

Focos: Briefings, cheques e gerenciamento de cabine.

Finalidade

Alertar os operadores da aviação geral para a importância de um planejamento e execução adequados para todas as fases do voo, mormente naquelas mais críticas, como decolagens e pousos, com briefings de descida e cheques de aproximação padronizados e um adequado gerenciamento de cabine.

Histórico/Análise

A aeronave Cessna 525B decolou do Aeródromo de Florianópolis - SC (SBFL), com destino ao Aeródromo de Congonhas, SP (SBSP), às 18h35min (UTC), com dois pilotos e uma passageira a bordo.

Durante a aproximação para a cabeceira da pista 35R de SBSP, o toque da aeronave no solo ocorreu próximo ao segundo terço da pista.

O piloto decidiu prosseguir no procedimento de pouso e a aeronave ultrapassou a cabeceira da pista 17L, rompendo a cerca operacional do aeródromo, parando próximo ao muro de separação entre a área patrimonial e a Avenida dos Bandeirantes.

De acordo com a investigação realizada, o comandante, que era o proprietário da empresa de táxi aéreo, relatou que estava bem tranquilo e por isso não se preocupou com a velocidade, pois confiava no desempenho da aeronave. Segundo ele, essa aeronave perdia velocidade facilmente e julgou que não seria necessário arremeter, por acreditar que pousaria sem problemas. Ele julgava que tinha muito conhecimento nessa operação e que sabia exatamente como a aeronave respondia.

Durante as fases de descida e de aproximação final para pouso em SBSP, após liberação pelo APP-SP, a tripulação foi autorizada a realizar o procedimento em high speed.

Na posição Diadema (DAD), afastada 05 milhas náuticas da pista de pouso, a aeronave encontrava-se com 276 nós de velocidade, impossibilitando, assim, a configuração adequada para pouso.

Na aproximação final, o comandante foi alertado pelo copiloto sobre a velocidade excessiva e, no briefing realizado na descida, o copiloto já havia informado a velocidade de aproximação prevista para o peso e condições meteorológicas.

Antes do toque da aeronave na pista, foi possível verificar, por meio da gravação do Cockpit Voice Recorder (CVR), o alerta sonoro do EGPWS mode 4: "Sinkrate - Too Low - Flaps", indicando que o trem de pouso estava na posição embaixo, os flaps em posição diferente de flap para pouso, abaixo de 245 pés de altura e velocidade um pouco abaixo de 159 nós.

A aeronave estava veloz e o copiloto estava se sentindo desconfortável, tendo alertado o piloto quanto a isso, no entanto, considerou que o comandante tinha consciência disso, até mesmo por que lhe respondeu que estava ciente sobre a high speed.

No momento do pouso, ao tocar a pista, não conseguiu identificar o local do toque; mesmo assim, julgou que não deveria arremeter, pois não sabia quanto ainda tinha de pista, justificando que poderia não obter êxito e causar um acidente maior.

O toque da aeronave na pista 35R de SBSP, de acordo com a visualização das câmeras da INFRAERO, ocorreu no segundo terço da pista, restando, aproximadamente, entre 700 e 750 metros até a cabeceira oposta.

Apesar de o briefing de descida ter sido cumprido, a realização do procedimento em alta velocidade (high speed), impediu a execução sistematizada dos cheques de aproximação, com a finalidade de reduzir a velocidade gradativamente, a fim de configurar a aeronave para pouso, conforme a rotina operacional da empresa.

Assim, a aproximação para pouso ocorreu em condições não estabilizadas. Nos diálogos da cabine, observados por meio das gravações do CVR, foi possível verificar que havia um distanciamento operacional entre os tripulantes, o copiloto julgava que o piloto era muito mais experiente que ele. Esse fato justifica a baixa assertividade do copiloto, quando identificou que a velocidade estava excessiva na aproximação final para pouso e somente informou ao piloto, pois julgava que este tinha o controle da situação.

A investigação concluiu que a tripulação não realizou um adequado gerenciamento de cabine, permitindo que o excesso de velocidade se mantivesse presente até o toque na pista. Por meio de entrevistas, foi possível inferir que o comandante apresentava traços de autoconfiança excessiva no seu desempenho e no desempenho da aeronave, ao lado de traços de complacência e tensão no copiloto, possivelmente influenciados por sua relação empregatícia com o comandante.

Ações recomendadas

Proprietários, operadores e pilotos da aviação geral deverão tomar conhecimento dos ensinamentos e aspectos relevantes identificados na investigação desse acidente, difundindo-os em sua comunidade aeronáutica.

O Relatório Final completo pode ser acessado no link abaixo:

http://www.cenipa.aer.mil.br/cenipa/paginas/relatorios/pdf/pr_mrg_11_11_2012

Obs.: Esse Alerta de Voo foi produzido pela ANAC em atendimento à Recomendação de Segurança de Voo A-068/CENIPA/2013-RSV 003, emitida pelo CENIPA.

Acesse também os demais Alertas de Voo na página da ANAC, através do link <http://www2.anac.gov.br/alertavoo/> e tome conhecimento de informações importantes para garantir a sua segurança operacional. Adicione o *link* Alerta de Voo a seus *sites* favoritos e fique sempre atualizado com as lições extraídas dos acidentes.