

16/07/2019

Acidentes quando a segurança do sistema melhora

Ildberto Muniz de Almeida

[Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP]

Na década de '90, na França, o gráfico de acidentalidade/ano nas últimas décadas mostrava queda rápida nos anos '60-70 evoluindo para flutuação em torno de patamares inferiores.

A queda rápida nos números foi explicada pela adesão de empresas à legislação de segurança. Diminuíam os acidentes devidos ao descumprimento das normas de saúde e segurança no trabalho. No período de melhora da segurança as origens dos acidentes refletiriam aspectos da organização do trabalho e da gestão estratégica do sistema.

A noção de *gestão de segurança* (GS) tradicional permite fazer paralelo com essa transição. Empresas sem avanços na criação de políticas e práticas de GS se caracterizariam por *acidentes esperando para acontecer*, situações facilmente identificadas como de *risco evidente*. Por sua vez, aquelas com GS eficaz praticamente não apresentariam acidentes com origens no descumprimento de normas. Eles ocorreriam em atividades de correção de perturbações ou variabilidades, em manutenção de sistemas, em situações de interação e/ou sucessão entre tarefas, em tarefas emergentes ou novas como no pós-inovações tecnológicas e/ou organizacionais.

Nesses casos, riscos tendem a estar presentes de modo limitado no tempo (e não permanente) e na maioria das vezes não são antecipados com as práticas de GS tradicional.

Com exceção das atividades novas, tratam-se de situações já conhecidas no sistema que registra em seu passado casos similares identificados e corrigidos por operadores experientes. No passado, o componente humano do sistema foi o responsável pela sua segurança! Essa capacidade dos operadores de lidar com sucesso com imprevistos, incertezas, novidades caracteriza a *segurança na ação*. Nas palavras de Amalberti é “trazida pela inteligência adaptativa dos operadores e profissionais do sistema”.

No acidente fracassam estratégias usadas com sucesso em intervenções anteriores e cabe à equipe de análise esclarecer por quais razões. O equívoco mais frequente nas abordagens tradicionais é o de atribuir o ocorrido à falha ou erro humano deixando de esclarecer as razões que impediram o sucesso daquelas estratégias na situação do acidente.

Como essas situações se manifestam?

Como desafiam as equipes de prevenção?

Numa empresa ferroviária onde a manutenção é feita com trens em movimento, em velocidade reduzida, com comunicação à central de controle de operações, a equipe “A” recebe permissão de trabalho incluída na programação, comunicada ao condutor da composição e vai realizar seu trabalho.

Simultaneamente, a equipe “B” convocada para tarefa emergencial no mesmo trecho de ferrovia, antes de solicitar sua autorização de ida a campo, “descobre” a existência da anterior. A equipe “B” aproveita a permissão da “A” sem comunicar formalmente e engrossa o caldo das tarefas que interagem no campo.

O processo de tomada de decisões não é adequadamente esclarecido na análise. Isso se dá, em parte, por medo de punições consideradas frequentes.

A equipe “B” vai a campo e intervém em trecho anterior ao em que atuava a “A” e, quando o trem passa na área em que essa última está, atropela ferramentas da equipe. Diversos são os desafios postos nessas situações à *gestão de segurança*. Em primeiro lugar, aprender com esse caso exige incluir análise de incidentes no seu rol de atividades. Além disso foi importante esclarecer, *com zoom*, como funcionava o sistema de permissão de trabalho na empresa e como se deu a sequência de passos seguidos no trabalho real por todos os envolvidos e suas comunicações: equipes A, B e de segurança, condutor do trem, CCO [Centro de Controle Operacional] e outros.

Isso permite identificar que permissões e comunicações eram ‘bypassadas’ há anos com conhecimento de gestores alimentando crenças de que nas negociações adotadas para manter a produção o valor segurança podia mesmo ser minimizado. Histórico de práticas autoritárias aliava-se ao de segurança que não explorava em profundidade as origens de acidentes.

Atribuir culpa à vítima alimentava a crença de agir contra tentativas de responsabilizar a empresa.

A prevenção sistêmica exige a criação de espaços democráticos de debate que podem ser alimentados entre outras coisas pelos resultados de análises de incidentes e acidentes, por achados de CIPAs, pela revisão de rotinas e práticas. O debate deve destacar a importância das escolhas do sistema para lidar com variabilidades, notadamente em situações não consideradas em normas pré-existentes. No exemplo, o foco seria o processo decisório quando há competição de interesses em jogo.

Quem e como decide?

Como é considerado o valor segurança?

Quais os valores que histórica e habitualmente prevalecem nas escolhas no sistema?

As origens do evento estão nas interações surgidas à medida que as decisões vão sendo tomadas e a produção segue com menos segurança que antes. Exemplos do cotidiano do sistema devem ser usados de modo a ilustrar como as escolhas dos operadores, individual e coletivamente, sempre criam segurança ou risco.

A agenda da prevenção precisa passar a considerar esses temas e, ao fazê-lo, tende a estimular melhorias que vão além da segurança. ■■■

OBS. Os textos expressam a opinião de seus autores, não necessariamente coincidente com a dos coordenadores do Blog e dos participantes do Fórum Intersindical. A cada reunião ordinária, os textos da coluna Opinião do mês são debatidos, suscitando divergências e provocando reflexões, na perspectiva de uma arena democrática, criativa e coletiva de encontros de ideias em prol da saúde dos trabalhadores.