enfrenta **desafios estruturais e operacionais** que limitam seu potencial pleno. O primeiro deles é a **dependência de bases de dados previdenciárias incompletas ou desatualizadas**, o que pode gerar distorções no índice de acidentalidade e comprometer a equidade entre empresas de um mesmo setor. Além disso, o modelo **não diferencia o porte empresarial**, o que significa que pequenas empresas — mais vulneráveis à variação estatística — podem ser penalizadas por poucos casos isolados de afastamento.

Outro ponto sensível é a **judicialização da metodologia**. Diversos setores econômicos têm questionado a **falta de transparência nos algoritmos de cálculo** e o **sigilo dos dados utilizados**, argumentando que a ausência de acesso integral às bases do INSS impede a plena verificação da equidade do modelo. Soma-se a isso a **subnotificação estratégica**: algumas empresas evitam emitir CATs de acidentes leves para não elevar o índice de frequência, o que reduz a visibilidade epidemiológica real e prejudica o planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Mesmo diante dessas limitações, o FAP permanece como um **pilar essencial da política de prevenção no Brasil**. Ele promove uma integração inédita entre **lógica atuarial e responsabilidade social**, transferindo parte do custo dos acidentes para as empresas e incentivando **boas práticas em gestão de riscos e ergonomia**. Dessa forma, o sistema não apenas corrige distorções financeiras do regime previdenciário, mas também fortalece a cultura de **segurança e**

sustentabilidade nas relações de trabalho, consolidando o princípio de que **prevenir é mais vantajoso — e mais humano — do que indenizar**.

7.1. Travas do FAP

O Fator Acidentário Previdenciário foi concebido como um instrumento de incentivo à prevenção e de justiça contributiva, mas sua estrutura contempla também **mecanismos de correção e limitação**, conhecidos como **travas**, que impedem distorções nos resultados do cálculo. Entre essas travas, duas se destacam: a **trava de mortalidade** e a **trava de rotatividade**. Ambas têm como objetivo preservar o caráter ético e atuarial do sistema, evitando que empresas com histórico grave de acidentes fatais ou com alta rotatividade de trabalhadores se beneficiem de reduções indevidas no custo do seguro de acidente de trabalho.

▪ Trava de Mortalidade

A **trava de mortalidade** atua como um limite inferior no cálculo do FAP, estabelecendo que **nenhuma empresa que registre morte decorrente de acidente de trabalho** poderá ter índice inferior a 1,0000. Em outras palavras, ainda que a organização apresente uma frequência global de acidentes baixa e bons indicadores de prevenção, a ocorrência de um óbito impede a aplicação de qualquer bonificação. A justificativa técnica e ética para essa medida é clara: o sistema não pode permitir que o ganho financeiro decorrente de boas práticas compensatórias neutralize o impacto de uma perda humana dentro do ambiente de trabalho.

Do ponto de vista técnico, a morte representa o **evento acidentário de maior peso na composição do FAP**, pois corresponde ao benefício B94 (**pensão por morte acidentária**), que possui o **peso máximo (0,5)** no cálculo da gravidade. Assim, mesmo um único evento fatal eleva substancialmente o índice. Ainda que o restante da fórmula (frequência e custo) resulte em um valor inferior a 1,0000, a **trava de mortalidade “trava” o multiplicador nesse patamar mínimo**, funcionando como um piso ético-financeiro. Essa decisão regulamentar traduz o princípio de que **a ocorrência de morte no trabalho inviabiliza qualquer classificação de baixo risco**.

No entanto, há **exceções raras e rigorosas** previstas na regulamentação previdenciária. Uma empresa poderá solicitar revisão do FAP e pleitear a redução abaixo de 1,0000 **apenas se comprovar documentalmente que adotou ações estruturais e permanentes** de prevenção após o acidente fatal. Isso inclui evidências de **reengenharia de processos, treinamentos contínuos, auditorias externas, certificações de segurança e investimentos comprovados em ergonomia e controle de riscos**. A análise é feita pelo **Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional do INSS**, e a aceitação depende de provas materiais de que a empresa promoveu mudanças efetivas e sustentáveis em sua cultura organizacional de segurança.

Essa prerrogativa reforça o caráter educativo e não apenas punitivo do FAP.

▪ Trava de Rotatividade

A segunda limitação importante é a **trava de rotatividade (turnover)**. De acordo com as normas vigentes, **empresas que apresentem taxa de rotatividade superior a 80%** no período de avaliação **não têm direito à bonificação do FAP**, mesmo que o cálculo numérico aponte para um valor inferior a 1,0000. O objetivo dessa restrição é **impedir interpretações artificiais do baixo índice de acidentes**, uma vez que a alta troca de funcionários pode mascarar a realidade do risco ocupacional.

Empresas com elevada rotatividade tendem a ter **tempo insuficiente de exposição ao risco** por parte dos empregados, o que reduz artificialmente o número de afastamentos e registros de CAT. Além disso, a alta mobilidade da força de trabalho **fragiliza as ações de treinamento e de cultura de segurança**, comprometendo a eficácia das políticas de prevenção. A trava, portanto, busca assegurar que **o benefício econômico do FAP seja reservado a empresas com estabilidade funcional**, nas quais o resultado positivo decorra efetivamente da **gestão preventiva** e não de **fatores estatísticos transitórios**.

A taxa de rotatividade é calculada com base no **cruzamento das informações do CAGED e da RAIS**, considerando o número total de desligamentos em relação à média de vínculos ativos durante o biênio de apuração. Caso o percentual ultrapasse 80%, a empresa é automaticamente **excluída do grupo de bonificação** e mantém o FAP no mínimo igual a 1,0000, ainda que seus demais indicadores (frequência, gravidade e custo) sejam favoráveis. Essa medida reforça o princípio da **sustentabilidade da prevenção**, priorizando organizações que mantêm vínculos estáveis e ambientes de trabalho mais consistentes.

Tanto a trava de mortalidade quanto a de rotatividade funcionam como **mecanismos de justiça corretiva** dentro do modelo do FAP. Elas asseguram que o índice não se torne apenas uma ferramenta financeira, mas um **instrumento ético de política pública**, onde os ganhos econômicos estão condicionados a resultados reais e sustentáveis em segurança e saúde do trabalho. A **trava de mortalidade** impede a banalização de acidentes fatais e reforça o valor da vida humana sobre a performance estatística. Já a **trava de rotatividade** garante que a bonificação reflita práticas preventivas e não distorções decorrentes da volatilidade da força de trabalho.

8. IMPUGNAÇÃO DO NEXO TÉCNICO PREVIDENCIÁRIO

A contestação do **Nexo Técnico-Epidemiológico Previdenciário** é uma das etapas mais complexas da gestão de afastamentos e da saúde ocupacional dentro das empresas. Criado para reduzir a **subnotificação de doenças relacionadas ao trabalho**, o NTEP introduziu uma presunção

estatística de causalidade entre **determinadas doenças e ramos de atividade econômica**. No entanto, justamente por ser baseado em correlações epidemiológicas e não em análise individual, o sistema admite **erros de enquadramento** — e, nesses casos, a **impugnação técnica** se torna uma ferramenta essencial para restabelecer a justiça previdenciária e evitar penalizações indevidas no cálculo do FAP.

O procedimento de impugnação do nexos técnico é garantido pelo **Decreto nº 3.048/1999** e pelas **Portarias Conjuntas MPS/MF nº 254/2009 e nº 451/2014**, que definem o direito das empresas de contestar decisões do INSS relativas ao reconhecimento de acidentes ou doenças ocupacionais. O prazo para apresentação da contestação varia conforme o tipo de nexos técnico:

- **Nexos Técnico Profissional ou do Trabalho:** prazo de **30 dias** a partir da ciência do benefício concedido.
- **Nexos Técnico Individual (doença equiparada a acidente):** prazo igualmente de **30 dias**, com base em documentos ou testemunhos que descaracterizem a origem ocupacional.
- **Nexos Técnico-Epidemiológico Previdenciário:** prazo mais restrito, de **15 dias**, contados a partir da entrega da **GFIP** (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social), normalmente no dia **7 do mês subsequente** ao afastamento.

A diferença de prazos reflete a **natureza distinta do NTEP**: enquanto nos outros tipos de nexos o vínculo causal é analisado caso a caso, no NTEP o reconhecimento é **automático e coletivo**, baseado em correlação estatística. Por isso, o ônus da prova é invertido — **cabe à empresa demonstrar tecnicamente** que não existe nexos causal entre a doença e a atividade econômica, apresentando documentação robusta e contemporânea.

A contestação deve ser protocolada diretamente em uma **Agência da Previdência Social (APS)**, preferencialmente em **duas vias**, garantindo o recebimento e a autenticação de uma cópia pela empresa. Esse registro é essencial, pois comprova a tempestividade da impugnação e protege a organização contra cobranças futuras no cálculo do FAP.

A documentação deve conter um **relatório técnico circunstanciado**, elaborado por equipe multidisciplinar (médico do trabalho, engenheiro de segurança, ergonomista, técnico de segurança, entre outros), descrevendo as condições ambientais, operacionais e organizacionais do trabalho, com o objetivo de demonstrar que **a exposição ao risco alegado não existe ou não tem potencial para causar o agravo em questão**.

A força da contestação depende da **qualidade técnica e da contemporaneidade das provas** apresentadas. O INSS exige que os documentos sejam **datados do período do acidente ou da doença**, assinados por profissionais habilitados e devidamente registrados nos programas de segurança da empresa. Entre os **principais documentos aceitos**, destacam-se:

- **PGR (Programa de Gerenciamento de Riscos)** — substitui o antigo PPRA, devendo detalhar os agentes de risco e as medidas de controle implementadas.
- **PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)** — apresenta os resultados de exames e monitoramentos médicos dos trabalhadores.
- **LTCAT (Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho)** — descreve a exposição ocupacional a agentes físicos, químicos e biológicos.
- **PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário)** — resume o histórico laboral e os riscos a que o trabalhador esteve exposto.
- **PCMAT (Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção)** — aplicável ao setor da construção civil.
- **Relatórios de ergonomia e higiene ocupacional** — evidenciam a adequação das condições de trabalho.
- **Evidências médicas ocupacionais** — prontuários, relatórios de especialistas e laudos complementares (utilizados com cautela devido ao sigilo médico).

Em regra, os documentos ambientais e de gestão de risco têm **maior peso probatório** do que os registros clínicos, pois demonstram que a empresa **mantém condições seguras e compatíveis com a prevenção do agravo**, caracterizando o chamado **nexos técnico negativo**.

Mais do que reagir, a empresa deve **atuar preventivamente** na gestão do NTEP. Isso significa identificar, antes mesmo da perícia do INSS, **atestados médicos com CIDs potencialmente vinculados ao CNAE da empresa**. Essa análise antecipada permite elaborar **relatórios técnicos pré-contestatórios**, armazenados no prontuário médico-ocupacional do trabalhador, de forma a subsidiar eventual impugnação futura.

O **processo preventivo** inclui:

1. **Análise preliminar do CID** — verificar se há correspondência com o CNAE nas tabelas de correlação publicadas pela Previdência.
2. **Validação médica** — confirmar se o diagnóstico é coerente com o quadro clínico real do trabalhador.
3. **Avaliação ergonômica e ambiental** — inspecionar o posto de trabalho e identificar se há condições que justifiquem o agravo.
4. **Elaboração de relatório técnico fundamentado**, registrando a ausência de nexos causal ou a correção das condições ambientais.

Essa estratégia reduz o risco de **conversão automática do benefício para B91**, evita elevação indevida do **SAT/FAP** e demonstra maturidade na gestão integrada de saúde ocupacional, segurança e passivos previdenciários.

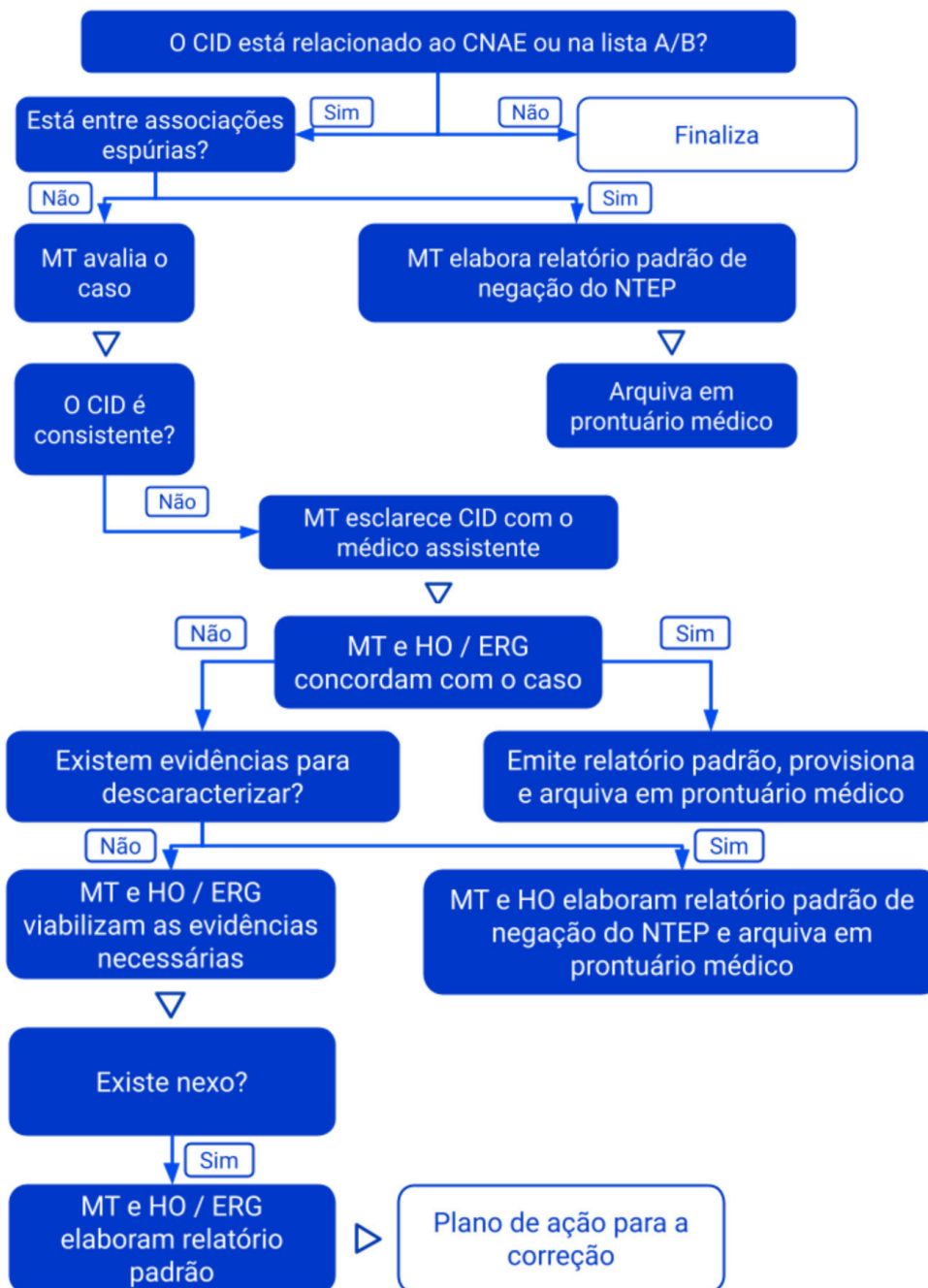
Caso o benefício já tenha sido concedido como **acidentário (B91)**, o acompanhamento deve ser feito via **portal do INSS**, verificando a **CRER (Conclusão de Reabilitação e Resultado da Perícia)**. Se confirmada a vinculação indevida, o setor jurídico da empresa pode propor **recurso administrativo ou judicial**, anexando o mesmo conjunto

documental técnico utilizado na impugnação original. Na via administrativa, o caso é analisado por **setor técnico-administrativo**, com eventual reavaliação médica pericial. Na via judicial, o processo tramita na **Justiça Federal**, onde o juízo pode determinar **nova perícia independente** para verificação da causalidade.

Embora o NTEP tenha surgido como instrumento para reduzir a **subnotificação** e aprimorar a vigilância

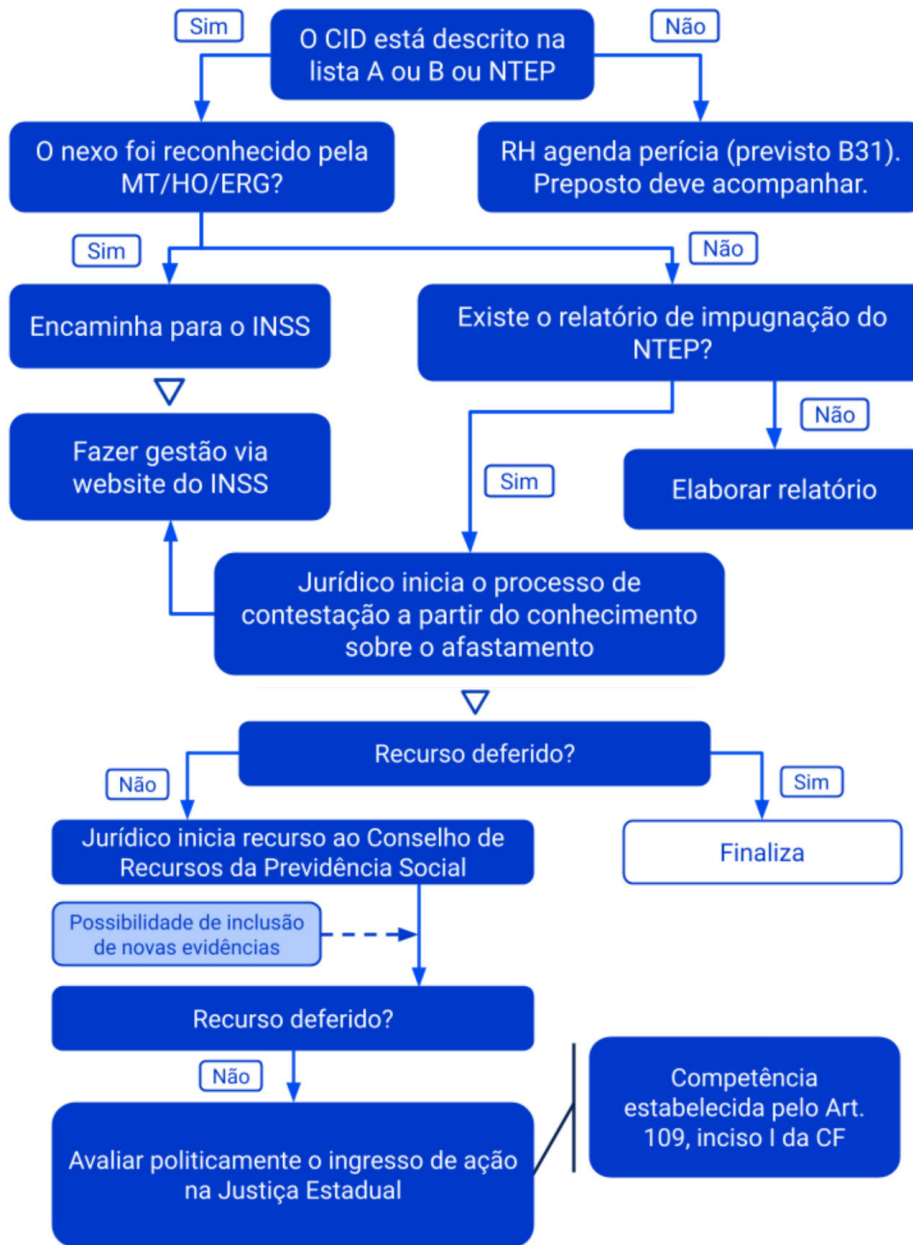
epidemiológica, sua implementação criou um **paradoxo**: **as mesmas empresas que deveriam ser induzidas à prevenção passaram a se estruturar para contestar sistematicamente os nexos estabelecidos**. A preparação de dossiês técnicos e relatórios pré-formatados, embora legítima como defesa, pode **ocultar casos reais de adoecimento laboral**, deslocando o foco da prevenção para a proteção financeira.

Figura 1. Fluxograma de afastamento a curto prazo



Fonte: Acervo Sanar

Figura 2. Fluxograma de afastamento a longo prazo



Fonte: Acervo Sanar

REFERÊNCIAS

1. Dallegrave Neto JA. Nexo técnico epidemiológico e seus efeitos sobre a ação trabalhista indenizatória. Rev Trib Reg Trab 3ª Reg. 2007;46(76):143–53.
2. IBGE; CONCLA. Comissão Nacional de Classificação. Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE 2.3. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2023. Disponível em: <https://cnae.ibge.gov.br/>
3. INSS. Fator Acidentário Previdenciário (FAP) e Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP). Aula transcrita. Brasil, 2021. 14 p. (Transcrição de aula teórica).
4. Maranhão NSM. Segurança e medicina do trabalho: esboço histórico e regramento normativo básico (constitucional e infraconstitucional). Jus Navigandi [Internet]. 2010 [citado em 2025 out 28]. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/16959/>
5. Oliveira LA. A segurança e a medicina do trabalho perante o Estatuto da Microempresa e Empresa de Pequeno Porte: os avanços e os retrocessos legislativos com o advento da Lei Complementar nº 123/2006. Jus Navigandi [Internet]. 2013 [citado em 2025 out 28]. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/23798/>
6. Soares SCA. Serviços especializados em engenharia de segurança e em medicina do trabalho. Jus Navigandi [Internet]. 2014 [citado em 2025 out 28]. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/38714/>

7. Veloso Melo FP. O meio ambiente de trabalho: as consequências do trabalho moderno na saúde mental do trabalhador. Jus Navigandi [Internet]. 2013 [citado em 2025 out 28]. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/24989/>
8. Viana FFA, Araújo LFS. Fator Acidentário Previdenciário: impactos e estratégias de gestão nas organizações. Rev Direito e Liberdade. 2018;20(2):93–110.
9. Welter MH. Nexó técnico epidemiológico previdenciário: surgimento e aplicabilidade na esfera previdenciária e trabalhista. Rev Bras Dir Soc. 2021;4(2):79–92.
10. Brasil. Ministério da Previdência Social. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui o Plano de Custeio e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1991 jul 25 [citado em 2025 out 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212.htm
11. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999 mai 7 [citado em 2025 out 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm
12. Brasil. Ministério da Previdência Social. Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. Altera a legislação previdenciária e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2003 mai 9 [citado em 2025 out 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.666.htm
13. Brasil. Ministério da Previdência Social. Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social aprovado pelo Decreto nº 3.048/1999, para dispor sobre o Fator Acidentário de Prevenção – FAP. Diário Oficial da União. 2009 set 10 [citado em 2025 out 28]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6957.htm
14. Brasil. Conselho Nacional de Previdência Social (CNPS). Resolução nº 1.316, de 31 de maio de 2010. Dispõe sobre critérios e procedimentos para cálculo do FAP. Diário Oficial da União. 2010 jun 2 [citado em 2025 out 28]. Disponível em: <https://www.gov.br/inss/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/resolucoes/resolucoes-cnps/resolucao-cnps-no-1-316>