

## NOTA TÉCNICA nº 12/2005/MPS/SPS/CGEP

Brasília, 29 de abril de 2005.

### **NEXO TÉCNICO EPIDEMIOLÓGICO PREVIDENCIÁRIO – NTEP**

*Paulo Rogério Albuquerque de Oliveira  
Conselheiro Nacional de Saúde  
Técnico da Secretaria de Previdência Social*

#### **1. OBJETIVO**

Esta nota técnica foi elaborada como texto de apoio ao texto-base da Política Nacional de Saúde do Trabalhador – PNST a ser discutida e deliberada pela III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador - CNST. Tem como público alvo os conferencistas (etapas municipais, estaduais e nacional), escrita em linguagem não-acadêmica para facilitar o entendimento e enriquecer as discussões que o tema exige.

#### **2. OBJETO**

O que é NTEP? Sua origem? Por que criá-lo? Como funcionará? As respostas a essas perguntas são a essência deste artigo. Por outro lado aborda como as diretrizes ligadas a essa matéria na PNST serão implementadas.

#### **3. COMO FUNCIONA HOJE**

As empresas pagam ao INSS, a título de seguro acidente do trabalho – SAT, a mesma cota de 1, 2 ou 3%, de modo rígido, pelo simples fato de pertencerem a um mesmo segmento econômico, definido segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, independentemente de adoecerem ou matarem mais ou menos que as suas concorrentes.

O trabalhador, acidentado ou adoecido, para conseguir um benefício acidentário junto ao INSS, caso a empresa não emita CAT, terá que provar, a duríssimas penas, que esse agravo a sua saúde decorreu ou foi agravado pelo trabalho, independentemente se a empresa que o emprega adoece e mata muito ou pouco quando comparada às demais.

O INSS, por intermédio dos médicos peritos, tem a incumbência de dizer se há incapacidade, qual o tamanho dela e, principalmente, se é ocupacional ou não, mediante a relação que a Previdência Social estabelece, numa visão individualista, entre o diagnóstico e a ocupação; entre acidente e a lesão; entre acidente e causa mortis do trabalhador, chamado **Nexo Técnico Previdenciário – NTP**, conforme disposto no art. 337 do decreto 3.048/99 (Regulamento da Previdência Social - RPS).

Hoje o NTP, na prática, obriga que visão individual do médico sobre o indivíduo que trabalha. Em outras palavras, o INSS, em relação ao trabalhador com dor nas costas (diagnóstico: lombalgia, por exemplo), terá que estudar as atividades desenvolvidas por ele

para tentar estabelecer uma relação causal entre essas atividades e lombalgia, independentemente se essas dores são corriqueiras entre seus colegas. O diagnóstico é descrito no atestado do médico assistente, e codificado conforme a Classificação Internacional de Doença (exemplo: lombalgia = CID M54.5), esse código é transcrito na CAT se a empresa vier a emití-la.

Ao requerer o benefício o trabalhador traz a CAT emitida pela empresa, e em geral, o INSS presume NTP como ocupacional e concede o benefício como B91 - auxílio doença acidentário.

Agora, se a CAT não é emitida pela empresa ou quando não existe, o INSS presume o NTP como não ocupacional e concede o benefício como B31- auxílio doença previdenciário. Isso se tornou regra, e responde pela esmagadora maioria dos números. Nesses casos cabe ao trabalhador a prova em contrário, ou seja, o ônus da prova é da vítima.

#### 4. SISTEMA ATUAL ESTÁ ESGOTADO

O atual sistema consegue ser perverso a todos os envolvidos, a conferir:

- i) **A boa empresa** (que acidenta-adoece e mata menos) não se beneficia em termos de mercado porque se investir em melhora ambiental pagará o mesmo que sua concorrente, que não investe e vende o produto mais barato; em termos tributários porque não há flexibilização – bonus x malus –, ou seja paga menos tributo quem adoece menos; e, em termos de financiamento público, porque essa boa empresa merece linhas de créditos especiais para comprar máquinas mais seguras, implantar sistemas de gestão que privilegie as medidas coletivas e não o EPI;
- ii) **O INSS** passa como algoz de trabalhador, produtor de burocracias, defensor de empresas adoeedoras, incompetente, injusto, e nesse contexto merecedor de privatização! Quando em verdade o problema está na produção absurda de acidentes-doentes por parte das más empresas, essas sim têm culpa no cartório e deveriam ser combatidas.
- iii) **Os trabalhadores**, sem estabilidade no emprego, sem FGTS, são demitidos e não conseguem outro emprego porque estão adoentados e ficam torcendo para o B31 se alongar o mais possível, ou, em último suspiro, transformá-lo em aposentadoria por invalidez B32, tal desespero.
- iv) **Previdência Social** que aparece para sociedade como precária e ineficiente, e, portanto, merecedora de privatização, quando em verdade ela vítima das mesmas empresas que produzem acidentes-doentes, e da mesma forma entopem o sistema SUS de pessoas “depreciadas aceleradamente pelo processo produtivo”.

O sistema acidentário da Previdência Social, em vigor, é movido à CAT que é sonogada escancaradamente. A sonogação da CAT é enraizada e demarcada por aspectos políticos, econômicos, jurídicos e sociais. Os principais aspectos relacionados são:

- O acidente-doença ocupacional é considerado pejorativo, por isso as empresas evitam que o dado apareça nas estatísticas oficiais;
- Para que inicie um reconhecimento da estabilidade no emprego – que é de um ano de duração a partir do retorno -, bem como a liberdade de poder despedir o trabalhador a qualquer tempo;

- Par não se depositar a contribuição devida de 8% do salário, em conta do FGTS, correspondente ao período de afastamento;
- Para não se reconhecer a presença de agente nocivo causador da doença do trabalho ou profissional e, para não se recolher a contribuição específica correspondente ao custeio da aposentadoria especial para os trabalhadores expostos aos mesmos agentes.
- A CAT emitida pela empresa é considerada palavra final e inquestionável, sobre o NTP, quando na verdade é somente um ato administrativo que carece de verificação, investigação e julgamento a partir de outras evidências;
- A CAT é ato médico - o INSS não aceita CAT sem a seção do atestado médico, ainda que não esteja na lei - e o médico tem palavra final, embora se saiba do caráter multidisciplinar do tema da saúde do trabalhador.
- A CAT sob o prisma do empregador funciona como confissão de culpa com conseqüências penais, cíveis, previdenciárias e trabalhistas.
- O INSS condiciona a concessão do benefício acidentário à apresentação, por parte da vítima, da CAT e, por conseguinte, e prestação de reabilitação profissional, o que atribui a esse documento um peso extraordinário que de um lado estimula a subnotificação por parte do empresário, e de outro ultraja direito dos empregados;
- As doenças do trabalho têm agentes múltiplos que concorrem entre si e complicam a afirmação do diagnóstico e o NTP. Agravado pelo não imediatismo entre a exposição e a doença, onde a manifestação mórbida (sinal, sintoma, distúrbio ou doença) ocorre dias, meses, anos, às vezes, vários contratos de trabalho depois da exposição inicial;
- O afastamento é ocupacional ou não? Diante da dúvida é mais confortável para medicina ocupacional afirmar que é não ocupacional – não emitir a CAT -, isso porque é mais fácil atribuir a causalidade da doença a outros fatores que não o trabalho, considerando que o trabalho pode ser causa suficiente, mas não necessária.
- Impossibilidade de se flexibilizar tributação do SAT se considerarmos a CAT como fonte primária de estatística, onde essas obviamente seriam mais subnotificadas, ainda, por motivos óbvios.
- Proliferação de PPRA e PCMSO, anunciados em bancas de jornal, Brasil a fora, simplesmente para cumprimento cartório de norma trabalhista, bem como das empresas de medicina ocupacional para produção de ASO e de engenharia de segurança para elaboração de laudos de acordo com as conveniências do cliente, que retrata a banalização, promiscuidade, mercantilização, às vezes prostituta, do tema saúde do trabalhador.

## 5. MEDICINA OCUPACIONAL PRECISA EVOLUIR PARA SAÚDE COLETIVA

Desde 1967, com a estatização do SAT – a empresa deixa de arcar com os custos do acidente trabalho-, passando por 1977, com a publicação do capítulo V da CLT e sua NR 07 (exames médicos), revisada em 1994, quando se transformou no Programa de controle médico (PCMSO), impera no Brasil a opção legal pela **abordagem individualista** das condições de trabalho, da clínica médica, da medicina ocupacional ou da medicina do trabalho, tentada pelo viés mercantil, preocupada com ASO, apto ou não apto, sobre os ossos, os músculos, os nervos, exames laboratoriais, estatura, força, cor, sexo, idade, etc.

Essa doutrina que considera trabalho como elemento de produção, numa relação que o trabalho deve gerar capital, se alastrou vertical e horizontalmente e serviu de base às decisões e encaminhamentos – subliminarmente em alguns casos - para as empresas, ao INSS, à justiça, ao Ministério Público, às universidades e aos demais meios acadêmicos,

inclusive nos cursos de formação de profissionais e de suas associações de classe, aos sindicatos e aos governos cujas discussões e negociações eram apenas tripartite e sem controle social. **Essa opção doutrinária**, questionada faz tempo, **produziu pérolas** como: o NTP do INSS; a engenharia de segurança do trabalho que qualquer um, a juízo do empregador, pode fazer, conforme NR 09 do MTE; a medicina do trabalho que, conforme NR 07 do MTE, obriga a empresa contratar um médico do trabalho; a “EPIIZAÇÃO” pois o EPI é a melhor solução, não poderia ser diferente porque o EPI protege o indivíduo e como a abordagem é individual, ele por si só resolve; o SESMT, formado por engenheiros, porque a empresa tem que ter alguém para especificar o EPI e por médicos, para se ter a certeza de que está contratando pessoas não-doentes para usarem esses EPI por um bom tempo sem adoecer; e, a imperadora desse reinado doutrinário: Sua Alteza a CAT.

Ano que vem quando algumas das medidas discutidas na III CNST deverão ser postas em prática espera-se ultrapassar esse degrau doutrinário individualista e adotar legalmente e no dia-a-dia uma **abordagem coletiva** com visão panorâmica, coletivista, psicosocial, ergonômica, estimuladora das boas empresas e do capital saudável e que, decididamente incorpore o tema “saúde do trabalhador” ao conceito amplo de saúde coletiva.

O novo conceito de **acidente-doença presumido pelo Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP**, abaixo explicado, servirá como mecanismo único válido tanto para sinalizar concessão de automática de benefícios pelo INSS de um lado, como para flexibilizar tributação do SAT, por intermédio do “Fator Acidentário Previdenciário – FAP” de outro. Está em total sintonia com a visão coletivista da saúde do trabalhador sob a mira constante do controle social do CNPS, CNS e SUS, não mais tripartite apenas, mas polipartite, descentralizado aos estados e municípios e união, transparente, com ampla oportunidade de contraditório às empresas discordantes e, principalmente, construído a partir de novas bases conceituais onde o trabalho funciona para si e em si mesmo, e que a ordem econômica tem o primado do trabalho como fundamento, e não o contrário.

**A abordagem coletiva é melhor que individual?** A questão vai além da simples dicotomia do que é melhor ou pior. Trata-se aqui de **escolher politicamente, via III CNST, qual sistema tecnicamente erra menos e é menos injusto com as boas empresas e trabalhadores**, pois os dois possuem incertezas, a saber:

A abordagem individual da CAT e do NTP está predisposta ao erro do **falso-negativo** (erro tipo II), ou seja, o afastamento por doença do trabalho é catalogado no INSS como B31 quando em verdade seria B91.

Enquanto a abordagem coletivista a partir da epidemiologia (epi=sobre; demo = população e logia=estudo), que quer dizer estudo da população empregada exposta aos fatores de riscos relativos ao trabalho, se volta para o erro **falso-positivo** (erro tipo I), em condição exatamente contrária ao acima, isto é, o benefício deveria ser B31 e não B91.

Entende-se que a abordagem coletiva da epidemiologia clínica supera a abordagem individual da clínica médica, em matéria de saúde do trabalhador, porque erra menos e erra menos porque tende a anular os vieses, uma vez que se enxerga numa tomada só, ao invés de um, todos os casos registrados no INSS de milhões de trabalhadores e empresa e milhares de médicos. Imperativo afirmar a indissociabilidade e a complementaridade necessária a essas duas abordagens, sem nenhuma apologia à eliminação da clínica médica, ao contrário, ainda que se afirme que a abordagem coletiva tem precedência sobre a individual.

## **6. NTEP: PRINCIPIO ÚNICO: CONCESSAO DE BENEFICIO E TRIBUTAÇÃO**

Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário é uma proposta de alteração do artigo 337 do RPS, que passaria a considerar para fins de concessão de benefício por incapacidade a componente epidemiológica – visão coletivista - do caso. Ou seja: **NTEP = NTP. + Evidências Epidemiológicas**, cuja metodologia usada para flexibilização do custeio do SAT está descrita na resolução quadripartite 1.236/2004 do CNPS/MPS. Essas evidências epidemiológicas estão sustentadas nas seguintes premissas:

- O trabalhador é admitido pela empresa conforme exame admissional “apto”;
- População de trabalhadores expostos é aquela empregada em empresas pertencentes a um segmento econômico, conforme a classificação nacional de atividades econômicas – CNAE, e que possuem processos produtivos e fatores de riscos semelhantes ou equivalentes;
- Os trabalhadores terceirizados foram contemplados – CNAE prestação de serviço - receberam o impacto dos CNAE de suas contratantes.
- Caso é o registro do benefício por incapacidade concedido pelo INSS – com e sem CAT – onde se aproveita o número do capítulo da Classificação Internacional de Doença-CID, aprovada pela OMS prescrita para o atestado que suporta o afastamento, (exceto os capítulos CID 15 e 16 referentes à maternidade) em empregado formal, que seja incapacitante por mais de 15 dias, estratificado por idade e sexo;
- O médico é o único profissional competente para diagnosticar, enquadrar a CID, definir a terapêutica e conceder alta ao término da recuperação. E não há uma interferência externa muito menos de empresa ou terceiros. O médico é soberano tecnicamente, ainda que seja empregado. Erros nessa área serão julgados pelo conselho de ética do CRM
- Diagnóstico firmado por milhares de médicos em todo território nacional;
- Incapacidade é definida por milhares de médicos peritos do INSS, e conveniados.
- Faz-se o estabelecimento do NTEP entre capítulo CID e CNAE, a partir do estimador de riscos Razão de Chances (RC) > 1, com 99% de confiança estatística, estratificado por sexo e idade.
- Publica-se a matriz de NTEP a cada 02 anos, presumindo-se ocupacionais todos os benefícios por incapacidade requeridos em que o atestado médico apresente um capítulo CID que tenha NTEP com o CNAE da empresa empregadora desse trabalhador. Cabendo a empresa o ônus de apresentar provas em contrário e à Previdência Social e os CRST o julgamento na esfera administrativa.
- A CAT continua sendo exigida, todavia transformada completamente, inclusive com mudança de nome, passaria a ser chamada **Notificação Única de Agravo-NUA**, que unificaria as notificações do MTE, MPS e MS, consolidando-as informações hoje existentes na CAT, SIM, SINAN, bem como acrescentando outras.
- Saúde do Trabalhador, integrada ao SUS, passa a ter controle social, via conselhos, vigilância sanitária e intervenções descentralizadas, inteligentes, a partir dos painéis de controles de incidências que o NTEP propicia por CNAE, por região, por município, por empresa que definirão anualmente as estratégias de ações de cada ente da federação de forma otimizada, focada, articulada, proativa, ajustando continuamente o método ora

proposto com vistas a reduzir drasticamente a seguinte e vergonhosa realidade de: **03 mortes a cada 2 horas e 03 acidentados a cada minuto, só para mão de obra formal.**