

Comentários sobre trabalhos finais da disciplina Concepções de Acidentes (PG Saúde
Coletiva – FMB –UNESP)

Sobre a discussão relacionada aos Trabalhos finais apresentados por participantes.

1. Gostei muito da diversidade de situações comentadas.
2. Peço à Thais e à Fernanda que postem via página da disciplina os arquivos de apresentações dos casos escolhidos. Eu me comprometo a comentar de modo a completar o previsto.
3. A Tatiana apresentou acidente de queda em altura cujo vídeo foi mostrado por ela. Ela comentou tratar-se de caso que foi abordado na página do fórum AT. Fui eu que fiz a postagem a respeito e ela pode ser vista em <https://www.forumat.net.br/at/?q=node/1597>
4. Aqui quero comentar um pouco mais o caso apresentado pela Ana Beatriz que claramente merecia mais debate e eu, agindo como controlador do tempo, acabei não deixando que isso acontecesse.
5. No acidente com sistema que apresentou um problema de transferência de conteúdo (o automatismo não funcionava) a vítima colocou a mão na proximidade de equipamento com espécie de ventoinha e acabou atingido. Aparentemente com amputação parcial de dedos.
6. Na análise da empresa foram ressaltados os aspectos parecidos com os abaixo:
 - a. A checagem do problema deveria ser feita por pessoa da manutenção a ser chamada pelo trabalhador
 - b. Há regras que proibem comportamento de intervir em máquina ligada
 - c. O trabalhador descumpriu a regra e se expôs ao perigo e risco.
 - d. A ventoinha do equipamento é protegida por barreira, uma espécie de grade fixa, que impede o contato da mão com a parte em movimento. No dia do acidente a proteção do equipamento estava com defeito e permitia que a mão passasse até a ventoinha.
 - e. Esse defeito era antigo e havia regra da empresa determinando que fosse notificado a encarregados de sua correção. Aparentemente isso não foi feito e trabalhadores confirmaram que problemas são muito comuns e deixavam de ser notificados. Isso “virou normal”.
 - f. Dado o descumprimento da norma a investigação do acidente pela equipe da empresa considerou que a causa do acidente era erro do operador.

7. O comportamento de colocar a mão no equipamento ligado causou estranheza. Na discussão, a Ana destacou questionamento do tipo: “Meu Deus, como é que faz isso?” Afinal, é sabido que fazer isso implica no risco de acidente como o acontecido.
8. Na disciplina importa discutir questões como:
- a. Qual a concepção de acidente adotada nessa explicação? Como o acidente é explicado?
 - i. O acidente é explicado de modo centrado em aspectos do comportamento da vítima. Ou seja, como fenômeno individual, a despeito do reconhecimento da existência de um problema técnico (a falha na barreira) contribuindo para o ocorrido.
 - ii. A causa é o “ato inseguro”! A culpa é da vítima.
 - b. Há outras explicações possíveis?
 - i. A disciplina é toda montada em cima da resposta SIM a essa pergunta. E procura apresentar ao participante caminhos conceituais para a construção de outras explicações.
 - ii. Duas delas:
 1. Considerando contribuições do autor Sidney Dekker, mudar a pergunta da análise. Ao invés de “Meu Deus, [...]?” usar: “O que explica que para o acidentado fizesse sentido agir do jeito que fazia na situação e momento do acidente?”
Em outras palavras, trata-se de resgatar contribuição clássica do que em antropologia se chama “considerar o ponto de vista do nativo¹/Outro”. O ponto de vista de quem agia na situação em questão.
Como fazer isso? abordagens qualitativas que podem ou não ser apoiadas em conceitos da Ergonomia (ver adiante).
Iniciar com perguntas abertas que permitam que a pessoa fale livremente sobre o que faz. Nas situações habituais, sem acidente.
Fale um pouco sobre o seu trabalho? O que? como é feito?

¹ Na antropologia essa perspectiva surgiu como crítica à descrição que chamava de “selvagens” povos, por exemplo, indígenas que apresentavam comportamentos diferentes daqueles dos “civilizados” que ali chegavam. Buscar o olhar do nativo era então assumir abordagem que considerava que as práticas e costumes que eram julgadas como “sem sentido”, selvagerias, etc tinham uma explicação baseada no desenvolvimento histórico e cultural daquele grupo. Que elas precisavam ser compreendidas a partir desse sentido original.

Depois de quebrado o gelo, pode então fazer pergunta específica sobre o acidente e as razões para o comportamento em questão.

2. A contribuição da Ergonomia: Conceitos como Tarefa (o que tem que fazer), atividade, estratégias (os planos que guiam a ação, as escolhas sobre o como fazer) e modos operatórios (os usos visíveis do corpo, o que se faz, o que se fala) no trabalho habitual e em face de variabilidades (como mudam as estratégias e modos operatórios quando a situação muda? quais os riscos que passam a existir e de que depende a segurança nessa nova situação? os riscos foram antecipados e barreiras providenciadas? Perguntas podem ser semelhantes às anteriores, mas há uma linha guia inspirada na compreensão de trabalho em situação, pela Ergonomia.

Notem que nesse caso, isso significa discutir o problema (variabilidade) interrupção do fluxo do conteúdo e da sua abordagem no prescrito e, principalmente, no trabalho real.

Como é que histórica e habitualmente os trabalhadores / o sistema lidava com aquele de situação? O trabalho real tende a ser diferente do prescrito. As normas e regras descumpridas (precisam ser conhecidas) podem ser apenas álibis a serem apresentados pela empresa em caso de acidentes. Os novatos em geral aprendem na prática, na convivência com colegas experientes como eles compreendem o que está acontecendo, que sentido atribuem a ruídos, mudanças em componentes, quais as estratégias e modos operatórios que habitualmente são escolhidos para lidar com a situação sabendo que chefias e colegas toleram e consideram aceitáveis aquelas escolhas que “já foram usadas antes e com sucesso para lidar com aquele tipo de perturbação”.

Neste caso o acidente é relatado não como algo que interrompe diretamente o trabalho como habitual, e sim como trabalho habitual em que primeiro surge uma variabilidade que depois de detectada e diagnostica implica na mobilização de estratégias

diferentes daquelas usadas até então para detectar, atribuir sentido, diagnosticar e corrigir a situação.

As perguntas inicialmente devem procurar entender como era o trabalho sem aquela variabilidade, e só depois como passa a ser visando a sua correção. O ponto de origem da variabilidade deve ser explorado “com zoom”. Detalhadamente, de modo a poder identificar quais as condições do sistema que explique:

- as estratégias, condições de funcionamento do sistema na situação sem acidente
- as variabilidades e suas origens
- as estratégias e modos operatórios que foram usadas no passado, com sucesso, para lidar com aquele tipo de ocorrência e que falharam na situação do acidente
- aspectos da situação que ajudem a explicar as razões que levaram ao fracasso dessas estratégias;

Se for algo que nunca aconteceu antes a atuação vai se dar em condições de menor proteção cognitiva. Os operadores tem mais chances de se deparar com incompreensões e outros problemas.

Neste caso uma questão muito importante se refere às estratégias e modos operatórios usados pelo trabalhador encarregado de corrigir o problema. O comportamento que antecede o AT, colocar a mão no equipamento ligado é muito sugestivo de operação realizada com finalidade diagnóstica apoiada em achados detectados com o uso do tato. e for esse o caso, os dados assim buscados não poderiam ser obtidos nas condições vigentes do sistema com o equipamento desligado.

Em outras palavras, a norma poderia desconhecer as exigências da atividade e por isso mesmo, ser alvo de by-pass (omissão, nesse caso) habitual.

Também poderia ser o caso de que a estratégia escolhida pelo operador visava ganhar tempo, uma vez que conduzir a exploração diagnóstica com a máquina desligada fosse algo

mais trabalhoso, que exigisse a mobilização de recursos não imediatamente disponíveis e com duração maior, por exemplo. E, no caso, num contexto em que a equipe já descobrira e adotara o “atalho” com sucesso e tolerância do sistema. Especialmente se operando em condições de pressões de tempo. Esse caminho de análise pode revelar que, longe de uma situação a ser explicada pela ideia de desrespeito a regras por parte do operador, tratava-se de comportamento exigido pela tarefa. Necessário para o operador fizesse o trabalho pedia que fosse feito!

9. Outros aspectos a destacar incluem:

Na abordagem 1, que podemos dizer que considera como irracional o comportamento do operador, a tentativa de buscar uma explicação ouvindo o operador poder ter problemas como:

- As falas, as perguntas sobre o comportamento podem embutir (e, por melhor ator que seja o “entrevistador” dificilmente conseguirão esconder isso do entrevistado) julgamento de condenação “a priori” do comportamento que se quer analisar (colocar a mão no equipamento ligado).
- Isso tende a ser potencializado se a empresa adota alguma norma ou procedimento que proíbe que aquilo seja feito (geralmente é regra álibi).
- Com a conversa feita nesses termos de inquisição, de investigação polícial essa esse caminho será improdutivo. O operador não se sentirá em ambiente livre e em que se esteja realmente querendo identificar o sentido que atribuía ao que fazia. Muito pelo contrário Ele vai se perceber como alvo da desconfiança do outro e dificilmente entrará em diálogo franco.

A descrição na empresa destacou (item 6 e, pag 1 acima) que “o defeito era antigo e havia regra [...] determinando [...] notificado a encarregados de sua correção. [...] isso não foi feito e trabalhadores confirmaram que problemas são muito comuns e deixavam de ser notificados. Isso “virou normal”.

- Na abordagem discutida no curso discute-se aqui aspectos da incubação do acidente, de escolhas que podem estar relacionadas a migração do sistema para o acidente. Ao lidar com pressões de produtividade em situação de escassez de recursos os tomadores de decisão normalizam o desrespeito à regra. Aceitam

que se trabalhe com segurança menor do que aquela inicialmente prescrita (Amalberti chamou isso de “ilegal tolerado”). Esse fio deveria e poderia ser desenvolvido ...

10. A decisão de culpar a vítima, de atribuir o acidente a falha do trabalhador se dá desconsiderando ou minimizando aspectos e dúvidas que a apresentação do caso já suscitava.

- O comportamento era habitual, já usado anteriormente sem acidentes. Se é isso mesmo, a pergunta da análise deveria ser que razões explicariam seu fracasso na situação do acidente?
- A exploração dessa questão implicaria checar:
 - Nas práticas habituais o equipamento era desligado? Se sim, a intervenção com o sistema ligado era mudança cujas origens deveriam ser exploradas.
 - Nas práticas habituais o equipamento tinha a proteção instalada e sem defeito? Quais as razões que explicam o defeito da proteção no equipamento envolvido no AT? Explorar causas das causas.

11. Os conceitos abordados na disciplina, a crítica adotada à explicação tradicional do acidente, especialmente nesse formato de explicação centrada no indivíduo também estimulam a adoção de um cuidado adicional pelos analistas que escolhem concluir suas análises nesses termos. O cuidado é: A explicação centrada no indivíduo só deve ser adotada como decisão de exclusão. Depois de exaustiva exploração buscando explicações apoiadas em conceitos como esses debatidos na disciplina.

12. Encerro esse longo comentário com última pergunta. Quais as oportunidades de aprendizagem relacionada às condições de funcionamento e de melhorias da segurança do sistema tendem a ser perdidas quando, na análise de acidente como esse acima discutido, se escolhe a explicação centrada no indivíduo? Neste texto respondo a essa questão dizendo que ficam perdidas todas as possibilidades de sugestões de melhorias elaboradas com base nos conceitos discutidos na nossa disciplina.

Ildeberto Muniz de Almeida (Paraíba)
Botucatu, SP. 07/06/2109

OBS:

Escrevi esse tanto porque o comportamento de vcs na disciplina me estimulou. Muito obrigado e fico à disposição.