



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY



FABIO LÚCIO TAVARES

**HOMENS E ACIDENTES DE BICICLETA:
CUIDAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA**

RIO DE JANEIRO
2016

Fabio Lúcio Tavares

**HOMENS E ACIDENTES DE BICICLETA: CUIDAR E CUIDADOS DE
ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Cuidado Hospitalar do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPEH).

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria José Coelho

Rio de Janeiro
2016

CIP - Catalogação na Publicação

T231h Tavares, Fabio Lucio
 Homens e acidentes de bicicleta: cuidar e
 cuidados de enfermagem em emergência. /
Fabio Lucio Tavares. -- Rio de Janeiro,
2016.
 190 f.
 Orientadora: Maria José Coelho.
 Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.
 1. cuidados de enfermagem. 2. enfermagem em
emergência. 3. saúde do homem. 4. masculinidade.
5. ciclismo. I. Coelho, Maria José, orient. II.
Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Fabio Lúcio Tavares

**HOMENS E ACIDENTES DE BICICLETA: CUIDAR E CUIDADOS DE
ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA**

Tese de Doutorado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: Rio de Janeiro, 02 de dezembro de 2016.

Prof^a. Dr^a. Maria José Coelho – Presidente

Prof. Dr. Ronald Teixeira Peçanha Fernandes – 1º Examinador

Prof. Dr. Tadeu Lessa da Costa – 2º Examinador

Prof^a. Dr^a. Lina Márcia Miguéis Berardinelli – 3ª Examinadora

Prof. Dr. Alexandre Barbosa de Oliveira – 4º Examinador

Prof. Dr. Dalmo Valério Machado de Lima – Suplente

Prof^a. Dr^a. Deyse Conceição Santoro Batista – Suplente

Rio de Janeiro
Dezembro, 2016

Ao **Ricardo Burdzy** – “**Meu Bom**” (*in memoriam*), meu amor, amigo e companheiro, com quem tive o privilégio de compartilhar os grandes e mais importantes momentos da minha vida, regados de alegrias, tristezas, sorrisos, lágrimas, pipas, festas e realizações... Obrigado pelo espírito de luz que você foi para mim e pela chance que me deste de ter sido o seu espírito de luz. Esta vitória é **especialmente sua** pelo incentivo e ajuda ao longo deste caminhar. Saudades eternas... Amor eterno.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus pela graça concedida de experimentar a vida, em toda sua plenitude, dando-me força durante a elaboração deste trabalho e respondendo-me nos momentos mais difíceis, falando através da Bíblia Sagrada “[...] o Senhor Deus irá na sua frente; ele mesmo estará com você e não o deixará, não o abandonará. Não se assuste, não tenha medo” (Deuteronômio 31, 7-8).

Aos meus pais, Amado e Maria (*in memoriam*) pelos pilares fortes deixados através do exemplo de amor incondicional, humildade e humanidade que serviram de base para a construção de quem hoje eu sou.

Aos meus irmãos, Luziane, Ismael, Luciane, Fabiana e Eliane, pelo amor e respeito, sempre preocupados em manter viva a essência da família; em especial à Luziane e a seu esposo Ogenilton que, por estarem sempre muito próximos, hoje representam o meu referencial de pai e mãe. Obrigado pelo amor e pela segurança.

Aos colegas e parceiros de caminhada na construção coletiva desse sonho: Adriana, Anne, Cândida, Carlos, Fabiana, Luciana, Magda, Márcia, Mariana, Marta, Monica, Paula, Priscila, Renata, Rita, Tânia e Wilson; obrigado pelo apoio e amizade que tornou esse caminhar mais leve e divertido.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela realização do Programa de Doutorado Interinstitucional – DINTER, tornando possível o curso de Doutorado em Enfermagem, contribuindo de maneira fundamental para a minha formação acadêmica e carreira docente.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery EEAN da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), coordenadores, professores e funcionários pelo acolhimento e pela excelência de ensino.

À Coordenação do projeto DINTER EEAN e UFES, especialmente à Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Costa Amorim e Prof^ª. Dr^ª. Márcia de Assunção Ferreira pela competência, disponibilidade e carinho com que conduziram todo o projeto.

À Prof^ª. Dr^ª. Maria José Coelho, por ter acreditado em meu potencial e ter me orientado de forma segura e aberta, oportunizando o caminhar imprescindível na formação do doutor. Pelos momentos de embates e reflexões acadêmicas que muito contribuíram na realização deste estudo e em meu desenvolvimento acadêmico e profissional, sobretudo através de seu olhar e sabedoria das particularidades que envolvem o imaginário masculino. A você minha grande admiração e agradecimento.

Aos professores doutores Ronald Teixeira Peçanha Fernandes, Tadeu Lessa da Costa, Lina Márcia Miguéis Berardinelli, Alexandre Barbosa de Oliveira, Dalmo Valério Machado de Lima e Deyse Conceição Santoro Batista pela participação da banca examinadora e pelas valiosas contribuições com o trabalho.

À Prof^ª. Dr^ª. Eliana Zandonade, pelas valiosas contribuições e incentivo ao longo de toda caminhada de elaboração desta tese.

À querida colega Prof^ª. Dr^ª. Francielle Marabotti Costa Leite pela amizade, carinho e ajuda com o desenvolvimento deste trabalho.

Ao grupo de colegas professores do Departamento de Enfermagem da UFES, com quem venho compartilhando minha vida profissional e pessoal nos últimos anos. Agradeço pelo incentivo, por todos os esforços envidados para a concretização do projeto DINTER, contribuindo na realização de um sonho.

A toda Equipe do Serviço de Atendimento Móvel do Espírito Santo (SAMU/ES) e do Hospital Estadual São Lucas pela acolhida e disponibilidade em ajudar.

Ao Carlos Puig pela revisão de português e leitura cuidadosa do texto.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, participaram do planejamento, elaboração e execução desta tese; opinando, sugerindo, avaliando, corrigindo e torcendo pela realização de um grande sonho pessoal. A todos, muito obrigado!

RESUMO

Fábio Lucio Tavares. **Homens e acidentes de bicicleta:** cuidar e cuidados de enfermagem em emergência. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Introdução: O cuidar e os cuidados de enfermagem vêm se ajustando continuamente ao contexto social, político e econômico de cada época, com o propósito de garantir qualidade e eficiência para a clientela atendida. Considerando o atual cenário de mobilidade urbana, a sustentabilidade das cidades e a importância dos exercícios físicos para a saúde, a bicicleta tem se mostrado como um dos mais eficientes e populares modo de transporte, esporte e lazer. Contudo, apesar de todas as vantagens do seu uso, há grande preocupação com as questões de segurança, visto que muitas vezes os ciclistas dividem o mesmo espaço com veículos automotores, representando risco de acidentes, especialmente entre os homens, os mais acometidos pelos acidentes e pelas violências, considerando o atual conceito de masculinidade hegemônica. Objetivos: caracterizar os homens com histórico de acidentes de bicicleta; determinar os fatores que contribuíram para a ocorrência do acidente; discutir as repercussões do acidente para os acidentados; descrever os cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados no atendimento de emergência hospitalar e analisar a aproximação dos cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados no atendimento de emergência hospitalar considerando a tipologia de cuidados proposta por Coelho (1997). Metodologia: estudo misto, descritivo e exploratório, dividido em duas etapas: a abordagem quantitativa envolveu a análise de todos os atendimentos para homens acidentados de bicicleta realizados por um Serviço de Atendimento Pré-hospitalar de Urgência no ano de 2014. A abordagem qualitativa, a partir da etnometodologia, abrangeu homens com histórico de acidentes de bicicleta, que receberam o cuidar e os cuidados de enfermagem em uma emergência hospitalar. Resultados: são apresentadas três categorias analíticas. Categoria 1 – Os Homens com Histórico de Acidentes de Bicicleta Atendidos em um Serviço Móvel de Emergência Pré-hospitalar; Categoria 2 – O Acidente, Seus Fatores Antecedentes e suas Repercussões: dando voz ao homem acidentado de bicicleta e Categoria; e 3 – Tipos de Cuidar e Cuidados de Enfermagem para Homens com Histórico de Acidentes de Bicicleta. Do total dos acidentes de bicicleta atendidos pelo Serviço Móvel de Emergência Pré-hospitalar no ano de 2014, 55,6% envolveram homens com idade entre 18 a 29 anos ($p < 0,001$), que se acidentaram na Região Metropolitana da Grande Vitória (83,7%), principalmente na sexta-feira e no sábado ($p <$

0,001), no horário entre 16h00min e 19h59min e 20,6% dos acidentados apresentaram suspeita de ingestão de bebida alcoólica. Os etnométodos revelam que o acidente se configurou como um importante episódio na vida do homem, trazendo-lhe repercussões no âmbito dos sentimentos, no contexto do trabalho e econômico. A frágil infraestrutura cicloviária e o conceito de masculinidade hegemônica foram fatores antecedentes para a ocorrência do acidente e o cuidar e os cuidados de enfermagem precisaram ser específicos considerando as necessidades do homem. Considerações Finais: No âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, os acidentes de transporte terrestre, e dentre eles, os de bicicleta, foram elucidados, permitindo a elaboração de atividades de prevenção nos diversos níveis de atenção à saúde do homem, permitindo propor uma tipologia do cuidar e dos cuidados de enfermagem específicos para homens com histórico de acidentes de bicicleta.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Enfermagem em emergência; Saúde do homem; Masculinidade; Ciclismo.

ABSTRACT

Fábio Lucio Tavares **Men and Bicycle Accidents: Care and Nursing Healthcare in Emergencies.** Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery Nursing School, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Introduction: The Care and the Nursing Healthcare have been continually adjusting to the social, political and economical contexts of each time in order to ensure quality and efficiency to the clientele that is assisted. Considering the current scenario of urban mobility, and the sustainability of the cities, as well as the importance of physical exercise for the health, the bicycle has shown to be one of the most efficient and popular means of transportation, sport and leisure. However, notwithstanding all advantages of its use, there is a great concern about its safety issues, since many times cyclists share the same space as the automotive vehicles, which represents a risk of accidents, especially among men, who are the most affected by accidents and violence, considering the current concept of hegemonic masculinity.

Objectives: To characterize men with a history of bicycle accidents; to determine the factors that contribute to the occurrence of the accident; to discuss the repercussions of the accident for the victims; to describe Nursing care for men with a history of bicycle accidents implemented at the hospital emergency assistance, and to analyse the approach of Nursing care for men with a history of bicycle accidents implemented in the hospital emergency assistance, considering the typology of care proposed by Coelho (1997).

Method: This is a combined, descriptive and exploratory study; divided in two stages: The quantitative approach involved an analysis of all assistance to men who were victims of bicycle accidents given by a Pre-Hospitalar Urgency Care Service in the year of 2014. The qualitative approach, using the ethno-methodology, covered men with a history of bicycle accidents who received care and Nursing healthcare at a hospital emergency department.

Results: Three analytical categories are presented. Category 1 - Men with a History of Bicycle Accidents assisted by a Mobile Pre-Hospitalar Emergency Service; Category 2 - The Accident, Its Background Factors and Repercussions: giving a voice to the man who is a victim of bicycle accident; and Category 3 - Types of Care and Nursing Healthcare for Men with a History of Bicycle Accidents. Of the total of bicycle accidents assisted by the Mobile Pre-Hospitalar Service in the year of 2014, 55.6% involved men with the age between 18 and 29 years old ($p < 0.001$), who have had an accident in the Metropolitan Region of Greater Vitoria (83.7%), especially on Fridays and Saturdays ($p < 0.001$), in the time period between 4:00pm and 7:59pm, and 20.6% of the victims were suspected of having ingested alcoholic beverages. The ethno-methods revealed

that the accident configured as an important episode in the life of the man, bringing repercussions in the level of feelings, and in the contexts of work and finances. The fragile bicycle route infrastructure, and the concept of hegemonic masculinity were background factors for the occurrence of the accident, and the care and Nursing healthcare needed to be specific, considering the needs of the men. Final Considerations: On the level of the National Policy for Men Integral Healthcare, the terrestrial transportation accidents, and among them those of bicycles were clarified, allowing to elaborate the prevention activities on several levels of attention to the health of men, allowing to propose a care and nursing healthcare typology that is specific for men with a history of bicycle accidents.

Keywords: Nursing Care; Emergency Nursing; Men's Health; Masculinity; Cycling.

RESUMEN

Fabio Lucio Tavares. **Los hombres y accidentes de bicicleta: el cuidado de enfermería de atención de emergencia**. Río de Janeiro, 2016. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, en 2016.

Introducción: El cuidar y los cuidados de enfermería están ayustándose continuamente al contexto social, político y económico de cada época, con el propósito de garantizar la calidad y eficiencia para la clientela atendida. Considerando el actual escenario de movilidad urbana, la sustentabilidad de las ciudades y la importancia de los ejercicios físicos para la salud, la bicicleta tiene mostrado como uno de los más eficientes y populares medios de transporte, deporte y recreación. Sin embargo, a pesar de todas las ventajas de su uso, hay una gran preocupación con las cuestiones de seguridad, teniendo en vista que muchas veces los ciclistas dividen el mismo espacio que los vehículos automotores, representando riesgo de accidentes, especialmente entre los hombres, los más acometidos por los accidentes y pelas violencias, considerando el actual concepto de masculinidad hegemónica. Objetivos: Caracterizar a los hombres con histórico de accidentes de bicicleta; determinar los factores que contribuyeran para la ocurrencia del accidente; discutir las repercusiones del accidente para los accidentados; describir los cuidados de enfermería para hombres con histórico de accidentes de bicicleta implementados en el atendimento de emergencia hospitalaria y analizar la aproximación de los cuidados de enfermería para hombres con histórico de accidentes de bicicleta implementados en el atendimento de emergencia hospitalaria, considerando la tipología de cuidados propuesta por Coelho (1997). Metodología: Estudio misto, descriptivo y exploratorio, dividido en dos etapas: el abordaje cuantitativo involucró el análisis de todos los atendimientos para hombres accidentados de bicicleta realizados por un Servicio de Atendimento Pre-Hospitalario de Urgencia en el año de 2014. El abordaje cualitativo, a partir de la etnometodología, involucró hombres con histórico de accidentes de bicicleta que recibieran el cuidar y los cuidados de enfermería en una emergencia hospitalaria. Resultados: son presentadas tres categorías analíticas. Categoría 1 – Los Hombres con Histórico de accidentes de Bicicleta en un Servicio Móvil de Emergencia Pre-Hospitalario; Categoría 2 – El Accidente, Sus Factores Antecedentes, y sus Repercusiones: dando voz al hombre accidentado de bicicleta; y Categoría 3 – Tipos de Cuidar y Cuidados de Enfermería para Hombres con Histórico de Accidentes de Bicicleta. Del total de accidentes de bicicleta atendidos por el Servicio Movil de Emergencia Pre-Hospitalario en el año de 2014, 55.6% involucraran hombres con edad entre 18 y 29 años ($p < 0.001$), que se accidentaran en la

Región Metropolitana de la Grande Vitoria (83.7%), principalmente en los viernes y sábados ($p < 0.001$), en el horario entre 16h00min y 19h59min, y 20.6% de los accidentados presentarían sospecha de tener ingerido bebida alcohólica. Los etnométodos revelaron que el accidente se configuró como importante episodio en la vida del hombre, trayendo repercusiones en el ámbito de los sentimientos, en el contexto del trabajo y económico. La frágil infraestructura de ciclistas, y el concepto de masculinidad hegemónica fueran factores antecedentes para la ocurrencia del accidente y el cuidar y los cuidados de enfermería necesitaban ser específicos considerando las necesidades del hombre.

Consideraciones finales: En el ámbito de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre, los accidentes de transporte terrestre y, entre ellos, los de bicicleta, fueran elucidados, permitiendo la elaboración de actividades de prevención en los diversos niveles de atención a la salud del hombre, permitiendo proponer una tipología del cuidar y de los cuidados de enfermería específicos para hombres con histórico de accidentes de bicicleta.

Palabras-clave: Cuidados de enfermería; Enfermería en emergencia; Salud del hombre; Masculinidad; Ciclismo.

TABELA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
ATT	Acidentes de Transporte Terrestre
BAU	Boletim de Atendimento de Urgência
BOAPH	Boletim de Ocorrência do Atendimento Pré-Hospitalar
CBMES	Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
EA	Eventos Adversos
ECG	Escala de Coma de Glasgow
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
HESL	Hospital Estadual São Lucas
HUMANIZA	Política Nacional de Humanização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPTD	Instituto de Políticas de Transporte e Desenvolvimento
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MTS	Manchester Triage System
NUPEN	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNI	Paciente Não Identificado
POP	Procedimento Operacional Padrão
PS	Pronto Socorro
RTS	Revised Trauma Score
SAMU/ES	Serviço de Atendimento Médico de Urgência do Espírito Santo

SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TRM	Trauma Raquimedular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tipos de cuidar e cuidados de enfermagem em emergência, sua caracterização e sua execução de acordo com Coelho (1997)	35
Tabela 2	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com a faixa etária, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	68
Tabela 3	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o município de ocorrência, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	68
Tabela 4	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com a qualidade da vítima, uso de capacete e suspeita de ingestão de bebida alcoólica, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	70
Tabela 5	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o mês de ocorrência, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	72
Tabela 6	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o dia da semana, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	73
Tabela 7	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o horário da ocorrência, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	73
Tabela 8	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o Revised Trauma Score, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	78
Tabela 9	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com os procedimentos realizados, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	79
Tabela 10	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o tipo de ambulância e desfecho do atendimento, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	80
Tabela 11	Associação entre suspeita de ingestão de bebida alcoólica com faixa etária, dia da semana e horário de ocorrência em homens envolvidos em acidentes de bicicleta, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Identificação da amostra dos estudos, segundo código/ano, autor (es), título e objetivo (s), Vitória/ES, Brasil, 2015	47
Quadro 2	Distribuição das categorias temáticas segundo os códigos dos estudos e a porcentagem presente em cada categoria, Vitória/ES, Brasil, 2015	49
Quadro 3	Síntese da produção dos dados qualitativos, Vitória/ES, 2016	66
Quadro 4	Frequência das categorias e subcategorias temáticas sobre o significado dos acidentes de bicicleta na perspectiva dos homens (n=10), Vitória/ES, 2016	95

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma da revisão integrativa da produção científica dos acidentes de bicicleta no Brasil	46
Figura 2	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o mecanismo de trauma, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	74
Figura 3	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o tipo de lesão, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	75
Figura 4	Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com a distribuição anatômica das lesões, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016	75
Figura 5	Síntese dos etnométodos sobre o significado do acidente de bicicleta para homens, Vitória/ES, 2016	112
Figura 6	Distribuição dos cuidados observados nos atendimentos de emergência hospitalar para homens com histórico de acidentes de bicicleta. Vitória/ES, 2016	153

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	19
1.1	UM FATO DO COTIDIANO	19
1.2	A IDEIA, O PROBLEMA, AS QUESTÕES NORTEADORAS, A TESE, O OBJETO E OS OBJETIVOS	20
1.3	CONTRIBUIÇÕES, RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	26
1.4	ESTRUTURA DA TESE	28
2	CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO	30
2.1	CUIDAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA	31
2.2	O COTIDIANO DA SALA DE EMERGÊNCIA	37
2.3	HOMEM, MASCULINIDADE E SAÚDE	39
2.4	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	42
2.5	REVISÃO DA LITERATURA: OS ACIDENTES DE BICICLETA NO BRASIL	45
3	CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO	54
3.1	TIPO DE ESTUDO, MÉTODO E TÉCNICAS	54
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	59
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	60
3.4	POPULAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	61
3.5	COLETAS DE DADOS E INSTRUMENTOS	61
3.6	ANÁLISES DOS DADOS	62
3.6.1	Análise Quantitativa dos Dados	62
3.6.2	Análise Qualitativa dos Dados	63
3.7	TRATAMENTO ÉTICO	66
4	CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
4.1	CATEGORIA I – OS HOMENS COM HISTÓRICO DE ACIDENTES DE BICICLETA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO MÓVEL DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	67
4.2	CATEGORIA II – O ACIDENTE, SEUS FATORES ANTECEDENTES E SUAS REPERCUSSÕES: DANDO VOZ AO HOMEM ACIDENTADO DE BICICLETA	92
4.2.1	Repercussões do Acidente	95
4.2.2	Fatores Antecedentes	100
4.2.3	Masculinidade e Acidentes de Bicicleta	107

4.3	CATEGORIA III – TIPOS DE CUIDAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM A HOMENS COM HISTÓRICO DE ACIDENTES DE BICICLETA	113
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
	REFERÊNCIAS	159
	APÊNDICES	180
	ANEXOS	187

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 UM FATO DO COTIDIANO¹

Josué, como era de costume, acordou de sobressalto por volta das seis horas da manhã naquela segunda-feira. Despertou exatamente às seis e quinze pelo alarme do relógio de pulso deixado na mesinha da cabeceira. Olhou pela fresta da cortina e observou que a chuva que caíra por toda noite ainda precipitava intensamente, deixando o tempo bastante fechado. Voltou o olhar para Lucélia, sua esposa, que ainda dormia enrolada nos cobertores. Estava frio. Beijou suavemente o rosto da companheira e, pisando macio com o intuito de não acordá-la, deixou o quarto. Lavou o rosto, tomou um café e, após uma breve oração, saiu de casa na chuva, montado em sua “Magrela” em direção ao trabalho. “Magrela” era a forma carinhosa que Josué tratava a sua velha bicicleta, barra circular ano 88 vermelha, que herdara de seu tio, irmão de seu pai. Era a sua fiel escudeira e amiga que o levava e trazia todos os dias de casa para o trabalho, poupando-o dos gastos com transporte, o estresse dos ônibus lotados e, ainda por cima, lhe proporcionando momentos de exercitação do corpo e relaxamento a cada pedalada (embora naquele dia chuvoso o ‘relaxamento’ estava difícil, precisava andar rápido para não se molhar tanto na chuva). Tempos bicudos e o trabalho como ajudante de pedreiro lhe rendia, ao final do mês, o suficiente para o que ele dizia “manter os meus débitos...” (ele queria dizer, com essa expressão estranha, que recebia o suficiente para manter o pagamento de seus débitos em dia. Vai entender os indícios da linguagem!) Daí a compensação do uso da “Magrela” apesar da distância de quase trinta quilômetros percorridos por dia no indo e vindo do trabalho, faça sol ou faça chuva, como fazia naquela manhã de julho. Os pontos de ônibus já estavam cheios e Josué passava rápido pelo cantinho da rua repleta de carros, motos e pedestres. Era mais um em meio à multidão. Só que naquela manhã Josué deixou de ser mais um na multidão e passou a ser o Um que, caído no asfalto frio e molhado fez a rua parar para ver. Josué foi atropelado por um automóvel que nem sabia de onde havia surgido. Ele não saberia dizer. Tudo escureceu para Josué.

Quando o enfermeiro Osmar desceu de sua motolância para atender a um acidentado de bicicleta, respondendo ao chamado de uma pessoa que se identificou como Beatriz à central de ambulâncias de emergência, se deparou com um homem pardo, de

¹ Crônica elaborada pelo autor da tese baseada no cotidiano de homens usuários de bicicleta.

aproximadamente 40 a 45 anos de idade, caído no chão ao lado de uma bicicleta vermelha. Notou que era uma barra circular e que estava bastante danificada. O homem estava desacordado, não reagiu aos seus chamados e respirava com dificuldade. Havia batido a cabeça no chão. Prontamente o enfermeiro avaliou os parâmetros vitais, instalou máscara de oxigênio e, enquanto procurava uma veia para puncionar e iniciar uma infusão de soro, tratou de entrar em contato com a regulação médica e solicitar a ambulância de socorro avançado. Ele estava bastante grave. A equipe de suporte avançado chegou rapidamente e, debaixo de chuva, imobilizaram o pescoço da vítima e instalaram um tubo de ventilação através de sua boca. A resposta para o socorrista, pelos os curiosos que assistiam a todo desempenho do atendimento de emergência com olhar entristecido e penoso, sobre quem atropelou o ciclista chegou rápido: “Foi um carro... o motorista fugiu, atropelou e deixou-o aí caído na rua... não deu tempo nem de anotar a placa!”

Josué saiu naquela manhã de chuva, com a sua “Magrela” vermelha para ir ao trabalho, como fazia há mais de dez anos, porém daquele dia em diante ele nunca mais retornou para casa.

1.2 A IDEIA, O PROBLEMA, AS QUESTÕES NORTEADORAS, A TESE, O OBJETO E OS OBJETIVOS

O cuidado de enfermagem vem sofrendo, ao longo das décadas, um constante processo de evolução, tanto no que concerne às nuances de seus conceitos teóricos quanto no que se refere à sua prática diária, às suas técnicas e tecnologias variadas, buscando ajustar-se, ao longo da linha do tempo, aos imponentes desafios enfrentados pela humanidade, tais como grandes epidemias, catástrofes naturais e conflitos internacionais entre nações.

Todo este cenário demanda uma incansável busca pelos seus praticantes de como fazer enfermagem frente aos problemas sociais, econômicos e culturais, impostos pela contemporaneidade, num exercício desafiador e diário de se projetar antecipadamente aos problemas com reflexões teóricas e práticas, no sentido de encontrar maneiras de cuidar que levem em consideração a integralidade do ser humano.

Assim, a Enfermagem que se praticava há uma década foi completamente distinta da que se pratica hoje e será díspar da praticada no futuro próximo. Todavia, a essência do cuidar e dos cuidados se mantém intocável como linha mestra condutora do fazer em Enfermagem, na qual o Ser Humano, em toda sua plenitude e complexidade, é o Princípio Norteador no estabelecimento dessa prática.

O embasamento que sustenta a prática de cuidar e de cuidados de enfermagem permitem que esta seja desenvolvida de maneira integral, superando os entraves e limitações presentes no cotidiano. Seguindo essa lógica, a Enfermagem então necessitará, para cumprir sua missão de cuidar e fazer cuidados, de traçar um inter-relacionamento com a realidade de cada contexto de prática, partindo da observação microscópica do cliente sob seus cuidados, de suas células, tecidos e estruturas orgânicas, de seu corpo biológico, vinculando a ele toda a complexa subjetividade individual peculiar de cada um, seus afetos, sentimentos e espiritualidade, sem perder de vista o foco no contexto sociocultural, político e econômico, sua família, a cidade onde vive, o entorno da unidade de saúde, nos diferentes níveis de atenção à saúde, onde o cuidar e os cuidados de enfermagem são prestados, considerando também a época, seu país, seu continente e as relações internacionais.

Dentre os diversos campos do saber e fazer em Enfermagem, as áreas Hospitalar e de Emergência têm sido convocadas intensamente, uma vez que, na grande maioria dos casos, o corolário do *modus operandi* da complexa vida humana contemporânea culmina em sua maioria em agravos à saúde, exigindo ações pré-hospitalares e hospitalares, refletindo diretamente nos atendimentos diários das equipes das salas de emergência.

A dinâmica desses atendimentos reflete parte de uma das mais emblemáticas dificuldades da atualidade: os elevados índices de acidentes e violências, conceituadas sob a legenda de causas externas², pela Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (CID-10), amplamente percebida pela população e expressada pela sensação de insegurança e medo e tão veiculada pelos meios de comunicação de massa.

Os acidentes e as violências sempre fizeram parte da vida humana em todas as etapas de sua evolução. No Velho Testamento já é possível encontrar fatos que descrevem cenas de acidentes ou de violências, como o caso de Caim que, revoltado contra seu irmão Abel, o matou, e o temor que Jacó tinha de seu filho Benjamin sofrer um acidente fatal.

Estudos vêm apontando já há algumas décadas as repercussões dos acidentes e das violências para os diferentes setores da sociedade, convocando população, pesquisadores e governos para uma ampla discussão e debate sobre a temática, tanto em âmbito nacional como internacional, apontando para a relação das causas externas com os processos de organização social, com as ações do Estado e a direta relação desses fenômenos com a Saúde, com a

² Conceituada como todas as circunstâncias oriundas do ambiente como causa básica de lesões, dentre elas os homicídios, os acidentes de transportes, os suicídios, as agressões, as quedas, os envenenamentos, as sufocações os afogamentos, entre outros, as causas externas estão contidas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID 10), em seu capítulo XX, sob os códigos V01 a Y98 (OMS, 2000).

Enfermagem e com os homens (MELLO JORGE, 1979; KOIZUMI, 1984; MINAYO, SOUZA, 1995).

No contexto das causas externas no cenário capixaba, estudo que avaliou a série histórica do perfil de mortalidade por causas externas no Espírito Santo, entre os anos de 1979 e 2003, revela que os acidentes e as violências se configuraram no período como importante causa de mortalidade, ocupando a segunda principal causa de óbito, com elevação nos coeficientes de mortalidade de aproximadamente 50%, saindo de 67,4 óbitos por 100 mil habitantes, em 1979, para atingir 101 óbitos por 100 mil habitantes em 2003 (TAVARES *et al.*, 2012).

Esse mesmo estudo também revelou que, de acordo com o sexo, assinala-se maior ocorrência entre os homens, o que vai ao encontro de outros estudos sobre a temática, com uma razão entre os coeficientes masculino/feminino de 4,8, indicando que, para cada mulher que morreu por causas externas, aproximadamente cinco homens faleceram por este mesmo motivo, incidindo principalmente na faixa etária entre 15 e 49 anos de idade, com destaque para os óbitos provocados pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito (TAVARES *et al.*, 2012).

Entretanto, o estudo da mortalidade por causas externas no Espírito Santo com a abordagem epidemiológica e de série temporal, não permitiu estabelecer, dentre o grande grupo de Acidentes de Transporte Terrestre (ATT), quais eram os tipos de acidentes de trânsito que se destacavam e quais implicações desses acidentes para o Cuidado Hospitalar de Enfermagem, em especial para o cuidado de emergência.

De todo modo, já havia indicativos na literatura nacional e internacional da importância das motocicletas na realidade do trânsito, com elevados coeficientes de mortalidade e de morbidade por ATT, incidindo preferencialmente sobre homens jovens (NETO *et al.*, 2013; NEVES *et al.* 2013; DAY, 2013; FERNANDES, 2013).

Diante desse fato, em pesquisa realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Espírito Santo (SAMU/ES) com o propósito de investigar o fenômeno dos acidentes motociclísticos atendidos pelo Atendimento Pré-Hospitalar (APH), fica evidente a magnitude e a gravidade desses tipos de acidente, principalmente na Região Metropolitana da Grande Vitória, destacando dos demais tipos de ATT, possibilitando evidenciar sua importância, especialmente entre os homens, bem como o quantitativo dos APH para estes homens e sua gravidade (TAVARES; COELHO; LEITE, 2014; TAVARES; COELHO; LEITE, 2016).

Entretanto, embora essa pesquisa tivesse o foco nos acidentes motociclísticos, foi possível perceber, tanto durante a análise dos Boletins de Ocorrência do Atendimento Pré-Hospitalar (BOAPH) dos acidentados por motocicleta, quanto durante conversas com a equipe de Socorristas do SAMU/ES, a proeminência dos acidentes de bicicleta, chamando a atenção para a possibilidade de uma realidade ainda velada e pouco explorada no campo acadêmico. De modo analítico, foi possível constatar o grande quantitativo de atendimentos realizados pelo SAMU/ES às vítimas desse tipo de acidente.

Diante desse dado, surge então uma nova **ideia**, um novo olhar sobre os ATT, que passou a direcionar o foco sobre os acidentes de bicicleta e suas características, bem como a interrogação de qual era a real situação desse tipo de acidente no contexto mundial, brasileiro e capixaba, e quais as implicações desses acidentes para a Enfermagem Hospitalar e de Emergência.

Tendo em vista os estudos epidemiológicos realizados com as vítimas de acidentes de motocicleta, a ideia de se avaliar a problemática dos acidentes de bicicleta entre os homens foi construída a partir de duas vertentes principais: primeiro pela observação dos elevados números de atendimentos realizados pelo SAMU/ES envolvendo homens e bicicleta, certamente relacionados com a grande estimulação de seu uso e, segundo, o questionamento de como tais acidentes repercutem no pronto socorro (PS), para os cuidados de enfermagem em emergência e para os homens.

Atualmente, a bicicleta representa uma importante forma sustentável de mobilidade urbana, com destaque para o deslocamento para o trabalho, sendo este o principal uso da bicicleta em todo território nacional, seja em áreas urbanas ou rurais, com destaque para as cidades com vocação industrial na parte meridional do país e também no interior da Região Nordeste (BRASIL, 2007a).

Qualquer viagem realizada por bicicleta, em vez do automóvel, gera economias e benefícios consideráveis, tanto para o indivíduo quanto para a coletividade urbana, podendo se destacar a ausência total de impacto na qualidade de vida na cidade, a preservação dos monumentos e das plantações, o menor uso do solo, tanto para se deslocar quanto para estacionar, e, por conseguinte, melhor rentabilidade do solo; menor degradação da rede viária; diminuição dos congestionamentos; maior fluidez do trânsito; ganho de tempo considerável para os ciclistas nas curtas e médias distâncias.

Do ponto de vista da saúde, a utilização regular da bicicleta, tanto nos deslocamentos utilitários quanto no lazer, são, também, inegáveis. Exercícios de baixa intensidade e longa duração são os mais indicados para pessoas que buscam melhorar o condicionamento e a

qualidade de vida. Desse modo, o número de adeptos da bicicleta aumenta a cada ano, se destacando como um dos esportes mais tradicionais no mundo, tanto em relação a número de ciclistas e triatletas profissionais como praticantes em geral. Além do caráter competitivo, o ciclismo tem se tornado uma importante forma de lazer bem como um excelente meio de locomoção (ROWE; HULL; WANG, 1998).

Entretanto, apesar das vantagens do uso desse tipo de transporte, há também grande preocupação com as questões de segurança, visto que, muitas das vezes, as bicicletas dividem o mesmo espaço com veículos motores, automóveis de pequeno e grande porte, como caminhões e ônibus, representando riscos de acidentes graves (TESCHKE *et al.*, 2012).

Na busca da literatura especializada, relacionada aos acidentes de bicicleta no Brasil (TAVARES; LEITE; COELHO *et al.*, 2016) realizada de junho a agosto de 2015, nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), sem delimitação de ano e utilizando como descritores os termos “ciclismo”, “acidentes de trânsito”, “Brasil”, “saúde pública” “cuidados de enfermagem” e “mortalidade”, nos idiomas inglês e português, foi possível capturar 643 artigos. Contudo, deste total, 605 foram realizados fora do Brasil.

Este achado parece demonstrar que o problema dos acidentes de bicicleta existe, mas ainda não foi questão de análise para os pesquisadores brasileiros. Entre 1997 e 2013 (16 anos) foram localizados 15 artigos realizados no Brasil. Este estudo encontra-se detalhado no Capítulo 1, Referencial Teórico, desta tese.

Considerando o atual contexto de promoção de saúde e mobilidade urbana, em que o uso da bicicleta vem sendo cada vez mais estimulado e se apresenta como uma excelente estratégia na redução de fatores de risco para o adoecimento e boa opção de deslocamento das pessoas, parece haver poucos trabalhadores brasileiros que se dedicam ao estudo e à identificação das ocorrências desses acidentes.

Nenhum dos 15 artigos analisados foi publicado em periódicos de enfermagem. O destaque se dá para os de saúde pública ou saúde coletiva e os de cirurgia e traumatologia oral e maxilofacial. A análise dos artigos revela ainda que os acidentes de bicicleta vêm se destacando como um preocupante **problema** no cenário do trânsito brasileiro, sendo os homens as maiores vítimas (TAVARES; LEITE; COELHO *et al.*, 2016).

Esta tese se ancora na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que traz em seu bojo uma série polimorfa de agravos na população masculina, dos quais os mais importantes são os acidentes, notadamente os acidentes de trânsito (BRASIL, 2009a).

Os homens se destacam no contexto dos acidentes e das violências, sendo seus principais agentes causadores e suas principais vítimas. Tal fenômeno não é observado apenas entre as causas externas, mas entre todas as principais causas de morbimortalidade. Atualmente, se tem realizado um grande debate sobre as concepções de masculinidade e as suas implicações para a saúde do homem. Em torno dessa discussão, o aspecto cultural de gênero, os padrões de educação e o comportamento para meninos e meninas revelam que tais padrões estimulam mais ou permitem a manifestação de agressividade entre os meninos em comparação com os padrões femininos.

Entretanto, esse modo de viver do homem que desfruta da maior concentração de privilégios, num dado sistema de relações de gênero gera, por fim, comportamentos danosos à saúde, fazendo emergir fatores importantes para o adoecimento e morte da população masculina, tais como a crença de que adoecer é sinal de fraqueza, não acesso aos serviços de saúde e maior exposição aos riscos de acidentes e de violências (MACHADO; SEFFNER, 2013).

Baseando-se em argumentos fortemente arraigados a essa história, a população masculina percebe o cuidado à saúde como algo que não é peculiar à masculinidade, ignorando a importância da prevenção de doenças. Aliada a este fato, a forma com que o serviço de saúde se coloca, suscita sentimentos de intimidação e distanciamento, fazendo com que haja desconhecimento acerca das inúmeras possibilidades fornecidas pelos serviços de saúde para os homens (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, o presente estudo é baseado nas características dos homens com histórico de acidentes de bicicleta e se propõe a uma qualificação no conteúdo de Enfermagem em Emergência a partir da caracterização dos acidentes e dos acidentados, os fatores contributivos para a ocorrência do acidente, o cuidar e os cuidados de enfermagem recebidos no cotidiano da sala de emergência e as repercussões do acidente para os acidentados.

Assim, este estudo busca elucidar as seguintes **questões norteadoras**:

- Quem são os homens que se acidentam de bicicleta?
- Quais fatores contribuíram para a ocorrência do acidente?
- Quais são os cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta durante o atendimento de emergência hospitalar?
- Quais as repercussões a respeito do acidente que são expressadas por estes homens?

A **tese** que está sendo defendida neste estudo é a de que os homens com histórico de acidentes de bicicleta atendidos no serviço de emergência apresentam repercussões do acidente em sua vida, que possuem os mesmos fatores antecedentes ligados ao conceito de masculinidade e que os cuidados de enfermagem são específicos para atender as necessidades de cada caso.

O **objeto** de estudo desta tese é o cuidar e os cuidados de enfermagem a homens com histórico de acidentes de bicicleta.

E os **objetivos** estabelecidos para responder às questões norteadoras são:

- Caracterizar os homens com histórico de acidentes de bicicleta;
- Determinar os fatores que contribuíram para a ocorrência do acidente;
- Discutir as repercussões do acidente para os acidentados;
- Descrever os cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados no atendimento de emergência hospitalar;
- Analisar a aproximação dos cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados no atendimento de emergência hospitalar considerando a tipologia de cuidados proposta por Coelho (1997).

1.3 CONTRIBUIÇÕES, RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Nesta investigação, pretende-se abordar o cuidar e os cuidados de enfermagem frente a homens com histórico de acidentes de bicicleta, no sentido de contribuir junto à PNAISH, que traz os acidentes de trânsito como uma das principais causas de morbimortalidade entre os homens. Os resultados aqui demonstrados poderão apresentar aplicabilidade junto aos órgãos responsáveis pela segurança viária e de trânsito, na implementação de medidas que possam tornar mais seguro o uso de bicicleta pelos homens, especialmente para aqueles que a usam como veículo de transporte em seu deslocamento para o trabalho. Ademais, no que tange o cuidar e os cuidados de enfermagem, esta pesquisa abre caminho para um novo olhar da Enfermagem em Emergência, revelando a necessidade de se ampliar os conhecimentos nesta área, que contribuam para qualificar o desempenho das equipes durante o atendimento a homens acidentados de bicicleta.

Este estudo traz contribuições para o Enfermeiro e demais membros da Equipe de Saúde, no sentido de melhor esclarecer sobre a problemática dos acidentes de bicicleta entre os homens, quais os fatores que contribuem para o acidente, quais as características do

acidente e do acidentado, os tipos de lesão e as áreas do corpo atingidos, de modo a subsidiar o planejamento dos cuidados de enfermagem em emergência, bem como nas ações de prevenção nos diversos âmbitos de atenção à saúde.

No ensino, a relevância do estudo consiste em possibilitar a abertura de debate sobre propostas curriculares de curso de formação de Enfermeiros, colocando em evidência a necessidade de se instituir a disciplina Enfermagem na Saúde do Homem, uma vez que esta área apresenta particularidades importantes que precisam ser debatidas de forma mais aprofundada e pormenorizada, como já ocorre em outras áreas da Enfermagem, tais como a Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, entre outros; quiçá, projetar a Saúde do Homem como um novo campo de especialização em Enfermagem.

Além disso, ao ampliar a discussão sobre a saúde do homem, na perspectiva dos serviços de emergência, pretende-se, com o esclarecimento do fenômeno dos acidentes de bicicleta em homens, buscar estabelecer parâmetros que poderão subsidiar o cuidar e os cuidados específicos de enfermagem junto à população de usuários mais frequentes deste serviço: os homens.

A produção de conhecimento realizada nesta tese é relevante também para o campo de conhecimento do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPEN) e do Grupo de Pesquisa Cuidar/Cuidados de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), abordando e discutindo a problemática e atuando como um marco inicial para futuras pesquisas envolvendo homens e uso de bicicletas, contribuindo para a construção de novos conhecimentos que possam fortalecer a Ciência de Enfermagem e a Enfermagem na Saúde do Homem.

Para a Enfermagem de Emergência, este estudo se justifica por considerar que esta participa de todas as etapas do atendimento aos acidentados, atuando desde antes do momento da chamada telefônica e pré-hospitalar, seja com ações de atenção primária e promoção da saúde, focando em medidas de prevenção dos traumas nas unidades básicas de saúde (UBS), seja no planejamento e organização dos serviços da Rede de Atendimento de Urgências e Emergências, passando pela atenção secundária, com as fases de diagnóstico e tratamento adequados, em hospitais terciários e quaternários, com foco na redução das sequelas e danos residuais do trauma, bem como na atenção terciária, com o olhar na reabilitação e reinserção das vítimas em seu seio social.

Igualmente, esta tese se justifica pela Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil, na qual as violências, os acidentes e os traumas se configuram na terceira colocação entre as 24 subagendas de pesquisa em saúde (AKERMAN; FISCHER, 2014).

Esta pesquisa pode também significar uma reflexão sobre o atual cenário legislativo e de infraestrutura cicloviária, suscitando o debate sobre os riscos inerentes ao uso da bicicleta, tão subestimado culturalmente, além da importância de garantir o uso e a fiscalização do uso de equipamentos de proteção para ciclistas, especialmente o uso de capacete, equipamento não obrigatório no Brasil, de acordo com o atual Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (BRASIL, 1997).

Isso posto, para aproximar-se do objeto de tese proposto neste estudo, faz-se necessário o mergulho nas bases conceituais que irão dar sustentação e iluminar a observação e análise do fenômeno do cuidar e dos cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta, implementadas na sala de emergência, os quais são apresentados a seguir.

1.4 ESTRUTURA DA TESE

Para completar esta introdução, apresenta-se a seguir as partes que estruturam esta tese:

O Capítulo 1, Referencial Teórico, aborda o conceito de cuidar e de cuidados de enfermagem em emergência a partir dos pressupostos de Coelho (1997) tendo por moldura o cotidiano da sala de emergência baseado no conceito de cotidiano de Certeau (2012). Ainda trata da questão da masculinidade e saúde, da PNAISH e apresenta revisão da literatura sobre os acidentes de bicicleta no Brasil.

O Capítulo 2, Percurso Metodológico, aborda a trajetória desenvolvida para que a pesquisa pudesse ser realizada. Neste sentido, o tipo de estudo, métodos e técnicas, seus cenários, instrumentos e produção de dados, bem como a análise dos dados e o tratamento ético são apresentados.

O Capítulo 3, intitulado Apresentação, Interpretação, Análise e Discussão dos Resultados, apresenta os dados organizados nas três categorias analíticas sobre o Cuidar e os Cuidados de Enfermagem para Homens com Histórico de Acidentes de Bicicleta, a saber: Categoria 1 “Os Homens com Histórico de Acidentes de Bicicleta Atendidos em um Serviço Móvel de Emergência Pré-hospitalar; Categoria 2 “O Acidentes, Seus Fatores Antecedentes e Suas Repercussões: dando voz ao homem acidentado de bicicleta”; e Categoria 3 “Tipos de Cuidar e Cuidados de Enfermagem para Homens com Histórico de Acidentes de Bicicleta”.

As considerações finais apresentam uma síntese dos resultados de modo a propor o cuidar e os cuidados de enfermagem específicos para homens acidentados de bicicleta, assim

como indicar medidas de segurança que possam tornar o uso de bicicleta por homens mais seguro, sugerindo que novos estudos sobre a temática possam ser realizados no sentido de conhecer as peculiaridades que envolvem o homem, bem como fortalecer a Saúde do Homem.

2 CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO

Na construção da linha mestra do pensamento norteador que estrutura o arcabouço desta tese, faz-se necessário o estabelecimento do marco teórico-metodológico que emoldurou e iluminou o fenômeno do cuidar e dos cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta, implementados no atendimento de emergência hospitalar, objeto deste estudo.

A princípio, tomaram-se por base os conceitos de Cuidar e de Cuidados de Enfermagem de Coelho (1997), tendo em vista que a autora, ao elaborar tais conceitos, o fez a partir de sua vivência prática e diária como enfermeira de PS, vinculada à fundamentação teórico-reflexiva no campo da Enfermagem em Emergência e à vivência como docente de enfermagem, na mesma área, resultando em uma produção consistente e fidedigna do conceito de Cuidar e dos Cuidados, possibilitando a criação de um constructo teórico original e oriundo do seio da prática. Tais conceitos vêm ao encontro da linha de pensamento desta tese, que trata do cotidiano de cuidar na sala de emergência, sendo, portanto, coerente e harmônico com o objeto de estudo aqui investigado.

Após o estabelecimento dos conceitos de Cuidar e de Cuidados, o dia a dia da prática onde tais fazeres são realizados é investigado a partir do conceito de Cotidiano de Michel de Certeau (2012), emoldurando a cena do fazer. Ressalta-se que, no pressuposto certeauniano central, o cotidiano são os lances e táticas situacionais que formalizam o pensamento nas artes de fazer, sendo aquilo que nos é dado a cada dia, possibilitando a reflexão sobre a cena da sala de emergência e seus trabalhadores em ação junto aos homens acidentados de bicicleta.

Nesse cenário, o fenômeno investigado nesta tese envolve a população masculina, principal usuário das salas de emergência. Esse homem, que atua na cena de cuidados como protagonista, vem ao longo dos anos sofrendo os efeitos nocivos de uma construção sociocultural maciça sobre o seu papel desempenhado em sociedade.

Nesta vertente, a concepção de gênero surgiu então como uma problemática na medida em que o conceito de masculinidade, produto de um longo processo histórico através da cultura patriarcal desde os primórdios da humanidade, no qual o homem possui a supremacia, o poder e, por isso, percebe-se como invulnerável, acaba por originar comportamentos que negligenciam e afastam a população masculina do cuidado com a própria saúde.

Assim, para discutir a temática do homem, da masculinidade e da saúde, utilizaram-se os estudos do professor Romeu Gomes (2010; 2015), pesquisador com vasta bibliografia na

área, possibilitando refletir sobre quais os impactos da concepção de masculinidade na ocorrência dos acidentes de bicicleta aqui investigados.

Por fim, mas não menos importante, discutiu-se a PNAISH (BRASIL, 2009a), do Ministério da Saúde, produto de um amplo debate que vem sendo realizado nos âmbitos nacional e internacional que apontou para o reconhecimento de que os agravos à saúde do homem configuraram-se como um importante problema para a Área da Saúde e conseqüentemente para a Ciência da Enfermagem. Tal política, em linhas gerais, trouxe a regulação das ações de atenção integral à saúde do homem, com vistas a estimular o autocuidado entre os mesmos e principalmente reconhecer que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

2.1 CUIDAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIA

O trauma é um dos mais importantes problemas de saúde mundial. É considerado a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, superado apenas pelo câncer e aterosclerose, sendo a principal causa de morte nas primeiras quatro décadas de vida, especialmente entre a população masculina (MOLINA; MOURA, 2016).

Considerando o atual cenário de morbimortalidade brasileira, no qual se destacam os traumas como uma verdadeira epidemia, decorrente dos altos índices de acidentes e de violências que vêm apresentando curva acentuada de crescimento nas últimas décadas, os serviços de emergência, tanto os de atendimento pré-hospitalar quanto os de atendimento hospitalar, passam a compor um importante equipamento de saúde, estando sempre em evidência.

A emergência é caracterizada por ser o “gargalo” do sistema de saúde brasileiro, pelo atendimento de pacientes em situação aguda de saúde ou risco iminente de morte. Esse setor tem, frequentemente, a sua capacidade instalada ultrapassada devido aos pacientes permanecerem aguardando leito, abarcando número elevado de pacientes por profissionais de saúde (MOLINA; MOURA, 2016).

Nesse sentido, muitos PS dos hospitais brasileiros, de certo modo, atuam como um dos termômetros de medida no senso comum da qualidade dos serviços de saúde pública e, em muitos casos, produzindo cenas de superlotação em salas de emergência, que são veiculadas pela mídia como forma de denunciar o atual contexto de precarização da saúde pública, especialmente nos setores de alta complexidade, no qual se incluem os serviços de urgência e emergência.

Ao logo das últimas décadas, os atendimentos de emergência vêm tomando contornos próprios e distintos pelas intervenções e procedimentos específicos realizados nesses serviços. Tais contornos expressam uma nova adequação à realidade vigente dos acidentes e das violências. Essa realidade consiste de lesões provocadas por armas de fogo de grosso calibre, politraumatismos mais graves associados aos acidentes de trânsito com veículos cada vez mais potentes, e lesões que até pouco tempo não chamavam a atenção pela baixa incidência, e que hoje começam a se destacar nas salas de emergência como as provocadas pelos acidentes de bicicleta.

Com abordagens cada vez mais avançadas e utilizando diversas tecnologias, cuidar em emergência requer diferenciação nos recursos propedêuticos e terapêuticos, vinculada a um estilo profissional próprio durante a ação, diferenciando os seus profissionais dos demais profissionais que atuam em outros setores hospitalares. No tocante à enfermagem, esse contorno e estilo próprios diferenciados se expressam em critérios considerados fundamentais para cuidar em emergência, destacando a rapidez no raciocínio clínico, nas tomadas de decisões e na realização das ações; além de coerência de ideias e um modo especial de cuidar que deve ajustar-se ao quadro clínico apresentado pelo cliente ou clientela, em todas as dimensões que esta se constitui (COELHO, 1997).

Contudo, o cuidar e os cuidados de enfermagem em emergência estão para além do quadro clínico e do processo fisiopatológico advindo do trauma. Dessa forma, deve-se levar em consideração o ser humano integral que está recebendo os cuidados, pois como cita Coelho (1997):

O cuidar/cuidado em enfermagem de emergência pauta-se no encontro da regularização biopsicossócioespiritual do indivíduo, promovendo o equilíbrio. Os esforços das enfermeiras e suas equipes devem levar o indivíduo a uma regularização das suas funções vitais e sociais. Não se pode esquecer, quando se trata de seres humanos, que há regras e condições de mudança e de harmonização, antagonismos internos e ambientais e de sociabilidade que precisam ser considerados (...) a consideração dessas regras e condições pela enfermagem ocupa posição central em enfermagem de emergência (COELHO, 1997, p. 28).

O cuidar e os cuidados em emergência requerem o saber fazer e a devida compreensão quanto ao julgamento e às medidas de vigilância, em um entrosamento de pensar, imaginar, meditar, julgar, tratar, velar, intuir, vigiar, além das intervenções compatíveis com a complexidade e a peculiaridade assistencial exigida em cada atendimento (COELHO, 1997).

Estar diante de uma situação de emergência, nesta tese delimitada no atendimento a homens com histórico de acidentes de bicicleta, institui a necessidade de grande preparo das

equipes de saúde e em especial a de enfermagem, responsável pela grande maioria dos procedimentos realizados.

O enfermeiro e a sua equipe assumem papel preponderante frente ao acidentado e devem assumir com maestria e destreza a realização dos procedimentos invasivos caracterizados por serem de elevados riscos de implementação, em período de tempo muito curto e com a possibilidade de erro próximo à zero por cento, na medida em que qualquer falha de execução pode agravar a situação clínica do homem acidentado ou até mesmo resultar em seu óbito.

Nessa perspectiva, a construção do cuidar e dos cuidados de enfermagem em emergência abrange elementos ideológicos, fundamentos de uma filosofia assistencial, conceitos e técnicas que interessam diretamente as tomadas de decisão frente ao atendimento e que envolvem uma lógica racional, intuitiva, sensível, embasada no conhecimento teórico e na experiência profissional, além de bom senso (COELHO, 1997).

Assim, o cuidar e os cuidados de enfermagem em emergência são estruturados com a objetividade, tanto de quem cuida quanto de quem recebe o cuidado, contendo elementos do corpo biológico imbricados com os aspectos psicossocial e espiritual de cada ser cuidado.

Nesse sentido, Coelho (2006) criou um paradigma de Cuidar em Enfermagem que inclui o ser humano, com toda a sua complexidade, e que buscou se distanciar do modelo predominantemente biologicista, mecanicista e centrado nas respostas orgânicas, possibilitando pensar e ampliar uma denominação da prática de enfermagem em emergência.

Os cuidados da sala de emergência utilizam a formação e a prática profissional, bem como o corpo do enfermeiro e de suas equipes como instrumento do cuidar, proporcionando ao cliente a possibilidade de funcionamento, conexões, princípios de equilíbrio e conservação do seu corpo, a manutenção do vigor e da força, ou a recuperação da identidade e da autoestima. Para a autora, cuidar em emergência compreende uma construção diária de modos e maneiras de cuidar em enfermagem, constituindo a busca de uma descrição daquilo que se faz ou que ocorre todos os dias, isto é, das atividades corriqueiras dos enfermeiros e de suas equipes, que cotidianamente se veem envolvidos numa expectativa prática, nas relações que surgem e se reproduzem, em que esse cuidar se mostra e os cuidados emergem (COELHO, 2006).

Com o propósito de analisar a aproximação dos cuidados de enfermagem para homens com clínica de acidentes de bicicleta implementados no atendimento de emergência hospitalar, levando em consideração as maneiras de cuidar estabelecidas por Coelho (1997),

foi necessário examinar os pressupostos da autora bem como sua tessitura de elaboração teórica, que são descritas a seguir.

Em sua Tese de Doutorado, Coelho (1997) teve como cenário a Unidade de Emergência de um grande hospital da cidade do Rio de Janeiro. Através de etnométodos observou e registrou o cotidiano da sala de emergência, a equipe de enfermagem e o fazer da enfermagem frente aos clientes ali internados.

A análise dos dados coletados possibilitou à autora definir Cuidar como o processo de expressão, de reflexão, de elaboração do pensamento, de imaginação, de meditação e de aplicação intelectual, desenvolvido pela enfermeira, em relação às ações mais simples até as mais complexas, e que requer um mínimo de condições estruturais, ambientais e de recursos humanos razoáveis para assegurar a confiabilidade, a credibilidade dos atos ou ações direcionados ao atendimento dos clientes nos níveis imediato, mediato e tardio. Assim também a autora estabeleceu que Cuidado é a ação imediata prestada pela enfermeira ou algum elemento de sua equipe, técnico ou auxiliar de enfermagem, em curto espaço de tempo, desenvolvido em vários momentos, envolvendo segurança e competência, aliadas à tecnologia específica que a situação exige, e que Cliente é aquele que sofreu violência ou acidente físico ou orgânico, e que traz consigo as suas características pessoais, familiares e sociais; necessitando, urgentemente, do cuidar e cuidados de enfermagem para o atendimento das suas necessidades humanas, a partir da prioridade de manter a vida – trazer o cliente de volta para a sua realidade – ou dar condições para que morra com dignidade (COELHO, 1997).

A partir de tais conceitos, foi possível se colocar frente a frente com os homens vítimas de acidentes de bicicleta atendidos em um serviço de emergência capixaba.

O termo Cuidar, palavra grafada no singular, porta o sentido da abrangência, de universalidade, ao passo que o termo Cuidados, palavra grafada no plural, remete ao sentido da especificidade, de cuidados específicos. Isso se torna importante ressaltar, pois é comum, na linguagem profissional cotidiana a utilização de ambos os termos como sinônimos. Como resultado das análises das observações realizadas, a autora confirmou sua tese de que o cuidar e os cuidados de enfermagem em emergência são específicos e distintos dos demais cuidados prestados em outros setores do hospital. Esta confirmação se deu através da combinação ciência e prática com qualidade e experiências adquiridas e vividas em seu percurso como enfermeira de PS, o que tornou possível o mapeamento das maneiras de cuidar que encontrou o que denominou de Tipologia do Cuidar (COELHO, 1997).

As maneiras de cuidar são, portanto, os tipos de cuidar e cuidados de enfermagem em emergência, específicos e distintos, oriundos do cotidiano da prática diária de receber,

registrar, agir, abordar sociohistoricamente a clientela, exigindo do enfermeiro técnica e competência, intuição e ação, estética e ambiência, criatividade (enquanto arte de improvisar, portanto de criar) e sensibilidade (arte de ser sensível), numa sequência de reflexão-ação-reflexão da práxis de enfermagem em emergência (COELHO, 1997).

Em um primeiro momento, a autora estabeleceu 14 maneiras de cuidar em emergência, que estão sumarizados na Tabela 1 e foram aplicados na presente tese.

Tabela 1 – Tipos de cuidar e cuidados de enfermagem em emergência, sua caracterização e sua execução de acordo com Coelho (1997).

Tipos de Cuidar	Caracterização dos Cuidados	Execução dos Cuidados no atendimento ao homem acidentado de bicicleta e atendido na emergência hospitalar
Cuidar de Alerta	Exige permanente atenção aos aspectos imprevisíveis do atendimento; é uma expectativa constante pelo que poderá vir; está interconjugado com outros profissionais de saúde. Exige atividades cognitivas e psicomotoras permanentemente.	Cuidado de execução imediata. Inclui coleta de materiais para exames; organização e reorganização da ambiência; manutenção da privacidade, vigilância constante; contenções.
Cuidar de Guerra	Emerge do confronto da equipe frente à morte, com o propósito de manter a vida através da manutenção das funções vitais.	Triar, diagnosticar, atender o cliente em fase aguda; aferição constante dos parâmetros vitais.
Cuidar Contingencial	É construído durante os momentos em que se instala uma situação súbita ou episódica, como um agravamento do quadro clínico. Há investimento de todos os recursos disponíveis para reverter o quadro.	Ações caracterizadas pela atenção especial ao aspecto biológico do corpo do cliente; procedimentos e uso de tecnologias – traz consigo riscos de eventos adversos.
Cuidar Contínuo	Ocorre no momento da manutenção e da sequência do cuidar diário, e envolve o ritual de todos os dias. Tem função de prevenção de sequelas e manutenção da vida.	Avaliação da evolução clínica diária; observância de sinais e sintomas constantes; cuidados de higiene, alimentação, conforto...
Cuidar Dinâmico	Caracterizam-se pela intensidade com que são realizados e se concentram na clientela que permanece em estado crítico, fazendo conexões com o passado, na busca de comparações e informações, no sentido de dar continuidade aos cuidados presentes.	Todos os cuidados que acompanham o cliente nos diferentes estágios do seu quadro clínico, voltados para suas necessidades humanas básicas.
Cuidar Expressivo	Cuidar predominantemente cognitivo-afetivo, modelado através da expressão do sentimento, da emoção, do grau de aceitação ou de rejeição e da atenção ao imperceptível.	Atitudes de conversar, segurar a mão do cliente, dar-lhe um sorriso, aproximar-se, ficar junto, utilizando a compreensão, a simpatia e a empatia.
Cuidar Anônimo	Cuidado estabelecido no princípio da individualização, referente ao conjunto de características próprias e exclusivas de uma pessoa.	Obtenção de dados de identificação, permissão de visita pelos familiares, utilização de pulseiras de identificação, descrições físicas do cliente.
Cuidar Multifaces	É o cuidado elaborado a partir da interseção com várias áreas do saber, aliado a outros saberes, tais como a antropologia, a sociologia, a economia, a política, a diplomacia, entre outros.	Adoção de medidas que envolvem outros profissionais que atuam na emergência: assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros.

Cuidar do que se Encontra à Margem Social	Envolve o aspecto político-judicial, direcionado àqueles que são encaminhados para a emergência sob custódia da justiça ou envolvidos em situação de crime.	Atitudes frente ao cliente portador de drogas ilícitas, armas, projéteis de arma de fogo no corpo
Cuidar da População de Rua	Envolve os cuidados com clientes que não se encontram cobertos pelos programas sociais do Estado, tais como abandonados pela família, moradores de rua, idosos desamparados, entre outros.	São cuidados que ultrapassam a terapêutica biomédica, nem separa o corpo da mente, nem o indivíduo da sociedade, respeitando e entendendo suas particularidades.
Cuidar Mural	Cuidado que objetiva advertir e direcionar estrategicamente o encadeamento lógico do cuidado, favorecendo a agilidade e a segurança do cliente.	Descrição de cuidados estratégicos nas paredes do posto de enfermagem, dando destaque para fatos importantes e individualizados de cada cliente.
Cuidar Perto/Distante	Cuidado que utiliza os sentidos perceptivos da enfermeira e os instrumentos para ampliar tal percepção, tais como biomonitores, que permitem o acompanhamento da evolução clínica do cliente.	Observar, ouvir e tocar o corpo do cliente; acompanhar parâmetros em biomonitores; comunicação verbal/não verbal; comunicação através das expressões do cliente.
Cuidar do Corpo (Semi) Morto	Cuidado que envolve a situação de quase morte ou morte.	Proporcionar ambiência de paz, silêncio e respeito; permitir o contato com familiares; atender aos familiares
Cuidar dos Profissionais do Cuidado	Cuidado em que a enfermeira atua junto a sua equipe, atendendo às suas necessidades básicas, suas angústias e sofrimentos.	Atuar em cooperação com a equipe de enfermagem; buscar medidas de inter-relação saudáveis; cooperar e negociar as demandas da equipe

Fonte: COELHO, 1997.

Tais tipos de cuidar e de cuidados de enfermagem foram construídos no bojo da individualização do cuidado e voltados para a complexidade de cada caso, não vislumbrando apenas o lado biológico dos sinais e dos sintomas clínicos, mas buscando se afastar do paradigma puramente biomédico do cuidado, considerando também todo o complexo aspecto psicossocioespiritual do cliente.

Tais maneiras de cuidar emergentes dos estudos de Coelho (1997, 2010, 2013) possibilitaram a classificação das mil e uma maneiras e estruturas dos cuidados de enfermagem em emergência, expandindo para fora da emergência, ganhando todas as alas do hospital. Essa classificação, elaborada no dia a dia com visibilidade teórica traz a proposta de uma criação que aponta para o infinito ciclo de inventar e reinventar o cuidado de enfermagem, inclusive no atendimento do homem vítima de acidentes de bicicleta.

Deste modo, a partir desse olhar sobre as maneiras de cuidar e cuidados de enfermagem, foram registrados, catalogados e analisados o cuidar e os cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta, implementados na sala de emergência, buscando uma aproximação desse paradigma de cuidar com o objeto de estudo desta tese. Além disso, tal referencial teórico permitiu a possibilidade de verificar a

emergência de outras maneiras de cuidar em enfermagem frente ao homem acidentado de bicicleta.

2.2 O COTIDIANO DA SALA DE EMERGÊNCIA

A cena de cuidar e de cuidados de enfermagem envolveu o espaço da sala de emergência e a equipe que ali atua, oferecendo ao observador uma infinidade de elementos (planta baixa e estrutura física da sala, organização, mobília, as pessoas, os seus sentimentos e afetos – tanto dos que recebem os cuidados quanto dos que fazem os cuidados – procedimentos técnicos, expressões e movimentações corporais, atitudes, tomadas de decisão, agilidade, destreza) e tantos outros dados que surgiram, a cada momento, se modificando e se reinventando num fluxo contínuo e barulhento de salvar vidas.

No contexto do pressuposto cereteuniano, esses fazeres são “táticas” que implicam em movimento próprio, fugindo a uma ordem social predeterminada, a uma operação de poder, pois como cita Josgrilberg (2005),

Podemos pensar em “táticas” como uma série de procedimentos que constantemente utilizam as referências de um “lugar próprio” (um espaço que é controlado por um conjunto de operações, “estratégias”, fundadas sobre um desejo e sobre um conjunto desnivelado de relações de poder). (...) as táticas organizam um novo espaço, o qual é um lugar “praticado” (JOSGRILBERG, 2005, p. 23).

O espaço da sala de emergência, uma vez pensado e planejado do ponto de vista da arquitetura hospitalar, sob a ordem da engenharia, da ergonomia, do controle de infecção hospitalar e da agilidade do atendimento, recebeu outras utilidades, fugindo, de certo modo, do que foi proposto ao ser construído.

Para Certeau (2012), essa “*dinâmica do espaço*”, esse lugar próprio e praticado, pode ser exemplificado através da relação de um morador com a sua moradia.

A moradia, planejada pela arquitetura, prevê um ambiente conforme as intenções do arquiteto, com uma sala, dois quartos, uma cozinha e um banheiro. Contudo, o habitar do morador é um fator de ambiguidade. Ali onde se previu uma sala eventualmente se organiza um outro aposento; o quarto talvez se transforme em um espaço para práticas religiosas, um escritório, dentre outras tantas formas possíveis de habitar o lugar. De fato, esses novos sentidos dependem da construção que precede o habitar do domicílio. Contudo, o sentido dado pelo morador não é apenas estruturado pelo projeto arquitetônico, mas também estruturante daquele espaço (CERTEAU, 2012, p. 128).

Ao cuidar de homens acidentados de bicicleta, a equipe da sala de emergência constrói novos sentidos, dando novas utilidades para o espaço e sua mobília, adequando-o ao fluxo continuado de socorrer. Nesse sentido, um equipamento desenvolvido para um fim, tomou outra utilidade, outro uso, fugindo do seu objetivo inicial ao ser projetado e criado; assim, um suporte para soro foi utilizado como aparato para garantir a privacidade do cliente quando alocado junto a outro suporte de soro e ambos sustentaram um lençol pendido entre eles.

Existe uma diferença entre lugar (controlado) e espaço (animado pelos movimentos tácticos) onde o cotidiano se dá. Deste modo, o lugar controlado da sala de emergência, tomou nova utilidade, quebrando a lógica formal de seus idealizadores, na medida em que o fazer diário dos cuidados aos acidentados permitiu a emergência do espaço das práticas cotidianas.

O termo cotidiano origina-se do latim *quotidianus*, “diariamente”; onde “*quotus*” significa quantos, qual em ordem numérica e “*dies*” significa dia e se refere a aquilo que se faz ou sucede todos os dias, além daquilo que se pratica habitualmente (FERREIRA, 2010).

Como moldura da cena do cuidar e dos cuidados de enfermagem em emergência para homens acidentados de bicicleta, implementados na sala de emergência, foi utilizado nesta tese o conceito de cotidiano de Michel de Certeau, que é “aquilo que nos é dado a cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia [...] é aquilo que no prende intimamente a partir do interior [...] é uma história a caminho de nós mesmos” (CERTEAU, 2012, p. 125).

A ênfase dada por Certeau ao cotidiano como uma espécie de campo de batalha, cujas táticas precisam encontrar modos inventivos de escape e confrontação em cada situação, rompe não apenas com o caráter normativo da ação social cotidiana, como também realça um aspecto pouco contemplado em outras abordagens: as relações de poder que incidem de modo substancial na construção social da vida pública cotidiana (LEITE, 2010).

Traçando um paralelo entre o cotidiano certeuniano, utilizou-se o conceito de cotidiano em emergência de Coelho (1997) que corresponde ao que os enfermeiros e suas equipes fazem na prática, todos os dias, no processo criativo de inventar e reinventar as mil e uma maneiras de cuidar em emergência.

Nesta tese, o cuidar e os cuidados de enfermagem foram analisados a partir da população masculina. Tal população é considerada fragilizada no tocante à saúde do homem, uma vez que as concepções de masculinidade vêm, ao longo dos tempos, criando uma cultura de homem forte e invulnerável aos problemas de saúde, provocando, por fim, um distanciamento entre os homens e os cuidados com a sua saúde. Neste sentido, analisaram-se

os fatores contribuintes para a ocorrência dos acidentes de bicicleta em homens, levando em consideração a nova discussão sobre homem, masculinidade e saúde, discutida a seguir.

2.3 HOMEM, MASCULINIDADE E SAÚDE

De acordo com Aurélio Buarque de Holanda Ferreira (2010), o verbete *homem* designa, entre outras denominações, o adolescente que atingiu a virilidade. Para o termo *virilidade*, baseado no mesmo autor, encontramos a propriedade ou caráter do viril, sendo *viril* a qualificação de energético, vigoroso e forte.

A palavra homem, portanto, está intimamente ligada ao conceito de força e poder. Entretanto, tal ligação não se restringe apenas ao âmbito dos vocábulos, mas também na concepção histórico-cultural de masculinidade, que veio sendo delineada e estabelecida socialmente até os dias de hoje.

Para Cecchetto (2004),

[...] ser homem é sinônimo, sobretudo, de não ter medo, não chorar, não demonstrar sentimentos, arriscar-se diante do perigo, demonstrar coragem, ser ativo. Determinados símbolos como armas, carros, esportes radicais, o espaço público, dentre outros, fazem parte desse universo masculino (CECCHETTO, 2004, p. 86).

Avançando na seara da terminologia, a palavra *masculinidade* advém de masculino, do latim *masculinu* e se refere àquele que é do sexo dos animais machos, que é relativo a ou próprio de macho, incluindo o sentido figurado de varonil, energético, forte e másculo, sendo másculo, aquilo que é relativo ao homem (FERREIRA, 2012).

De todo modo, para além das concepções vocabulares, o conceito de masculinidade é construído num espaço social e político e sua “natureza”, assim como os rituais iniciáticos, só podem ser compreendidos dentro dos suportes simbólicos do masculino próprios a cada sociedade. Destarte, a masculinidade não se restringe ao homem, no seu aspecto biológico, mas principalmente ao papel que o indivíduo desempenha socialmente (CECCARELLI, 1998).

A masculinidade, longe de ser uma realidade objetiva e muito menos de fenômenos naturais moldados em elementos anatômicos e biológicos, é, antes, um conjunto de noções dependentes das formas culturais dentro das quais tais noções emergem.

Assim, há sociedades, por exemplo, onde possuir um pênis não constitui acesso à masculinidade: esta última, que não é natural e muito menos inata, deve ser adquirida através

de rituais de felação, rigidamente controlados pelas leis do incesto, onde os meninos devem, para tornarem-se homens, guerreiros e competitivos, ingerir esperma dos mais velhos; em outras, a noção de masculinidade é diametralmente oposta. Nestas, cultiva-se qualidades não competitivas, sendo a agressividade considerada algo intolerável (CECCARELLI, 1998).

Tradicionalmente a construção do que é ser homem tem sido hegemonicamente associada a um conjunto de ideias e práticas que identificam essa identidade à virilidade, à força e ao poder advindos da própria constituição biológica sexual (SOUZA, 2005).

Fica evidente a representação de autoridade e supremacia do homem, na relação de gênero. Em uma publicação datada de 1904, no Jornal *A Vida*, que circulou em Florianópolis (Sul do Brasil) quinzenalmente no período compreendido entre 1903 e 1905, essa autoridade é bem demarcada:

(...) a família é o mais simples dos grupos que formam a sociedade; é uma instituição natural, porque até entre os irracionais, deparasse-nos o vínculo de íntima relação que os torna fortes e amigos (...) o chefe da família é o homem, o pai, a quem todos obedecem submissos, porque a ele compete a responsabilidade da nossa vida e da nossa conduta. (...) o pai tem alguma coisa de mais – a autoridade que exerce em nome da lei. Todos os membros da família lhe devem respeito e obediência (MACHADO; SEFFNER, 2013, p.366).

Por outro lado, essa visão de masculinidade e força vem sendo amplamente criticada e discutida. O contra-argumento daqueles que defendem maior fragilidade biológica dos homens está no fato de que, historicamente, nascem mais bebês do sexo masculino, mas eles morrem mais que os do sexo feminino antes de completarem o primeiro ano de vida. Também se percebe que os homens morrem mais cedo que as mulheres e, por isso, têm expectativa de vida menor (SOUZA, 2005).

Por hipótese, o homem, por ocupar mais frequentemente espaços de poder e liderança, até então não fora reconhecido em suas especificidades. O lugar do poder masculino na sociedade, ao mesmo tempo em que o insere numa posição privilegiada na hierarquia social, o exclui do reconhecimento de suas diferenças. É como se o masculino se constituísse num poder normatizado e diluído, indiferenciado no corpo social e acima de qualquer vulnerabilidade à sua saúde (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Essa masculinidade poderosa, denominada de masculinidade hegemônica, gera comportamentos danosos à saúde, fazendo emergir fatores importantes para o adoecimento, especialmente envolvendo agravos relacionados com as violências e os acidentes (BARROS, 2001; SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

Como reflexo do conceito de masculinidade, os homens apresentam particularidades que os tornam mais sensíveis a problemas específicos e com características peculiares. Assim, ao associarem tal conceito à força e à invulnerabilidade, os homens se afastam do cuidado com a sua saúde, o que se desdobra em diagnósticos tardios, piores condições clínicas no diagnóstico, com estados mais avançados da doença, pior prognóstico e maior mortalidade (COUTO *et al.*, 2010).

A consequência dessa associação se reflete diretamente no perfil de morbimortalidade masculina, na medida em que se percebe que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e morrem mais precocemente que as mulheres. Ademais, não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (OMS, 2013).

Além disso, comportamentos ditos masculinos permitem mais ou até estimulam os comportamentos agressivos e violentos, aumentando o risco de acidentes graves, especialmente quando observado o comportamento dos homens no trânsito.

Estudos evidenciam a diferença do comportamento dos homens no trânsito em comparação ao comportamento das mulheres, e apontam que, para eles, o estresse do dia a dia e a urgência do tempo são os principais desencadeadores de atitudes imprudentes entre os motoristas, sendo as agressões interpessoais, o excesso de velocidade, o desrespeito aos sinais de trânsito e o uso de substâncias psicoativas, representadas principalmente pelo álcool, os principais fatores geradores de acidentes entre a população masculina (TEBALDI; FERREIRA, 2005).

Somado a isso, a inexistência de uma política brasileira específica voltada para os homens adultos, por um longo período de tempo, expressa algo que vai além de negligência em relação a este extrato populacional, mas uma série de valores que reforçam quase que a não necessidade do homem cuidar de sua saúde ou ser olhado por essa perspectiva (LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Neste sentido, homem e masculinidade passam a constituir, nos anos de 1970, objetos de estudos, especialmente nos Estados Unidos da América, voltados principalmente para a questão da saúde; muito embora tais estudos foram poucos divulgados, talvez porque pudessem ser vistos como um paradoxo: as desvantagens dos homens nos perfis de morbimortalidade em relação às mulheres e o fato de eles deterem mais poder do que elas em todos os níveis de classes sociais (COURTENAY; KEELING, 2000).

Na década de 1990, a discussão acerca da saúde do homem passa a incorporar, dentre outros aspectos, questões de gênero relacionadas ao ser saudável e ao ser doente em segmentos masculinos. Desde então, estudos vêm concluindo que as diferenças entre homens

e mulheres em termos de morbimortalidade e expectativa de vida poderiam ser explicadas com base em cinco fatores: especificidades biológico-genéticas; diferenças e desigualdades sociais e étnicas; associação entre condutas e distintas expectativas sociais; busca e uso de serviços de saúde e dos cuidados de profissionais de saúde (GOMES; MOREIRA; RIBEIRO, 2016).

Por essa perspectiva, não se pode desconsiderar que, numa sociedade em que é pouco comum o homem cuidar de si, a busca por serviços de saúde pode ser associada à várias questões tais como o homem ocupar o papel de provedor e, neste caso, a busca pelo cuidado à saúde pode representar a perda de um dia de trabalho. Além disso, toda a representação social de homem e masculinidade estarem associados à invulnerabilidade, à força e à virilidade torna tais características incompatíveis com a demonstração de fraqueza e vulnerabilidade que possam representar quando se concretiza a procura por serviços de saúde, o que colocaria a masculinidade em risco e aproximaria o homem às representações femininas (GOMES *et al.*, 2014).

No que se refere ao padrão de morbimortalidade masculina, fica evidente a influência de condutas e comportamentos sociais agressivos quando se analisa a distribuição da diferença de gênero em relação à morbimortalidade por causas externas. Tal diferença é nitidamente identificada na razão da mortalidade por acidentes e violências, na qual se estima que, para cada mulher que morre por causas externas no Brasil, quase oito homens morrem pelo mesmo motivo, mortes certamente relacionadas a comportamentos reafirmadores da masculinidade, próprios da sociedade contemporânea, que simbolizam maior poder e exigem maior virilidade e agressividade, tornando os homens mais vulneráveis a eventos de risco de morte precoce por agravos evitáveis (GOMES *et al.*, 2015; SOUZA, 2005).

Nesta lógica, busca-se analisar nesta tese se o conceito de masculinidade socioculturalmente estabelecido contribuiu para a ocorrência dos acidentes de bicicleta em homens. Para dar conta da particularidade do homem frente às questões de saúde, foi instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde a PNAISH, que passa a ser discutida a seguir.

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

A estratégia nacional formulada pelo governo brasileiro para a saúde em 2008, o Programa Mais Saúde, contemplava 73 medidas e 165 metas, totalizando um investimento de quase 90 bilhões de reais. Entre os Eixos de Intervenção, encontra-se o de Atenção à Saúde, que inclui a implantação de ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem. A Área

Técnica de Saúde do Homem é criada, no Ministério da Saúde, em 2007. Os princípios e as diretrizes da PNAISH são publicados em 2008, sendo a política oficialmente lançada em 2009, com a publicação de uma Portaria Ministerial (BRASIL, 2008c).

Uma política específica para homens representa uma inovação, na medida em que os mesmos não foram, historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde, especialmente quando comparadas as outras políticas, como da saúde da mulher, da criança e de outros grupos populacionais (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

A Portaria GM/MS nº 1944 de 27 de agosto de 2009 estabelece a PNAISH, e tem como ponto de partida o reconhecimento da gravidade do quadro epidemiológico dos usuários homens do Brasil e a sua maior vulnerabilidade a mortes precoces e a doenças graves e crônicas, quando comparados às mulheres e às crianças, além da detecção de que a procura dos homens pelos serviços de saúde é significativamente menor do que das mulheres, bem como a adesão reduzida às propostas terapêuticas, à prevenção e à promoção de saúde, o que remete à importância de um olhar específico para este grupo (CHAKORA, 2014).

A implementação da PNAISH, portanto, envolve decisões tomadas por uma cadeia de agentes em um determinado contexto: desde decisões dos formuladores até as dos encarregados da implementação – sendo que estes últimos incluem, além do gestor municipal de saúde, a equipe técnica local designada para atuar na saúde do homem e os profissionais que atuam nos serviços. Médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, por exemplo, têm uma perspectiva própria sobre a saúde dos homens que, mesmo tendo, possivelmente, origem na PNAISH, é filtrada e interpretada pelo conhecimento que detêm da realidade local em que atuam, além de seu próprio instrumental teórico e conceitual (LEAL *et al.*, 2012).

Contudo, estudos de análise política revelam que a PNAISH vem sendo inserida lentamente na pauta da saúde pública desde o seu lançamento. Não há descrições precisas para sua implantação em âmbito municipal, e que ainda as ações priorizam procedimentos e exames que reforçam a centralidade da atenção no aparelho genital masculino. Destaca-se também que gestores e profissionais na assistência direta têm pouco ou nenhum conhecimento sobre a política (VIEIRA *et al.*, 2013).

Neste sentido, a política enfatiza a necessidade de planejamento de práticas assistenciais que consideram essas singularidades do público masculino como sujeitos históricos e o desenvolvimento de ações que contribuam para a melhoria das condições dessa população. Essa política fundamenta-se nos seguintes objetivos: qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado, que resguardem a integralidade, e

qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2009a).

Entretanto, apesar de se configurar como uma proposta de vanguarda, a primeira política pública de saúde voltada para a população masculina no contexto latino-americano, a PNAISH também carrega marcas do contexto socio-histórico, político e cultural no qual foi constituída e institucionalizada (GOMES; MINAYO, 2016).

Discursos e interesses ocupam e atravessam o texto da PNAISH no qual se destaca a presença marcante dos discursos biomédicos e epidemiológicos, recorrentes no modelo da clínica tradicional, revelando um processo ora de vitimização, ora de culpabilização da população masculina pelo próprio adoecimento. (MARTINS; MALAMUT, 2013).

Além disso, ressalta-se que, ao mesmo tempo em que se apresenta como uma nova política de saúde, a PNAISH evidencia jogos de interesse em prol da medicalização dos corpos masculinos que, até então, escapavam ao controle e ao biopoder das instituições e equipes de saúde (MARTINS; MODENA, 2016).

Na mesma direção, Lyra *et al.* (2012) apontam que, apesar de os estudos em saúde do homem trazerem novas contribuições para a temática de gênero e saúde, a área ainda é composta por um grande número de pesquisas relacionadas às enfermidades do aparelho genital e urológicas, em especial para a disfunção erétil, evidenciando fortes interesses pela medicalização da sexualidade masculina.

Assim sendo, apesar da criação dessa política específica, os profissionais da saúde, em especial a enfermagem, devido ao seu contato direto com o paciente, precisam incorporar um olhar qualificado e direcionado, que fará a assistência à saúde mais eficiente e eficaz, contribuindo para a redução de complicações e o aparecimento de agravos na população masculina (SILVA, 2010).

Sob esta perspectiva, esta tese contribui com a discussão sobre a saúde do homem na medida em que, além de tratar das questões epidemiológicas de acidentabilidade por bicicleta entre eles, busca aproximar os cuidados de enfermagem em sala de emergência para homens com história de acidentes de bicicleta, e estabelecer os fatores contribuintes e as repercussões do acidente na vida dos homens, dando voz aos acidentados.

2.5 REVISÃO DA LITERATURA: OS ACIDENTES DE BICICLETA NO BRASIL³

Com o objetivo de analisar a produção científica acerca dos acidentes de bicicleta produzida no Brasil, foi realizada uma revisão integrativa que seguiu os seguintes passos: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos mesmos e apresentação dos resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Inicialmente, para direcionar esta revisão, foi elaborada a seguinte questão norteadora: “Qual o conhecimento científico já produzido no Brasil sobre acidentes de bicicleta?” O levantamento foi realizado pela Internet, através das seguintes bases de dados: MEDLINE E LILACS. Não houve delimitação por período. Como estratégia de busca utilizou-se os descritores: “ciclismo”, “acidentes de trânsito”, “Brasil”, “saúde pública”, “epidemiologia” e “mortalidade” nos idiomas inglês e português. A seleção do material ocorreu no período de junho a agosto de 2015.

Para inclusão dos artigos, foram aplicados os seguintes critérios: textos nos idiomas português, inglês ou espanhol, oriundos de estudos originais, no formato de artigos, desenvolvidos no Brasil, que abordassem o tema acidente de bicicleta, que foram selecionados independente da metodologia utilizada na pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão ou de reflexão, relatos de caso, teses e dissertações e aqueles cujo resumo não estivesse disponível nas plataformas de busca on-line.

Como metodologia de se evitar a duplicidade de estudos nas diferentes bases, os artigos encontrados em cada base foram ordenados pelo título e primeiro autor, sendo excluídos os que apareciam mais de uma vez. Manteve-se, como informação da fonte de pesquisa, aquela em que o artigo aparecia pela primeira vez na base MEDLINE.

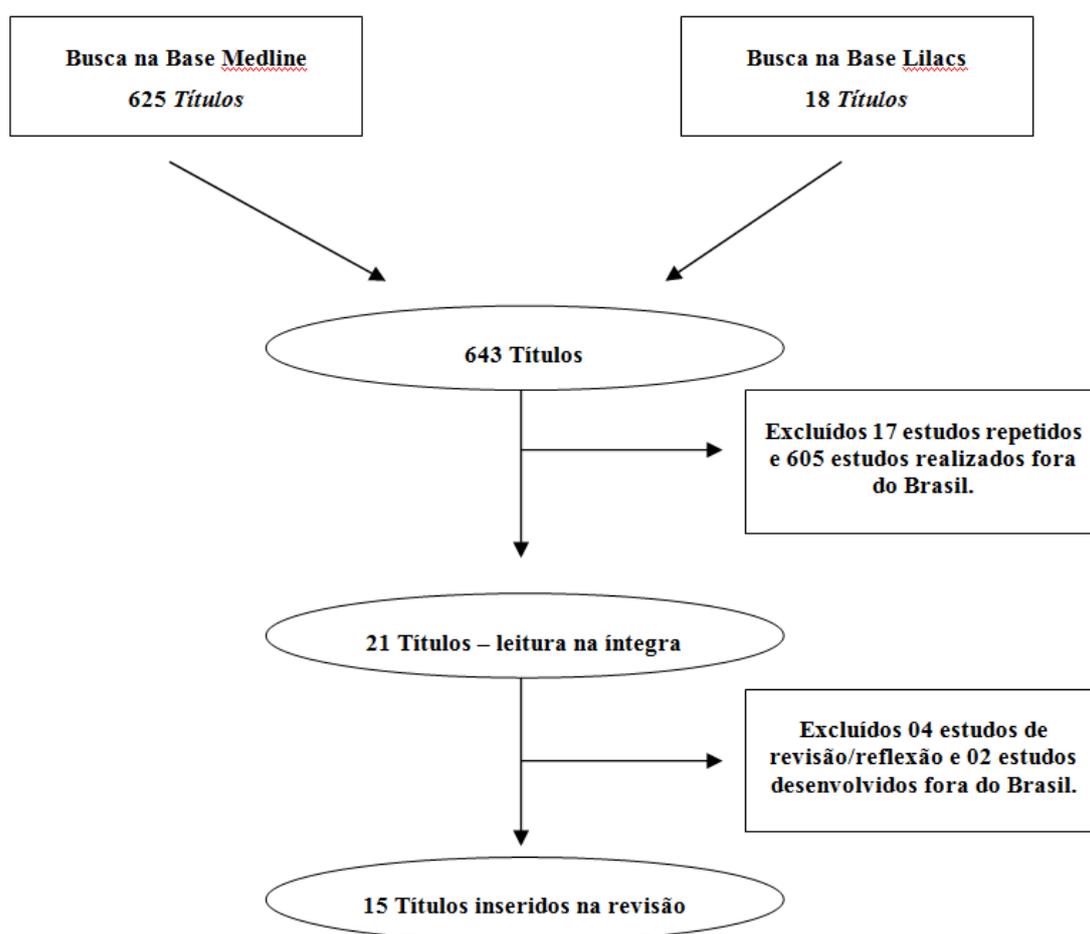
Para seleção dos artigos realizou-se, primeiramente, a leitura dos títulos e resumos detalhados das publicações selecionadas com o objetivo de refinar a amostra de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

A coleta de dados permitiu a identificação de 643 estudos, dos quais 625 na base MEDLINE e 18 na base LILACS. Dos 643 estudos, 17 foram excluídos por serem repetidos em mais de uma base de dados. Além disso, foram excluídos da amostra 605 estudos

³ TAVARES, F.L. LEITE, F.M.C. COELHO, M.J. *et al.* Os acidentes de bicicleta no Brasil: uma revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line**. Recife, 2016. No prelo.

realizados fora do Brasil. Dos 21 estudos selecionados para a leitura na íntegra, 04 estudos foram excluídos por se tratarem de estudos de revisão/reflexão e, após análise mais detalhada, foram excluídos outros dois artigos por terem sido realizados fora do Brasil, o que permitiu a seleção de 15 estudos que apresentavam relação com o tema em questão (Figura 1). Tais estudos foram publicados entre os anos de 1997 a 2013. Após a seleção, os estudos foram codificados com uma sequência alfanumérica (E1, E2, E3 e assim sucessivamente), a fim de facilitar a identificação.

Figura 1 – Fluxograma da revisão integrativa da produção científica dos acidentes de bicicleta no Brasil.



Fonte: TAVARES; LEITE; COELHO, 2016.

Na presente revisão integrativa, foram analisados 15 artigos que atenderam aos critérios de inclusão, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Identificação da amostra dos estudos, segundo código/ano, autor(es), título e objetivo(s), Vitória/ES, Brasil, 2015.

Código e Ano do Artigo	Autor(es)	Título	Objetivo (s)
E1 2013	Almeida, R.L.F. <i>et al.</i>	Via, homem e veículo: fatores de risco associados à gravidade dos acidentes de trânsito.	Analisar as características das vítimas, vias e veículos envolvidos em acidentes de trânsito e os fatores de risco de acidentes com ocorrência de óbito.
E2 2013	Galvão, P.V.M. <i>et al.</i>	Mortalidade devido a acidentes de bicicletas em Pernambuco, Brasil.	Analisar os casos de morte nos acidentes com bicicleta em Pernambuco entre 2001 e 2010.
E3 2013	Nardis, A.C. <i>et al.</i>	Patterns of paediatric facial fractures in a hospital of São Paulo, Brazil: a retrospective study of 3 years.	Analisar o padrão de fraturas faciais em crianças de 0 a 12 anos de idade tratados no Serviço de Cirurgia Oral e Maxilofacial do Hospital Geral Vila Penteadado, São Paulo, Brasil.
E4 2012	Chandran, A. <i>et al.</i>	Road traffic deaths in Brazil: rising trends in pedestrian and motorcycle occupant deaths.	Detalhar o perfil epidemiológico das mortes por acidentes de trânsito no Brasil de acordo com as categorias de usuários vulneráveis da via.
E5 2012	Paes, J.V. <i>et al.</i>	Retrospective study of prevalence of face fractures in southern Brazil.	Investigar a prevalência das fraturas faciais no Sul do Brasil entre os anos de 2003 a 2008.
E6 2010	Santos, S.E.S. <i>et al.</i>	A 9-year retrospective study of dental trauma in Piracicaba and neighboring regions in the State of São Paulo, Brazil.	Avaliar a ocorrência de trauma dento-alveolar durante 9 anos na Divisão de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Escola de Odontologia de Piracicaba, São Paulo, Brasil.
E7 2010	Chrcanovic, B.R. <i>et al.</i>	Facial fractures in children and adolescents: a retrospective study of 3 years in a hospital in Belo Horizonte, Brazil.	Investigar a etiologia, a incidência e o tratamento de fraturas orais e maxilofaciais em crianças em Belo Horizonte, Brasil.
E8 2010	Bacchieri, G. <i>et al.</i>	Cycling to work in Brazil: users profile, risk behaviors, and traffic accident occurrence.	Descrever e analisar variáveis relacionadas ao perfil, ao uso de equipamentos de segurança e ao comportamento de risco entre trabalhadores que usam a bicicleta como meio de transporte.
E9 2010	Bacchieri, G. <i>et al.</i>	Intervenção comunitária para prevenção de acidentes de trânsito entre trabalhadores ciclistas.	Avaliar o impacto de intervenção educativa de segurança e prevenção de acidentes de trânsito entre trabalhadores ciclistas.
E10 2009	Sawazaki, R. <i>et al.</i>	Incidence and patterns of mandibular condyle fractures.	Avaliar as características epidemiológicas da prevalência, o tipo e o tratamento de fraturas de mandíbula.
E11 2008	Gulinelli, J.L. <i>et al.</i>	Occurrence of tooth injuries in patients treated in hospital environment in the region of Araçatuba, Brazil during a 6-year period.	Analisar as características e a ocorrência das lesões dentárias.
E12 2005	Bacchieri, G. <i>et al.</i>	Determinantes e padrões de utilização da bicicleta e acidentes de trânsito sofridos por ciclistas trabalhadores da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.	Apresentar os determinantes e os padrões de utilização da bicicleta entre os trabalhadores que a usam como modo de transporte e descrever os acidentes sofridos.
E13 2003	Barros, A.J.D. <i>et al.</i>	Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade.	Descrever os acidentes de trânsito e comparar os riscos de lesão e morte de diferentes tipos de veículos e pedestres.

E14 1998	Scalassara, M.B. <i>et al.</i>	Características da mortalidade por acidentes de trânsito em localidade da região Sul do Brasil.	Caracterizar as vítimas fatais de acidentes de trânsito, segundo variáveis relativas aos acidentados e analisar as circunstâncias em que ocorreram tais acidentes.
E15 1997	Gonçalves, R.M. <i>et al.</i>	Características das pessoas envolvidas em acidentes com veículos de duas rodas.	Caracterizar as vítimas de acidentes com veículos de duas rodas.

Fonte: TAVARES; LEITE; COELHO, 2016.

Do total de 643 artigos capturados nas bases de dados definidas nesta revisão, 605 (94%) foram realizados fora do Brasil. Dos 15 artigos analisados em nosso estudo, percebemos que estes foram publicados em nove periódicos diferentes, dentre os quais destacamos os da área de saúde pública e saúde coletiva (E1, E2, E9, E12, E13, E14, E15) que colaboraram com 46,6% das pesquisas, e os de cirurgia e traumatologia oral e maxilofacial (E3, E5, E6, E7, E10, E11) representado 40% das fontes de informação. Dois artigos (E4, E8) foram publicados em periódicos relativos à engenharia e segurança de tráfego urbano (13,4%).

Quanto ao ano de publicação, verifica-se que a maioria dos estudos foi publicada no ano de 2010, totalizando quatro pesquisas (E6, E7, E8, E9) e respondendo por 26,6% do total da amostra, e no ano de 2013, com três publicações (E1, E2, E3), participando com 20% dos trabalhos publicados.

No que concerne à região de realização da pesquisa, os estudos se concentraram nas regiões Sul (40%), totalizando seis estudos (E5, E8, E9, E12, E13, E14), dos quais, 66,6% foram realizados em Pelotas (E8, E9, E12, E13), e Sudeste (40%) também com seis estudos (E3, E6, E7, E10, E11, E15), com destaque para as pesquisas realizadas em São Paulo (E3, E6, E10, E11). A região Nordeste contribuiu com duas pesquisas (E1, E2), respondendo por 13,3%, e houve um estudo que considerou o Brasil como unidade de análise (E7), correspondendo a 6,6%.

Ao analisar-se a abordagem, identificou-se que todas as pesquisas (E1 a E15) foram estudos observacionais, dos quais 9 estudos (60%) estavam dentro do nível III de evidência (E1, E2, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E13) e 6 estudos (40%) estavam dentro do nível IV de evidência (E3, E4, E6, E12, E14, E15).

As publicações foram produzidas a partir de diferentes fontes de informação. Nota-se que 80% dos estudos utilizaram dados secundários, dos quais 6 estudos (40%) realizaram análise de prontuário de pacientes (E3, E5, E6, E7, E10, E11); em três estudos (20%) os dados foram coletados do Sistema de Informação de Mortalidade (E1, E2, E4), e três estudos (20%) analisaram boletins de ocorrência da Polícia Militar (E13, E14, E15). Três estudos (20%) não

utilizaram dados secundários como fonte de informação, sendo esta obtida através de entrevista estruturada (E8, E9, E12).

Ao analisar os estudos, a fim de responder à questão norteadora “Qual o conhecimento científico já produzido no Brasil sobre acidente de bicicleta?” emergiram as seguintes categorias temáticas: Perfil epidemiológico das lesões; Perfil epidemiológico dos acidentes e Comportamento, intervenções educativas e de segurança (Quadro 2).

Quadro 2 – Distribuição das categorias temáticas segundo os códigos dos estudos e a porcentagem presente de cada categoria, Vitória/ES, Brasil, 2015.

Categoria Temática	Código do Estudo	%
Perfil epidemiológico das lesões	E3, E5, E6, E7, E10, E11	40
Perfil epidemiológico dos acidentes	E1, E2, E4, E13, E14, E15	40
Comportamento, intervenções educativas e de segurança	E8, E9, E12	20

Fonte: TAVARES; LEITE; COELHO, 2016.

A primeira categoria, denominada de Perfil epidemiológico das lesões, está presente em seis estudos (40%) (E3, E5, E6, E7, E10, E11); a segunda categoria, intitulada Perfil epidemiológico dos acidentes, faz referência aos estudos que caracterizam os acidentes de bicicleta, estando presente em seis estudos (40%) (E1, E2, E4, E13, E14, E15) e a categoria Comportamento, intervenções educativas e de segurança, está presente em três do total das publicações analisadas (20%) (E8, E9, E12).

Assim, considerando o atual contexto de promoção de saúde e mobilidade urbana, em que o uso da bicicleta vem sendo cada vez mais estimulado e se apresenta como uma excelente estratégia na redução de fatores de risco para o adoecimento e boa opção de deslocamento das pessoas, parece haver poucos trabalhos brasileiros que se dedicaram ao estudo e identificação das características desses acidentes. Este fato nos leva a questionar: são poucas as ocorrências no Brasil ou estes acidentes ainda estão velados por uma concepção equivocada de menor gravidade e menor importância, não merecendo, portanto, investimento em pesquisas?

Do total de 643 artigos capturados nas bases de dados definidas nesta revisão, 605 (94%) foi realizado fora do Brasil, demonstrando que a problemática dos acidentes de bicicleta existe, mas ainda não foi questão de análise para os pesquisadores brasileiros. Entre 1997 e 2013 (16 anos) localizamos quinze artigos realizados no Brasil.

De todo modo, o interesse por este tipo de acidente já se fazia presente desde 1997, como demonstra um estudo realizado na cidade de Belo Horizonte já trazendo esta problemática no contexto da morbimortalidade dos acidentes de trânsito naquela região (E15).

No que se refere à categoria temática Perfil epidemiológico das lesões, chama a atenção o fato de que em sua totalidade os estudos foram realizados por cirurgiões-dentistas, especialistas em cirurgia buco-maxilo-facial, cujo principal objetivo foi investigar as lesões traumáticas orais e maxilofaciais de pacientes atendidos em centros de cirurgia buco-maxilo-facial (E3, E5, E6, E7, E9, E11).

As fraturas faciais apresentam importância devido às suas consequências biopsicossociais e, neste contexto, os estudos realizados por estes cirurgiões (E3, E5, E6, E7, E9, E11) totalizaram a análise de 11.457 prontuários de pacientes vítimas de traumas de face, no período entre 1999 e 2011. Tais estudos evidenciaram que, dentre as diversas etiologias desses traumas, os acidentes de bicicleta configuraram-se como a primeira (E6, E10, E11), segunda (E7) e terceira causa (E3, E5) de lesões, com destaque para a população de crianças, adolescentes e adultos jovens do sexo masculino como os mais atingidos.

As lesões dentárias e dentoalveolares (E6, E11) bem como as fraturas nasais e mandibulares (E3, E5) foram os tipos mais comuns de traumas faciais. Em termos de tratamento, boa parte desses pacientes necessitou de cirurgia, como apresenta o estudo intitulado: “Patterns of paediatric facial fractures in a hospital of São Paulo, Brazil: a retrospective study of 3 years” (NARDIS, 2013) no qual 38% das vítimas necessitaram de intervenção cirúrgica (E3).

Outro achado que vale referir é o padrão sazonal de ocorrência desses traumas provocados por acidentes de bicicleta. A intensa atividade social ao ar livre estimulada nos períodos de primavera e verão parece ter contribuído para o incremento no número dos acidentes (E5), assim como os dias de sexta-feira, sábado e domingo, que são apontados como dias de maior incidência de acidentes e respectivas lesões (E6). O número de ciclistas é grande e tem aumentado nas últimas décadas, tanto nas cidades pequenas e interioranas, quanto nas metrópoles onde as bicicletas são usadas frequentemente como meio de transporte para a escola e para o trabalho (E6).

Destaca-se ainda que essas lesões exigem tratamentos diversos, muitas vezes com internações hospitalares para procedimentos cirúrgicos e acompanhamento pós-operatório, aplicação de placas metálicas reconstrutoras, antibioticoterapia, exigindo em grande parte o afastamento do homem de suas atividades laborais e sociais, que são acompanhadas de

sofrimento e dor, repercutindo ainda sobre a alimentação e a comunicação oral (E3, E11), implicações que são diretamente relacionadas ao cuidado de enfermagem.

Constata-se, nesta revisão, que existe uma grande urgência em desenvolver estudos capazes de esclarecer os diversos outros tipos de lesões que acometem as vítimas de acidentes de bicicleta, uma vez que é possível supor que outros segmentos do corpo, além das regiões faciais, também possam ser atingidos se considerarmos a exposição corporal dos ciclistas no uso de bicicletas, representando uma grande lacuna e um grande campo de investigação para a enfermagem de emergência e traumatológica. Além disso, tais estudos contribuem para a Saúde do Homem na medida em que as maiores vítimas dos acidentes e das violências, denominadas de causas externas, estão entre a população masculina.

Ao caracterizar a gravidade dos acidentados, tais estudos subsidiam ações de proteção aos usuários ciclistas das vias, no diagnóstico precoce e tratamento adequado das lesões fundamental para a Ciência da Enfermagem, que atua em todas as etapas de intervenção quando esse homem acidentado adentra o sistema de saúde brasileiro, com destaque para a região metropolitana da Grande Vitória, no Espírito Santo.

Quanto à categoria Perfil epidemiológico dos acidentes, vale destacar que, em sua maioria (66%), o objetivo principal não foi analisar os acidentes de bicicleta e suas características, mas caracterizar os acidentes de trânsito de forma geral, de modo que os acidentes de bicicleta surgiram como uma das categorias dentre os diversos tipos de acidentes de trânsito (E1, E4, E14, E15). Apenas um artigo (20%) se dedicou ao estudo da mortalidade devido a acidentes de bicicleta, realizado em Pernambuco (E2) e outro artigo (20%) caracterizou os acidentes com veículos de duas rodas (E14).

A bicicleta possui três características extremamente oportunas e valorizadas em qualquer cidade do mundo: além de ter baixo custo para compra e manutenção, ela não emite poluente e beneficia a saúde de seu condutor. Nesse contexto, ela deixa de ser um meio de locomoção de pessoas de baixa renda e chega à classe média, impulsionada não apenas pelo aspecto da facilidade de transporte e pelo ganho em saúde, mas também pela redução do impacto (ABRACICLO, 2015).

Todavia, em contraponto ao saudável uso da bicicleta como modo de transporte, atividade esportiva ou de lazer, acidentes de trânsito envolvendo ciclistas são frequentes em vários países, causando mortes e incapacidades, principalmente em crianças e adultos jovens (E12). A vulnerabilidade de ciclistas foi reforçada na revisão. O risco de morrer no trânsito entre os que usavam bicicleta foi maior quando comparado com aqueles que utilizavam automóveis ou caminhonetes (E1).

Verificou-se que a mortalidade por acidentes de bicicleta vem apresentando ligeira elevação em seus coeficientes de mortalidade nas últimas décadas, atingindo principalmente homens adultos jovens (E2, E4, E13) o que corrobora com estudos que apontam para maior prevalência de mortes por causas externas para esse gênero e faixa etária (NETO *et al.*, 2015).

Outro achado que vale referir é a subnotificação dos casos. O estudo intitulado “Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade” (BARROS *et al.*, 2003) demonstrou que o atropelamento de ciclistas foi subnotificado em 32,9% dos casos, em 47% não se conhecia o veículo que atropelou e 20% dos motoristas fugiram do local após o atropelamento (E13).

Tais achados revelam a existência de uma cultura de banalização dos acidentes de bicicleta, o que reflete na falta de segurança viária e na dificuldade de fiscalização adequada da crescente relação entre ciclistas e pistas de rolamento.

Na categoria temática Comportamento, Intervenções Educativas e de Segurança, a revisão revelou que os homens utilizam a bicicleta com maior frequência do que as mulheres, principalmente no deslocamento para o trabalho. Sexo, nível econômico e escolaridade são os principais determinantes da utilização da bicicleta (E12).

Trabalhadores de níveis sociais mais baixos veem na bicicleta uma forma de economia frente aos custos de aquisição e manutenção de um automóvel ou mesmo em relação ao transporte coletivo, e usam a bicicleta por pelo menos cinco dias por semana, com uma média de 57 minutos de deslocamento diário, mesmo em condições meteorológicas desfavoráveis, tais como dias de muito frio, muito calor ou dias de chuva (E8, E12). É importante refletir que se as condições meteorológicas desfavoráveis contribuem para aumentar os riscos de acidentes de trânsito, para os ciclistas, tal situação não seria diferente.

A baixa prevalência no uso dos equipamentos obrigatórios de segurança merece atenção especial, pois identificam baixo nível de conhecimento da população quanto a essas normas e menor acesso à renda suficiente para equipar ou manter sua bicicleta em boas condições de uso seguro (E12).

Pesquisa desenvolvida com o objetivo de analisar o impacto de intervenção educativa de prevenção de acidentes e promoção do uso de equipamentos de segurança, envolvendo 1133 indivíduos do sexo masculino que utilizavam a bicicleta como meio de transporte para ir e voltar do trabalho concluiu que programas educacionais isolados, visando apenas modificar o comportamento do indivíduo, não são efetivos na redução de acidentes, uma vez que outros fatores, tais como as condições da via e do trânsito se apresentam como os principais determinantes para sua ocorrência (E9).

A presente revisão integrativa possibilitou a elaboração de uma síntese do conhecimento científico acerca dos acidentes de bicicleta no Brasil, cujo aspecto a ser destacado foi a baixa produção científica sobre a temática, exigindo estudos no sentido de elucidar o amplo espectro de fatores relativos ao acidente, em que condições ocorrem e quais os seus impactos no atual perfil de morbimortalidade brasileira.

Também é importante ressaltar que, entre os estudos, quatro tinham por objeto os acidentes de bicicleta; nos demais estudos, os acidentes surgiam como uma consequência da análise de acidentes de trânsito de maneira geral e análise de traumas e lesões maxilofaciais e odontológicas, nas quais os traumas envolvendo bicicletas se mostram como importante causa de lesões, não apenas em crianças.

Diante disso, ficou clara a importância de se investigar quais são outras possíveis consequências desse tipo de acidente, uma vez que é aceitável supor que outros segmentos do corpo também são atingidos no momento do trauma. Evidenciou-se que, embora importantes, as ações educativas isoladas não são suficientes para a redução do número de acidentes, de modo que ações de melhorias na infraestrutura viária, o aumento da malha cicloviária e a aplicação efetiva da legislação, com fiscalização sistemática e abrangente poderão fazer diferença na diminuição desse tipo de traumatismo.

Foi possível identificar a inexistência de estudos acerca desta temática nas regiões norte e centro-oeste do Brasil, sendo a maior produção concentrada nas regiões sul e sudeste. Frente às lacunas e aos achados evidenciados nesta pesquisa, compreende-se ser necessário ampliar os estudos referentes a este tema nos diferentes Estados brasileiros, uma vez que os acidentes de bicicleta passam a ter papel importante no campo da Saúde, em especial para a Enfermagem, que irá planejar e programar cuidados para as vítimas.

3 CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO, MÉTODO E TÉCNICAS

Estudo misto, descritivo e exploratório, realizado em duas etapas. Em um primeiro momento, com abordagem quantitativa dos dados, foi realizado estudo de caracterização dos homens acidentados de bicicleta a partir dos BOAPH do SAMU/ES. Nessa primeira etapa, o foco principal da investigação foi traçar o panorama dos acidentes de bicicleta entre os homens. Em um segundo momento, com a abordagem qualitativa, utilizou-se de trabalho de campo, a partir de entrevistas semiestruturadas com homens acidentados, e da observação participante do cuidar e dos cuidados de enfermagem para estes homens, implementados na sala de emergência.

A abordagem mista de estudo buscou compreender a experiência vivenciada o mais perto possível da realidade, associando a análise quantitativa dos dados (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004) permitindo a complementação entre palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana (FIGUEIREDO, 2004), buscando romper com a dicotomia que se estabelece na prática, de um lado, deixando à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números, e de outro lado, contemplando apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada (MINAYO, 1994).

A opção pelo estudo misto para estudar os homens acidentados e o cuidar e os cuidados de enfermagem implementados na sala de emergência tem por base o que Gurvitch afirma; para ele, a região mais visível dos fenômenos sociais, a “morfológica, ecológica, área concreta”, admite uma expressão adequada através de números, equações, médias, gráficos e estatísticas; todavia, a partir daí torna-se difícil trabalhar com números, quando caminhamos em paralelo com o universo das significações, dos motivos, das aspirações, atitudes, crenças e valores, exigindo referencial de coleta e interpretação de outra natureza, mas ressaltando a interdependência entre eles, não podendo ser pensados de forma dicotômica (GURVITCH, *apud* MINAYO, 1994).

Deste modo, a coleta de diferentes tipos de dados, no sentido de captar o fenômeno por meio de diferentes métodos, oferece a oportunidade de se formar uma compreensão holística do objeto de estudo. Não se tenta privilegiar uma descrição em detrimento de outra. Ao se utilizar uma mistura de métodos, abre-se a possibilidade de uma série de pesquisadores, muitas vezes com diversas formações disciplinares, poder analisar e interpretar

independentemente os diferentes tipos de dados coletados, permitindo a compreensão do fenômeno em estudo a partir de múltiplas perspectivas (YIN, 1994).

Para a descrição e posterior análise das práticas de cuidar e dos cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados na sala de emergência utilizou-se a abordagem da etnometodologia. Tal método possibilita acessar os atos sociais com as realizações práticas do cotidiano durante todo o processo de atendimento em emergência.

O termo etnometodologia refere-se à metodologia de todo dia, no qual *ethnos* significa membro de um grupo ou do próprio grupo em si e metodologia se refere aos métodos dos membros. Surgiu nos anos 1960, com os trabalhos do sociólogo Harold Garfinkel, o qual é considerado o fundador desta corrente e recebeu a influência de várias correntes e filósofos como Edmund Husserl, Talcott, Edgar Frederick Parsons, Aaron Gurwitsch, Alfred Schütz e Merleau-Ponty (PSATHOS, 2004, COULON, 1995).

De acordo com Garfinkel (1995), os estudos de natureza etnometodológica se prestam a analisar as atividades do cotidiano dos indivíduos como sendo “métodos para fazer essas atividades visíveis, racionais e reportáveis para todos os propósitos práticos, relatáveis, como organizações de atividades diárias comuns” (GARFINKEL, 1995).

Do mesmo modo, a pesquisa etnometodológica na visão de Coulon (2005) se caracteriza por estudar os fenômenos sociais incorporados em nossos discursos e em nossas ações cotidianas. Dessa forma permitindo interpretar e descrever as práticas cotidianas de pessoas, profissionais e dos homens comuns da sociedade. Neste sentido, a etnometodologia pode ser definida como a pesquisa empírica dos métodos que os indivíduos utilizam para dar sentido e ao mesmo tempo realizar as suas ações todos os dias: comunicar-se, tomar decisões e raciocinar. Ressalta-se a importância desta corrente ao analisar as crenças e os comportamentos de senso comum como os constituintes necessários de todo comportamento socialmente organizado. Através da análise das atividades humanas, a etnometodologia procura estudar os fenômenos sociais incorporados em nossos discursos e em nossas ações (COULON, 1995).

Considerando que os enfermeiros das diversas instalações do PS (sala de acolhimento e classificação de risco, sala vermelha, sala amarela, corredores) que atenderam aos homens acidentados de bicicleta pertencem ao mesmo grupo; a abordagem etnometodológica adequou-se ao objeto do estudo e permitiu que o cuidar e os cuidados de enfermagem implementados fossem identificados, analisados e discutidos como aprimoramento das ações desenvolvidas por eles.

Oriunda da Sociologia Americana, a etnometodologia é uma investigação que busca não só dar conta do necessário, do previsível, mas também do imprevisível movimento da vida prática cotidiana (COULON, 1995).

Transferindo para a Enfermagem, que é uma prática fundamentalmente social e que se consubstancia como arte na prática de cuidar e de prestar cuidados específicos às pessoas, às famílias e aos grupos humanos, também enfrenta situações de previsibilidade e de imprevisibilidade (BERARDINELLI, 2008), especialmente, no caso desta tese, quando o cenário se trata de uma sala de emergência envolvendo o atendimento a homens com histórico de acidentes de bicicleta.

Segundo Coulon (1995), esse método visa compreender como os indivíduos veem, descrevem e propõem em conjunto uma definição de situação. É um método que estuda o cotidiano das ações, das pessoas, de certas comunidades, entre outros. Para tanto, o autor refere que a Etnometodologia se fundamenta em cinco etnométodos, que são conceitos chave, a saber: Prática, Indicialidade, Reflexividade, Relatabilidade e Noção de Membro (COULON, 1995). Esses conceitos serão analisados a seguir, de modo a relacioná-los ao tema deste estudo.

Prática: as atividades práticas, as circunstâncias práticas e o raciocínio sociológico prático desenvolvido pelos atores durante a realização de suas atividades cotidianas constitui a preocupação central da Etnometodologia. Esta considera que a realidade social é construída na prática do dia a dia pelos atores sociais em interação (COULON, 1995).

Nesta tese, utilizamos o conceito de “prática” contextualizada pela enfermagem para analisar as atividades do cotidiano dos profissionais de enfermagem, as formas particulares que adotam ao cuidar, interagem com os homens acidentados de bicicleta e o cuidar e os cuidados que empregam frente a este grupo populacional.

Indicialidade: refere-se às expressões que possuem significados e que podem ser deduzidos pelos atores sociais no momento da interação, sem a necessidade de explanação verbal pormenorizada (COULON, 1995). No dia a dia foi observada a particularidade da comunicação adotada entre os profissionais de enfermagem e os homens acidentados de bicicleta, tais como gestos, olhares, falas, tom de voz, posturas adotadas que sinalizavam desejos, preocupações, necessidades.

Reflexividade: designa as práticas que descrevem e constituem o quadro social. Ademais, pressupõe-se que as atividades pelas quais os membros produzem e administram as situações de sua vida organizada de todos os dias são idênticas aos procedimentos usados para tornar essas situações descritíveis (COULON, 1995). Nesta tese, a própria realização das

atividades implementadas pelos profissionais de enfermagem frente aos homens vítimas de acidentes de bicicleta pode ser descrita, bem como o modo como se constituem.

Relatabilidade: é a propriedade que permite que os atores tornem o mundo visível a partir de suas ações, tornando-as compreensíveis e transmissíveis. No momento em que são relatadas, as ações sociais exprimem o mundo social na sua mais pura essência. Considerar que o mundo social é relatável significa dizer que ele é algo disponível, possível de ser descrito, compreendido, analisável nas ações práticas dos atores (COULON, 1995).

Nesta tese, os profissionais de enfermagem envolvidos nos atendimentos da sala de emergência, tiveram a oportunidade de partilhar o significado de suas ações, permitindo a compreensão de seu mundo social, o que possibilitou a construção do cuidar e dos cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta, que emergiram da prática.

Noção de Membro: o membro é uma pessoa dotada de um conjunto de modos de agir, de métodos, de atividades, que a faz capaz de inventar dispositivos de adaptação para dar sentido ao mundo que a cerca. É aquele que domina a linguagem comum do grupo, que interage com os demais a partir de redes de significações estabelecidas (COULON, 1995). Nessa parte do estudo, os membros são os enfermeiros e os técnicos de enfermagem que atuam na sala de emergência.

Desde o momento em que se iniciou a observação participante de toda movimentação para socorrer, foi possível extrair desse cenário os tipos de cuidar e de cuidados, dando sentido a uma cena que *a priori* se mostrava tão em desordem e em verdadeiro caos, pois, como afirma Coelho (1997):

A turbulência e o equilíbrio moldam o cuidar/cuidados em emergência, aflorando ações cuja característica é a complexidade. (...) Tudo aquilo que aparenta se desarmonizar no ambiente é a repercussão de uma desordem que busca uma ordem – a da vida. Passados alguns minutos, tudo retorna ao nível de “normalidade” (...) a porta (da sala de emergência) se abre novamente (...) Multiplicidade de situações marca o cuidar/cuidados em emergência (COELHO, 1997, p. 58).

Para Coulon (2005),

No lugar de formular a hipótese de que os atores seguem as regras, o interesse da Etnometodologia consiste em colocar em dia os métodos empregados pelos atores para ‘atualizar’ (aspas do autor) ditos regras. Isso as faz observáveis e descritivas. As atividades práticas dos membros, em suas atividades concretas, revelam as regras e os procedimentos. Dito isso de outra forma, a atenta observação e análise dos processos levados a cabo nas ações permitiriam colocar em dia os procedimentos empregados pelos atores para interpretar constantemente a realidade social para inventar a vida em uma bricolagem permanente (COULON, 2005, p. 34).

Sobre esta afirmativa, Bispo e Godoy (2012) destacam que:

(...) o valor que as atividades práticas têm para a etnometodologia, ou seja, a importância de adotar uma postura investigativa a partir de uma metodologia etnometodológica é buscar compreender a sociedade tomando como referência as práticas cotidianas de um grupo ou de uma comunidade. Isso implica dizer que o saber não se constrói com observações imparciais, fora do contexto do objeto de estudo, mas é uma interação com o meio, na busca por compartilhar o sentido, que o significado das práticas para a construção de uma interpretação coletiva da realidade se dá (BISPO; GODOY, 2012, p. 694).

A técnica de observação participante consistiu em manter a presença do observador na cena social, com a finalidade de realizar uma investigação científica na qual o pesquisador está em relação face a face com os observados, coletando dados e se tornando parte do contexto da cena observada, modificando-a e sendo modificado por ela (MINAYO, 2004).

Para a realização da observação participante, exigiu-se do pesquisador algumas habilidades e competências, tais como: ser capaz de estabelecer uma relação de confiança com os sujeitos; ter sensibilidade para pessoas; ser bom ouvinte; ter familiaridade com as questões investigadas, com preparação teórica sobre o objeto de estudo ou situação que será observada; ter flexibilidade para se adaptar a situações inesperadas; não ter pressa de adquirir padrões ou atribuir significado aos fenômenos observados; elaborar um plano sistemático e padronizado para observação e registro dos dados; ter habilidade em aplicar instrumentos adequados para a coleta e apreensão dos dados; e relacionar os conceitos e teorias científicas aos dados coletados (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1955).

Nesta tese, para investigar o cuidar e os cuidados de enfermagem para homens acidentados de bicicleta, implementados na sala de emergência, seguiu-se as seguintes etapas da observação participante descrita por Richardson (1999).

- 1) Aproximação do pesquisador ao grupo social em estudo e inserção no campo.
- 2) Entrevista semiestruturada com os homens acidentados acerca do acidente.
- 3) Registro em diários de campo das atividades de cuidar e de cuidados no PS.
- 4) Sistematização e organização dos dados coletados.
- 5) Análise e interpretação dos dados.

O limite espacial da observação participante foi o PS e as suas dependências: sala de acolhimento e de classificação de risco; corredores do PS, onde, por motivo de lotação, encontravam-se homens acidentados de bicicleta sendo atendidos; sala de estabilização (sala

vermelha); e sala de observação (sala amarela); além da antessala do setor de imagiologia⁴; e das enfermarias de diversas especialidades médicas em traumatologia (cirurgia geral, cirurgia ortopédica, cirurgia vascular); e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

Para determinar o tamanho da amostra de estudo, foi utilizada uma ferramenta conceitual denominada “saturação teórica”, que pode ser definida como a suspensão de inclusão de novos participantes devido à redundância ou repetição de informações, passando a não mais acrescentar dados à pesquisa (FONTANELLA *et al.*, 2011).

A limitação da observação participante referiu-se ao risco do pesquisador, uma vez inserido na cena, deformatar de forma subjetiva a realidade estudada, uma vez que o método propiciou o seu envolvimento com a cena observada. Assim sendo, perseguiu-se incansavelmente a objetividade dos registros no diário de campo e a atenção ao fato de que a pessoa do pesquisador foi instrumento de observação, seleção, coordenação e interpretação dos dados (CORBISHLEY; CARNEIRO, 2001).

Quanto aos alcances da técnica de observação participante, Corbishley e Carneiro (2001) apontam para a possibilidade de se obter a informação no momento em que ocorre o fato na presença do observador; além disso, é o meio mais direto de se estudar ampla variedade de fenômenos e extrair diretamente deles as respostas da realidade que se deseja investigar.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada no Hospital Estadual São Lucas (HESL) e suas dependências: salas de acolhimento e de classificação de risco; corredores do PS; salas de estabilização (salas vermelha); salas de observação (salas amarela); antessala do setor de imagiologia; enfermarias de diversas especialidades médicas em traumatologia (cirurgia geral, cirurgia ortopédica, cirurgia vascular); e UTI.

O HESL é referência para os atendimentos de urgência e emergência, abrangendo todo o estado do Espírito Santo, o Sul da Bahia e o Noroeste de Minas Gerais. Localizado na região sul do município de Vitória, é um hospital de médio porte e referência para o

⁴ Setor do hospital destinado à realização de exames por imagem tais como raio-X e Tomografias Computadorizadas.

atendimento de emergências traumatológicas, além de ser incluído no Programa SOS Emergência do Ministério da Saúde desde 2014 (BRASIL, 2012a).

A clientela atendida pertence às diversas classes sociais, e o hospital, além de atender pessoas de todo Espírito Santo, também atende as provenientes do Sul da Bahia e Noroeste de Minas Gerais, realizando em média entre 4.000 a 4.500 atendimentos de emergência, cerca de 220 internações por mês e aproximadamente 150 a 200 atendimentos por dia, em sua maioria de média e alta complexidade, nas especialidades de Cirurgia Geral, Traumato-Ortopedia, Neurocirurgia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, Cirurgia do Tórax, Otorrinolaringologia, Cirurgia Vascular e Terapia Intensiva.

A estrutura física do hospital compõe-se de aproximadamente 150 leitos, sendo 06 leitos de Estabilização, 10 leitos de terapia intensiva, 10 leitos de terapia semi-intensiva, 69 leitos de internação com mais 13 leitos de observação no PS e 40 macas/leitos disponibilizados no corredor. Conta ainda com 06 salas cirúrgicas e com Serviço de Imaginologia e laboratório de Análises Clínicas.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Foi definido do como critério de inclusão na primeira etapa desta pesquisa a existência de BOAPH no Arquivo do SAMU/ES gerados pelas Unidades Básicas e Avançadas no atendimento a homens maiores de 18 anos com histórico de acidentes de bicicleta no ano de 2014. Esse ano foi escolhido pelo fato de ser o que apresentava os BOAPH já catalogados e arquivados pelo SAMU/ES no momento da coleta de dados. Além disso, a análise de todas as ocorrências de 2014 permitiu analisar a evolução dos acidentes de bicicleta em homens durante o ano.

Foram excluídos, nesta primeira etapa, 60 BOAPH (6,4%) cujo atendimento foi cancelado pela Regulação Médica por evasão da vítima do local do acidente, por remoção antecipada (remoção não realizado pelo SAMU/ES) e os boletins incompletos ou com caligrafia ilegível.

Na segunda etapa, o critério de inclusão previu a abordagem e a observação dos atendimentos no HESL para homens, maiores de 18 anos de idade com histórico de acidentes de bicicleta e foram excluídos os atendimentos para homens que em decorrência do trauma, sedação ou por qualquer fator que os impedia de participar das entrevistas.

3.4 POPULAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na primeira etapa, a população foi composta por todos os BOAPH gerados pelo SAMU/ES no período de 1º de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014, que atendiam aos critérios de inclusão nesta pesquisa.

Na segunda etapa, os participantes do estudo foram homens com histórico de acidentes de bicicleta abordados por entrevista semiestruturada, e pela observação participante dos atendimentos no PS e Sala de Emergência para estes homens, desde que atendessem aos critérios de inclusão nesta pesquisa.

3.5 COLETAS DE DADOS E INSTRUMENTOS

A coleta de dados no SAMU/ES foi realizada no período de setembro a novembro de 2015. As informações foram coletadas do Arquivo da instituição, a partir da consulta manual de todos os BOAPH diários compatíveis com os critérios de inclusão nesta pesquisa e transcritas para instrumento específico elaborado pelos pesquisadores a partir das informações disponíveis no BOAPH relacionadas aos objetivos do estudo (APÊNDICE I).

No HESL, a coleta ocorreu entre outubro de 2015 a janeiro de 2016 e foi realizada a partir de entrevista semiestruturada dos homens acidentados (APÊNDICE II) e observação participante dos atendimentos na Sala de Emergência (APÊNDICE III).

As entrevistas foram realizadas respeitando o atendimento inicial do homem, sua estabilização, realização de exames e avaliações pelos membros da equipe de saúde e, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, todos receberam amplos esclarecimentos acerca da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em aparelho celular tipo *smartphone* dotado da função “gravar” e foram coletados dados sobre o perfil sociodemográfico dos acidentados e características do acidente. Os homens foram estimulados a falar livremente sobre o acidente. Contudo, o entrevistador conduziu a entrevista com foco nas seguintes questões: 1) Conte-me como aconteceu o acidente. 2) Quais as repercussões do acidente para sua vida? 3) Você acha que o acidente que você sofreu tem alguma relação com o fato de você ser homem? Por quê? 4) Como você descreve o jeito que homens e mulheres usam a bicicleta? 5) O que é masculinidade para você?

A duração de cada entrevista variou entre 10 a 15 minutos, sendo realizadas individualmente, totalizando cerca de 4 horas de entrevistas. Após as entrevistas, o

pesquisador transcreveu as falas na íntegra na forma de documento no programa Microsoft Word 2003[®].

O roteiro de entrevista semiestruturada foi elaborado a partir da revisão bibliográfica sobre a temática e validado através de amostra-piloto, de modo que os participantes dessa amostra-piloto foram convidados a expressar quaisquer dúvidas ou indagações que tivessem em relação à entrevista, sendo as questões aperfeiçoadas de acordo com os resultados da amostra-piloto.

As informações obtidas através das entrevistas semiestruturadas foram codificadas utilizando a letra H (abreviatura para homem) e códigos numéricos (1, 2, 3... e, assim, sucessivamente) garantindo o anonimato dos entrevistados.

Para os diários de campo da observação participante, que duraram em média 48 dias entre os meses de outubro a dezembro de 2015 e a primeira semana de janeiro de 2016, totalizando cerca de 90 horas de observação, foram utilizadas as seguintes categorias de anotações: 1) *anotações de observação*, nas quais são realizadas descrições objetivas sobre o evento, as conversas, o tempo, o lugar e todas as atividades envolvidas; 2) *anotações teóricas*, que contêm tentativas interpretativas para atribuir significado às observações; 3) *anotações metodológicas*, com instruções e lembretes sobre como conduzir as observações subsequentes; e 4) *anotações pessoais* compostas de comentários sobre o sentimento do próprio pesquisador durante o processo de observação (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os dados quantitativos foram organizados em bancos de dados do programa Microsoft Excell 2003[®] e os qualitativos foram organizados na forma de documento no programa Microsoft Word 2003[®] de acordo com a data da entrevista e da observação participante.

3.6 ANÁLISES DOS DADOS

3.6.1 Análise Quantitativa dos Dados

A análise dos dados quantitativos foi realizada através do programa STATA versão 12. Nesta etapa foram gastas cerca de 20 horas de trabalho junto aos bancos de dados e o programa estatístico. Para caracterizar a população foram observadas as frequências absolutas e relativas. Na análise da associação da suspeita de ingestão de bebida alcoólica com as variáveis faixas etária, dia da semana e horário de chamada utilizou-se o teste do Qui-Quadrado e o teste Exato de Fisher.

O teste do Qui-Quadrado (χ^2) de duas ou mais amostras independentes é uma estatística não paramétrica usada para verificar a dependência ou independência entre as variáveis sendo consideradas (HULLEY *et al.*, 2003). Nesta tese, as variáveis foram a suspeita de ingestão de bebida alcoólica com as variáveis faixas etárias, dia da semana e horário de chamada.

O teste Exato de Fisher foi utilizado para os casos em que as amostras eram pequenas e as frequências menores de seis em cada célula, considerando que teste Exato de Fisher o valor de p é preciso para todos os tamanhos amostrais, enquanto que os resultados do p no χ^2 , que examina as mesmas hipóteses, podem ser imprecisos quando o número de células é pequeno (HULLEY *et al.*, 2003).

Em todas as análises utilizou-se o nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Os resultados são apresentados em forma de tabelas e gráficos.

3.6.2 Análise Qualitativa dos Dados

Para o tratamento dos dados coletados nas entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo, através do método de análise categorial, no qual o texto foi desmembrado em categorias segundo reagrupamento analógico das ideias, a partir daquilo que têm em comum, o que permitiu a construção de categorias conforme os temas foram emergindo do texto. (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo desdobrou-se em três fases. A primeira, de pré-análise, consistiu da organização do material. Buscou-se fixar o que se definiu por *corpus* da investigação a partir de todos os materiais que foram utilizados para a coleta dos dados, assim como outros materiais que ajudaram a entender o fenômeno e que formaram a especificação do campo que o pesquisador concentrou sua atenção.

A segunda consistiu da descrição analítica, etapa em que o material reunido que constituiu o *corpus* da pesquisa foi aprofundado, sendo orientado em princípio pelas hipóteses e pelo referencial teórico, surgindo desta análise quadros de referências, nos quais se buscou sínteses coincidentes e divergentes de ideias.

Por fim, a terceira, a fase de interpretação referencial, que constituiu a fase de análise propriamente dita. A reflexão, a intuição, com embasamento em materiais empíricos, estabeleceram relações com a realidade aprofundando as conexões das ideias, chegando se possível à proposta básica de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais conforme recomendou Bardin (2009).

Para a apresentação dessas categorias optou-se por indicar a frequência absoluta e relativa das categorias encontrados e a análise e interpretação dos resultados foram realizadas à luz de fontes bibliográficas sobre a temática.

Para o tratamento dos dados coletados a partir dos roteiros dos diários de campo das cenas dos atendimentos foram catalogados de acordo com os aspectos norteadores para a observação participativa, a saber:

- 1) anotações sobre o ambiente físico;
- 2) pessoas presentes no ambiente;
- 3) atividades do cuidar e dos cuidados de enfermagem;
- 4) dinâmica da equipe no atendimento; e
- 5) anotações gerais.

As ideias centrais contidas nos registros foram submetidas a uma classificação temática por aproximação e as análises foram realizadas sob a luz do referencial das Tipologias de Cuidados de Coelho (1997).

Após a construção dos tipos de cuidar e dos cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta, implementados na sala de emergência, o material produzido foi compartilhado com o grupo de enfermeiros que participou das cenas dos atendimentos, na forma de grupos de discussão, com o propósito de discutir cada tipo de cuidar e de cuidados que emergiram da observação e validá-los de acordo com a experiência prática de cada enfermeiro.

Nesta etapa, utilizou-se o conceito de Grupos de Discussão de Saks *et al.* (2011) que os definem como técnica de pesquisa científica, em que pessoas são reunidas pelo pesquisador para discutir um tópico de forma “focalizada”.

Participaram dos grupos de discussão seis enfermeiros, sendo dois do setor de acolhimento e classificação de risco, três da sala de estabilização (sala vermelha) e um da sala de observação (sala amarela). Eles eram quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino; tinham média de idade de 36 anos (menor idade 23 anos e maior idade 52 anos); quatro possuíam curso de especialização em enfermagem de emergência/paciente crítico; em média tinham 13 anos de formados (menor tempo 1 ano e maior tempo 29 anos) e atuavam em PS em média há 10 anos, sendo o menor tempo 1 ano e o maior tempo 23 anos.

Foram realizadas três reuniões com esse propósito, com duração de aproximadamente duas horas cada. Os enfermeiros participantes foram convocados por meio de contatos

personais feitos pelo pesquisador. Utilizaram-se as notas da discussão, nas quais foram transcritas apenas as partes mais relevantes dos encontros de cada grupo, contendo um resumo das principais discussões e os pontos de vistas divergentes e convergentes das discussões sobre o tópico específico.

Ao final de cada reunião, essas notas foram lidas para o grupo e, caso pontos divergentes surgissem nesse momento, retomava-se a discussão sobre aquele ponto, a fim de se chegar a um consenso do grupo. As reuniões ocorreram em pequeno auditório no PS do HESL, espaço destinado a reuniões e palestras entre as equipes de trabalho. As reuniões ocorreram na terceira semana de janeiro de 2016.

O cronograma de atividades de cada grupo de discussão seguiu o seguinte roteiro.

O pesquisador deu boas-vindas aos participantes e, após explicação dos motivos dos grupos de discussões e sobre a pesquisa em curso, foi realizada uma rápida rodada de apresentações dos participantes e de suas atividades no HESL, com o propósito de estabelecer uma atmosfera descontraída e informal.

Após isso, foi realizada uma breve explanação dos eixos estruturantes conceituais da tese: Cuidar e Cuidados de Enfermagem em Emergência; O Cotidiano da Sala de Emergência; Homem, Masculinidade e Saúde; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e dados sobre acidentabilidade de bicicleta no mundo, no Brasil e no Espírito Santo.

Findada a explanação, os enfermeiros receberam as anotações das observações participantes de cada atendimento, já organizadas previamente pelo pesquisador e os tipos de cuidar e cuidados de enfermagem. Nesse momento, a discussão de grupo de fato ocorreu, sendo levantadas diversas questões sobre os acidentes, os acidentados e os cuidados implementados no atendimento.

Ao final das reuniões, o pesquisador realizava uma conclusão das atividades daquele momento, resumindo as questões-chave levantadas e perguntava se havia algum comentário adicional que os participantes queriam fazer e, havendo, faziam-se os devidos registros. A síntese das etapas da produção dos dados qualitativos está descrita no Quadro 3.

Quadro 3 – Síntese da Produção dos Dados Qualitativos *, Vitória/ES, Brasil, 2016.

Observação Participante	Diário de Campo	Entrevista Semiestruturada	Grupo de Discussão
Visita exploratória do campo, reconhecimento do espaço, rotinas e funcionalidades do setor e apresentações gerais.	Início dos registros em outubro de 2015.	Estudo piloto para ajustar formulário de entrevista, iniciada em outubro de 2015.	Explicação sobre os grupos de discussão com os enfermeiros ao final da coleta de dados.
Filiação no grupo como membro	Leitura cuidadosa das observações participativas e transcrição para programa Word®.	Registros das informações foram transcritas para programa Word®.	
Ocorriam todos os dias da semana. O pesquisador era acionado previamente pela equipe.	Releitura das observações e construção dos tipos de cuidar e de cuidados de enfermagem	Leitura cuidadosa dos depoimentos, pré-análise do material, constituição e aprofundamento do <i>corpus</i> da pesquisa, interpretação referencial e construção das categorias temáticas.	Grupos de discussão com o material coletado e previamente analisado a partir das observações participantes.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

(*). Adaptado de Dutra (2010).

3.7 TRATAMENTO ÉTICO

Nesta pesquisa, ficaram firmados os seguintes compromissos éticos: a obtenção do consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos envolvidos (APÊNDICE IV); a ponderação entre riscos e benefícios; a utilização de procedimentos para assegurar o sigilo das informações, o anonimato, a privacidade, a confidencialidade e a proteção da imagem; o respeito aos valores sociais, culturais, morais, religiosos e éticos; o respeito aos hábitos e costumes dos participantes; e a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa para as pessoas envolvidas.

A pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012b) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN da UFRJ, mediante o Parecer nº 1.213.340 de 3 de setembro de 2015 – registro do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 47823515.1.0000.5238.

4 CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, INTERPRETAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CATEGORIA I – OS HOMENS COM HISTÓRICO DE ACIDENTES DE BICICLETA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO MÓVEL DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Nesta categoria, são apresentados os resultados relacionados aos dados quantitativos obtidos a partir da análise dos BOAPH do SAMU/ES que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa. Buscou-se responder à questão norteadora “Quem são os homens que se acidentam de bicicleta?”. Além disso, buscou-se também atingir o primeiro objetivo desta tese, que é o de caracterizar os homens com histórico de acidentes de bicicleta à luz da etnometodologia.

Ao caracterizar a população masculina vítima de acidentes de bicicleta atendida pelo SAMU/ES no ano de 2014, pretendeu-se descrever o atual perfil de acidentabilidade entre os capixabas e subsidiar a estruturação da tese proposta. Esse perfil constituiu-se por homens atendidos no serviço de emergência, com histórico de acidentes de bicicleta, que apresentam repercussões do acidente para suas vidas, que possuem os mesmos fatores antecedentes ligados ao conceito de masculinidade. Além disso, considerou-se o fato de que os cuidados de enfermagem são específicos para atender as necessidades de cada caso.

Para tanto, foram analisadas as seguintes variáveis: faixa etária, município de ocorrência, qualidade⁵ da vítima, uso de capacete, suspeita de ingestão de bebida alcoólica, mês, dia e hora da ocorrência, mecanismos de trauma, tipo de lesão, segmento do corpo atingido, tipo de ambulância que atendeu a ocorrência, tempo resposta, condição geral do acidentado, suspeita de trauma raquimedular, procedimentos realizados no atendimento pré-hospitalar e desfecho do atendimento. Também foi verificada a associação entre a variável suspeita de ingestão de bebida alcoólica com as demais variáveis analisadas.

O SAMU/ES realizou 43.618 atendimentos de emergências clínicas e traumáticas, que geraram BOAPH entre janeiro a dezembro de 2014. A análise desses boletins revelou que 933 atendimentos foram decorrentes de acidentes de bicicleta, o que totalizou 2,1% de todas as causas de atendimento. Dos 933 boletins analisados, foram excluídos 60 (6,4%) por não atenderem aos critérios de inclusão desta pesquisa. Dos 873 boletins que atendiam aos critérios de inclusão, 486 se referiam ao atendimento de homens maiores de 18 anos de idade, que sofreram acidentes de bicicleta (55,6%). Desse grupo, cinco homens perderam suas vidas

⁵ Considera-se nesta tese o termo qualidade da vítima a posição ocupada pelo homem acidentado na ocasião do acidente, a saber: ciclista, passageiro ou pedestre.

no acidente e os boletins desses atendimentos foram excluídos da análise uma vez que somente constava o registro da situação de óbito das vítimas, sem detalhar as características do acidente e dos ferimentos.

A análise revelou que, em relação à faixa etária, houve aumento ($p < 0,001$) das ocorrências de acidentes de bicicleta no ano de 2014 entre homens com idade de 18 a 29 anos quando comparado com as demais faixas etárias, e que o número das ocorrências diminui à medida que a faixa etária aumenta (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com a faixa etária, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável			
Faixas Etárias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Valor p*
18 a 29 anos	118	24.9	< 0.001
30 a 39 anos	109	23.0	
40 a 49 anos	105	22.2	
50 a 59 anos	82	17.3	
60 anos ou mais	60	12.7	

*. Teste do Qui-quadrado para uma amostra.

Nota: 7 idades ignoradas.

Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

Em relação ao município de ocorrência, o destaque se dá para o Município de Vila Velha, com 148 ocorrências (30,8%); seguido dos Municípios de Vitória, com 99 ocorrências (20,5%); Município de Cariacica, com 82 ocorrências (17%); e Município de Serra, com 74 ocorrências (15,4%). Os demais municípios responderam por 13,8% das ocorrências e em apenas 2,5% o município foi ignorado (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o município de ocorrência, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável		
Município de Ocorrência	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Vila Velha	148	30,8
Vitória	99	20,5
Cariacica	82	17
Serra	74	15,4
Demais municípios	66	13,8
Ignorados	12	2,5

Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

Estudos vêm evidenciando que, além do que se observa no Brasil, o uso de bicicleta está cada vez mais popular tanto na Europa quanto nos Estados Unidos, levantando novas preocupações com a questão da segurança dos ciclistas. No ano de 2013, mais de dois mil óbitos ocorreram na Europa devido aos acidentes de trânsito envolvendo ciclistas e na Suécia, os ciclistas são os mais frequentemente feridos em acidentes de transportes terrestres, envolvendo especialmente homens jovens que se acidentam em regiões metropolitanas (DOZZA *et al.*, 2016).

Com relação aos países da América Latina, América Central e África, a bicicleta é usada como transporte principalmente no deslocamento das pessoas da periferia para os grandes centros urbanos. Além disso, também possui papel importante em pequenos comércios que oferecem serviços de entrega em domicílio, tais como padarias, farmácias, alimentos em geral, dentre outros (ABRACICLO, 2015).

Na cidade de Bogotá, na Colômbia, a implementação de 291,3 Km de ciclovias, além de outras intervenções para favorecer o uso da bicicleta como meio de transporte, foi capaz de atrair usuários de todas as classes sociais, aumentando o número de usuários; no caso da China, a bicicleta é usada como meio de transporte pela maior parte da população há muitos anos (ZHANG *et al.*, 2014).

No Brasil, observa-se padrão de crescimento semelhante no uso da bicicleta como meio de transporte, principalmente nas últimas décadas, e este fenômeno vem associado ao incremento no número de acidentes, especialmente aqueles envolvendo a população masculina jovem, sendo os maiores coeficientes de acidentabilidade encontrados em regiões metropolitanas das cidades (GALVÃO *et al.*, 2013).

As regiões metropolitanas são áreas onde se concentra o maior desenvolvimento urbano e, portanto, atuam como espaço atrativo para a indústria e principalmente para o comércio. Deste modo, tais locais apresentam maior número de pessoas circulando, maior movimentação de veículos de transportes e, entre esses veículos, as bicicletas ocupam o *status* de maior vulnerabilidade, juntamente com pedestres e motociclistas.

No que se refere à qualidade da vítima, uso de capacete e suspeita de ingestão de bebida alcoólica, os dados demonstram que 465 (96,7%) são ciclistas; apenas três homens (0,7%) faziam uso de capacete e 20,6% (n = 99) apresentava suspeita de ter ingerido bebida alcoólica antes do acidente. Entretanto, vale ressaltar que o uso de capacete e a suspeita de ingestão de bebida alcoólica foram ignorados nos registros de 85,4% e 79,4% dos atendimentos, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com a qualidade da vítima, o uso de capacete e a suspeita de ingestão de bebida alcoólica, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Qualidade da vítima		
Ciclista	465	96,7
Passageiro	0	0
Pedestre	15	3,1
Ignorado	1	0,2
Uso de capacete		
Sim	3	0,7
Não	52	10,8
Não se aplica	15	3,1
Ignorado	411	85,4
Suspeita de ingestão de bebida alcoólica		
Sim	99	20,6
Não	0	0
Ignorado	382	79,4

Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

Há grande consenso de que o capacete é importante equipamento de proteção do ciclista e que se deve incentivar a população a usá-lo. O seu uso é capaz de reduzir entre 70% e 85% o risco de lesões na cabeça, bem como de óbitos de ciclistas. No final dos anos 90, nos Estados Unidos, uma estimativa apontava para a prevenção de 107 mil lesões na cabeça com o uso do capacete entre usuários de bicicleta, e uma economia de 81 milhões de dólares em custos diretos (VANPARIJS *et al.*, 2015).

Ainda nos Estados Unidos, pesquisas em cidades que tiveram a obrigatoriedade do uso de capacete para jovens com menos de 16 anos revelaram que não só foi importante para o uso entre jovens e crianças, mas também influenciou o comportamento do restante da população, que passou a utilizar mesmo sem que fosse obrigatório. Já no Canadá, foi observado que a lei de 1995, que obriga ciclistas menores de 18 anos a usarem o capacete, teve maior adesão por pessoas do sexo feminino, moradores das regiões mais valorizadas e com maior nível educacional (NAEVESTAD *et al.*, 2014).

No Brasil, o uso de capacete não é obrigatório para ciclistas de acordo com o CTB (BRASIL, 1997). Contudo, diante de tantas evidências apontada pela literatura, deve-se fomentar a ampla discussão envolvendo profissionais de saúde, de segurança no trânsito e de bioengenharia sobre a importância do uso deste equipamento de segurança, além de desenvolver estudos voltados para a elaboração de um desenho de capacete que leve em consideração as características anatômicas dos brasileiros.

Outro dado que chama atenção é o elevado percentual de homens acidentados com suspeita de ingestão de bebida alcoólica, o que correspondeu a 20,6% do total dos atendidos. Este fato torna-se importante na medida em que tal valor pode ser ainda maior uma vez que o socorrista, ao registrar a suspeita no BOAPH, o faz mediante sinais bastante evidentes que indiquem ingestão alcoólica, de modo que para aqueles casos em que tais sinais não estavam tão evidentes, não houve o registro.

Estudos apontam que o consumo de bebida alcoólica é um fator que aumenta muito a gravidade dos acidentes de trânsito, provocando, assim, maiores danos às vítimas, maior período de hospitalização, maior número de procedimentos hospitalares no atendimento e, conseqüentemente, elevação dos custos da saúde (GOMEZ-RESTREPO *et al.*, 2014).

No que se refere especificamente aos ciclistas, Yuan *et al.*, (2013) encontraram, na Região de Guangxi, ao sul da China, alcoolemia em torno de 20% entre os acidentados, relacionando esse achado com maior número de lesões e pior prognóstico entre os ciclistas.

Estudo que acompanhou por 10 anos pacientes que sofreram acidentes de bicicleta e foram atendidos em um centro de trauma em Los Angeles encontrou 38% das vítimas com testagem positiva para alcoolemia. Segundo o estudo, essas vítimas eram, em sua maioria, homens (87%) e menos propensos a usarem capacete (em Los Angeles o uso de capacete é obrigatório para ciclistas) e o risco de trauma craniano grave foi significativamente menor entre aqueles que usavam o capacete no momento do acidente (HARADA *et al.*, 2015).

Nóbrega (2014), em pesquisa sobre o perfil dos ciclistas acidentados em Pernambuco, estado da região nordeste do Brasil, no ano de 2012, encontrou 10,8% dos acidentados apresentando sinais de ingestão de bebida alcoólica.

O CTB (BRASIL, 1997) somente exige testes de alcoolemia, exames clínicos, perícia ou outros modos de avaliação aos condutores de veículos motorizados. Entretanto, mesmo os dados não apresentando clareza se os homens sujeitos desta tese haviam ou não ingerido bebida alcoólica antes do acidente, uma vez que tal registro passou pelo crivo subjetivo do socorrista, levanta-se a questão da necessidade dos ciclistas participarem de tais abordagens e serem obrigados, em caso de alcoolemia positiva, a participarem de ações educativas sobre o uso seguro de bicicletas e sobre os riscos da relação bicicleta e ingestão de bebida alcoólica.

Quanto à distribuição dos acidentes de bicicleta envolvendo homens atendidos pelo SAMU/ES segundo o mês de ocorrência os resultados apontaram que, apesar de nos meses de maio a junho terem sido observadas as menores porcentagens, não houve diferença estatística no número de ocorrência entre os meses ($p = 0.707$), todavia, existe uma variação sazonal dos

acidentes de acordo com a estação do ano, caracterizada por valores menores nos períodos de outono e inverno e valores maiores nos períodos de primavera e verão (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o mês de ocorrência, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável			
Mês	Frequência Absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Valor p*
Janeiro	42	8.8	
Fevereiro	44	9.2	
Março	42	8.8	
Abril	38	7.9	
Maió	33	6.9	
Junho	30	6.3	0.707
Julho	33	6.9	
Agosto	40	8.3	
Setembro	41	8.5	
Outubro	46	9.6	
Novembro	45	9.4	
Dezembro	46	9.6	

*. Teste do Qui-quadrado para uma amostra.

Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

Para o uso de bicicleta, dias ensolarados, secos e sem chuva são os mais adequados se se pensar no incômodo que representa guiar uma bicicleta em dias chuvosos e frios, e este fato já vem sendo apresentado na literatura, que demonstra que as ocorrências de acidentes envolvendo ciclistas são maiores em dias de tempo bom, o que estimula as pessoas a usarem a bicicleta como forma de lazer, recreação, atividade física ou mesmo como veículo de transporte (MULHOLLAND, 2015).

Outro estudo evidenciou tendência ($p < 0,001$) decrescente no número das ocorrências a partir de domingo até quinta e crescente de sexta a sábado demonstrando que, além da intensa atividade social ao ar livre estimulada pelos dias ensolarados e quentes, comuns entre a primavera e o verão, os dias da semana também contribuem para o incremento no uso de bicicletas e, conseqüentemente, ao aumento no número de acidentes, o que vai ao encontro de estudos que apontam sexta-feira e sábado como os dias de maior incidência deste tipo de acidente (PAES *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2010) (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o dia da semana, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável			
Dia da semana	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Valor p*
Segunda-feira	72	15.0	
Terça-feira	59	12.3	
Quarta-feira	51	10.6	
Quinta-feira	46	9.6	
Sexta-feira	78	16.3	p<0,001
Sábado	98	20.4	
Domingo	76	15.8	

*. Teste do Qui-quadrado para uma amostra.

Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

O horário no qual ocorreu maior quantitativo de acidentes ($p < 0,001$) foi entre 16h00min e 19h59min, concentrando 35,6% do total de ocorrências, seguido do período entre 08h00min e 11h59min, respondendo por 26,6% (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o horário da ocorrência, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável			
Horário	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	Valor p*
0:00 a 3:59	8	1.7	
4:00 a 7:59	51	10.6	
8:00 a 11:59	128	26.6	
12:00 a 15:59	69	14.3	
16:00 a 19:59	171	35.6	< 0.001
20:00 a 23:59	54	11.2	

*. Teste do Qui-quadrado para uma amostra.

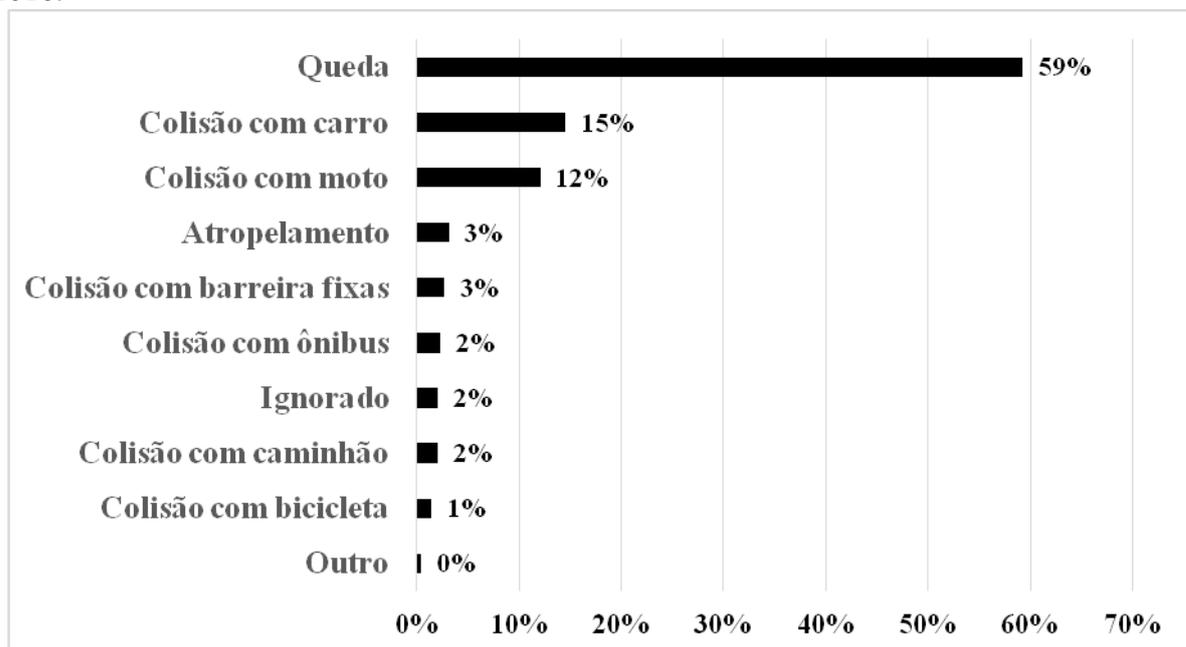
Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

É importante ressaltar que os dois maiores picos de concentração de acidentes estão diretamente relacionados com o horário de maior trânsito que, segundo FERREIRA (2010), é a parte do dia, principalmente em grandes cidades, especialmente em suas regiões metropolitanas, que se caracteriza pela maior movimentação das pessoas em vias públicas, seja entrando ou saindo de seus locais de trabalho, escolas e faculdades, e maior fluxo de veículos.

Fica evidente que toda essa movimentação impacta no número de ocorrências de trânsito envolvendo ciclistas, se considerar que eles, juntamente com os pedestres e motociclistas são os usuários mais frágeis e vulneráveis da via.

Os mecanismos de trauma foram queda (59,2%); colisão com carro (14,6%); colisão com motocicleta (12,1%); atropelamento (3,1%); colisão com barreira fixa (2,7%); colisão com ônibus (2,3%); colisão com caminhão (2,1%) e colisão com bicicleta (1,4%) (Figura 2).

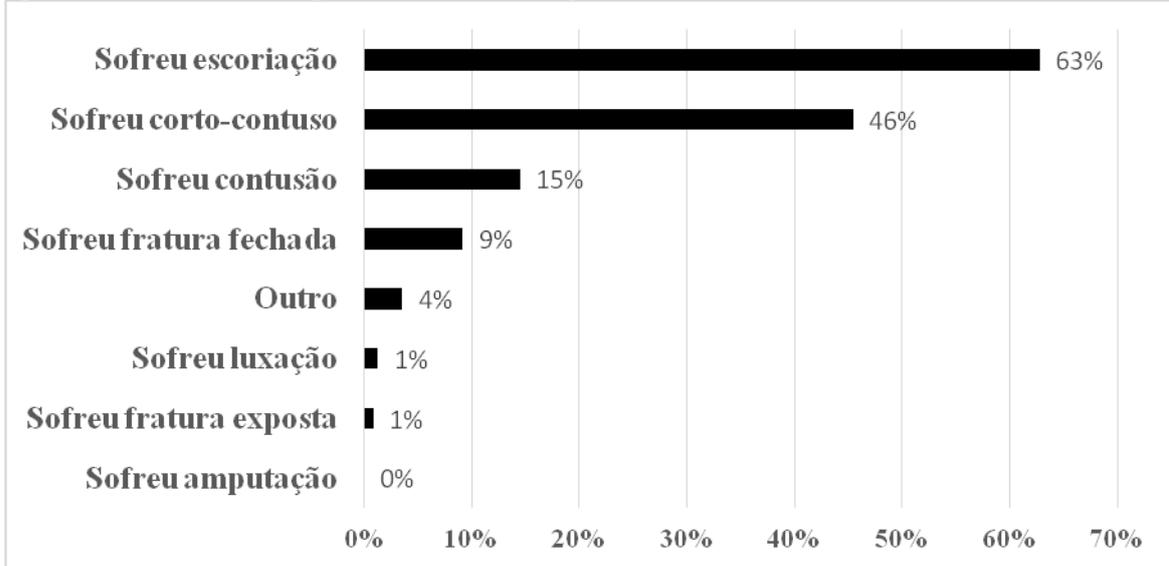
Figura 2 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o mecanismo de trauma, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.



Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

O tipo de lesão mais registrado foi escoriação (62,8%); seguido de corto-contuso (45,4%); contusão (14,6%); fratura fechada (9,1%); luxação (1,2%) e fratura exposta (0,8%) (Figura 3).

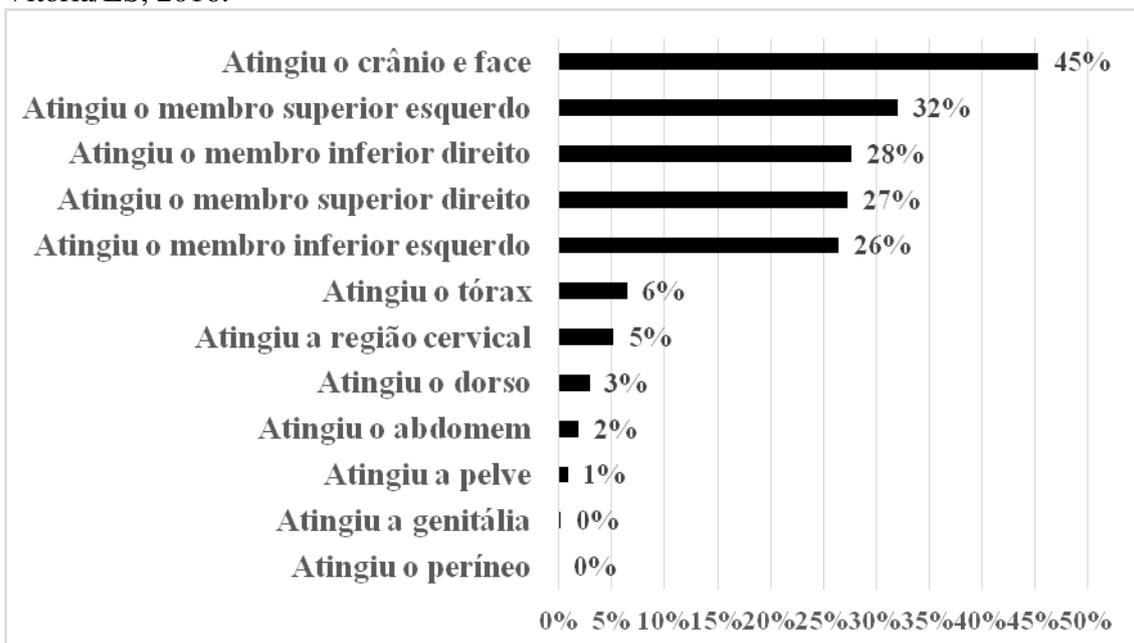
Figura 3 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o tipo de lesão, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.



Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

De acordo com a distribuição anatômica das lesões, considerando o segmento do corpo atingido, a região do crânio e face foi a mais atingida (45,3%); seguida de membro superior esquerdo (32%); membro superior direito (27,2%); membro inferior direito (27,7%); membro inferior esquerdo (26,4%); tórax (6,4%) e região cervical (5,2%) (Figura 4).

Figura 4 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com a distribuição anatômica das lesões, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.



Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

Ainda são poucos os estudos sobre acidentabilidade por bicicletas no Brasil, especialmente aqueles envolvendo especificamente a população masculina, já amplamente conhecida como a principal vítima da morbimortalidade por causas externas. Nesta tese, as quedas de bicicleta, provocando ferimentos do tipo escoriações e corto-contusos envolvendo as regiões da cabeça e da face em homens muito preocupa, pois indica a necessidade de se estabelecer medidas que garantam a segurança dos ciclistas.

As quedas de bicicleta são multifatoriais. Contudo, a falta de infraestrutura das ruas, especialmente de infraestrutura cicloviária com espaço segregado destinado ao tráfego de ciclistas, a ingestão de bebida alcoólica, os comportamentos de risco no trânsito e a não obrigatoriedade do uso de capacetes são apontados como fatores importantes na gênese e na gravidade dos acidentes (RIDEOUT *et al.*, 2012).

Quanto ao tipo de ambulância usada na ocorrência, a grande maioria foi a Unidade de Suporte Básico (USB), perfazendo 92,1% do total dos atendimentos. Vale ressaltar que, neste tipo de ambulância, a tripulação é formada apenas por profissionais de enfermagem além do motorista socorrista, e nesse contexto, emergem como tecnologia do cuidado e instrumento para o embasamento da prática de enfermagem os protocolos assistenciais que vêm ao encontro das necessidades dos enfermeiros para a tomada de decisão durante a classificação de risco pré-hospitalar (VIEIRA *et al.*, 2016).

A importância da USB para o SAMU em outras partes do Brasil é apresentada em outros estudos, nos quais se verifica que a maioria dos atendimentos é realizada por esse tipo de ambulância, tal como verificou Dias *et al.* (2016) em Rio Grande do Norte, estado da região Nordeste do Brasil; Ribeiro *et al.* (2016), em Cuiabá, na Região Centro-Oeste, Cestari *et al.* (2015) no Ceará, Região Nordeste e Neto *et al.* (2014) em São Paulo, Região Sudeste do país.

Este fato aponta para o papel fundamental do enfermeiro e de sua equipe na assistência aos homens acidentados de bicicleta, pois, como coordenador da equipe de enfermagem, deve programar e priorizar a assistência a ser prestada e estabelecer medidas preventivas e reparadoras, em um cenário em que o tempo entre a vida e a morte é tênue, destacando com isso a primazia do conhecimento técnico e científico para atender a esta população (SALLUM; SOUZA, 2012).

O tempo resposta, isto é, o tempo decorrido do momento em que a Central de Regulação recebeu a chamada até a chegada da ambulância à cena do homem acidentado de bicicleta, foi em média de 19 minutos (DP \pm 7 minutos).

O APH surgiu no ano de 1792, durante a Revolução Francesa, com o cirurgião Dominique Larrey, pela necessidade do transporte rápido do campo de batalha para o local apropriado ao atendimento. Posteriormente, percebeu-se que o tempo de início do atendimento era fundamental para evitar maiores problemas e mesmo a morte, passando-se a realizar os cuidados iniciais em saúde antes do transporte (BEZERRA, 2012).

Esse modelo de atendimento desenvolveu-se no século XIX, mas a ideia de um serviço de atendimento móvel de urgência chegou ao Brasil somente na década de 1980. No ano de 2003, o Ministério da Saúde nacionalizou o programa, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), pelo aumento da incidência de acidentes por causas externas, o que provocou uma mudança no perfil epidemiológico da morbimortalidade da população mundial e causou forte impacto na saúde pública (COSTA *et al.*, 2012).

Neste contexto, o termo hora ouro, do termo inglês *golden hour*, é utilizado para descrever a importância do atendimento pré-hospitalar na primeira hora após um acidente. Neste período, as chances de sobrevivência são maximizadas, aumentando as possibilidades de recuperação da vítima e menor número de sequelas. O termo “Hora de Ouro”, também desenvolvido pelo Dr. R. Adams Cowley, por convenção, passou a ser designado como “Período de Ouro”, mudança justificada pelo fato de o tempo do atendimento de urgência não estar condicionado, exatamente, ao tempo de uma hora, podendo ser de *até* 60 minutos, a depender da complexidade da ocorrência. Embora a literatura aponte que não existe um tempo predefinido para o tempo resposta, a primeira hora após o acidente é considerada o momento crucial do atendimento. Entretanto, o desfecho do trauma varia grandemente de acordo com fatores intrínsecos ao acidente e às condições da vítima, tais como o tipo e a gravidade das lesões. De todo modo, é de consenso a necessidade de chegada ao local da cena no menor tempo possível, e os serviços de atendimento pré-hospitalar têm perseguido esta meta (NEWGARD *et al.*, 2008).

A análise do tempo resposta deverá considerar uma gama de fatores relativos ao quantitativo de unidades móveis de atendimento disponíveis, as barreiras entre a central de regulação e a cena do acidente, tais como distância e distribuição das centrais de acordo com o perfil epidemiológico das urgências e emergências da região, as rotas das ambulâncias e as condições das vias para o traslado das unidades móveis de urgência, o horário da ocorrência, o fluxo de veículos, dentre outros (CABRAL *et al.*, 2011).

No que pese a condição geral do acidentado, apresentaram as vias aéreas permeáveis 95,4% dos homens, com ventilação espontânea em ar ambiente em 96,9% dos casos, nível de consciência alerta em 78,6% e coloração da pele normal em 95,4% das ocorrências.

Do ponto de vista da avaliação da gravidade da vítima, de acordo com os parâmetros do Revised Trauma Score (RTS), que leva em consideração o valor da Escala de Coma de Glasgow (ECG) na cena do acidente, a pressão arterial sistólica em milímetros de mercúrio e a frequência respiratória por minuto, observa-se que a maioria dos acidentados apresentou entre 13 e 15 pontos na ECG (93,6%), pressão arterial sistólica maior que 89 milímetros de mercúrio (97,1%) e frequência respiratória entre 10 e 29 respirações por minuto (97,7%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o Revised Trauma Score, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
ECG		
13 – 15 pontos	450	93,6
9 – 12 pontos	6	1,3
6 – 8 pontos	2	0,4
4 – 5 pontos	1	0,6
3 pontos	3	0,6
Ignorado	19	3,9
Pressão arterial sistólica		
> 89 mmHg	467	97,1
76 – 89 mmHg	1	0,2
50 – 75 mmHg	1	0,2
1 – 49 mmHg	0	0
0 mmHg	0	0
Ignorado	12	2,5
Frequência respiratória/minuto		
10 – 29	470	97,7
> 29	0	0
6 – 9	0	0
1 – 5	0	0
0	0	0
Ignorado	11	2,3

Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

A suspeita de trauma raquimedular (TRM) não foi possível de ser estabelecida, pois em 476 registros (99%) nenhuma informação da possibilidade, ou não, do homem ter sofrido um TRM constava no campo específico do BOAPH. Em três boletins (0,6%) constava o registro de haver suspeita de TRM, e em dois (0,4%) constava a não suspeita de risco de TRM.

No período de janeiro a dezembro de 2014, o SAMU/ES realizou 2590 procedimentos em atendimento pré-hospitalar a homens acidentados de bicicleta. Estes procedimentos foram:

481 (18,6%) de aferição dos sinais vitais; 479 (18,5%) de realização da medida de saturação parcial de oxigênio, através da oximetria de pulso; 466 (18%) de imobilização em prancha longa para o transporte do acidentado; 453 (17,5%) de aplicação de imobilização cervical através do colar cervical; 443 (17,1%) procedimentos de punção venosa periférica; 168 (6,5%) de curativo compressivo e 42 (1,6%) de imobilização de membros inferiores e superiores (Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com os procedimentos realizados, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Procedimentos		
Aferição dos Sinais Vitais	481	18,6
Oximetria de pulso	479	18,5
Imobilização em prancha longa	466	18
Aplicação de colar cervical	453	17,5
Punção venosa periférica	443	17,1
Curativo compressivo	168	6,5
Imobilização de membros	42	1,6
Outro	58	2,2
Total	2590	100,0

Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

Estes valores apontam para duas questões: o quantitativo de procedimentos e equipamentos disponibilizados para o atendimento dos homens acidentados de bicicleta, levando à reflexão sobre os custos com a saúde que este fenômeno exige; e a importância do enfermeiro e de sua equipe no atendimento dessas ocorrências, na medida em que a maioria das ocorrências foi atendida por UBS tripuladas apenas pela enfermagem e o motorista socorrista.

A maioria dos homens (81,8%) foi encaminhada para atendimento hospitalar, sendo que 78,4% eram hospitais públicos e 5,8%, hospitais privados. Não foi encaminhado para hospital 28 homens (5,8%) e em 10% dos casos o atendimento apresentou outro tipo de desfecho, tal como a vítima recusar a continuidade do atendimento após o mesmo já ter sido iniciado (Tabela 10).

Tabela 10 – Caracterização dos homens envolvidos em acidentes de bicicleta, de acordo com o tipo de ambulância e desfecho do atendimento, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Tipo de ambulância		
Unidade de suporte básico	443	92,1
Unidade de suporte avançado	31	6,4
Ignorado	7	1,5
Desfecho do atendimento		
Hospital público	377	78,4
Hospital privado	28	5,8
Não encaminhado para hospital	28	5,8
Outro tipo de desfecho	48	10

Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

Quanto à variável suspeita de ingestão de bebida alcoólica, o estudo revelou associação positiva com a variável faixa etária de 18 a 29 anos ($p < 0,016$); dia da semana sábado ($p < 0,003$) e horário de ocorrência do acidente entre 18h00min a 23h59min. Com as demais variáveis não foi encontrada associação (Tabela 11).

Tabela 11 – Associação positiva entre suspeita de ingestão de bebida alcoólica com faixa etária, dia da semana e horário de ocorrência em homens envolvidos em acidentes de bicicleta, atendidos pelo SAMU/ES, de janeiro a dezembro de 2014, Vitória/ES, 2016.

Variável	Categoria	Suspeita de ingestão de bebida alcoólica				p-valor*
		Não		Sim		
		n	%	n	%	
Faixa etária	18 a 29 anos	105	89%	13	11%	0,016
	30 a 39 anos	81	74%	28	26%	
	40 a 49 anos	76	72%	29	28%	
	50 a 59 anos	63	77%	19	23%	
	60 anos ou mais	50	83%	10	17%	
Dia da semana	segunda	65	90%	7	10%	0,003
	terça	54	92%	5	8%	
	quarta	42	82%	9	18%	
	quinta	32	70%	14	30%	
	sexta	63	81%	15	19%	
	sábado	72	73%	26	27%	
	domingo	53	70%	23	30%	
Horário de ocorrência	madrugada (00:00 as 5:59)	10	71%	4	29%	0,007
	manhã (6:00 as 11:59)	152	88%	21	12%	
	tarde (12:00 as 17:59)	123	76%	39	24%	
	noite (18:00 as 23:59)	97	73%	35	27%	

*. Teste do Qui-quadrado para uma amostra.

Fonte: SAMU/ES, Vitória, 2016.

No presente estudo, os acidentes de bicicleta responderam por 2,14% de todos os atendimentos de urgência clínica e traumatológica realizados pelo SAMU/ES no período de janeiro a dezembro de 2014. No que se relaciona aos atendimentos de emergências traumáticas, 26.402 foram ocorrências envolvendo acidentes de etiologias diversas e deste total, 12.857 (48,7%) se referiam a acidentes de trânsito, dos quais 933 (7,25%) envolviam bicicletas. Em média, foram 77 acidentes de bicicleta por mês; cerca de 20 por semana e aproximadamente dois por dia, envolvendo homens em 56% dos casos.

Esses dados vêm ao encontro de uma nova realidade do trânsito brasileiro e do atendimento de emergência, no qual se percebeu um aumento crescente do número de envolvidos em acidentes de transporte terrestre, dentre os quais os pedestres, ciclistas e motociclistas são considerados os mais vulneráveis da via, com maior gravidade e risco de mortalidade (SOARES *et al.*, 2012).

Além disso, fatores calcados a partir de uma concepção de masculinidade tais como maior permissibilidade social aos comportamentos mais agressivos, velocidade excessiva no

trânsito, realização de manobras mais arriscadas e consumo de álcool entre os homens, contribuem para a maior incidência de acidentes entre ciclistas do sexo masculino.

É possível afirmar que a faixa etária de 18 a 49 anos de idade, isto é, adultos jovens, concentraram 70% de todos os acidentes atendidos. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, corroborando com a ideia de que a inexperiência, a impulsividade, a sensação de prazer ao experimentar situações de risco e a autoconfiança na condução de veículos, de modo geral, associados ao desconhecimento e ao desrespeito das normas de segurança no trânsito, podem ter contribuído para elevar as ocorrências entre esta faixa etária (CHANDRAN *et al.*, 2012; ALMEIDA *et al.*, 2013).

Esse dado é preocupante, uma vez que o impacto nos aspectos socioeconômicos são maiores, na medida em que, ao envolverem pessoas em plena atividade produtiva, o inevitável afastamento das atividades laborais, por períodos de tempo variáveis, e as sequelas advindas do trauma, irão refletir na produção de bens e serviços para o país, sem considerar todos os custos considerados impagáveis provocados pelos acidentes, como dor física e emocional, sofrimento psíquico, afastamento das relações sociais e parentais que representam um custo elevado e incalculável por se tratar de aspecto subjetivo dos homens acidentados, seus familiares e amigos.

O fato de 96,7% dos homens serem ciclistas apontou para o crescente estímulo e aumento do uso da bicicleta. Em estudos cujo objetivo foi analisar as matérias jornalísticas veiculadas na mídia impressa capixaba, no ano de 2014, envolvendo o tema bicicleta e ciclismo, ficou evidente a tendência do protagonismo das bicicletas nos cenários contemporâneos, especialmente em notícias relacionadas à mobilidade urbana, bicicleta como meio de transporte, violência e acidentes envolvendo bicicletas (TAVARES *et al.*, 2016).

Este fato exige uma reflexão sobre a habilidade no uso de bicicletas. Embora nesta etapa da execução da tese não foi analisada a finalidade imposta ao uso da bicicleta pelo homem no momento do acidente, é de amplo conhecimento o crescente uso da mesma em atividades laborais e como forma de transporte para o trabalho no Brasil (GALVÃO *et al.*, 2013; BACCHIERI *et al.*, 2010a).

Em relação ao uso do capacete e à suspeita de ingestão de bebida alcoólica, essas variáveis não compõem dados a serem registrados no BOAPH pelo SAMU/ES. O boletim disponibiliza um espaço denominado “Achado Clínico”, no qual o profissional socorrista deve fazer o registro de informações consideradas importantes e não constantes no *check list* de avaliação do acidentado.

O registro da informação sobre o uso do capacete e a suspeita de ingestão de bebida alcoólica ficou ausente na grande maioria dos atendimentos (79,4% e 85,4%, respectivamente) e, desse modo, acredita-se que os registros encontrados sobre esses dados foram realizados somente quando estavam em grande evidência no atendimento pré-hospitalar. Isso pode apontar para certo grau de subestimação destes dados.

Esta é uma tendência na geração da informação dos atendimentos pré-hospitalares no Brasil, em especial sobre uso de capacete e sobre a suspeita de ingestão de bebida alcoólica, dificultando e, em muitos casos, impedindo a elucidação desse fenômeno e a formulação de políticas públicas que possam fazer frente a esta problemática, ficando uma lacuna nos boletins de atendimento (PAIXÃO *et al.* 2015).

Quando fazem os registros dos acidentes, os socorristas estão com a atenção voltada para as condições clínicas das vítimas, no sentido de levantar o máximo de informação útil para a condução do caso, adoção de medidas de suporte, estabilização e transporte adequado do socorrido. Assim, dados sobre autodeclaração de raça/cor, instrução, ocupação, estado civil, entre outros, não foram registrados nos atendimentos de emergência pré-hospitalar de modo a não permitir o esclarecimento do perfil epidemiológico e sua respectiva ação de prevenção e proteção ao trauma.

O local do acidente também não é descrito pelas equipes do socorro pré-hospitalar. Fatores locais relativos à sinalização da via, ao desrespeito à legislação vigente, às condições de infraestrutura e à conservação da bicicleta, entre outros fatores contributivos para a ocorrência do acidente, não foram registrados em momento algum, não possibilitando a ação dos comitês de análise dos acidentes, especialmente os de trânsito.

Semelhante aos acidentes envolvendo bicicleta, Tavares *et al.* (2016) e Tavares *et al.* (2014) também não obtiveram informações adequadas em número suficiente de BOAPH que permitissem uma avaliação confiável do uso ou não uso do capacete e da suspeita de ingestão de bebida alcoólica em pesquisa envolvendo motociclistas atendidos pelo SAMU/ES.

Especialmente para ciclistas, o CTB (BRASIL, 1997) não estabelece proibição entre uso de bebida alcoólica e uso de bicicleta; bem como o uso de capacete não é obrigatório no Brasil, não havendo, portanto, qualquer tipo de fiscalização sobre tais práticas, embora existam estudos realizados em países norte americanos e europeus que reportam maior gravidade de acidentados de bicicleta entre aqueles que não usavam o capacete no momento do acidente (CHANEY; KIN, 2014; DU *et al.*, 2014).

Estudos brasileiros vêm apontando a problemática do consumo de bebida alcoólica e direção. O álcool é uma substância hidrossolúvel rapidamente absorvida pelo organismo e

prontamente distribuída por todos os tecidos, levando rapidamente a alterações neurológicas, atingindo os reflexos e provocando pior desempenho na condução veicular (MALTA *et al.*, 2012).

O consumo de bebida alcoólica vem sendo reportado como um dos principais fatores que contribuem para o acontecimento dos acidentes, pois entre um quarto e metade de suas vítimas fatais apresenta evidências do consumo dessa substância antes da ocorrência do evento. Sob efeito do álcool, a probabilidade de um indivíduo ser vítima fatal em um acidente é sete vezes maior do que a de uma pessoa sóbria (JOMAR *et al.*, 2013).

Diante disso, foi promulgada no Brasil a Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, batizada de Lei Seca, que trata da proibição do consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor. A identificação de qualquer concentração de álcool por litro no sangue sujeita o condutor do veículo a penalidades como multa, suspensão do direito de dirigir e apreensão do veículo. Essa regulamentação pode classificar a infração como crime, com pena de reclusão quando a alcoolemia for $\geq 0,6\text{g/L}$, ou 0,3mg de álcool por litro de ar expelido dos pulmões no teste do etilômetro (BRASIL, 2008a).

Contudo, essa legislação não se aplica aos ciclistas e o Brasil carece de estudos que estabeleçam a gravidade dos acidentados de bicicleta e sua relação com uso de capacete e ingestão de bebida alcoólica. De todo modo, 99 homens com suspeita de ingestão alcoólica (20,6%) encontrados nesta tese, muito preocupa. Este fato reforça a concepção equivocada de que os acidentes de bicicleta são considerados menos graves e de menor importância, não existindo a preocupação com os efeitos do álcool sobre a capacidade cognitiva e motora.

É comum encontrar pessoas que, com o objetivo de se livrarem da Lei Seca, decidem usar a bicicleta como meio de transporte entre sua residência e bares, eventos ou pontos de encontro de pessoas que se reúnem para se divertir e, nesses encontros, frequentemente ocorre ingestão de bebidas alcoólicas.

Tais resultados são consistentes com outros estudos que apontam o uso abusivo do álcool no país, especialmente entre a população masculina jovem e adulta jovem (SOARES *et al.*, 2012), revelando que a relação entre acidente de trânsito e uso do álcool torna o acidente mais grave (JONES *et al.*, 2015).

Considerando que uma dose de bebida alcoólica (uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou meio copo de uísque) corresponde a aproximadamente 12g de álcool, um adulto médio (homem de 70 quilos ou mulher de 62 quilos, em bom estado de saúde), ao consumir duas doses atingirá uma alcoolemia em torno de 0,3-0,5g/L. Nesta situação, Além de sujeitar às penalidades previstas pelo CTB (BRASIL, 1997) e pela Lei Seca (BRASIL, 2008a), o risco

de envolvimento em um acidente fatal é 2,6 a 4,6 vezes maior do que o de um condutor sóbrio (SÁNCHEZ-XICOTENCATL *et al.*, 2013).

Dos 99 homens (20,6%) que sofreram acidentes de bicicleta com suspeita de ingestão de bebida alcoólica apresentados nesta tese, é possível observar associação com a idade dos acidentados, o que vai de acordo com os dados apresentados na literatura, que revela incidência maior de alcoolemia em vítimas de acidentes de trânsito entre as faixas etárias mais jovens (SÁNCHEZ-XICOTENCATL *et al.*, 2013).

Embora não houve associação entre a suspeita de ingestão de bebida alcoólica com os segmentos do corpo atingidos no acidente, um condutor de bicicleta sob o efeito do álcool estará sob maior risco de sofrer acidentes mais graves. Sobre este aspecto é importante destacar que as regiões do corpo mais atingidas foram cabeça e a região cervical, o que pode tornar tais acidentes ainda mais graves e com maiores chances de sequelas.

Outro ponto que chama a atenção é o fato de que houve associação positiva entre a suspeita de ingestão de bebida alcoólica com o horário do acidente, com destaque para o período entre as 18h00min e 23h59min. Este fato pode ser explicado pela bicicleta ser usada como forma de transporte para o trabalho e que ao final do expediente o homem ingere bebida alcoólica antes de chegar à sua residência, sendo este percurso realizado através da bicicleta.

A Região Metropolitana da Grande Vitória é a área de maior desenvolvimento urbano do Espírito Santo. Desse modo, é fácil entender o elevado fluxo de veículos e a intensa circulação de pessoas nessa região, o que justifica a concentração de 83,7% de todas as ocorrências no período. Além disso, embora a maioria dos acidentes tenha ocorrido nos municípios da região metropolitana, pode-se perceber que, apesar de os municípios que não compõem esta região apresentarem menor número de acidentes (13,8%), os acidentados são, na maioria das vezes, encaminhados para atendimento hospitalar nos centros urbanos, talvez pela carência de serviços especializados e equipamentos nos hospitais desses municípios, provocando ainda maior sobrecarga de atendimento nos centros de trauma.

Verificou-se que, em relação ao mês, não há diferença estatística em termos do número de ocorrência entre os meses, embora seja possível constatar uma redução dos acidentes nos períodos de outono e inverno quando comparado com o período de primavera e verão. Tal achado reforça os estudos que demonstram que a intensa atividade social ao ar livre estimulada nas estações de temperatura quente contribui para o incremento no número dos acidentes (PAES *et al.*, 2012).

Outro achado que convoca à reflexão é o fato do número dos acidentes decrescerem a partir de domingo até a quinta-feira, apresentando elevação na sexta-feira e no sábado, com

valores maiores encontrados no sábado, com uma elevação no número de ocorrências envolvendo homens com suspeita de terem ingerido bebida alcoólica antes do acidente.

Esse padrão de comportamento dos acidentes e das violências incidindo preferencialmente em dias de final de semana já está amplamente descrito na literatura e relaciona-se diretamente com o efeito de relaxamento e descontração que as pessoas percebem durante o período de final de semana (ANDERSEN *et al.*, 2000; PAES *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2010).

Somado ao uso do álcool, também ocorre maior despreocupação com as regras de segurança no trânsito e maior ansiedade em concluir a jornada semanal de trabalho e chegar logo em casa, e o resultado dessa equação acaba por confluir em comportamentos que põem em risco a vida no trânsito, refletindo na maior incidência de acidentes nesse período. Tal fato é confirmado quando a análise do horário das ocorrências aponta para uma concentração de acidentes no período entre as 16 horas e 19 horas e 59 minutos, período de final de expediente para a maioria dos trabalhadores brasileiros, associado ao maior número de usuários nas vias públicas de circulação.

Queda, com 59,2% das ocorrências, seguida de colisão com veículo automotor (29,4%), incluindo automóveis de grande porte, tais como ônibus e caminhão, representou o principal mecanismo de trauma. Esses dados assinalam, por um lado, para a inabilidade do ciclista em fazer uso da bicicleta, mas, por outro lado, levanta o questionamento de quais fatores possam ter contribuído para ocorrência da queda e da colisão, tais como tráfego intenso e condições de segurança e manutenção da bicicleta. Além disso, as colisões com veículos automotores marcam a circulação de bicicletas junto a outros veículos, em pistas de rolamento, destinadas ao fluxo de automóveis, o que aumenta o risco de acidentes e a gravidade dos mesmos.

Quanto ao tipo de lesão, os dados revelam que as escoriações e os ferimentos cortocontusos foram os tipos de lesão mais frequentes (62,8% e 45,5%, respectivamente). Esses ferimentos estão diretamente relacionados ao mecanismo de trauma no qual a completa ausência de aparato de segurança torna o corpo a principal sede de absorção de toda energia cinética gerada pelo trauma. Embora considerados ferimentos superficiais, eles podem estar associados a lesões teciduais profundas, não detectadas no momento do acidente, necessitando de uma abordagem diagnóstica mais detalhada e que o atendimento pré-hospitalar não dispõe. Além disso, ferimentos com ruptura de pele, como ocorrem nestes tipos de lesões, podem trazer riscos a hemorragias e infecções, assim como contusões em tórax e abdome podem

desencadear lesões pulmonares, cardíacas e viscerais abdominais graves, determinando hemorragias internas importantes e suas respectivas repercussões.

O crânio e a face, seguido dos membros, foram às estruturas anatômicas mais atingidas. As fraturas faciais apresentam importância devido às suas consequências físicas, emocionais e socioeconômicas (MANGANELLO *et al.*, 2002).

A exposição corporal do ciclista é extrema e o CTB (BRASIL, 1997) exige, apenas, como itens de segurança obrigatórios a campainha, sinalização noturna e espelho retrovisor do lado esquerdo. A própria legislação não leva em consideração a exposição corporal do ciclista. Além disso, segundo Galvão *et al.* (2013), e reforçando essas necessidades, a maioria dos óbitos com ciclistas pernambucanos ocorreram em via pública, entre 2000 e 2011.

Estudos evidenciam que, dentre as diversas etiologias de traumas de face e boca, os acidentes de bicicleta configuraram-se como a primeira (ANDERSSON, 2013) e a segunda (CHRCANOVIC *et al.*, 2010) causa de lesões, com destaque para a população de crianças, adolescentes e adultos jovens do sexo masculino como os mais atingidos.

No que se refere a suspeita de trauma raquimedular, não encontramos registros para fazer uma análise da situação. O fato de não haver informações sobre a suspeita ou não suspeita desse tipo de lesão em 99% dos boletins de atendimento chama a atenção para a necessidade de se manter programa contínuo de educação permanente sobre a importância da informação gerada pelo serviço de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência para a implementação de políticas em saúde específicas e voltadas para tal problemática, o que vai de acordo com as considerações de Davision e Forbes (2015) sobre a importância da produção de informação em urgência e emergência.

Waiselfisz (2013) afirma que os sistemas de informação geralmente coletam dados sempre focando na vítima e nunca observando as condições externas a esta. Essa forma de abordagem é contrária à definição de acidente (IPEA, 2006), que traz como componentes do acidente, além da vítima, a via, aparato institucional e os aspectos ambientais (naturais e modificados pelo homem) e ao próprio CTB (BRASIL, 1997) que em seus artigos atribui a responsabilidade do trânsito aos órgãos e entidades competentes e seus usuários. Diversos índices de traumas podem ser utilizados para avaliar a gravidade do acidentado. Esses índices são sistemas de pontuação criados com o propósito de avaliar as alterações fisiológicas advindas com o trauma e a gravidade das lesões anatômicas e a probabilidade de sobrevivência dos politraumatizados.

O SAMU/ES utiliza a ECG para estabelecer as condições neurológicas das vítimas atendidas. Essa escala possibilita, além de inferir sobre as condições neurológicas, a previsão

de probabilidade de sobrevivência e de sequelas do traumatizado. Permite também a prioridade no encaminhamento para atendimento intra-hospitalar.

Segundo Mendes *et al.* (2012), a ECG, desenvolvida em 1974 na Universidade de Glasgow, na Escócia, por Taeasdale e Jennet, é empregada mundialmente para identificar disfunções neurológicas e acompanhar a evolução do nível de consciência; prever prognóstico; e padronizar a linguagem entre os profissionais de saúde. Tornou-se um adjunto no atendimento ao paciente de trauma. O escore total varia de 3 até 15 e é obtido por meio da observação de atividades espontâneas e da aplicação de estímulos verbais ou dolorosos. A ECG é composta por três parâmetros de avaliação:

– Abertura ocular (nota de 1 a 4): observar a abertura ocular espontânea, aproximando-se do leito ou mesmo durante os procedimentos realizados, que recebe nota 4. A abertura ocular mediante estímulo verbal, por meio de chamado ou comando simples, como “abra os olhos”, por vezes sendo necessários estímulos verbais contínuos, pontua nota 3. Abertura ocular com aplicação de estímulo doloroso, aplicado pelo examinador, nas regiões de leito ungueal e supraorbital, pontua nota 2. A ausência de abertura ocular, mesmo após a aplicação de todos os estímulos anteriores, tem nota 1.

– Resposta verbal (nota de 1 a 5): o paciente orientado em tempo, espaço e pessoa, capaz de responder de forma coerente a perguntas simples formuladas pelo avaliador, tais como “Você sabe onde está?”, “Sabe o que aconteceu com você?”, deve ganhar nota 5. O paciente capaz de responder as perguntas, porém de forma não coerente, desorientada e confusa, pontua nota 4. A nota 3 correspondente a pacientes cujas respostas, de forma imprópria, não se relacionam com as perguntas. A necessidade de aplicação de estímulo doloroso, tendo como resposta sons incompreensíveis, como, por exemplo, gemidos e grunhidos, pontua nota 2. Paciente que não apresenta nenhuma resposta verbal, mesmo após aplicação de todos os estímulos anteriores, tem nota 1.

– Resposta motora (nota de 1 a 6): pontua nota 6 o paciente capaz de obedecer comandos simples, como “Levante o braço ou a perna”, “Mexe os pés ou as mãos”, com uma resposta motora adequada. Após aplicar um estímulo doloroso, o paciente localiza e tenta retirar a fonte da dor, e recebe nota 5. Após aplicar estímulo doloroso, o paciente é capaz de localizar a dor e retirar o membro por meio da flexão, entretanto, não retira a fonte do estímulo, e pontua nota 4. Recebe nota 3 o paciente cuja resposta motora seja pelo movimento de flexão, evidenciada pela postura de decorticação, na qual os braços são mantidos próximos ao corpo com punhos, mãos e dedos fletidos. As pernas estão em extensão e os pés, em flexão. Pontuam nota 2 aqueles pacientes cuja resposta motora for pelo movimento de

extensão e com a postura de descerebração, na qual o pescoço está em extensão, os braços estão abduzidos e em extensão rígida próximos aos cotovelos, as pernas em extensão rígida na altura dos joelhos, e os pés em flexão plantar. Pontua nota 1 o paciente que não apresentar nenhuma resposta motora diante dos estímulos aplicados.

O valor da ECG, somado ao valor da pressão arterial sistólica em milímetros de mercúrio e da frequência respiratória por minuto, permitem ao socorrista, após uma pontuação simples, estimar a gravidade do acidentado, no local do acidente, através do RTS, que é um índice classificado como fisiológico, por levar em consideração os parâmetros das funções vitais do paciente, isto é, a avaliação neurológica pela ECG, somada à pressão arterial sistólica e à frequência respiratória. Criado em 1981, é largamente utilizado na triagem pré-hospitalar, sendo o seu valor total variando de 0 a 12 pontos e permitindo ao socorrista classificar a gravidade do acidentado e transportá-lo para determinado centro de trauma, de acordo com a capacidade dos seus recursos diagnósticos, terapêuticos e humanos (PEREIRA JUNIOR *et al.*, 1999).

Utilizando as médias da ECG (15 pontos), da pressão arterial sistólica (150 mmHg) e da frequência respiratória (20 incursões respiratórias por minuto) pode-se inferir que os homens atendidos pelo SAMU/ES apresentaram RTS igual a 12 pontos, o que determinou baixa gravidade e a possibilidade de sobrevivência de 98%. Entretanto, é importante salientar que, embora o RTS seja um excelente escore de classificação de gravidade em traumas, devido à rapidez e facilidade de sua aplicação, servindo como método de triagem no atendimento pré-hospitalar, tal índice não contempla as sequelas e complicações advindas do trauma, uma vez que vários desdobramentos clínicos poderão ocorrer no atendimento hospitalar após o resgate (PEREIRA JUNIOR *et al.*, 1999).

Quanto à análise dos procedimentos realizados nos atendimentos pré-hospitalares pelo SAMU/ES, embora não categorizado de acordo com o profissional que os realizou, fica evidente a atuação da equipe de enfermagem socorrista, responsável, na maioria das vezes, pela realização desses cuidados. Dos mais de 2500 procedimentos realizados em atendimento a homens acidentados de bicicleta, 481 (18,6%) foi aferição dos sinais vitais, incluindo a contagem da frequência respiratória e cardíaca, através de pulso carotídeo e radial, além da aferição da pressão arterial.

Foi observado o tipo de respiração, se espontânea ou artificial, se em ar ambiente ou em suporte de oxigênio. Estas avaliações constituem importante e obrigatória medida de avaliação primária da vítima, sendo possível diagnosticar precocemente, através da detecção

de alteração desses sinais, condições que coloquem a vida em risco, possibilitando a intervenção rápida e imediata (BORDINI *et al.*, 2010).

Os dados levantados neste capítulo apontam para a gravidade da situação dos acidentes de bicicleta entre os homens capixabas. Fatores como o estímulo ao uso de bicicletas, principalmente como meio de transporte, a associação com a ingestão de bebida alcoólica e a frágil infraestrutura cicloviária, especialmente nas áreas da região metropolitana da Grande Vitória, local onde mais ocorreram os acidentes no ano de 2014, preocupam e nos fazem refletir sobre a urgente necessidade de se ampliar os estudos sobre a temática no sentido de fazer frente a esta emergente problemática de saúde e de enfermagem.

Frente ao exposto, algumas considerações se fazem necessárias quanto ao aspecto da acidentabilidade por bicicleta em homens e o atendimento pré-hospitalar. Primeiro, uma reformulação do BOAPH do SAMU/ES que contemple de forma objetiva, as variáveis “uso de capacete” e “suspeita de ingestão alcoólica”, além de investimentos em educação permanente sobre a importância da informação para o sistema de saúde, em especial, as informações que qualifiquem os atendimentos de urgência e emergência pré-hospitalar. Segundo, incitar a ampla discussão sobre o uso de capacetes entre os ciclistas brasileiros, envolvendo a bioengenharia no sentido de se projetar um capacete que seja eficaz na proteção da cabeça, levando em consideração os padrões anatômicos dos brasileiros.

Estudos precisam ser realizados no sentido de estabelecer a importância do uso de capacetes, já que dados internacionais, e, portanto, fora da nossa realidade, vêm apontando para o fator protetivo conferido pelo uso de capacetes, mas que por extensão pode representar fator protetivo também no Brasil. Contudo, ao se desenvolver tais estudos, há que se estabelecer qual o melhor desenho de capacete, pois dependendo do formato do mesmo não há proteção e, em alguns casos, parecem piorar a gravidade dos traumas de cabeça e face (PERSAUD *et al.*, 2012).

Ainda, acredita-se que a maior conscientização dos perigos que envolvem o uso de bicicleta e a maior fiscalização e educação sobre seu uso sob o efeito do álcool merecem maior atenção e ações intersetoriais por parte de setores como educação, saúde e trânsito.

Cabe salientar que são fundamentais as ações de prevenção sendo adotadas durante todo o ano, não focando apenas nesta ou naquela estação, na medida em que os acidentes estão mais relacionados com o uso da bicicleta para o deslocamento para o trabalho do que como prática recreativa, esportiva ou de lazer, além de investimentos em infraestrutura cicloviária que precisam ser urgentemente adotados no Espírito Santo, em especial na Região Metropolitana, com a construção de ciclovias segregadas, sinalizadas adequadamente, que

possam garantir os benefícios advindos do uso de bicicletas com a adoção de medidas de segurança de trânsito.

A atual preocupação com a mobilidade urbana, a crescente elevação da frota de veículos automotores, o controle na emissão de poluentes e os cuidados com o meio ambiente, além do estímulo às práticas de vida ativa e saudável, têm conferido às bicicletas um importante papel nas estratégias de gestão das cidades e o número de ciclistas já se configura de forma efetiva no panorama do trânsito brasileiro, seja nas metrópoles seja nas cidades interioranas.

Usada como meio de transporte ou de trabalho, forma de recreação e lazer ou como prática de exercícios físicos, elas vêm tomando cada vez mais espaço nas sociedades contemporâneas, já há algumas décadas, despertando o interesse pelo seu uso especialmente se considerarmos o valor de aquisição e de manutenção.

Os resultados apresentados na seção a seguir se referem à análise das entrevistas realizadas com homens com histórico de acidentes de bicicleta, atendidos no PS do HESL e teve por objetivo determinar os fatores que contribuíram para a ocorrência do acidente e discutir as repercussões do acidente para os acidentados, com o propósito de complementar as informações estatísticas levantadas nesta seção a partir do banco de dados do SAMU/ES, assim sendo, dando voz aos acidentados, ouvir deles próprios a experiência do acidente.

4.2 CATEGORIA II – O ACIDENTE, SEUS FATORES ANTECEDENTES E SUAS REPERCUSSÕES: DANDO VOZ AO HOMEM ACIDENTADO DE BICICLETA

Nesta categoria são apresentados os resultados das análises do conteúdo das falas dos homens com histórico de acidentes de bicicleta, coletadas por entrevistas semiestruturadas na ocasião do atendimento no PS e na Sala de Emergência e busca responder às seguintes questões norteadoras: “Quais fatores contribuíram para a ocorrência do acidente?” e “Quais as repercussões a respeito do acidente são expressas por estes homens”? Além disso, propõe-se também a responder aos objetivos: a) determinar os fatores que contribuíram para a ocorrência do acidente e b) discutir as repercussões dos acidentes para os acidentados.

Através destas análises foi possível verificar a tese de que homens atendidos no serviço de emergência, com histórico de acidentes de bicicleta, apresentaram repercussões do acidente para sua vida e possuem os mesmos fatores antecedentes ligados ao conceito de masculinidade.

A entrevista coletou dados sobre o perfil sociodemográfico dos homens, características do acidente e os entrevistados foram estimulados a falar livremente sobre a experiência do trauma. Contudo, o entrevistador conduziu a entrevista com foco nas seguintes questões. 1) Conte-me como aconteceu o acidente. 2) Quais as repercussões do acidente para sua vida? 3) Você acha que o acidente que você sofreu tem alguma relação com o fato de você ser homem? Por quê? 4) Como você descreve o jeito que homens e mulheres usam a bicicleta? E 5) O que é masculinidade para você? Além dessas questões, buscou-se compreender sua correlação com a etnometodologia, nos aspectos da prática, indicialidade, reflexividade, relatabilidade e noção de membro.

No período entre outubro de 2015 e janeiro de 2016, foram atendidos no PS do HESL 26 homens com histórico de acidentes de bicicleta. Deste total, 19 homens foram entrevistados e sete não puderam participar da pesquisa por não atenderem aos critérios de inclusão.

Cabe ressaltar que dos sete homens que não puderam participar da pesquisa, cinco não o puderam por apresentar sinais de ingestão de bebida alcoólica. Este fato torna-se relevante na medida em que representa quase 20% do total dos atendimentos realizados pelo PS no período. Tal informação corrobora com os dados observados nos atendimentos realizados pelo SAMU/ES em 2014, discutidos no capítulo anterior, no qual 99 homens (20,6%) apresentaram, segundo o BOAPH, sinais de ingestão de bebida alcoólica.

A análise das entrevistas revelou que o tempo médio de permanência no hospital foi de 6 horas, sendo o maior período 56 horas e o menor período 2 horas. A alta após atendimento de emergência com período inferior a 24 horas foi o desfecho em 89,5% dos casos; a internação em 5,3% e o óbito em 5,3%.

Os resultados da aplicação do questionário com os dados sociodemográficos, dados sobre a bicicleta, seu uso e sobre o acidente, mostram que a média de idade dos homens foi de 40 anos (idade mínima de 19 anos e máxima de 78 anos), casado em 78,9% e solteiro em 21,1%; com nenhuma escolaridade em 26,3%, fundamental completo em 31,6%, médio completo em 15,8%, superior incompleto em 15,8% e superior completo em 10,5%.

De acordo com os Grandes Grupos de Ocupações da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) de 2002, vigente no país (BRASIL, 2002), dois são profissionais das ciências e das artes; um é técnico de nível médio; cinco são trabalhadores do comércio e dos serviços; oito são trabalhadores da construção civil; um é trabalhador agropecuário e dois são desempregados, sendo que 79,9% possuem vínculo empregatício e 21,1% não possuem vínculo empregatício.

Quanto ao tempo que aprendeu a andar de bicicleta a média foi de 27 anos, com máxima de 60 anos, mínima de 9 anos e mediana de 25 anos. Usam a bicicleta cerca de cinco vezes por semana, perfazendo um total de 2 horas diárias de uso, principalmente como meio de transporte de locomoção para o trabalho para 78,9% dos homens.

Em relação ao município de ocorrência do acidente, cinco homens sofreram o acidente em município distinto ao de sua residência e em três casos, foi possível verificar que o percurso diário, percorrido de bicicleta, no deslocamento entre a residência e o local de trabalho é de aproximadamente 30 quilômetros, considerando o deslocamento de ida e de volta. Todos os homens sofreram o acidente em algum município da Região Metropolitana da Grande Vitória.

As bicicletas tinham aproximadamente seis anos de uso (maior tempo 20 anos, menor tempo 2 anos, mediana de 6 anos). No que se refere aos equipamentos de segurança da bicicleta, de acordo com o CTB e o uso de capacete, 71,4% não possui os equipamentos de segurança e 90,4% nunca usam o capacete durante a utilização da bicicleta. No momento do acidente apenas dois estavam fazendo uso do capacete.

Quanto ao horário do acidente e dia da semana, 47,4% ocorreram entre as 6h00min e 11h59min; 42,1% entre as 12h00min e 17h59min e 10,5% entre as 18h00min e 23h59min. O dia da semana de destaque é a sexta-feira (57,8%) seguida da segunda-feira (21%), e em clima ensolarado em 85,7% dos casos.

O mecanismo de trauma mais frequente foi queda (63,1%) seguida de colisão com carro (21%). O local de ocorrência do acidente foi em pista de rolamento (84,2%) e 11 homens disseram que aquela era a segunda ou terceira vez que se acidentavam de bicicleta e dois já internaram por período superior a 48 horas devido a acidentes de bicicleta anteriores.

Os segmentos do corpo mais atingidos foram cabeça e pescoço, respondendo por mais da metade dos casos, isto é, 12 homens (63,1%). O comprometimento da face e da boca também chama a atenção; dentre os 12 acidentados cuja região anatômica atingida foi a cabeça, os traumas de boca corresponderam a 66,6% das vítimas. Também se registram os membros (superiores e inferiores) como a segunda região mais atingida, respondendo por 26,3%.

Quanto ao tipo de lesão, do total de 53 diagnosticadas, as escoriações e os ferimentos corto-contusos respondem por 49,1%, os traumas de face e boca por 28,30%, a fratura óssea fechada por 11,32% e entorse, distensão muscular, exerece traumática de unha, traumatismo crânio-encefálico, traumatismo abdominal e traumatismo torácico responderam por um caso cada (11,28%).

Estudos vêm apontando uma série de fatores antecedentes para acidentabilidade por bicicleta, tais como problemas ou inexistência de infraestrutura cicloviária, comportamentos inadequados e de risco no trânsito, entre outros (BACCHIERI *et al.*, 2010). Entretanto, esta tese é o primeiro estudo que investiga tais fatores antecedentes a partir da experiência do homem acidentado, baseado em etnométodos.

Além dos dados sociodemográficos, também foram analisados os discursos dos homens sobre o acidente. A partir dos etnométodos foi possível construir três categorias com suas respectivas subcategorias, que permitiram a compreensão do significado dos acidentes de bicicleta na perspectiva dos homens acometidos, a saber: Categoria 1 - Repercussões do Acidente; Categoria 2 - Fatores Contribuintes; e Categoria 3 - Masculinidade e Acidente de Bicicleta (Quadro 4).

Quadro 4. Frequência das categorias e subcategorias temáticas sobre o significado dos acidentes de bicicleta na perspectiva dos homens (n = 19).

Categoria/Subcategorias	F	%
1. Repercussões do acidente		
1.1 – Sentimentos	22	7,8
1.2 – O contexto do trabalho	13	4,6
1.3 – As atividades do dia a dia	08	2,8
1.4 – O contexto econômico	04	1,4
2. Fatores Antecedentes		
2.1 – Infraestrutura do trânsito	29	10,3
2.2 – Desigualdade social e infraestrutura cicloviária	25	8,9
2.3 – Comportamento no trânsito	28	10,0
3. Masculinidade e acidente de bicicleta		
3.1 – Masculinidade hegemônica	28	10,0
3.2 – O homem usando bicicleta	25	8,9
3.3 – A mulher usando bicicleta	23	8,2
Total	205	100

Fonte: Dados da pesquisa, Vitória, 2016.

4.2.1 Repercussões do Acidente

No que tange à categoria Repercussões do Acidente, a análise das entrevistas possibilitaram a identificação de quatro subcategorias temáticas, a saber: 1) Sentimentos; 2) O Contexto do Trabalho; 3) As Atividades do Dia a Dia; e 4) O Contexto Econômico.

A subcategoria Sentimentos, que trata dos sentimentos dos homens após o acidente, respondeu por 7,8% do total das subcategorias construídas. Nesta categoria, foi possível identificar sentimentos tanto positivos quanto negativos frente à experiência do acidente. Os sentimentos positivos se referiam à alegria (por estar vivo), o aprendizado (aumentar a atenção no trânsito, ficar mais alerta), caridade (de ordem divino-religiosa, por ter passado pelo ‘livramento’ do acidente) e a determinação em procurar ser melhor usuário da via enquanto ciclista.

Do ponto de vista negativo esses sentimentos foram os de sentir-se abalado com o acidente, o de tristeza por estar passando pela experiência do acidente e o remorso, caso de

um homem que refere já ter ouvido várias vezes de sua esposa para que tomasse cuidado no trânsito e nunca ter dado o devido valor às suas repreensões.

Segundo Pinto *et al.* (2007), as características de um homem na sociedade patriarcal relacionam-se a dois pontos principais: as figuras de linguagem negativas e as figuras de linguagem positivas. As primeiras dizem respeito àquelas características que um “verdadeiro homem” (aspas dos autores) não deveria apresentar, por exemplo: homem não chora, não demonstra seus sentimentos, não pode ser fraco ou covarde. As segundas, por outro lado, referem-se às posturas tidas como tipicamente masculinas e que, portanto, devem estar sempre presentes, tais como: o homem deve ser corajoso, forte, provedor, viril, agressivo, entre outros.

Sob tal aspecto, a análise do conteúdo desta pesquisa revela um fato que chama a atenção: para a maioria dos relatos sobre as repercussões do acidente e sentimentos, isto é, 7,8% das subcategorias encontradas, os aspectos afetivos e emocionais, tais como alegria, atenção, caridade, determinação, sentir-se abalado e triste com o acidente, tiveram grande importância ao falarem sobre a experiência do acidente.

Os homens referiram que o acidente acarretou sentimentos positivos para sua vida, na medida em que, a partir dele, foi possível atentar para os riscos que o uso da bicicleta pode representar, até então não levados em consideração, convocando-os para a reflexão sobre a necessidade de aumentar os cuidados com a sua segurança ao fazer uso da bicicleta.

Fiquei muito abalado com a situação... agora para frente eu vou ter mais cuidado, vou prestar mais atenção nos carros. Respeitar a sinalização, as faixas de trânsito... (H2).

Estou determinado a tomar mais cuidados, mais atenção também. Ver também as nossas possibilidades de acordo com o acidente, porque você vai ficar ‘mais ligado’ no fato também, passei um foi um sufoco! (H4).

Este dado convida à reflexão de dois aspectos: primeiro, se por um lado é importante o reconhecimento pelo homem ciclista sobre seu papel fundamental na garantia da sua segurança na utilização da via pública, por outro, pode apontar para um problema, já apresentado por estudos, que se refere ao risco de culpabilização da população masculina pelo próprio adoecimento ou agravamento à sua saúde (MARTINS; MALAMUT, 2013).

Para esses autores, o modelo de assistência que se estabelece atualmente no Brasil, focado no aspecto orgânico e epidemiológico, tende a favorecer a sensação de que o homem é o culpado pelos seus desvios de saúde por não buscar os serviços médicos e por estarem

inseridos num contexto de masculinidade hegemônica e, portanto, mais vulneráveis aos acidentes, às violências e ao pior prognóstico (MARTINS; MALAMUT, 2013).

É evidente, dentro do campo da educação em saúde do homem, a necessidade de reforçar o significado e a importância de atitudes saudáveis e seguras em todos os aspectos de sua vida. Contudo, não se pode perder de vista os aspectos políticos de saúde para o homem e das políticas de mobilidade urbana, de modo a garantir a adoção de medidas que deem de fato subsídios de infraestrutura cicloviária, haja vista que, por mais educado para a segurança no trânsito que o homem ciclista possa estar, tais atitudes não terão grande eficácia se a própria estrutura cicloviária for frágil e não salvaguardar o uso seguro de bicicletas.

Do ponto de vista dos sentimentos negativos após o acidente, o destaque se dá para os aspectos emocionais advindos com o acidente, além dos aspectos relativos à preocupação com a estética corporal, uma vez que grande parte dos acidentados tiveram lesões na face.

Inclusive vai ficar aí até uma cicatriz no meu rosto, o psicológico, o emocional, muitas coisas... Difícil até falar... Olha como ficou meu rosto, será que vai desinchar? Voltar ao normal? E essas manchas roxas? (H7).

Amassou um pouco os dentes. E agora, teve o problema que rasgou embaixo do lábio e a minha boca já não é mais a mesma. Vou ficar deformado (H16).

Tal constatação pode sugerir o início de uma tendência de modificação da concepção de masculinidade entre homens, caracterizada pela ideia de que eles não choram, não demonstram seus sentimentos, não podem ser fracos ou covardes, na medida em que, para a maioria dos entrevistados, as repercussões do acidente foram de cunho afetivo e emocional.

Para Gomes (2010) não é fácil definir hoje o que é ser homem, uma vez que os mesmos se comportam conforme a sociedade espera. Entretanto, o que se espera do comportamento de um homem muda muito, e o que se considera certo hoje é diferente do que se pensava no tempo das gerações que vieram antes de nós e, possivelmente será diferente para as próximas gerações. Além disso, o comportamento dos homens não somente muda com o tempo, mas também em cada sociedade. No caso da brasileira, há diversos grupos e classes sociais que fazem os homens se comportar de maneiras bem distintas (GOMES, 2010).

Também é importante frisar que o homem parece se reconhecer, no momento em que está passando por uma situação de agravo à sua saúde, como um ser humano comum, com potencialidades e fragilidades, e que a sua relação com as pessoas do convívio social possa tornar esse sentimento mais perceptível para ele.

Por sinal minha filha não dormiu de noite chorando comigo porque... ela limpou um 'cabeceiro' cheio de sangue, um lençol sujou todo de sangue... eu fiquei muito abalado com isso tudo, senti muito pelo sofrimento da minha filha (H18).

O homem H18 do fragmento de fala acima sofreu acidente no período noturno, retornando para casa após o trabalho e desequilibrou da bicicleta devido a buracos na rua onde mora e à má iluminação pública. A área atingida foi a boca, com perda de dentes anteriores tanto da arcada dentária superior quanto da inferior e fratura de maxilar. Por dificuldades para acessar o PS, passou a noite em casa, em sangramento oral importante, chegando ao PS após 14 horas da ocorrência do acidente.

As repercussões para o âmbito do trabalho também se destacaram, como se observa na categoria O Contexto do Trabalho, que respondeu por 4,6% das categorias temáticas, com implicações para a manutenção da atividade laboral e a dificuldade de locomoção para o trabalho, referida pelos entrevistados.

O problema para mim vai ser na parte do trabalho. Em termos da mão ter machucado e o maxilar aqui me prejudicando (H9).

Eu vou ter que parar de trabalhar. Vou ter que ser hospitalizado, me prejudica em termos de trabalho (H17).

Não posso mais usar a minha bicicleta como meio de transporte para o trabalho como eu preciso. Ela foi destruída totalmente no acidente (H13).

A bicicleta é um dos meios de transporte mais eficiente já inventado, caracterizada pela tecnologia mais apropriada para curtas distâncias e baixos custos operacionais. Uma pessoa pedalando, quando comparada à outra que viaja a pé, faz o percurso duas vezes mais rápido, carrega quatro vezes mais carga e cobre três vezes a distância percorrida. Ela não emite poluente e contribui para fazer da cidade um espaço livre de congestionamentos (BRASIL, 2015a).

De acordo com o Instituto de Políticas de Transporte e Desenvolvimento (IPTD), vinculado ao Ministério dos Transportes, em 2012, 40% dos deslocamentos no Brasil foram realizados através de modos não motorizados, a pé e de bicicleta. Esses dados reforçam a importância do uso das bicicletas no deslocamento das pessoas (IPTD, 2015).

No Brasil, estudos revelam que a disseminação da prática do uso de bicicletas se dá em dois segmentos bem distintos da população: a classe de renda média alta e a classe de renda muito baixa, sendo que nesta encontramos os grandes grupos de usuários que fazem uso

regular deste veículo como um modo de transporte, especialmente para o deslocamento para o trabalho (BRASIL, 2015a).

Neste sentido, os dados levantados nesta tese dão conta de que os acidentes de bicicleta em homens também devem ser analisados sob a ótica da saúde do trabalhador, uma vez que em muitos casos os acidentes que ocorrem no deslocamento de ida ou de vinda para o trabalho, e se caracterizam por acidente de trajeto.

Vale reforçar que o acidente de trabalho é aquele que ocorre no exercício do trabalho a serviço da empresa ou no exercício do trabalho dos segurados, conforme o artigo 11 da Lei nº 8.213, de 24/07/91, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho, sendo classificado como (i) típico, decorrente da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado, e (ii) de trajeto, ocorrido no percurso entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa (BRASIL, 1991).

Os acidentes de trajeto utilizando a bicicleta como meio de transporte para o trabalho foi descrito por alguns autores em municípios brasileiros (BACCHIERI; GIGANTE; ASSUNÇÃO, 2005; BACCHIERI *et al.*, 2010). Bacchieri, Gigante e Assunção (2005) acompanharam um grupo de 293 ciclistas trabalhadores por doze meses na cidade de Pelotas, do estado do Rio Grande do Sul, Região Sul do Brasil, e destes, 5,5% foram vítimas deste tipo de acidente.

Ademais, estudos vêm revelando que os acidentes de transporte terrestre trazem sérias consequências para os acidentados, e aqui se incluem os de bicicleta, haja vista que os ciclistas, juntamente com os pedestres e motociclistas, são os usuários mais vulneráveis da via. Os acidentes com este grupo comprometem significativamente o retorno ao trabalho, e os déficits na capacidade funcional, os aspectos físicos e emocionais representam os maiores impedimento para o regresso à vida laboral (PAIVA *et al.*, 2016).

Em relação às subcategorias As atividades do dia a dia e O contexto econômico, evidenciam-se as implicações do acidente para a rotina da vida dos homens acidentados de bicicleta, não apenas para o contexto do trabalho, mas também para as demais atividades que serão prejudicadas e para os prejuízos que lhe serão imputados na recuperação da bicicleta ou na compra de outra.

Além do acidente em si, a lesão, eu também estou aqui parado, esperando atendimento... É uma perda de tempo, tempo de trabalho, tempo de estudo e nos impede de fazer nossas ações no dia a dia (H3).

Eu uso a bicicleta para o trabalho e aproveito para fazer atividade física e agora a bicicleta ficou danificada (H6).

(...) mas ainda tenho o meu gasto que eu vou ter para consertar a minha bicicleta (H13).

Embora se tenha grande conhecimento dos impactos dos ATT para a vida dos acidentados, existe grande lacuna sobre os reflexos na vida de homens com histórico de acidentes de bicicleta. Nesta tese, foi possível investigar as repercussões do acidente na vida dos homens capixabas, e parece que os dados encontrados corroboram com aqueles apresentados na literatura para as vítimas dos ATT.

Os fragmentos de falas que permitiram a construção das categorias e subcategorias temáticas revelam que os acidentes de bicicleta trazem repercussões para os acidentados, tanto no âmbito efetivo-emocional quanto para os aspectos relativos ao trabalho, incluindo, neste ponto, os prejuízos laborais e as dificuldades de locomoção para o trabalho, além das repercussões negativas nas atividades do dia a dia, os gastos de manutenção ou compra de outra bicicleta e consequente redução de renda. Entretanto, novos estudos, utilizando metodologias diversas, se fazem necessários com o propósito de subsidiar investigações pormenorizadas sobre os impactos dos acidentes de bicicleta na vida dos homens para que se possam estabelecer ações que visem à redução dos acidentes e a diminuição dos danos provocados pelos mesmos.

4.2.2 Fatores Antecedentes

Os ATT, considerados atualmente como sério problema de saúde, são responsáveis por grande impacto no perfil de morbimortalidade no mundo inteiro. Estudos reportam um crescimento progressivo no número de óbitos por este tipo de acidente no Brasil, entre 2004 a 2013, sendo as maiores vítimas as do sexo masculino e na faixa etária entre 20 e 39 anos de idade (BRASIL, 2015b).

Embora se tenha conhecimento de se tratar de um fenômeno complexo e multicausal, os acidentes de bicicleta, incluídos no grupo dos ATT, ainda carecem de estudos que possam melhor elucidar quais fatores contribuem para sua ocorrência no Brasil.

Em revisão de literatura sobre a temática, Tavares *et al.* (2016) revelam que este tipo de acidente já é um problema de saúde identificado pelos pesquisadores internacionais. Contudo, no Brasil, este tema ainda não constitui objeto de análise de pesquisa, especialmente para a área da Enfermagem.

Nesta tese, a análise do conteúdo das entrevistas com os homens acidentados possibilitou a construção da categoria Fatores Antecedentes e, dentro dessa categoria, verificou-se a existência de três subcategorias: 1) Infraestrutura do trânsito; 2) Desigualdade social e infraestrutura cicloviária; e 3) Comportamento no trânsito.

A categoria Fatores Antecedentes trata das opiniões dos homens quanto às condições das vias em que eles circulam de bicicleta. Vale lembrar que os mesmos a usam em média cinco vezes por semana, totalizando cerca de duas horas por dia, principalmente como meio de transporte de locomoção para o trabalho e chegando alguns a percorrerem quase 30 quilômetros por dia pelas ruas da Região Metropolitana da Grande Vitória.

Na subcategoria Infraestrutura do trânsito os homens relataram a ausência de infraestrutura cicloviária e as más condições das ruas.

Acho que naquele local ali onde foi o acidente eles deveriam colocar uma ciclovia. É muito perigoso lá (H1).

Se tivesse uma ciclovia eu estaria usando, e talvez não tivesse sofrido o acidente. Falta muita infraestrutura para quem anda de bicicleta (H11).

Tal conteúdo vai de acordo com a atual realidade da infraestrutura cicloviária brasileira revelada pela literatura. Em relação às ciclovias, o Brasil está bem abaixo no *ranking* mundial de quantitativo de ciclovias, quando comparado com outros países.

Na Holanda, por exemplo, existem cerca de 20 mil quilômetros de ciclovias segregadas e trechos adaptados para uso seguro de bicicleta, e a Europa possui planos de construir até 2020 mais de 70 mil quilômetros de ciclovias, interligando aproximadamente 43 países.

Estudos vêm demonstrando que a presença de ciclovias segregadas, isto é, aquelas nas quais existe uma barreira física separando o espaço de circulação de bicicletas dos automóveis, aumenta a segurança de ciclistas e diminui a gravidade dos acidentes (HASNAT; HOQUE, 2016; KAPLAN *et al.*, 2015).

Apesar disso, dados levantados junto às prefeituras e às organizações de cicloativistas do Brasil dão conta de que em 2015 a malha cicloviária atingia pouco mais de dois mil quilômetros de ciclovias entre as capitais brasileiras, estando em Brasília o maior quantitativo, com cerca de 440 quilômetros de ciclovia, e no Rio de Janeiro o segundo maior quantitativo do país, com 374 quilômetros. Vitória aparece como a capital com um dos menores quantitativos de infraestrutura cicloviária, com cerca de 50 quilômetros (MOBILIZE BRASIL, 2015).

A resultante desta precária situação de infraestrutura do trânsito é o crescente aumento nos coeficientes de morbimortalidade por acidentes de bicicleta ao longo das últimas décadas, já que se observa um aumento expressivo na frota de bicicleta do país, o intenso estímulo de sua utilização por questões de mobilidade urbana e de saúde e o não acompanhamento desse acelerado ritmo de uso pela implementação de políticas públicas cicloviárias.

De acordo com Carvalho *et al.* (2012), quando se estimula a promoção da saúde, há a valorização de estilos de vida saudáveis e meios de transporte alternativos, menos poluidores e benéficos à saúde. Todavia, essa nova realidade leva ao incentivo da bicicleta como meio de transporte, porém o aumento do número circulante pode ampliar o risco de acidentes.

Ainda como forma de incentivo, o município de Vitória conta com projeto de compartilhamento de bicicletas, distribuído em cinco estações em pontos estratégicos da cidade para aluguel, ampliando o seu uso como transporte alternativo. Entretanto, ainda são pouco visíveis as medidas de implantação do aumento da malha cicloviária na capital e nos demais municípios da região metropolitana. Cabe ainda notar que existem planos para estender o projeto para outros pontos da cidade e para outros municípios do estado.

Os resultados da análise das entrevistas dão conta de que a maioria dos acidentes (84,2%) ocorreu em pistas de rolamento, isto é, local destinado para a circulação de veículos automotores. Nestas pistas, carros e motocicletas dividem espaço com ciclistas, tornando o risco ainda maior, na medida em que favorecem as colisões entre automóveis e bicicletas, o que torna os acidentes ainda mais graves.

Estudos apontam que atualmente diversos fatores têm estimulado o uso da bicicleta como meio de transporte e lazer, mas tal estímulo quando somado a uma infraestrutura cicloviária insuficiente e à baixa conscientização de motoristas de veículos automotores para a presença de ciclistas em via pública contribuem para o aumento no número de acidentes de trânsito envolvendo ciclistas (BACCHIERI *et al.*, 2010a).

O Programa Brasileiro de Mobilidade por Bicicleta, ou Programa Bicicleta Brasil afirma que a inclusão da bicicleta nos deslocamentos urbanos deve ser abordada nas políticas de mobilidade urbana como forma de inclusão social, de redução e eliminação de agentes poluentes e melhoria da saúde da população, destacando o estímulo aos governos municipais a implantarem sistemas cicloviários e um conjunto de ações que garantam a segurança de ciclistas nos deslocamentos urbanos (BRASIL, 2007a).

Contudo, a inserção da bicicleta nos atuais sistemas de transportes deve ser buscada com a construção de ciclovias segregadas. O PlanMob, da Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana (2007b), indica que a inclusão do moderno conceito de vias cicláveis, que

são vias de tráfego compartilhadas adaptadas (ciclovias e ciclofaixas) para o uso seguro da bicicleta deve fazer parte do plano de mobilidade das cidades. Entretanto, cabe ressaltar que estudos apontam que de fato somente a construção de espaços exclusivos à circulação de bicicletas (ciclovias segregadas) pode ser eficaz no aumento da segurança de ciclistas (BACCHIERI *et al.* 2011).

As más condições das ruas também se destacaram como fator contribuinte para a ocorrência do acidente na opinião dos homens acidentados.

No meu município, as ruas são totalmente precárias, não tem nem como falar... buracos, quebra-molas inadequados, falta sinalização e muitas não são pavimentadas (H4).

De um modo geral, as ruas são muito ruins e perigosas. Não possuem sinalização e a gente é obrigado a andar no meio de carros, calçadas com defeitos... (H8)

As ruas urbanas podem apresentar inúmeras configurações físicas, mas na grande maioria das cidades brasileiras, conformam-se de modo quase inalterável: uma via ladeada por dois passeios idênticos. Quando muito, apresentam um canteiro central para apartar o tráfego dos veículos. Contudo, como elemento quantitativamente mais presente e visível do espaço público, as ruas constituem-se no principal palco para o exercício da vida pública, congregando múltiplas formas de uso e apropriação, cuja criatividade e inventividade de ocupação são marcantes características (ROSANELI, 2012).

Nos últimos anos, percebe-se que as questões em torno das variadas atribuições das ruas têm passado por renovado ciclo de debate, que confirma sua relevância na estrutura urbana, ao mesmo tempo em que detalha meios para que as ruas se transformem em efetivos locais de vivência diária da população (ROSANELI, 2012).

Especialmente na Europa e, sobretudo no Reino Unido, uma sequencia de estudos levados a cabo por mais de uma década pela iniciativa pública têm indicado a prioridade que as ruas vêm tomando nas agendas políticas. Tais estudos indicam que as ruas devam assumir uma abordagem “orientada para as pessoas”, em que questões de segurança, proteção, mobilidade, acessibilidade, sustentabilidade, gestão participativa, manutenção, estética, dentre outras, somam-se para atingir um grau de excelência para toda a sociedade, sem restrições de gênero, idade e condições de locomoção (BRASIL, 2008d).

No entanto, esta prioridade não parece ser a realidade experimentada pelos homens que circulam diariamente de bicicleta e que sofreram acidentes durante o seu uso e foram entrevistados nesta pesquisa, já que dos fragmentos de suas falas é possível extrair que as ruas

são precárias e perigosas. Para eles, a falta de infraestrutura cicloviária é um dos reflexos das más condições das ruas de um modo geral e contribuiu para a ocorrência do acidente.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 31,1% dos domicílios brasileiros não dispõem de pavimentação na rua em que estão localizados. Esse percentual chega a 52,6% na Região Norte do país, a maior entre as cinco regiões. Na Região Nordeste, 46,1% das moradias está em ruas que não dispõem de qualquer tipo de pavimentação, sendo consideradas “ruas de terra batida”, sem, contudo se classificarem como vias vicinais. Na Região Sul esse percentual cai para 36,6%, seguida da Região Centro-Oeste com 31,2% e a Sudeste com 16,9%. Outro fato chama a atenção nesse estudo: a ausência de pavimentação na rua do domicílio atinge 34,5% das casas, ao passo que apenas 3% dos apartamentos são atingidos por tal realidade (BRASIL, 2016a).

Estes dados levam a algumas reflexões. Primeiro, a acidentabilidade por bicicleta guarda relação com as questões de infraestrutura, tanto no âmbito geral quanto em termos de infraestrutura cicloviária, fato já captado pelos etnométodos nesta tese. Segundo, existe uma distribuição desigual do fator condições das ruas, para as quais se observa piores condições nas regiões Norte e Nordeste e melhores condições nas regiões Sul e Sudeste do país. Além disso, a construção de apartamentos, na maioria das vezes, está relacionada com um mínimo de planejamento urbanístico, sendo assegurado para estes as condições mínimas para habitação, fato que pode justificar a grande diferença entre a pavimentação de ruas no entorno de casas quando comparado com o entorno de apartamentos.

Tal fato aponta para desigualdade na infraestrutura entre moradias e ruas brasileiras. Sobre este aspecto, os homens entrevistados também assinalam a problemática da desigualdade social e acidentabilidade. Os etnométodos permitiram detectar tal desigualdade na distribuição da infraestrutura cicloviária, na medida em que os sujeitos revelaram as precárias condições das ruas em que circulam de bicicleta e apontam como causa deste estado de precarização o abandono do poder público e a desigualdade social.

Na parte litorânea do município as ciclovias são muito boas, na praia, na orla da praia e parte do centro, na parte um pouco ‘mais nobre’ (H3).

Tem ciclovias boas nos bairros de melhores condições financeiras, na beira da praia, mas onde mora o trabalhador que usa a bicicleta todo dia, não tem nem calçada direito, que dirá ciclovia (H7).

Por décadas, o processo de urbanização brasileira tem-se configurado em uma forma urbana resultante direta do padrão excludente das ações de desenvolvimento, planejamento,

legislação e gestão de territórios, sendo reflexo e reforçando a desigualdade social do país (ROSANELI, 2013).

A desigualdade social vivenciada pelo homem vítima de acidentes de bicicleta é uma das marcas mais fortes da sociedade brasileira, tendo se constituído historicamente desde o tempo da colonização. Apesar de assistirmos a uma redução da extrema pobreza e da desigualdade de renda no país nos últimos anos, o Brasil ainda é um dos países com maiores índices de desigualdade social no mundo e ainda permanece grande a disparidade entre a renda concentrada nas mãos das camadas com os rendimentos mais altos e mais baixos do país (BRASIL, 2011a).

A especulação imobiliária torna as áreas litorâneas das cidades mais valorizadas e bairros localizados próximos ao mar são, na maioria das vezes, de classe média alta, possuindo melhores condições de infraestrutura. No município de Vitória este fato é facilmente verificado na medida em que se percebe a distribuição desigual das condições de infraestrutura quando comparados os bairros ditos “nobres” com os bairros localizados nas regiões suburbanas da capital.

No que se refere à infraestrutura cicloviária essa distribuição díspar das ciclovias fica evidente no trecho seguinte, “Meu município é Vitória. A parte de mar, a parte de praia, tem a ciclovia, mas dentro dos bairros não tem ciclovia, então só tem as calçadas e ruas” (H17). Além disso, os homens referem sobre o quanto as ruas são perigosas e, somado a isso, o comportamento dos usuários ao utilizarem as vias públicas e o trânsito corroboram para aumentar os riscos de acidentes.

Tem que andar no meio da rua, misturado no meio dos carros; é um lugar que eu acho que não é preparado, que eu acho que era para ser preparado, é um lugar muito perigoso, corre-se muito risco no trânsito (H2).

E na convivência com os carros fica muito perigoso porque ali os dois têm que conviver com a mesma direção, ônibus, carros e bicicletas (H17).

É muito carro no lugar de pessoas passarem, inclusive em cima de calçada e não respeita. Esse dia mesmo um colega meu teve discussão com um ‘cara’ porque ele estacionou o carro em cima da calçada (H19).

Esses relatos vão ao encontro do que está retratado na literatura sobre a violência do trânsito e os efeitos do comportamento inadequado na gênese dos acidentes (XIMENES; MARIANO, 2015; PAIXÃO *et al.*, 2015).

Desde o século XIX, a bicicleta tem sido um modo de transporte eficiente e popular entre vários povos do mundo. Por seu baixo custo de aquisição e manutenção, ela pode ser

considerada como o modo de transporte urbano mais barato, sendo acessível a praticamente todas as camadas sociais. Sua utilização não polui o meio ambiente, preserva os espaços públicos e não provoca os incômodos que caracterizam a utilização dos veículos a motor em áreas urbanas, além de ser associada a muitos benefícios relativos à saúde (OJA *et al.*, 2011).

Por todos estes fatores, governos e sociedades vêm estimulando o ciclismo como uma das alternativas para o transporte urbano; o chamado transporte ativo, que são os meios de transporte à propulsão humana (pedestres, bicicletas, patins, skates...), e que vêm ganhando a cada dia mais usuários (CARVALHO; FREITAS, 2012).

O Brasil é considerado o terceiro maior produtor mundial de bicicletas, com uma frota superior a 75 milhões de unidades, da qual, aproximadamente dois terços são utilizadas como modo de transporte de trabalhadores. A China, com 208 milhões, ocupa a primeira colocação da produção mundial e a Índia, com 96 milhões de unidades, a segunda colocação. (ABRACICLO, 2015).

Mesmo com todas as vantagens do uso do transporte ativo, há também uma grande preocupação com as questões de segurança, visto que, muitas das vezes, as bicicletas dividem o mesmo espaço com automóveis, representando riscos de acidentes, principalmente se considerarmos que a violência no trânsito representa uma das maiores causas de óbito no mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, onde temos a ampliação dos riscos para os que utilizam a bicicleta como meio de transporte (TESCHKE *et al.*, 2012).

No ano de 2011, segundo o projeto VIVA INQUÉRITO⁶, realizado em 105 serviços de urgência e emergência do país, foram registrados 42.958 atendimentos por acidentes. Deste total, 29% foram por acidentes de trânsito e dentre eles, a bicicleta respondeu por 13,7%, se destacando como o segundo meio de locomoção mais frequente entre os acidentados, perdendo apenas para a motocicleta (BRASIL, 2013a).

Os acidentes de bicicleta são multicausais, sendo provocados, na maioria das vezes, por múltiplos fatores associados, tais como infraestrutura cicloviária, condições das vias públicas, comportamento no trânsito, estado de conservação e equipamentos de segurança da bicicleta e condições meteorológicas, dentre outros.

Para os homens entrevistados nesta pesquisa, dentre os fatores antecedentes para a ocorrência do acidente se destacaram as questões relativas às condições de infraestrutura do

⁶ Projeto Vigilância de Violências e Acidentes, realizados em hospitais de urgência e emergência selecionados, a partir da pactuação entre os serviços e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Esse inquérito faz parte do sistema VIVA de Vigilância de Violências e Acidentes. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/viva%5C2011%5CPesquisa_Viva_2011.pdf Acesso em 5 mai 2016.

trânsito, sendo que estas condições se moldam a partir de um cunho de desigualdade social entre as diversas regiões da cidade e que os comportamentos dos usuários ao utilizarem as vias públicas também colaboram para a acidentabilidade.

No que tange ao aspecto comportamental dos usuários, a questão dos comportamentos ditos “masculinos”, reforçados socialmente, também se apresentam como antecedentes na origem dos acidentes, conforme discutido a seguir.

4.2.3 Masculinidade e Acidentes de Bicicleta

Há décadas a literatura tem chamado especial atenção para o comportamento mais agressivo e arriscado dos homens, o que pode explicar o perfil de morbimortalidade masculina ser marcado pelas violências e pelos acidentes, especialmente envolvendo trânsito. (GOMES *et al.*, 2015), sendo este fato diretamente relacionado com os homens acidentados de bicicleta deste estudo. Hipóteses explicativas para tal fenômeno são diversas e dentre elas configuram aquelas que apontam para a socialização masculina caracterizada pelo estímulo à associação da virilidade à impetuosidade e à ideia de que é “natural” do homem correr riscos (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

Nesta tese ficam bem marcadas, a partir dos etnométodos, as diversas masculinidades apontadas pelos homens com histórico de acidentes de bicicleta, isto é, virilidade e impetuosidade. Para alguns, ao definirem masculinidade, o ancoramento se deu a partir de estereótipos e comportamentos sociais, ditos masculinos, sempre traçando um comparativo com aquilo que denominaram de “jeito feminino”.

Assim, ao expressarem o que era masculinidade, eles estabeleceram atributos considerados masculinos, sob seu ponto de vista, a partir dos quais elaboraram seu conceito de masculinidade. Para alguns, a masculinidade está relacionada ao comportamento e ao modo de agir do homem. Os fragmentos de texto abaixo ilustram esta concepção.

Masculinidade é o modo de agir e de pensar que é do homem... ser mais forte, mais viril, ser dominador, mandar! (H3).

É o modo de agir, de se vestir, as roupas são diferentes, modo de tratar bem a mulher, ser cavalheiro (H7).

Masculinidade é a determinação do homem... é tipo uma bravura... uma coragem a mais (H16).

Durante muito tempo, os homens foram estudados com base numa perspectiva essencialista, como se a biologia predeterminasse seu comportamento social, como se fossem todos iguais. Tal perspectiva é paulatinamente superada à medida que os estudiosos consideram importante distinguir e inter-relacionar constantemente a masculinidade como um princípio simbólico, exigindo uma perspectiva analítica com foco nas relações sociais. (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

As concepções de masculinidade estão diretamente relacionadas às maneiras comportamentais e a forma de pensar dos indivíduos; como se percebem no mundo os papéis que desempenham socialmente, suas crenças e seus valores e estas concepções sofrem influencia direta do contexto histórico, econômico e político de cada época e em cada cultura.

Deste modo, o conceito de masculinidade que compartilhamos hoje é diferente do conceito anteriormente compartilhado, em épocas passadas, e será diferente de conceitos advindos delas, já que se constitui de uma construção repousada sob o alicerce das relações sociais; portanto, é um conceito em constante mudança. Para outros entrevistados, a construção do conceito de masculinidade se deu a partir de atributos referentes à relação dos homens frente às mulheres, sempre pautada na supremacia masculina.

É importante ressaltar que, ao apresentarem tais atributos, todos os homens sujeitos deste estudo fizeram questão de se referir à maneira de “alguns homens” se relacionarem com as mulheres, frisando o fato de serem completamente contrários a essa concepção, no sentido de expressarem suas ideias utilizando a terceira pessoa do plural, “eles acham”, embora percebam que existe a imposição do poder do homem sobre a mulher.

Masculinidade é o homem achar que tem poder sobre a mulher, domínio sobre a mulher (H1).

É o homem se sentir superior à mulher (H10).

O homem é mais... ele é homem, entendeu? Ele é homem! Então ele quer ser superior a tudo, ele quer ser mais do que a mulher (H13).

Essa construção social de masculinidade relacionada ao poder do homem sobre a mulher é tema de estudos e debates do campo da discussão de um tipo de masculinidade, denominada de masculinidade hegemônica, entendido como a configuração de uma prática de gênero que incorpora a resposta aceita ao problema da legitimidade do patriarcado, que garante (ou que se ocupa em garantir) a posição dominante dos homens e a subordinação das mulheres (GUERRA; SCARPATI; BRASIL, 2015).

No que concerne aos acidentes de bicicleta que eles sofreram, ao estabelecer um comparativo com a mulher e se colocando nessa posição de superioridade, os remetem a um lugar elevado em relação à mulher, não cabendo, nessa suposta posição, os riscos e as fragilidades, tanto do adoecimento quanto da ocorrência de acidentes. Ser homem, portanto, relaciona-se à supremacia que eles possuem os tornando invulneráveis aos desvios de saúde. Esse conceito de masculinidade foi configurado através de modelos tradicionais de homem, segundo os quais se espera que seja viril, machista, que prove constantemente sua masculinidade por meio de comportamentos agressivos ou de risco em seu cotidiano (GUERRA; SCARPATI; BRASIL, 2015).

A concepção de masculinidade informa a homens e mulheres de determinada sociedade quais são os padrões comportamentais aceitáveis para homens, e estes padrões são internalizados e valorizados em um sistema cultural de valores e crenças tendo por base a maneira de relacionar homens e mulheres (O'NEIL, 2012).

Para alguns homens, o conceito de masculinidade traz uma relação com a saúde. Embora os etnométodos tragam esse dado em frequência menor, a questão do cuidado com a saúde é um ponto frágil na concepção da masculinidade e relação direta com os homens acidentados de bicicleta. Adoecer está relacionado à fragilidade e à fraqueza. “Masculinidade é o homem achar que não adoce; que não sofre acidente, isso é ser macho” (H6).

A temática envolvendo homem e saúde vem sendo discutida em proporções cada vez maiores, sobretudo pelos profissionais da área da saúde, na tentativa de melhor intervir nas inúmeras demandas de saúde peculiares aos homens com o propósito de contribuir para a redução dos indicadores de morbimortalidade que traduzem o perfil da saúde dos homens (MOREIRA *et al.*, 2014).

A atenção à saúde do homem foi por muito tempo negligenciada pelos diferentes setores da saúde das diversas esferas governamentais. Entretanto, contemporaneamente, com a aprovação da PNAISH, verifica-se a ocorrência crescente de discussões que envolvem o processo saúde-doença da clientela masculina (MOREIRA *et al.*, 2014).

A população masculina percebe o cuidado à saúde como algo que não é peculiar à masculinidade, ignorando a importância da prevenção de doenças. Aliada a este fato, a forma com que o serviço de saúde se coloca suscita sentimentos de intimidação e distanciamento, fazendo com que haja o desconhecimento acerca das inúmeras possibilidades fornecidas pelos serviços de saúde que, por sua vez, ocasiona a ampliação da vulnerabilidade deste público aos índices de mortalidade (CAVALCANTE *et al.*, 2014).

Além disso, no contexto da masculinidade hegemônica, a permissibilidade e até o estímulo aos comportamentos de risco, e a concepção de invulnerabilidade, conforme apresentado nos fragmentos de fala acima, colocam sob ameaça a segurança e a saúde do homem. Esse fato vem contribuindo para tornar os homens os maiores acometidos por acidentes e violências.

(...) homens morrem mais do que as mulheres pelas principais causas de morte; determinados modelos de masculinidade podem trazer comprometimentos para a saúde dos homens; os homens são os principais atores na violência cometida contra mulheres, crianças, outros homens e contra eles mesmos (GOMES *et al.*, 2011, p. 4514)

Contudo, apesar de toda essa força de concepção de masculinidade no imaginário social, e conseqüentemente na subjetivação dos homens, já discutida nesta tese e amplamente apontada na literatura, a análise do conteúdo das entrevistas revela que, para alguns homens, esse fenômeno parece não fazer o menor sentido quando se busca relacionar a masculinidade com a acidentabilidade de bicicleta.

Ao serem questionados se haveria alguma relação entre a ocorrência do acidente com o fato de ser homem, muitos declararam que não acreditavam que o fato de ser homem teria qualquer relação com o acidente.

Porque não é só porque somos homens que isso vai aumentar a chance de alguma coisa nos acontecer ou de sofrer um acidente com a gente. Para mim, não tem esse negócio (H4).

Eu creio que o mesmo que aconteceu comigo poderia acontecer com qualquer um, seja homem ou seja mulher (H9).

Apesar disso, para alguns dos entrevistados, a acidentabilidade de bicicleta guarda alguma relação com o fato dele ser homem, o que foi atribuído ao fator comportamental do homem durante o uso da bicicleta.

Homem acidenta mais. As mulheres, pelo o que eu vejo e ouço falar, elas sofrem menos acidentes porque são mais medrosas e também são mais cuidadosas do que nós (H6).

Como todo homem, eu sou pra frente, não tenho medo, e quando você não tem medo você se expõe e as coisas acontecem. Se eu fosse uma mulher não teria corrido tanto e não teria me acidentado (H8).

A sobremortalidade e sobremorbidade masculina em todas as causas básicas de adoecimento e morte, especialmente para violências e acidentes, nas faixas etárias mais

jovens, tem impactado diretamente o perfil demográfico da população masculina e em maiores expectativas de vida entre as mulheres (LAURENTI *et al.*, 2005; PAIXÃO *et al.*, 2015).

Essa diferença pode ser mais bem compreendida a partir das desigualdades entre homens e mulheres, numa perspectiva de modelos culturais de gênero. Segundo Souza (2005), os homens se expõem mais a situações de acidentes e violências por conta de comportamentos reafirmadores da masculinidade, próprios da sociedade contemporânea, que simbolizam maior poder e exigem maior virilidade e agressividade, tornando-os paradoxalmente mais vulneráveis a eventos de risco de morte precoce por agravos evitáveis.

Embora para a maioria dos homens entrevistados o fato de ser homem não guarde nenhuma relação com a ocorrência do acidente de bicicleta, a análise do conteúdo revela uma contradição na fala desses homens, na medida em que, ao descreverem a maneira de homens e mulheres usarem a bicicleta, fica evidente que, apesar de não acreditarem no fator masculinidade como gênese da acidentabilidade, atitudes relatadas por eles quando descrevem os homens e as mulheres usando a bicicleta no trânsito, revelam que o comportamento dos homens de bicicleta no trânsito demonstrou ser um fator antecedente importante para a gênese do acidente. Apesar de alguns terem afirmado não haver qualquer relação entre masculinidade e acidente de bicicleta, sendo o risco igual para ambos, ao descreverem a maneira que homens e mulheres usam a bicicleta, os homens apontaram as diferenças do uso a partir dos comportamentos ditos como masculinos, nos quais se evidenciam atitudes de risco no trânsito, e os comportamentos ditos femininos, nos quais se evidenciam comportamentos seguros e prudentes. Os fragmentos das falas abaixo ilustram como os homens se descrevem ao fazer uso da bicicleta.

O homem é mais ‘pra frente’, mais ousado, ele anda mais rápido, ele corta, ele ultrapassa (H1).

O homem anda de qualquer jeito, se tiver sinal [semáforo] fechado passa, corta carro, anda no meio da rua, sai igual um doido (H2).

O homem corre mais... principalmente eu, eu mesmo sou um que gosto de correr quando estou na bicicleta (H19).

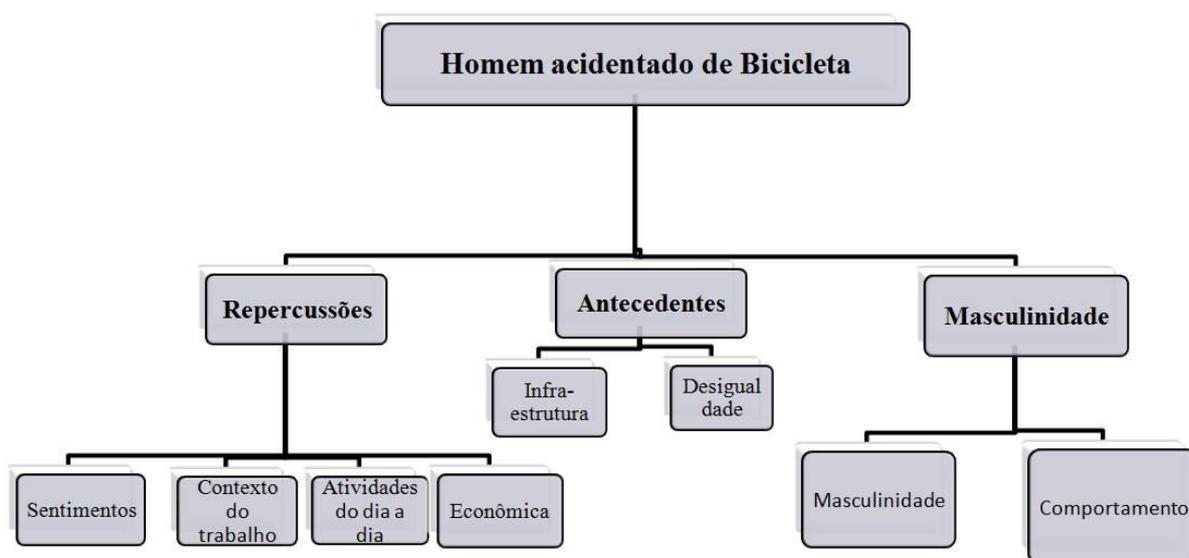
Apesar desta tese não ter a pretensão de fazer comparação com o gênero feminino, esse ponto de destaque é ilustrativo e reflexivo, conforme os fragmentos das falas abaixo, em que homens descrevem o comportamento das mulheres ao fazerem uso da bicicleta.

A mulher é mais tranquila, ela leva mais na simplicidade e anda devagar (H1).

Mulher é mais cuidadosa, já tem aquele jeitinho dela; mas tem muita diferença entre homens e mulheres, tanto na ciclovía, quanto no carro ou outros veículos de transporte (H7).

Mulher é mais consciente, está atenta a qualquer ‘coisinha’, se um carro vem lá longe ela para, entendeu? Espera o carro passar. É mais cuidadosa (H10).

Figura 5 – Síntese dos etnométodos sobre o significado do acidente de bicicleta para homens. Vitória/ES, 2016.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

A partir dos etnométodos (Figura 5), foi possível compreender o significado da experiência do acidente de bicicleta para homens. A análise do conteúdo de suas falas evidenciou que os acidentes trazem importantes repercussões biopsicossociais para a vida dos acidentados, com impactos sobre os sentimentos experimentados após o acidente, além das implicações de cunho laboral, para as atividades do dia a dia e para o contexto econômico.

Igualmente, é possível afirmar que os fatores que contribuíram para a ocorrência do acidente tenham relação com as condições de infraestrutura cicloviária e que o conceito de masculinidade, apesar de não percebido pelos homens, atua como fator antecedente na gênese da acidentabilidade.

4.3 CATEGORIA III – TIPOS DE CUIDAR E CUIDADOS DE ENFERMAGEM A HOMENS COM HISTÓRICO DE ACIDENTES DE BICICLETA

Nesta categoria são apresentados os registros, as análises, os resultados e a discussão da observação participante dos atendimentos implementados nas dependências do PS do HESL para homens com histórico de enfermagem de acidentes de bicicleta. Buscou-se responder à seguinte questão norteadora: “Quais os cuidados de enfermagem para homens, com histórico de acidentes de bicicleta, que são implementados durante o atendimento de emergência hospitalar?”, bem como aos objetivos; Descrever os cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados no atendimento de emergência hospitalar; e Analisar a aproximação dos cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados no atendimento de emergência hospitalar considerando a tipologia de cuidado proposta por Coelho (1997).

Ao descrever e analisar o cuidar e os cuidados, pretendeu-se aceitar ou recusar a tese de que o cuidar e os cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados na sala de emergência são específicos para atender as necessidades dos acidentados.

Nesta abordagem, o recorte principal descreve o contexto do entrelaçamento dos diversos atores e seus fazeres no cenário da emergência hospitalar, permitindo uma bricolagem entre os homens, as suas reações, as equipes de resgate pré-hospitalar, a equipe de atendimento intra-hospitalar, e as suas atitudes, possibilitando a invenção da trama do tecido que compôs o cuidar e os cuidados de enfermagem na sala de emergência para homens acidentados de bicicleta.

Para este propósito, o pesquisador inseriu-se no cotidiano da sala de emergência, com o intuito de observar a movimentação da equipe de enfermagem no atendimento do homem acidentado de bicicleta numa relação direta com a prestação de cuidados, desde o momento de sua entrada no PS, até o momento de sua alta.

Esta etapa da pesquisa, realizada no HESL, teve sua coleta de dados realizada no período de outubro de 2015 a janeiro de 2016. Os campos de pesquisa foram as dependências do PS do HESL e, para compreensão dos diversos momentos e fases do atendimento, descrevem-se as instalações que o compõem e sua funcionalidade.

a) Acolhimento e classificação de risco

A recepção, cadastro e salas de acolhimento e classificação de risco são as primeiras dependências do PS. É nessa área que é realizado o cadastro, mediante documentação pessoal. É comum os acidentados chegarem não portando documentos de identificação. Nesse caso, levanta-se o maior número possível de dados que o identifiquem, pelo menos seu primeiro nome. Quando a identificação não é possível, a sigla para “paciente homem não identificado” (PNI) é lançada junto ao seu primeiro nome no sistema de prontuário eletrônico. Vale ressaltar que, a depender da gravidade, a identificação do homem ocorreu após a classificação de risco, sendo realizada na sala vermelha, durante o atendimento de estabilização, com intuito de não se perder tempo para iniciar as intervenções de emergência. Além disso, é possível que não passe pela classificação de risco, acessando imediatamente à Sala de Estabilização, sendo classificado posteriormente.

A triagem, isto é, o primeiro atendimento, é realizado de acordo com o Manchester Triage System (MTS), desenvolvido no Reino Unido e traduzido e adaptado para o Brasil, como parte integrante da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Portaria 1600, de 7 de julho de 2011, cuja finalidade é articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2013b).

O MTS é um instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar a classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências e, portanto, condições de risco de perder a vida. Não se constitui instrumento diagnóstico, mas determina a prioridade para o atendimento, hierarquizando-o conforme a gravidade (PINTO; SALGADO; CHIANCA, 2012).

O processo de acolhimento e classificação de risco no HESL é executado por uma equipe multiprofissional formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e maqueiros (profissionais responsáveis pelo transporte em cadeiras de roda ou macas, não pertencentes à categoria de profissional de enfermagem, mas que trabalham sob a supervisão direta do enfermeiro) e assistentes sociais.

Tão logo o homem acidentado acessa o PS, um técnico de enfermagem faz uma breve avaliação da situação. De posse dessas informações, encaminha para a realização de cadastro e recebimento de uma senha de atendimento na classificação de risco pelo enfermeiro ou

encaminha diretamente para o enfermeiro, que, mediante avaliação das vias aéreas, da respiração, da circulação e da avaliação neurológica, definirá a prioridade do atendimento e proceder à identificação com uma pulseira colorida nas cores vermelha, laranja, amarela, verde ou azul, conforme a prioridade do atendimento.

Essa classificação por cores se estabelece por: pulseira vermelha, trata-se de uma situação de emergência, existe risco iminente de parada cardiorrespiratória, deverá ser encaminhado imediatamente para sala de estabilização e receber atendimento imediato; pulseira laranja, trata-se de uma situação muito urgente e nesses casos de descompensação a necessidade de atendimento é quase imediato, podendo o homem aguardar no máximo por 10 minutos; pulseira amarela, trata-se de uma situação urgente, necessita atendimento rápido, mas pode-se aguardar por um período de 50 minutos; pulseira verde, trata-se de uma situação pouco urgente, podendo aguardar atendimento por cerca de 120 minutos ou até mesmo ser encaminhado para outros serviços de saúde; e pulseira azul, trata-se de uma situação não urgente, podendo aguardar por 240 minutos ou ser encaminhado para outros serviços, tais como unidades básicas de saúde (BRASIL, 2013b).

Vale ressaltar que aqueles transportados por Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, tais como o Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo (CBMES) ou o SAMU/ES, podem ser pré-classificados, dependendo do contato prévio da regulação médica, de modo a ter acesso direto à sala de estabilização. De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, devendo o mesmo estar dotado de conhecimentos, competências de habilidades que garantam rigor técnico-científico para o cumprimento de tal procedimento (BRASIL, 2012c).

No HESL, o acolhimento com classificação de risco é prestado por uma empresa terceirizada, contratada pela Secretaria Estadual de Saúde, que mantém o serviço por 24 horas, contando com um enfermeiro coordenador diarista, cumprindo 8 horas por dia de trabalho, três enfermeiros plantonistas diurnos e três enfermeiros plantonistas noturnos, cumprindo escala de 12/60 horas; dois técnicos de enfermagem plantonistas em escala de 12/36 horas, dois maqueiros plantonistas em escala de 12/36 horas e 3 auxiliares administrativos em escala de plantão 12/36 horas.

A partir do momento em que o homem é classificado e encaminhado para as instalações no interior do PS, ele deixa de ser de responsabilidade do pessoal do acolhimento e classificação de risco, passando a ser de responsabilidade da equipe do PS, embora a

comunicação entre essas equipes se dê a todo o momento no sentido de dar continuidade ao cuidado de emergência.

b) Estabilização

A sala de estabilização é o ambiente para a estabilização das condições críticas, equipada e com pessoal habilitado no manejo das situações de emergência e urgência traumatológicas e clínicas, funcionando 24 horas por dia. Essas salas bem se ajustam ao conceito de cuidado intensivo de enfermagem de Porto (2012).

(...) também entendido como cuidado crítico do enfermeiro, articulando-se às tecnologias duras, assim denominadas pelo uso de aparelhos e equipamentos em ambientes hospitalares, geralmente as unidades fechadas, com a finalidade de promover uma assistência especializada para pacientes em condições de saúde graves e, até mesmo, em risco de vida (PORTO, 2012).

Após atendimento nas salas de estabilização, onde os cuidados são destinados à manutenção da vida, tais como manutenção do suporte ventilatório e circulatório, estabilização hemodinâmica, início da monitoração das funções vitais, estancamento de hemorragias e procedimentos de pequena cirurgia, o homem geralmente é encaminhado ao Setor de Imaginologia para a realização de exames e, de acordo com a necessidade, poderá retornar à Sala de Estabilização ou ser encaminhado para o Centro Cirúrgico, para as Salas de Observação ou para a Sala Vermelha, local destinado à internação nas situações graves, que aguardam vaga na UTI.

Além disso, a depender do estado de lotação do PS é possível que a internação ocorra em macas localizadas em corredores de circulação entre as salas de emergência e consultórios médicos, onde se permanece internado aguardando transferência para as enfermarias de acordo com a especialidade médica (vascular, ortopedia, neurocirurgia, entre outras).

Quatorze enfermeiros atuam no interior do PS do HESL, sendo um gerente geral do serviço, um coordenador do serviço de enfermagem e um enfermeiro coordenador da Sala Vermelha, diaristas, que cumprem seis horas de trabalho por dia. O setor dispõe ainda de 11 enfermeiros plantonistas com escala de 12/60 horas; 65 profissionais de enfermagem de nível médio, 13 técnicos de imobilização ortopédica e 10 maqueiros.

Para inserção no campo de pesquisa, o pesquisador reportou-se à gerente geral do PS e à coordenadora de enfermagem que, já cientes dos objetivos da mesma, fizeram as devidas apresentações aos demais integrantes da equipe explicando os motivos da pesquisa e a

finalidade da permanência do pesquisador na sala de emergência, esclarecendo possíveis dúvidas que pudessem surgir nesse primeiro contato. Essas apresentações foram repetidas em dias alternados, juntamente com a coordenação de enfermagem, de modo a possibilitar que todos os membros da equipe tomassem conhecimento da pesquisa.

Durante a observação participante, o pesquisador iniciava os registros ainda na sala de acolhimento e classificação de risco, realizada pelo enfermeiro, tão logo o homem era orientado sobre a pesquisa e assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A partir desse momento, o homem era acompanhado pelo pesquisador em todas as etapas do atendimento, a saber: definição da ordem de prioridade e transferência do homem para os diversos setores do PS, que variava desde consultórios médicos até salas de estabilização, centro cirúrgico, salas de cuidados críticos e corredores, a depender do estado clínico do homem e da lotação do PS. Esse acompanhamento se dava de forma contínua até o desfecho do atendimento.

Nesta etapa de coleta de dados pela observação participante, permanecia-se tanto na sala de acolhimento e classificação de risco quanto no interior das diversas dependências do PS, registrando a movimentação das equipes no decurso do atendimento, o que permitiu o contato com a realidade da sala de emergência e expandir esta experiência para o atual cenário de outras cidades.

c) Casos e Tipos de Cuidar e de Cuidados de Enfermagem

Com o atual processo de transição epidemiológica das últimas décadas e com o novo delineamento do perfil de morbimortalidade brasileira, é possível perceber, no dia a dia das pessoas, a importância dos casos de emergências e urgências clínicas ou traumáticas atendidos nos PS, na medida em que os acidentes e as violências e os quadros clínicos agudos vêm apresentando coeficientes de incidência cada vez maiores.

As estimativas mostram que, no país, aproximadamente 152 mil pessoas morreram e quase um milhão foram internadas em PS por acidentes e violências no ano de 2013, e que, entre os sobreviventes, muitos ficaram incapacitados temporária ou permanentemente, com perda da capacidade laborativa e da qualidade de vida, provocando grande impacto no sistema de saúde e nas condições de vida da população (MENDES *et al.*, 2015).

É comum e largamente difundido pela imprensa o estado de superlotação das salas de emergência desde a década de 1980; tanto os de serviços públicos quanto os privados, refletindo a acentuada demanda por tais serviços (AYRES, 2003).

As pessoas que buscam os PS estão, em sua maioria, em quadros agudos de média ou alta gravidade, correndo grande risco de perderem a vida, extremamente fragilizadas e necessitadas de cuidados imediatos capazes de restabelecer o equilíbrio biológico e garantir o prosseguimento da vida. Provenientes de cenas dos mais variados tipos de acidentes de trânsito, de conflitos interpessoais que evoluem para tentativas de homicídio com uso dos mais diversos instrumentos de agressão, tais como armas de fogo e armas brancas, ou oriundas de conflitos intrapessoais que se manifestam nas tentativas de suicídio, a população vai buscando por socorros e se aglomerando nas emergências dos hospitais. Ora por acidentes e violências, ora por condições clínicas graves, ora por condições clínicas menos graves, mas não acolhidas nas UBS dos bairros, os PS se mantêm frequentemente sobrecarregados e os homens, em especial os adultos jovens, são a maior parte da população que usa o serviço.

Muitos desses homens são atendidos em condições complementemente inadequadas, como espaços atendendo ao dobro de suas capacidades, corredores lotados de macas, homens graves em cadeiras, pelo chão, sem a menor condição de receber qualquer que seja o tipo de cuidado. Este fato reflete de forma evidente um ponto já amplamente discutido pelos estudos de masculinidade e saúde que se refere ao fato de os homens acessarem o sistema de saúde pela via da alta complexidade (salas de emergências e UTI), em piores condições clínicas e de gravidade e estarem mais relacionados aos traumas procedentes dos acidentes e das violências. Mas esse cenário complexo, que mais se parece a hospitais de campanha atendendo feridos em áreas de combate de guerra, é o cenário do cotidiano atual de muitos homens atendidos e de muitos profissionais de enfermagem que lidam todos os dias com a dor, o sofrimento, o limite tênue da vida e da morte e remontam, de certo modo, à própria História da Enfermagem Moderna, através dos relatos de Florence Nightingale sobre os desafios enfrentados para estabelecer o cuidado de enfermagem aos soldados feridos, tais como a falta de recursos, as precárias condições de higiene e um crescente número de doentes e feridos vindos das frentes de batalha.

Neste sentido, a partir do objetivo Descrever os cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados no atendimento de emergência hospitalar e Analisar a aproximação dos cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta implementados no atendimento de emergência hospitalar considerando a tipologia de cuidado proposta por Coelho (1997), faz-se necessária a interpretação e a análise deste cuidar e destes cuidados. Para tanto, inicialmente, ressalta-se o espaço onde todas essas artes se dão. É imprescindível compreender a estrutura ambiental na qual o cuidar e os cuidados estão inseridos, bem como as relações de pensamento, criação e

de ação. Também é preciso identificar as barreiras de acesso para o atendimento, de modo ser imprescindível compreender a estrutura ambiental na qual o cuidar e os cuidados estão inseridos, bem como as relações de pensamento, criação e de ação (COELHO, 1997).

O primeiro espaço do HESL é a porta de entrada e o hall, com os seus profissionais e as suas barreiras às clientelas. Na entrada, uma grande porta de aço cinza se mantém fechada a maior parte do tempo, com trancas pesadas e barulhentas, que separa os espaços da recepção e salas de acolhimento e classificação de risco das dependências internas do PS. Ao lado de fora da porta encontram-se aqueles que procuram por atendimento e aguardam para serem classificados e priorizados. Ao lado de dentro, embora em um *continuum*, as pessoas já estão em fase mais avançadas do atendimento, já foram classificadas e estão nas diversas etapas da assistência de emergência. Chama a atenção o caráter de fortaleza e de rigoroso controle de acesso para o interior do PS. É como se a pressão do sofrimento das pessoas que aguardam o atendimento precisasse ser controlada para que não tomassem o PS à força.

Essa medida tem a sua razão de ser e inclusive está bem fundamentada na literatura científica. Estudos vêm apontando que a violência no local de trabalho tem sido apresentada como um novo risco ocupacional, estando os trabalhadores da saúde particularmente expostos a este tipo de violência, sendo as unidades de emergência as que apresentam a maior ocorrência de violência contra trabalhadores (CONTRERA-MORENO; CONTRERA-MORENO, 2004, SILVA; AQUINO; PINTO, 2014, BIASI; RUMIN, 2015).

Ao que parece, a porta de ferro trancada e vigiada ininterruptamente por dois seguranças reforça na prática do dia a dia em emergência a exposição profissional a que está sujeito os trabalhadores do PS (AZEVEDO GONÇALVES *et al.*, 2016).

Ninguém entra no PS, a não ser quando autorizado pela enfermeira, mediante a apresentação da senha de atendimento, a exceção das macas que saem às pressas das ambulâncias e rompem a barreira da porta de aço para acessarem diretamente a sala de estabilização. Nesses casos, a situação é grave e nenhuma barreira pode se impor ao restabelecimento da vida.

Logo após a porta de aço, estende-se um grande corredor com chão higienizado, bem iluminado, luz fria, paredes com pintura envelhecida e algumas manchas de sujidade. Desse corredor derivam várias portas de acesso para consultórios diversos, salas de coletas de exames e salas de observação, mas o que chama a atenção é a grande quantidade de macas distribuídas de forma irregular, encostadas às paredes de cada lado do corredor, onde os atendimentos são realizados. Ao final do corredor encontra-se o setor de imagiologia.

Das observações participantes, foi possível capturar o cuidar e os cuidados do dia a dia do PS, já apontados como distintos e específicos da sala de emergência, capturados pela Professora Maria José Coelho, por ocasião de sua tese de doutorado em 1997. Estes são reafirmados agora nesta tese, após quase duas décadas, junto aos homens que sofreram acidentes de bicicleta.

O cuidar/cuidados, além de uma distinção conceitual que se evidencia pela singularidade das condutas e procedimentos adotados, requer a observância de detalhes que se mostram diferentes do que se faz em outras áreas da enfermagem. No caso particular da enfermagem de emergência, tais detalhes são diferentes dos da medicina. Existem aspectos distintivos e diferenciados entre a enfermagem de emergência e a medicina que atuam no mesmo cenário. A construção do cuidar em enfermagem de emergência constitui um aspecto de uma ação global, na qual o cuidado é parte do cuidar (COELHO, 1997, p. 30).

No total, foram 90 horas de observação participante e 6 horas de discussão em grupos com os enfermeiros. Nesse período, foi possível observar o atendimento de 26 homens com histórico de acidentes de bicicleta. Contudo, os resultados apresentados se referem a 19 homens que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos nesta tese. As informações coletadas sobre os tipos de cuidar e de cuidados de enfermagem para estes homens, implementados na sala de emergência hospitalar, e os trabalhos dos grupos de discussão com os enfermeiros do PS, que atenderam a estes homens, permitiu a aproximação do cuidar e dos cuidados de enfermagem em emergência, descritos por Coelho *et al.* (1997, 2006, 2010, 2012) e a construção de novos tipos de cuidado, específicos para a situação observada, adequados às necessidades dos homens acidentados.

Foi possível proceder à investigação do cuidar e dos cuidados de enfermagem no cotidiano dos enfermeiros e suas equipes frente aos homens vítimas de acidentes de bicicleta. Esses cuidados foram descritos, interpretados, discutidos e correlacionados com os trabalhos de grupos de discussão com os enfermeiros do PS, à luz da etnometodologia, que traz como conceitos chave os seguintes.

- **Prática:** enfoca as atividades e as circunstâncias práticas e o raciocínio sociológico prático, abordando as situações corriqueiras do cotidiano. Neste caso, o cuidar/cuidados de enfermagem a homens com histórico de acidentes de bicicleta.
- **Indicialidade:** constitui o significado de determinados símbolos. Neste estudo, relaciona-se ao significado de cada comunicação interpessoal como forma de cuidar nesse cenário.

- **Descritibilidade:** significa que o mundo social é algo disponível, parte integrante das circunstâncias práticas. Assim, a comunicação interpessoal é parte integrante do cotidiano do cuidar em emergência com homens com histórico de acidentes de bicicleta, o que a torna descritível.
- **Reflexividade:** designa a equivalência entre descrever e produzir interação, entre compreensão e a expressão da compreensão.
- **Noção de Membro:** referem-se às pessoas particulares e/ou indivíduos dotados de um conjunto de modos de agir, métodos, atividades, de um saber fazer. Neste estudo, os enfermeiros e suas equipes e os homens acidentados de bicicleta (COULON, 1995, p. 29-48).

Esta abordagem possibilitou adentrar no mundo cotidiano dos enfermeiros do PS e verificar que este é o espaço dinâmico (CERTEAU, 2012) dotado de particularidades próprias e praticado; local onde o cuidar e os cuidados são inseridos nos afazeres habituais dos enfermeiros, oportunizando o acesso ao conhecimento que estes profissionais utilizam, assim como suas táticas e bricolagens, conexões e criatividade na construção da ciência e da arte de fazer cuidar e cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta na emergência hospitalar.

Assim, a indicialidade foi capturada através das expressões que possuem significados e que podem ser deduzidos pelos atores sociais no momento da interação, sem a necessidade de explanação verbal pormenorizada, conforme descrito abaixo numa cena de admissão de um homem na sala vermelha e corroborado pelo grupo de discussão.

Homem idoso, grave, vítima de acidente de bicicleta, Glasgow [Escala de Coma de Glasgow] 7 na cena, TCE [traumatismo crânio-encefálico] grave, com otorragia [sangramento em orelha] importante à direita, crepitação clavicular direita, pupilas isocóricas, não reagentes a luz. Foi entubado na cena, iniciado nora [noradrenalina], PA [pressão arterial] sistólica de 60 [mmHg], diastólica inaudível; suspeita de fratura de clavícula direita e tórax instável. No momento PA sistólica de 90 por 40 [mmHg] com 50 [ml] de nora e 30 [ml] de fentanil em bomba [bomba de infusão contínua], Glasgow 9, está no respirador [aparelho respiratório mecânico artificial] e com dois acessos venosos periféricos, um tem fentanil [medicação sedativa] e o outro nora.

Nesse contexto, é possível capturar as expressões de linguagem, as intenções, as ações, pedidos, ordenamentos, trocas de olhares e trocas de auxílios que são comunicadas através da linguagem estabelecida entre os atores.

Trata-se de uma linguagem flexível e adaptável, conforme o grupo de membros que a desenvolve. É a língua comum, do dia a dia da emergência; expressam conteúdos que são deduzidos pelos próprios atores na interação, sem a necessidade de explicações detalhadas. Esse conteúdo é produzido na prática do dia a dia.

Esta cena também faz direta relação com o atual panorama da saúde do homem. Inseridos em um conceito de masculinidade hegemônica, no qual se sentem invulneráveis às doenças e aos acidentes, acabam por colocarem-se em situações de maior risco, acessando o sistema de saúde pela alta complexidade, pelas salas de emergência, em situações críticas e com prognósticos mais reservados (GOMES *et al.*, 2014).

No grupo de discussão com os enfermeiros este fato também foi descrito por eles, na medida em que apontaram a população masculina como sendo a maior usuária dos serviços de emergência hospitalar e demonstraram preocupação com o incremento no número de atendimentos para homens acidentados de bicicleta nos últimos anos.

Ao fazerem tais reflexões, os enfermeiros corroboraram com os dados levantados através das entrevistas semiestruturadas com os homens acidentados, uma vez que também apontaram a falta de infraestrutura cicloviária como um dos antecedentes para a ocorrência dos acidentes, bem como relataram sobre o quanto está cada vez mais comum a utilização de bicicletas como meio de transporte para o trabalho. Entre os seis enfermeiros, um deles, de sexo masculino, utiliza diariamente a bicicleta no percurso para o trabalho.

No que pesa o cuidar e os cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes de bicicleta, a partir dos etnométodos, foi possível verificar a emergência de um cuidar específico, individualizado. Embora se tenha um referencial pré-estabelecido de atendimento calcado em protocolos para os diversos tipos de agravos de traumas, foi possível verificar a emergência de cuidados específicos para estes homens, adequados para cada situação, para cada caso, respeitando a individualidade e a peculiaridade que os homens apresentam. Este cuidar e estes cuidados estão descritos a seguir.

d) O Cuidar de Classificação

Ao adentrar no pátio de ambulâncias, localizado à frente do PS, já é possível perceber a movimentação daquela manhã de segunda-feira de novembro: duas ambulâncias do SAMU/ES e uma do CBMES.

No hall de entrada percebe-se uma considerável melhora da temperatura ambiente, devido a um grande equipamento de ar condicionado central, localizado acima da porta de

acesso. Por se tratar de uma manhã, o equipamento de ar condicionado ainda conseguia manter o ambiente em uma temperatura agradável, fato que não se percebe ao longo do dia, especialmente por volta das treze horas, quando ocorre a incidência do sol naquela área do hospital e quando mesmo com o ar condicionado a temperatura aumenta consideravelmente, uma vez que a frente do PS recebe irradiação direta do sol da tarde.

Este hall de entrada é destinado à classificação de risco e se compõe de três ambientes: o ambiente central, dotado de cadeiras, em número de cerca de vinte, nas quais os homens avaliados como não emergência, assim como mulheres e idosos, aguardam por atendimento.

A demanda é grande e as cadeiras são poucas e muitos se encontram de pé, encostados pelas paredes, sentados em cadeiras de roda ou apoiados em familiares e amigos. À frente dessa sequência de cadeiras há um televisor associado a um equipamento de chamada de senhas que faz soar, a cada momento, um ruído digital alertando para o atendimento de mais uma pessoa, numa estratégia de gerenciar e organizar a fila de espera.

Logo a seguir a essa sequência de cadeiras está um balcão largo, onde se encontram duas recepcionistas sentadas junto a computadores, realizando os cadastros dos pacientes. Ainda nesse ambiente central estão dois técnicos de enfermagem e dois maqueiros sempre de pé, em postura de prontidão, semelhantes àqueles profissionais do “Posso Ajudar?” presentes em lojas de departamentos, entradas de bancos e outros, com a diferença de que, aqui, esses profissionais representam a primeira via de acesso aos diversos setores do PS. Esses profissionais estão bem alinhados, uniforme branco e jaleco branco com crachá de identificação.

Ao lado direito encontra-se a sala da classificação de risco. O espaço é pequeno, comporta dois enfermeiros, sentados em mesas com computadores e, diante deles, são dispostas cadeiras, uma para cada enfermeiro, onde os homens se sentam para descrever suas queixas clínicas e a partir delas receberem o encaminhamento mais adequado para cada caso. Essa sala ainda comporta outro espaço onde o assistente social também atende os que são encaminhados pelo enfermeiro.

Na sala de classificação de risco, duas enfermeiras de plantão já estão realizando os atendimentos. Uma delas comenta rapidamente: “Toda segunda feira é assim! Um tumulto enorme aqui...” Dos etnométodos emerge o Cuidar de Classificação, descrito abaixo.

Havia um homem sendo atendido. Aparentava cerca de 40 anos de idade e encontrava-se com uma tipoia apoiando o braço esquerdo. Dados da observação participante dão conta de que o cliente estava indo para o trabalho de bicicleta quando um motorista inadvertidamente abriu a porta do carro estacionado próximo ao meio fio, negligenciando a observação do retrovisor lateral, atingindo a bicicleta

lateralmente, o que provocou a colisão do ciclista com a porta do carro, gerando respectiva perda de equilíbrio e queda do ciclista. O resgate foi realizado por parentes do acidentado e pelo motorista que provocou o acidente. Havia suspeita de fratura em membro superior esquerdo devido a deformidade em antebraço. O cliente estava lúcido, relata não ter perdido a consciência em nenhum momento do acidente e na queda a cabeça não foi atingida. Queixava de dor. O enfermeiro avalia o paciente de acordo com os dados do protocolo MTS e faz a classificação de prioridade.

O Cuidar de Classificação é aquele em que o enfermeiro estabelece o grau de prioridade para o atendimento no PS. Para este cuidado é exigida ampla capacidade de discernimento e conhecimento técnico e clínico em enfermagem, envolvendo a conexão de saberes das mais diferentes áreas, tais como anatomia, fisiologia, fisiopatologia, enfermagem clínica, relação interpessoal, além do olhar cuidadoso para os aspectos social e espiritual do cliente, pois, ao classificar, define-se a prioridade do atendimento e toda a evolução de encaminhamentos e intervenções em diferentes especialidades no âmbito da emergência.

O enfermeiro que atua em PS, e sua equipe, especialmente na classificação de risco, são personagens fundamentais na dinâmica do andamento de todo o serviço de urgência e emergência hospitalar uma vez que por eles passam todos a serem atendidos.

Dentro da Política Nacional de Humanização (HUMANIZA) do SUS, como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção em saúde, o acolhimento com avaliação e classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica (BRASIL, 2004). Nesse processo, o enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco e definir a prioridade de atendimento dos que procuram os serviços de urgência, utilizando-se do conhecimento teórico-prático de enfermagem aliado ao protocolo de MTS (BRASIL, 2012a), conforme se observa na cena descrita abaixo.

O sistema de classificação de risco está instalado no computador do enfermeiro na sala de classificação. Tão logo o paciente passa pela recepção e é cadastrado, gera-se um registro eletrônico do Boletim de Atendimento de Urgência (BAU) na tela do computador do enfermeiro classificador, vinculada a uma sequência de senhas numéricas. Contudo, nos casos considerados graves, isto é, em situações em que existam instabilidades no padrão respiratório ou circulatório, ou qualquer outro sinal de perigo, o paciente é avaliado antes mesmo de ser cadastrado no sistema e encaminhado para a sala de estabilização ou sala de emergência.

Para o Cuidar de Classificação o enfermeiro utilizou o Cuidar de Conexões e o Cuidar Eletrônico propostos por Coelho (1997). Sobre essa necessidade de conexões no atendimento de emergência Coelho (1997) afirma que,

Cuidar em enfermagem de emergência é fazer as conexões necessárias com a admissão (entrada) e a alta (saída) dos clientes, com as situações de grande emergência, como a parada cardiorrespiratória, com as enfermidades agudas críticas e com as crônicas agudizadas.

A enfermeira, na construção e execução do cuidar e dos cuidados de enfermagem, age mais do que na simples direção do “tráfego” dentro da unidade de emergência, nas situações ocorridas, isto é, lidera uma equipe, organizando um ambiente terapêutico para o cliente (COELHO, 1997, p. 55).

Complementando o pensamento de Coelho (1997), o enfermeiro, ao realizar o Cuidar de Classificação deve estar atento aos sinais que possam indicar perigo para a vida. O foco deve centrar em avaliar criteriosamente o homem acidentado de bicicleta com vistas principalmente em lesões de cabeça ou face, áreas frequentemente atingidas nestes tipos de acidentes, conforme já discutido nesta tese. O Cuidar Eletrônico (COELHO, 1997) emerge nesta cena a partir da utilização da tecnologia dura, isto é, o *software* de computador que guia a avaliação através do MTS para o Cuidar de Classificação.

Além disso, o Cuidar de Classificação também se ajusta ao Cuidar Admissional (COELHO, 1997), no sentido de que o cliente, ao ser hospitalizado, fragiliza-se, por estar fora de habitat natural comum, a hospitalização faz com que necessite se engajar em outro grupo social, em uma nova rotina. Em se tratando de uma admissão pela via da emergência, o que se reforça com esta tese é a realidade do impacto da concepção de masculinidade sobre a saúde do homem quando esta fragilidade se torna ainda maior.

Vale ressaltar que o Cuidar de Classificação não pode ser realizado de outra forma senão de modo criterioso, minucioso, haja vista que, nos casos de acidentes de trânsito, especialmente os de bicicleta, os ferimentos considerados “superficiais”, como escoriações e contusões, são os mais frequentes tipos de lesões, mas poderão estar associados a injúrias internas mais graves, exigindo cautela no estabelecimento da prioridade. Além disso, não se pode esquecer que a classificação gerada pelo Cuidar de Classificação na chegada do homem acidentado não é permanente, visto que a categoria definida para esses indivíduos pode ser modificada em segundos, considerando que sua condição clínica pode piorar abruptamente.

Assim sendo, o Cuidar de Classificação deve proceder-se continuamente durante a sua permanência no PS, de modo a acompanhar a evolução e detectar precocemente qualquer piora das condições clínicas e de gravidade do acidentado.

e) Os Cuidados de Classificação

Os cuidados de classificação se estabelecem a partir do primeiro contato do enfermeiro com o homem acidentado de bicicleta. Nesse contato imediato e inicial, o enfermeiro irá avaliar a função neurológica à medida que mantém contato verbal com o acidentado, além da respiração e da circulação sanguínea.

Inclui nestes cuidados o levantamento da história do acidente, de como ocorreu; qual o mecanismo do trauma; se houve perda da consciência após o acidente; quais áreas do corpo foram atingidas, focando para as regiões da cabeça e cervical; o tempo transcorrido entre o acidente e chegada ao PS, os procedimentos já realizados até o momento, no caso do resgate ter sido realizado por equipe de socorro pré-hospitalar (acesso venoso periférico, infusões endovenosas, medicações, bandagens e imobilizações, entre outros).

f) O Cuidar Vigilante

Este tipo de cuidado, que perpassa o cotidiano hospitalar, mas está principalmente presente nos atendimentos de emergência, pode ser descrito como aquele em que o enfermeiro, que embora esteja focado em um atendimento específico, não pode negligenciar as outras situações clínicas e traumáticas que estão a todo o momento chegando ao PS. Muitos pacientes estão aguardando o Cuidar de Classificação, entretanto, o enfermeiro se desloca da sala de classificação para o hall de entrada do PS. Ao realizar o Cuidar Vigilante, o enfermeiro reconhece a necessidade de colocar-se por entre os pacientes, entre um atendimento e outro da sala de classificação, com o propósito de manter a vigilância contínua de todos que estão na sala de espera para serem classificados por ele.

Mesmo tendo ciência que no hall do PS existem técnicos de enfermagem que irão fazer o primeiro contato com o paciente, antes mesmo que ele, o enfermeiro vez por outra emprega o Cuidar Vigilante na cautela de detectar alguma situação mais grave que mereça ter prioridade e que o técnico de enfermagem não tenha detectado. Esse cuidar é uma estratégia de manter vigilância sobre a qualidade do trabalho realizado no PS.

O Cuidar Vigilante emerge da cena descrita abaixo e está inserida no entorno do contexto de atendimento de emergência que, de modo dinâmico, foca os homens com histórico de acidentes de bicicleta, mas não deixa de vigiar aos demais clientes em suas diversas demandas clínicas.

A enfermeira deixa a sala de classificação de risco e sua atenção é chamada pela cena de um senhor, sentado em uma cadeira de rodas, próximo à entrada do PS. Ela se aproxima e pergunta: “O senhor já foi atendido?” Trata-se de um idoso, de 66 anos de idade. “Não doutora, estou aguardando.” Responde o paciente. “O que houve com o senhor?” A enfermeira mantém o diálogo, colocando-se na postura agachada e nivelando o olhar com um ferimento na perna do idoso, examina-o cuidadosamente. É uma extensa lesão exudativa em toda região tibial anterior e panturrilha, com aspecto de uma celulite. O técnico de enfermagem se aproxima e explica à enfermeira. “Eu já o avaliei, pedi para fazer o cadastro e aguardar sua avaliação. Está com esse machucado aí na perna, veio de Santa Maria de Jetibá, (cidade interiorana, localizada na Região Serrana do Espírito Santo, há cerca de 100 quilômetros de Vitória) enviado pela unidade de saúde de lá para avaliação com o vascular [cirurgião vascular]”. A enfermeira assente com a cabeça e pergunta: “Há quanto tempo o senhor está com esse machucado na perna?”. “Já tem muito tempo, eu acho que começou nesse machucadinho aqui (aponta para uma região do tornozelo). Eu acho que algum bicho mordeu aí e inflamou”. “O senhor é diabético? Tem açúcar no sangue?” pergunta a enfermeira. Ele responde que sim com a cabeça. A enfermeira volta-se para o técnico de enfermagem e pede ao mesmo que realize uma glicemia capilar naquele momento, e que o encaminhasse para sua sala de classificação de risco.

O Cuidar Vigilante aproxima-se do Cuidar de Alerta proposto por Coelho (1997). Para a autora, o Cuidar de Alerta significa permanecer atento para os aspectos imprevisíveis e se inicia no ato de Cuidar, desde a coleta dos dados para o histórico de enfermagem contidos no boletim de atendimento pré-hospitalar e prontuários até na (re)organização de todo o ambiente que irá receber o cliente.

g) Os Cuidados Vigilantes

No manejo da classificação de risco em OS, o enfermeiro não se restringe apenas às atividades realizadas nas salas de classificação, junto ao computador e ao protocolo de classificação do MTS. Ele deve ir além dessas atividades. De fato, desenvolve uma série de ações que vão desde a organização do serviço, o treinamento de pessoal, a educação permanente dos envolvidos e uma grande disposição para estar no meio das pessoas, dos feridos, dos acidentados, daqueles que estão com a vida em risco, sempre vigilante com o princípio de salvaguardar o atendimento eficiente.

Os Cuidados Vigilantes incluem todas as atividades psicomotoras e cognitivas do enfermeiro que se movimenta por entre os pacientes com o propósito de manter a vigilância dos acontecimentos dentro do PS e garantir a agilidade e a prioridade dos atendimentos. Essas atividades incluem rondas periódicas no hall do PS, observação rigorosa dos pacientes, abordagens individualizadas de pacientes, aferição de sinais vitais, glicemias capilares, realização de eletrocardiogramas, contato com as equipes de técnicos de enfermagem e

recepcionistas. Ainda compreende a verificação e a manutenção dos recursos materiais disponíveis para os atendimentos e o contato com as equipes de atendimento pré-hospitalar.

h) O Cuidar Resolutivo

A grande maioria dos 19 homens com histórico de acidentes de bicicleta atendidos no PS do HESL incluídos na análise durante o período de coleta de dados desta tese era de trabalhadores que usavam a bicicleta como veículo de transporte para o trabalho. Deste total, 21,1% trabalhava sem vínculo empregatício, o que significa dizer que eles não estavam sob a cobertura de nenhum benefício da Previdência Social. Portanto, se não trabalhassem não teriam qualquer outra fonte de renda. Isto aponta para uma das grandes questões que implicam em masculinidade e saúde, já amplamente difundida na literatura e nesta tese: os homens inseridos no contexto contemporâneo de masculinidade são vistos como arrimos de família e o seu afastamento do trabalho para cuidar da própria saúde representa dias de trabalho perdido (GOMES *et al.*, 2014).

Somado a isso, as unidades de atendimento de emergência hospitalar estão sempre com lotação acima de sua capacidade máxima de atendimento, exigindo agilidade das equipes e resolutividade de cada caso, no sentido de não apenas garantir ao homem com histórico de acidentes de bicicleta o retorno para suas atividades e convívio social, como também garantir o fluxo de atendimento de forma ágil e segura.

Diante de tais circunstâncias surge o Cuidar Resolutivo. Neste tipo de cuidado o enfermeiro coordena uma atividade junto a uma equipe multiprofissional que diariamente avalia os pacientes internados no PS com o propósito de investigar o seu tempo de internação no PS, quais suas necessidades, o que foi realizado em termos de procedimentos até então, o que falta a ser realizado ainda e o que pode ser feito para garantir agilidade e resolutividade do atendimento, para que esse homem possa retomar para o seio de sua vida cotidiana e suas atividades pré-acidente.

Aqui encontramos a interface do Cuidar Resolutivo com o Cuidar Social, o Cuidar de Formigas e o Cuidar de Mural propostos por Coelho (1997). O Cuidar Social diz respeito àquele cuidado que precisa levar em consideração a questão social, especificamente no caso desta tese, do homem brasileiro, protagonista dos cenários de emergência hospitalar. Este fato converge para a situação de desigualdade social de proteção para ciclistas, conforme apontado por eles próprios em seus discursos e detectado a partir da análise de conteúdo de seus

fragmentos de fala nos quais ressaltam a distribuição desigual de ciclovias entre os bairros do município de Vitória.

Já o Cuidar de Formigas se estabelece na organização do cuidar, baseada na divisão social do cuidado hospitalar, no qual todos fazem a sua parte, mas perpassa, em seu interior, o objetivo comum de cuidar (COELHO, 2006). Para executar o Cuidar Resolutivo, o enfermeiro executa o Cuidar de Formigas, junto com sua equipe multiprofissional, avaliando a situação de cada homem acidentado e buscando resolutividade em seu atendimento.

E o Cuidar Mural se apresenta como um lembrete chamando atenção para um determinado fator, tendo por principal objetivo é de advertência e de direção. Sua construção é fundamentada na prevenção, na vigilância e na situação limite (COELHO, 2006). Nesta tese a Metodologia Kanban, descrita abaixo nos Cuidados Resolutivos, ilustra o Cuidar Mural.

i) Os Cuidados Resolutivos

Para executar este cuidado, o enfermeiro passa lentamente por entre os pacientes instalados em macas-leitos do corredor e pelas enfermarias de repouso, com uma papeleta na mão e realizando algumas anotações. Nesta papeleta encontra-se uma lista com todos os nomes dos pacientes presentes no PS. Junto ao enfermeiro seguem o cirurgião geral e um assistente social.

Os pacientes internados no PS passaram pelo Cuidar de Classificação, já receberam os primeiros atendimentos, mas não puderam ter alta hospitalar devido às suas condições clínicas e continuam no PS aguardando por vagas para cirurgias ou internações em clínicas diversas.

O enfermeiro se aproxima de um paciente. Trata-se de um homem, aparentando 35 anos de idade. Ele está deitado em uma das macas, veia puncionada em antebraço esquerdo, recebe soro fisiológico. Está coberto até a cintura por um lençol branco. Tem uma mulher sentada em uma cadeira ao seu lado. O enfermeiro inicia o atendimento solicitando ao homem que conte o motivo de sua internação e o paciente responde: “Sofri um acidente de bicicleta já faz três dias, estou aqui aguardando uma cirurgia ortopédica na perna, mas parece que falta um material para me operarem. Queria saber, quando vão operar a minha perna?”. A enfermeira agradece ao paciente pela explicação e se volta para a equipe dizendo: “Este paciente é kanban III”.

Para este cuidado, o enfermeiro dispõe da Metodologia Kanban que é um método cuja finalidade é gerenciar o fluxo de atendimento e garantir a resolutividade dos atendimentos e representa uma forma de controle diário da prevalência dos pacientes do PS, visando o fluxo

dos leitos, uma das metas do Programa SOS Emergência do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2012a).

Kanban é uma expressão japonesa, com uso na Administração de Produção. É um cartão de sinalização que controla os fluxos de produção e transporte de produtos em indústrias, permitindo agilidade na produção e entrega de peças. Na área da saúde, o método está sendo adaptado e aplicado em PS com a intenção de diminuir a longa permanência, melhorar a qualidade do atendimento e melhorar a gestão de pessoas e materiais (FELIX, 2013).

Assim, diariamente os homens do PS do HESL são reclassificados e recebem um cartão que fica afixado na cabeceira do leito, juntamente com sua identificação, contendo um número romano que varia de acordo com o tempo de permanência no PS, sendo kanban I, período abaixo da média, até 24 horas; kanban II, tempo no limite da média, entre 24 a 72 horas; e kanban III, acima da média de 72 horas.

O enfermeiro do PS, juntamente com a equipe multiprofissional, diariamente analisa os classificados como kanban III e verificam quais fatores estão contribuindo para a sua permanência no PS ser acima da média de 72 horas, tais como falta de material para realização de cirurgias, resultados de exames já realizados mas não liberados, falta de leitos de retaguarda nas enfermarias, de leitos na UTI, condições clínicas desfavoráveis, entre outros, buscando solucionar a situação e garantir o Cuidar Resolutivo, podendo, em alguns casos, envolver a gerência do PS, a direção técnica-clínica ou até a direção geral do hospital.

Em alguns hospitais, o método kanban utiliza cores, permitindo que, ao serem gerados os censos diários no computador, rapidamente seja possível identificar a situação de cada um. (FELIX, 2013).

j) O Cuidar de Transporte Intra-hospitalar

O Cuidar de Transporte Intra-hospitalar está ancorado no atual modelo de segurança do paciente, que é o resultado da redução de riscos e danos evitáveis durante o processo de cuidados à saúde a um mínimo aceitável (OMS, 2012).

Compreender a frequência, as causas, a natureza da ocorrência de incidentes e de eventos adversos (EA) possibilita a elaboração de estratégias que minimizam os danos decorrentes dos cuidados prestados e o sofrimento desnecessário do paciente e da equipe de atendimento (SILVA; AMANTE, 2015).

De modo geral, pacientes em PS apresentam risco aumentado para EA relacionados com o transporte intra-hospitalar devido ao ambiente desconhecido em que se encontram, bem como por fatores que predispõem ao evento, tais como rebaixamento de nível de consciência, uso de drogas sedativas, problemas relativos a equilíbrio, força e visão, bem como alteração na marcha e problemas relativos à operacionalidade do procedimento (HEALEY *et al.*, 2011).

Homens com histórico de acidentes de bicicleta com frequência necessitam de transporte intra-hospitalar para a realização de exames diagnósticos, na maioria das vezes radiografias diversas e tomografias computadorizadas em setores de imagiologia que guardam certa distância das salas de estabilização e de emergência.

Quando possível, os serviços de imagiologia dispõem de equipamentos de radiografias portáteis que podem ser levados à beira do leito para a realização do exame, assim como ultrassonografias e ecografias, cujos equipamentos são móveis e permitem o deslocamento para próximo ao paciente. Contudo, para exames como tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas é impossível a realização senão em salas próprias, exigindo o transporte do paciente até as salas de exames.

Assim, a transferência do cliente entre diversos setores no OS, embora seja de grande valia para a condução do tratamento, também representa um momento de grande perigo, já que o transporte é realizado por uma equipe que trabalha sob o estresse de estar diante dos riscos que a vida que o cliente está correndo e precisam atuar com agilidade, já que em muitos casos as intervenções terapêuticas dependem exclusivamente de exames diagnósticos. Este fato aumenta a chance de ocorrer qualquer descuido de sincronismo entre os membros da equipe e o transporte intra-hospitalar passa a representar um risco de EA.

No Cuidar de Transporte Intra-hospitalar, emergem o Cuidar de Conexões, o Cuidar para Quedas e o Cuidar para Intercorrências (COELHO, 1997).

O Cuidar de Conexão se insinua na medida em que se faz necessário o interligamento entre a sala de emergência com outros setores hospitalares, tais como centros de diagnósticos por imagem, laboratórios, bancos de sangue, entre tantos outros serviços que dão suporte ao atendimento da sala de emergência.

O Cuidar para Quedas é percebido quando o enfermeiro, ao perceber as dimensões do corpo do acidentado sobre o leito adota a medida de proteção física elevando as grades do leito, atento para o risco de queda, especialmente por ser um EA de risco durante os transportes intra-hospitalares.

Já o Cuidar das Intercorrências está ligado ao fato de que o homem atendido na sala de emergência, de um modo geral recebe um incontável número de dispositivos que irão permitir

a terapêutica adequada. Cateteres, sondas e tubos invadem as estruturas anatômicas mais diversas: veias, artérias, uretra, esôfago, estômago, cérebro. O cuidado com o funcionamento adequado de tais dispositivos é primordial para o atendimento (COELHO, 2006).

k) Os Cuidados de Transporte Intra-hospitalar

As opções para intervenções diagnósticas e terapêuticas levam ao crescente deslocamento de pacientes entre os diversos setores hospitalares. Tal procedimento é uma atividade frequente e com potencial para incidentes e EA relacionados aos equipamentos, assistência ao paciente, comunicação e planejamento. Assim, os riscos e benefícios em deslocar um paciente devem ser considerados, incluindo uma avaliação do estado clínico do paciente antes do transporte, dos benefícios desse transporte para o paciente, da equipe que o acompanhará e dos equipamentos disponíveis (LIESHOUT *et al.*, 2011; LUZIA *et al.*, 2014).

Os Cuidados de Transporte Intra-Hospitalar iniciam-se quando é verificada a necessidade de levar o homem acidentado de bicicleta para realização de exames, conforme descrito na cena abaixo.

O neurocirurgião chega à sala e o cirurgião geral passa o quadro clínico; irá precisar de uma tomografia de crânio e de coluna cervical. Imediatamente o enfermeiro inicia os Cuidados de Transporte Intra-Hospitalar. Inicia por contatar com o setor de tomografia computadorizada, relatando as informações sobre o quadro clínico do homem e o exame a ser realizado.

“Vamos prepará-lo para o transporte”, avisa o enfermeiro à sua equipe e uma maleta contendo materiais de urgência (equipamentos de oxigenação e medicamentos de urgência) é retirada do armário pelo técnico de enfermagem e colocada próximo ao paciente. “Verifica a pressão arterial dele para mim”, solicita o enfermeiro. “Está 100 por 60”, diz o técnico de enfermagem após a verificação. Toda a equipe está trabalhando de forma coordenada no preparo para o transporte até o setor de imagiologia.

O homem está com o rosto completamente ensanguentado, olhos cerrados, imóvel. É idoso, branco, pele avermelhada, provável descendente de alemães, aparentava ter uns 60 anos de idade, corpo forte para idade e bem alto, devia ter 1 metro e 90 centímetros de altura. O leito torna-se pequeno para conter toda a dimensão de sua estatura física. O enfermeiro eleva as grades de proteção do leito.

Cinco profissionais estão diretamente envolvidos no transporte intra-hospitalar. Eles estão em completa sincronia e concentração. Todos calçaram luvas de procedimentos. O enfermeiro assume a cabeceira do leito e está responsável pela ventilação pulmonar, observando e controlando a ciclagem do aparelho ventilatório portátil, além de se ater também aos biomonitores (equipamentos que fazem a mensuração automática dos parâmetros vitais, como frequência cardíaca, pressão arterial e nível de oxigenação sanguínea), contudo, ele não se restringe apenas a essas tarefas; também observa a ação dos técnicos de enfermagem que o auxiliam, bem como as atividades que realizam. O olhar é atento a tudo, a todos os detalhes, fazendo uma varredura visual da cena e dos equipamentos em uso. A bomba de infusão das medicações não está diretamente sob sua responsabilidade, mas sob os cuidados de um técnico de enfermagem. Apesar disso, o enfermeiro está atento às punções venosas e à infusão dos medicamentos. A atenção do enfermeiro também

está dirigida para o segundo técnico de enfermagem, responsável pelo transporte e a manutenção do acoplamento do aparelho ventilatório ao cilindro de oxigênio. O maqueiro trabalha sob a responsabilidade do enfermeiro e aguarda o seu comando verbal para proceder ao deslocamento da maca.

Após as medidas de preparo para o transporte, o enfermeiro contata novamente a sala de exames e comunica que estão deixando a sala de estabilização. Antes de deixar a sala o enfermeiro verifica novamente todas as infusões endovenosas, a ciclagem do respirador portátil de transporte e os biomonitores portáteis, além de já ter acionado um técnico de enfermagem para ir abrindo o corredor por onde passará o cliente.

Dentre as intervenções possíveis para a prevenção de acidentes e EA tem-se indicado atualmente o *checklist* como instrumento disponível para auxiliar no planejamento dos transportes intra-hospitalares, por apresentar potencial para melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos serviços à saúde e de reduzir custos. Um *checklist* facilita a aplicação de tarefas complexas, diminui a variabilidade, melhora a comunicação entre os membros da equipe e ajuda a garantir que tudo o que deve ser feito realmente seja feito. Em contrapartida, ainda são poucos os estudos que trazem a opção do uso dessa ferramenta na prática clínica como forma de melhorar a segurança no Cuidar de Transporte Intra-Hospitalar (CHOI *et al.*, 2012).

Tais evidências apontadas pela literatura refletem a realidade do atual contexto do HESL. Neste hospital ainda não existe um protocolo de *checklist* que possa subsidiar o enfermeiro na execução dos Cuidados de Transporte Intra-Hospitalar.

1) O Cuidar de Ferimentos na Boca

A cabeça e a face são áreas frequentemente atingidas em casos de acidentes de bicicleta. Dados apresentados e discutidos no capítulo 1 e que descrevem as características dos homens com histórico de acidentes de bicicleta dão conta de que 45% dos homens maiores de 18 anos atendidos pelo SAMU/ES em 2014 sofreram lesões de crânio e face. Entre os homens entrevistados no HESL com a mesma história de acidentabilidade, 63,1% também tiveram a cabeça e o pescoço como áreas mais atingidas durante o acidente, sendo que os traumas específicos de boca responderam por 28,3% das regiões anatômicas atingidas.

No tipo Cuidar de Ferimentos na Boca o enfermeiro deve utilizar-se de conhecimentos do campo da biologia, da psicologia, da sociologia e da estética, considerando os aspectos relativos ao sangramento intenso e o risco de asfixia e broncoaspiração, entretanto deve dar atenção para a alimentação, para a comunicação verbal, as perspectivas estéticas e as interações sociais implicadas neste tipo de ferimento.

A dor é um ponto importante neste tipo de cuidar, uma vez que a cavidade oral é extremamente inervada e revestida de mucosa muito sensível. Portanto, pequenos ferimentos já são suficientes para provocar dor e desconforto.

Jovem de 20 anos, vítima de queda de bicicleta em rua vicinal de zona rural do Espírito Santo é admitido na sala de emergência. Veio resgatado pelo SAMU/ES. Encontra-se consciente, lúcido e orientado, respira espontaneamente em ar ambiente. Apresenta pequenas escoriações em membros superiores e inferiores, contudo o que chama mais atenção é o intenso sangramento na região da boca e hematomas de face, especialmente periorbitais.

Segundo relatos da equipe de resgate, o mecanismo de trauma foi queda de bicicleta em alta velocidade com colisão da cabeça e face com o solo. Está imobilizado em prancha longa e com colar cervical, que são mantidos durante todo o atendimento na sala de emergência. Tem acesso venoso periférico em antebraço direito com infusão de solução salina a 0,9%. Não passa pela sala de classificação de risco, acessando imediatamente a sala de estabilização.

A enfermeira da sala de estabilização, juntamente com a equipe do socorro pré-hospitalar, transfere o paciente para o leito, em movimento sincronizado e em bloco, de modo a garantir a imobilização e o alinhamento entre a cabeça e a coluna vertebral. Iniciam-se a instalação dos biomonitores que revelam estabilidade hemodinâmica (boa saturação de oxigênio, pressão arterial dentro dos limites de normalidade e leve taquicardia). A enfermeira solicita solução salina a 0,9% ao técnico de enfermagem e inicia o procedimento de limpeza do ferimento da boca e aspiração; observa a presença de terra junto ao sangue e ausência de dentes. Ela comenta: “Tem que aspirar pois há grande perigo de broncoaspirar o sangue”. O enfermeiro do SAMU/ES complementa: “Viemos em aspiração contínua o tempo todo, não tinha como suturar no local do acidente”.

Imediatamente o cirurgião-geral inicia a avaliação física e o cirurgião buco-maxilo-facial também adentra a sala, já acionado pelo enfermeiro da classificação de risco que observou os ferimentos de face e boca que o paciente apresentava.

Enquanto o cirurgião-geral dava continuidade ao exame físico geral, o cirurgião buco-maxilo-facial e a enfermeira continuam a limpeza da cavidade oral, usando soro gelado abundante e aspiração contínua. Após a cavidade oral estar limpa, o cirurgião solicita material para pequena cirurgia. Havia um corte profundo na região do vestíbulo da boca e lábios inferior e superior, além de extração traumática de três dentes. Iria providenciar a hemostasia e solicitar tomografia da face. O cirurgião-geral solicita o parecer no neurocirurgião.

A região da boca apresenta grande importância na relação do indivíduo com o mundo através da alimentação, da comunicação verbal e de contatos afetivos. Participa predominantemente da mímica facial e tem ampla mobilidade (D’AVILA *et al.*, 2016). Os lábios participam da contenção e da capacitação em todas as atividades da cavidade bucal. É, portanto uma região de importância significativa tanto na área estética quanto na funcional do indivíduo (CRUZ; TÜRREER, 2001). O Cuidar de Ferimentos na Boca se aproxima diretamente do Cuidar de Lesões Cutâneas do Corpo, proposto por Coelho (2006). Para a autora, este cuidar está ligado aos exsudatos que drenam de ferimentos dos corpos e de autoimagem, envolvendo os sentimentos que emergem do cliente, que podem levar ao sofrimento durante a realização de cuidados e até ao seu isolamento social.

m) Os Cuidados de Ferimentos na Boca

Os traumas faciais apresentam importância devido às suas consequências físicas, emocionais e socioeconômicas e, neste contexto, estudos vêm evidenciando que, dentre as diversas etiologias, os acidentes de bicicleta configuram-se como a primeira causa desse tipo de trauma na população masculina jovem e adulta jovem, sendo a boca uma das regiões da face mais atingidas (LIMA JUNIOR *et al.*, 2012). No atendimento inicial aos portadores de trauma bucal é importante investigar a possibilidade de aspiração de dentes ou próteses, a associação de fraturas de maxila ou mandíbula e a existência de sangramento intrabucal, que pode provocar asfixia, sobretudo nos pacientes inconscientes. Outro fator que deve ser considerado é o fato de a cavidade oral ser amplamente vascularizada e apresentar mucosa frágil, de modo que pequenos ferimentos corto-contusos podem provocar sangramentos significativos (CARVALHO FILHO *et al.*, 2015).

Ao planejar os Cuidados de Ferimento na Boca, no contexto imediato, o enfermeiro deve considerar que os riscos de asfixia por sangue ou broncoaspiração de dentes é muito grande e as medidas para garantir a desobstrução das vias aéreas deverão ser adotadas rapidamente, precedendo a qualquer outro cuidado.

Também é importante ressaltar que, de maneira geral, os traumas de boca raramente representam situações de risco iminente de morte, desde que garantido a desobstrução das vias aéreas pelo sangramento intenso que podem ocorrer. Neste sentido, seu tratamento pode ser postergado até que outros problemas mais graves sejam resolvidos. No entanto, o impacto visual que os ferimentos provocam devido ao sangramento intenso, pode desviar a atenção da equipe de emergência de maneira a induzir ao atraso na avaliação de lesões associadas potencialmente mais graves e que podem trazer prejuízos para a vida do cliente. Os riscos de traumatismos cranioencefálicos e traumatismos raquimedulares são grandes em traumas de boca, principalmente quando associados a acidentes de trânsito (FRANCO; FRANCO, 2001).

No planejamento de cuidados em médio e longo prazo, o enfermeiro deve, ao prestar os Cuidados de Ferimentos na Boca, acompanhar o sítio cirúrgico diariamente, pois o risco de infecções nestes ferimentos é grande. A higiene oral rigorosa com antissépticos bucais adequados e definidos junto à equipe multiprofissional é importante.

Os homens com histórico de acidentes de bicicleta que participaram dessa etapa de análise nesta tese apresentaram grande sofrimento quando havia lesões de boca associadas. As cirurgias e os aparelhos ortodônticos utilizados são muito dolorosos e incapacitantes, influenciando muito na comunicação verbal e na alimentação. Em função disso, ao prestar os

Cuidados de Ferimentos na Boca, o enfermeiro deverá, junto ao serviço de nutrição clínica do hospital, individualizar e adequar a dieta às condições de mastigação e deglutição dos homens e acompanhar a aceitação. Geralmente nas primeiras horas após o trauma com intervenção cirúrgica há necessidade de se manter jejum; sendo introduzida dieta líquida e dieta líquido-pastosa de acordo com a evolução posteriormente.

Finalmente outra preocupação do enfermeiro deve apontar para a alta hospitalar. Mesmo nos traumas em que houve necessidade de intervenções cirúrgicas os homens recebem alta para casa com 24 ou no máximo 48 horas de internação. Salvo em casos de outras estruturas do corpo estarem comprometidas, será em casa que o homem passará a fase mais dolorida da sua recuperação. Neste sentido, outros estudos deverão ser desenvolvidos com o propósito de elaborar tecnologias de informação, tais como panfletos ou cartilhas, contendo informações e orientações para subsidiarem o homem e a seus familiares nos cuidados domiciliares com os ferimentos na boca.

Neste contexto, é possível verificar a emergência do Cuidar de Saída (COELHO, 2006). Para a autora, a alta hospitalar está ligada diretamente ao cuidar e compete ao enfermeiro avaliar o estado geral no momento da saída, observando se existem condições de continuidade de tratamento em domicílio, e desenvolver estratégias junto ao cliente e a sua família que possam antever eventuais intercorrências que poderão surgir pós-saída hospitalar. Ainda, a alta hospitalar demanda cuidados de correlação com o processo saúde-doença, a dinâmica da organização dos serviços de saúde e de enfermagem, os seus riscos e benefícios. Assim, o enfermeiro deverá levar em consideração todos estes aspectos e participar junto com a equipe multiprofissional do hospital para também dar o seu parecer sobre a alta do homem com ferimentos na boca.

n) O Cuidar para Risco de Lesão Neurológica

Diversos são os estudos que vêm apontando para a estreita relação entre os traumas de cabeça com lesões neurológicas como traumatismo crânio-encefálico (TCE) e TRM, especialmente quando relacionados com quedas e acidentes de trânsito (FRISON *et al.*, 2013).

Impactos que atingem as regiões da cabeça, da face e do complexo dentoalveolar precisam ser cuidados minuciosamente pelo enfermeiro para a detecção precoce de sinais que possam apontar para fraturas ósseas da coluna vertebral, principalmente na região cervical, já que esta estrutura é a primeira a receber a energia cinética gerada pelo impacto na cabeça (MORAIS *et al.*, 2013b).

A fratura da coluna vertebral na população mundial, com aumento progressivo nos últimos anos em decorrência da crescente violência urbana, preocupa não somente pela sua frequência, mas também pela repercussão funcional e pelos custos individuais e sociais associados às deficiências instaladas em razão dela (VASCONCELOS; RIBERTO, 2011).

Neste contexto epidemiológico de gravidade das lesões de cabeça, especialmente em traumas decorrentes de acidentes de trânsito, emerge o Cuidar para Risco de Lesão Neurológica, que é o cuidar calcado no princípio de que, embora ainda não detectada a lesão, o enfermeiro irá adotar medidas que garantam a imobilização e o manejo cuidadoso dos homens com histórico de acidentes de bicicleta, com o propósito de não provocar ou agravar possíveis danos à coluna vertebral e à medula espinhal.

Jovem de 20 anos, vítima de queda de bicicleta em rua vicinal de zona rural do Espírito Santo é admitido na sala de emergência. (...) Apresenta pequenas escoriações em membros superiores e inferiores. Contudo o que chama mais atenção é o intenso sangramento na região da boca e hematomas de face, especialmente periorbitais (...) o mecanismo de trauma foi queda de bicicleta em alta velocidade com colisão da cabeça e face com o solo. Está imobilizado em prancha longa e com colar cervical, que são mantidos durante todo o atendimento na sala de emergência. (...) A enfermeira da sala de estabilização, juntamente com a equipe do socorro pré-hospitalar transferem o paciente para o leito, em movimento sincronizado e em bloco, de modo a garantir a imobilização e o alinhamento entre a cabeça e a coluna vertebral.

Nesta tese, verificou-se que a cabeça de 45% dos homens com histórico de acidentes de bicicleta foi atingida no acidente, o que vai ao encontro dos dados apontados pela literatura, que apontam esta região anatômica como uma das mais atingidas nos acidentes de trânsito, merecendo especial atenção do enfermeiro de emergência e sua equipe.

o) Os Cuidados para Risco de Lesão Neurológica

O TRM é um prejuízo para os tecidos moles e dos ossos da coluna vertebral e medula espinhal que resulta em sequelas permanentes ou temporárias nos sensorial, funções autonômicas e motoras. O TCE resulta em sequelas psicológicas, sociais e déficits físicos, tais como sensório-motor, emocional, linguagem e comprometimento cognitivo, e, conseqüentemente, a deterioração da capacidade funcional e qualidade de vida (MORAIS *et al.*, 2013b).

Os TRE e os TCE estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade global, mas se essas lesões ocorrem em associação, a vítima tem um pior prognóstico e os estudos apontam tanto para falhas no diagnóstico destas lesões associadas durante a admissão na sala

de emergência quanto para manejo inadequado no tocante à mobilização da vítima, agravando os danos e as conseqüentes sequelas pós-traumáticas (MORAIS *et al.*, 2013b).

Neste sentido, o enfermeiro, ao receber na sala de emergência homens com histórico de acidentes de bicicleta, especialmente aqueles que envolvem acidentes de trânsito e com ferimentos na região da cabeça, da face, das regiões cervical ou dorsal, precisam adotar medidas de proteção medular, tais como instalar o colar cervical cuidadosamente e utilizando-se da técnica correta, caso o homem ainda não estiver fazendo uso do mesmo; providenciar prancha longa de imobilização de coluna vertebral, movimentar o homem o menos possível e, quando necessário, realizar a mobilização juntamente com outros membros da equipe de modo que todos os seguimentos do corpo sejam tracionados de forma sincronizada e em conjunto. Nos casos de o homem estar lúcido, orientá-lo para evitar mover o pescoço voluntariamente uma vez que o colar cervical, embora o imobilize, não restringe toda a movimentação do pescoço, caso o paciente force a realização do movimento.

Estes Cuidados para o Risco de Lesão Neurológica devem ser adotados até que se consiga estabelecer o diagnóstico final, realizado pelo neurocirurgião, através de tomografia computadorizada e ressonância magnética, das reais condições da coluna vertebral e das estruturas cranianas e intracranianas. Nos casos de serem detectadas lesões nestas estruturas, os Cuidados para o Risco de Lesão Neurológica deverão ser mantidos, especialmente durante a realização dos demais cuidados de enfermagem que exijam mobilizar o corpo do homem, tais como banho no leito, massagens de conforto, mudanças de decúbito, mudanças no nível da cabeceira do leito, entre outros.

Devem também ficar atentos aos procedimentos de aspiração de vias aéreas superiores, tubos orotraqueais ou traqueostomias, caso o homem esteja em uso, pois embora fundamentais para a garantia da ventilação adequada, provocam tosse paroxística o que poderá provocar movimentação abrupta do corpo do homem e também comprometer ou agravar as lesões neurológicas.

p) O Cuidar de Rosto Desfigurado

Outro aspecto a ser considerado nos casos de acidentes de bicicleta em homens que tiveram comprometimento da cabeça e da face relaciona-se com a questão estética e a preocupação deles com as mudanças na estrutura do rosto e as cicatrizes que poderão marcar e alterar sua expressão facial, de forma provisória ou, na pior das hipóteses, de forma definitiva.

Na análise do conteúdo das falas dos entrevistados foi possível detectar essa preocupação entre eles e os fragmentos das falas estão descritas abaixo.

Inclusive vai ficar aí até uma cicatriz no meu rosto, o psicológico, o emocional, muitas coisas... difícil até falar... olha como ficou meu rosto, será que vai desinchar? Voltar ao normal? E essas manchas roxas? (H7)

Amassou um pouco os dentes. E agora, teve o problema que rasgou embaixo do lábio e a minha boca já não é mais a mesma. Vou ficar deformado (H16).

Tais fragmentos expressam a relação das repercussões do acidente no campo dos sentimentos dos acidentados e estão discutidos nesta tese na seção 4.2. Os dados revelam uma preocupação com a estética corporal dos homens, uma vez que grande parte deles teve lesões em face. O Cuidar de Rosto Desfigurado é o cuidar que abarca predominantemente o aspecto sócio-afetivo do cuidar do enfermeiro, através da sua capacidade de entender a preocupação do homem, escutá-lo em suas preocupações e buscar compreender os impactos que as deformidades na face podem representar para a sua vida social e afetiva. Além disso, o enfermeiro, ao prestar o Cuidar de Rosto Desfigurado, deverá atentar para a sua própria expressão corporal, especialmente a facial, diante do homem com a face desfigurada, uma vez que pode ser impactante para a própria equipe visualizar as cicatrizes e as marcas no rosto provocados pelo trauma.

A observação participante das cenas de atendimento nas salas de emergência, a homens com histórico de acidentes de bicicleta, apresentada a seguir, mostra esse cuidar.

O curativo compressivo tipo bandagem localizado em região frontal da cabeça é removido pelo cirurgião geral com auxílio de uma tesoura. Um extenso e profundo ferimento corto-contuso de face, que se estende até o couro cabeludo da região frontal é exposto. A ferida ainda contém elementos da cena como terra e vestígios de plantas e sangra intensamente. Há intenso edema de pálpebra direita e hematoma periorbital. Houve trauma de face e a mesma apresenta aspecto desfigurado. Após a adoção dos procedimentos cirúrgicos de hemostasia e sutura, a enfermeira providencia uma cuba rim, contendo soro fisiológico e gaze. Ela se paramenta de luvas de procedimentos e inicia a limpeza do rosto. Primeiro retira os cabelos que foram tricotomizados pelo cirurgião durante os procedimentos cirúrgicos, remove cuidadosamente o sangue, agora coagulado e espalhado de forma difusa por toda pele do rosto e do pescoço. Toca com cuidado as áreas de hematomas e de edemas. Providencia mais material e realiza a lavagem dos cabelos, pois havia muito sangue coagulado, e os penteia após lavar, alinhando os fios. Troca de material, lava as mãos e refaz o curativo realizado pelo cirurgião. Comenta: “Não pode ficar com esse curativo feio, não é, seu Fernando?” [Nome fictício para garantir o anonimato dos homens nesta pesquisa.] O paciente recebe o cuidar de olhos fechados, parece relaxado agora e esboça um sorriso diante do comentário da enfermeira.

O Cuidar de Rosto Desfigurado assemelha-se ao Cuidar da Autoimagem Comprometida, que se relaciona com o retrato mental do cliente em relação ao seu próprio corpo, ao conceito que o mesmo faz de si e como vislumbra seus limites, suas formas, enfim sua autoimagem antes e durante o processo de hospitalização (COELHO, 2006).

q) Os Cuidados de Rosto Desfigurado

A importância da face na manifestação da identidade pessoal frequentemente sobrepuja suas outras funções e a correção estética pode ser prioritária na maioria dos casos de traumas de face. A anatomia da face tem algumas características que são importantes na compreensão de suas lesões. Sua localização de vanguarda corporal a torna extremamente exposta aos traumas. A pele é de espessura fina e elástica. O subcutâneo é também delgado, a musculatura é superficial, a vascularização e a inervação são intensas. Na profundidade, as estruturas ósseas rígidas potencializam os efeitos deletérios do impacto, pois as partes moles são comprimidas entre elas e o agente externo agressor, e pode ocorrer ainda fratura com afundamento ósseo, provocando ainda mais desfiguração no rosto (SILVA *et al.*, 2015).

No atendimento de qualquer paciente vítima de traumatismos de face, devem ser observadas primeiramente as medidas usuais de manutenção de vias aéreas pérvias, a ventilação pulmonar, o tratamento da função cardiocirculatória e a avaliação cuidadosa de lesões associadas como os TCE e TRM. Mas os Cuidados de Rosto Desfigurado não se limitam a este aspecto. Existem situações que podem provocar grandes alterações nas vidas das pessoas. Os traumas de face podem deixar marcas para a vida toda do indivíduo, ocasionando problemas de cunho sócio-afetivos no tocante à socialização e cosmética social. Para algumas pessoas essas alterações são intoleráveis e a deformidade facial é considerada muito pior do que qualquer outra deformação corporal, haja vista o papel fundamental da face nas relações das pessoas com elas mesmas e com o mundo ao seu redor (D'ÁVILA *et al.*, 2016).

Ao prestar Os Cuidados de Rosto Desfigurado o enfermeiro precisa levar todos esses aspectos em consideração. Lavar os ferimentos de forma atenciosa e cuidadosa, além de ter implicações para o controle das infecções hospitalares. Também pode representar para o homem acidentado uma manifestação de acolhimento da sua dor, tanto física quanto psíquica. Em muitos casos, na sala de emergência o homem ainda não acessou sua imagem facial após o trauma.

Estes cuidados deverão se estender para médio e longo prazo e o enfermeiro deve ser capaz de detectar manifestações afetivas do homem frente à desfiguração da face, tais como sinais de tristeza, retraimento social, isolamento, manutenção de lenços ou partes do lençol do leito cobrindo o rosto a maior parte do tempo, entre outros, e acionar a equipe multiprofissional para juntos acompanharem o caso. Em muitos deles, os psicólogos e assistentes sociais poderão ser necessários para compartilhar com o enfermeiro que vai executar os Cuidados de Rosto Desfigurado.

r) O Cuidar de Objetos Pessoais

No tipo Cuidar de Objetos Pessoais, o enfermeiro se dedica ao gerenciamento dos pertences pessoais do homem acidentado. Preocupa-se com eles e busca solucionar as demandas que surgem na rotina da sala de emergência. Em alguns casos, há a necessidade de acionar a equipe multiprofissional, tais como a equipe do transporte pré-hospitalar, a polícia militar ou o serviço social do hospital. Este tipo de cuidar assume diversas formas e atitudes, baseadas na solidariedade e na preocupação para com os homens, e são ancorados na experiência prática enquanto profissional, mas também em suas vivências pessoais.

Em muitos casos, os objetos pessoais do paciente desaparecem, entre a ocorrência do acidente, período em que fica em via pública aguardando os transeuntes acionarem os serviços de atendimento pré-hospitalares, até a sua chegada à sala de emergência, tais como valores em dinheiro de carteira pessoal, documentos, joias, cordões, pulseiras e até mesmo aliança de casamento.

É também comum os homens chegarem confusos à sala de emergência após o trauma, preocupados especialmente com a bicicleta que foi deixada na cena do acidente, pois, entre a ocorrência do acidente e o resgate, seja por algum serviço de atendimento pré-hospitalar, seja pela polícia militar ou por terceiros, não houve tempo de entrar em contato com os familiares da vítima, ou se o fizeram, a família ainda não havia chegado ao local antes dele ser conduzido ao hospital. Quando lúcidos estes homens trazem a preocupação com seus pertences, conforme descrito na cena do atendimento abaixo.

O paciente deu entrada na sala de emergência, resgatado pelo SAMU/ES. Trata-se de um homem de 39 anos de idade, pardo, casado e pai de três filhos. Relata que estava indo para o trabalho de bicicleta quando foi atropelado por um carro que, segundo ele, avançou o sinal de trânsito. Ainda segundo o mesmo, não havia ciclovia na avenida em que circulava.

Estava com imobilização em prancha longa e colar cervical e com acesso venoso periférico em antebraço direito. Apresentava ferimentos em membros superiores, sinais de luxação de punho esquerdo e escoriações e ferimentos corto-contusos em membros inferiores. Durante a avaliação na sala de exames questionou o enfermeiro da sala de emergência: “Alguém tem notícia da minha bicicleta? Depois do acidente eu não a vi mais... será que roubaram? Preciso da minha bicicleta para trabalhar”.

O enfermeiro se dirige ao técnico de enfermagem do SAMU/ES e questiona se eles sabiam a respeito da bicicleta. Eles não tinham nenhuma informação. O enfermeiro se volta para o paciente e promete: “Eu vou tentar ver o que posso fazer pelo senhor, ok?” O paciente o agradece.

Após o atendimento e a estabilização, enquanto se aguardava a realização de exames e radiografias, o enfermeiro vai à recepção do hospital e pergunta se havia algum parente do paciente [cita o nome do paciente]. Não havia chegado nenhum parente ainda. O enfermeiro acessa o BOAPH do SAMU/ES e localiza o nome da rua onde ocorreu o acidente e através do Google Maps, pela internet de seu próprio celular, identifica um ponto comercial e um número de telefone. Liga para número de telefone. Era uma padaria. Conversa ao telefone: “Aqui é do Hospital São Lucas, eu sou enfermeiro do pronto socorro e gostaria de saber se o senhor ficou sabendo de um acidente de bicicleta, que houve próximo ao seu ponto de comércio hoje pela manhã?... Sim, pois é... o paciente está aqui sendo atendido conosco e está preocupado com a bicicleta dele. Disse que depois do acidente não a viu mais e nenhum parente havia chegado até o local do acidente enquanto ele estava sendo atendido pelo SAMU [pausa] Ah, ok, entendo, (...) vou passar essa informação para o paciente. Obrigado.” Após finalizar a ligação o enfermeiro explica: “Os familiares estão com a bicicleta. Após o resgate a bicicleta foi guardada em um ponto de comércio e quando o irmão do paciente chegou ao local do acidente solicitou que a guardassem por mais algumas horas até vir ao hospital ver o irmão e retornar lá para buscar. Vou informar ao paciente.”

Ao prestar o Cuidar de Objetos Pessoais o enfermeiro remonta o Cuidar Expressivo de Coelho (2006). Para a autora, este cuidado se expressa de várias maneiras, mas se baseia na relação pessoa-pessoa, contendo as linguagens verbais e não verbais, num relacionamento interpessoal, de caráter cognitivo-afetivo e expressa a dignidade e o desejo de ajudar o cliente em todas suas necessidades, observando-o a partir de sua integralidade.

s) Os Cuidados de Objetos Pessoais

Os acidentes envolvem uma sequencia complexa de eventos e um grande entrelaçar de fatores causadores. No âmbito do atendimento de emergência, é complicado garantir medidas que sejam capazes de impedir completamente a sua ocorrência, bem como atender a todas as necessidades do acidentado. Ao prestar os Cuidados de Objetos Pessoais, o enfermeiro não pode perder de vista o caráter humano e o caráter legal que estão implicados na responsabilidade que a instituição assume, seja ela de atendimento pré-hospitalar ou hospitalar, sobre os pertences que o homem traz consigo ao ser atendido.

Obviamente que enquanto fora do atendimento, os acidentados ficam à mercê dos mais diversos tipos de pessoas, nas vias públicas, com caráter, atitudes e intenções variadas,

que vão da solidariedade e compaixão ao desejo de se aproveitar da fragilidade da vítima e subtrair-lhe pertences ou até mesmo causar-lhe danos.

Assim que inicia o atendimento, tão logo quanto possível, o enfermeiro deve certificar-se dos pertences do acidentado, retirá-los e guardá-los até ser possível a entrega segura para um responsável pelo paciente, que serão identificados e assinarão em livros de protocolos, de acordo com as normas da instituição, o recebimento dos pertences do paciente, passando a ser o responsável por eles. Estes procedimentos devem fazer parte da rotina da sala de emergência, a equipe deve ser orientada quanto a essa questão e deverão ser elaborados procedimentos operacionais padrão (POP) pelas equipes de gestão com o intuito de organizar esta situação, tão comum na realidade dos PS.

O ideal ainda é que exista algum tipo de registro formal deste cuidado, de preferência através de meio digital, onde seja possível a descrição dos fatos e a garantia da qualidade do atendimento, bem como salvaguardar a instituição de problemas futuros relativos aos objetos pessoais dos atendidos.

t) O Cuidar de Educação para Ciclistas

O Cuidar de Educação para Ciclistas está fundamentado na experiência empírica e sensível do enfermeiro, a partir da verificação, na prática, do crescente aumento no número de homens atendidos com história de acidentes de bicicleta na sala de emergência. Este cuidar relaciona-se com a preocupação do enfermeiro diante dos frequentes atendimentos realizados junto a este grupo populacional. É a conclusão de um exercício mental empírico, não fundamentado em pesquisas científicas, mas oriundo do cotidiano do trabalho no PS e envolve a capacidade cognitiva e perceptiva do enfermeiro. Diante de tal constatação, o enfermeiro aborda o homem e discute sobre a necessidade de educação para ciclistas.

“Nós temos ficado impressionados com o número de homens que nós atendemos no pronto socorro vítimas de acidentes de bicicleta, chegam a ser dois ou mais por dia. E eles se machucam muito, às vezes vão para a UTI, às vezes até morrem!” Relata o enfermeiro enquanto troca um curativo de ferimento corto-contuso em região clavicular de um homem que aguarda cirurgia de redução de luxação de ombro após ter sofrido acidente de bicicleta. Comenta ao mesmo tempo em que troca o curativo: “Se pegar a nossa planilha de admissões [ele se refere a uma planilha em um programa de computador no qual os enfermeiros registram dados sobre todos os atendimentos diariamente realizados para controle do serviço], por mês dá quase oitenta atendimentos por bicicleta e os homens são a maioria... Quando posso sempre falo para eles sobre os cuidados que precisam ter quando andam de bicicleta pelas ruas, para respeitarem a sinalização, não correr... falo que tem acontecido muitos casos, para eles tomarem cuidado! Está muito perigoso!”

Embora estudos apontem para a falta de efeito protetor de intervenções educacionais e de promoção do uso de equipamentos de segurança para ciclistas (BACCHIERI *et al.*, 2010) há que se desenvolver estratégias que possam ser de fato efetivas na redução dos acidentes e de seus danos.

Bacchieri *et al.* (2010), com objetivo de avaliar uma intervenção educacional de prevenção de acidentes de trânsito com 1133 homens trabalhadores que utilizam a bicicleta como modo de transporte, na cidade de Pelotas, no Sul do Brasil, concluiu que a intervenção isolada não foi capaz de reduzir as ocorrências de acidentes de trânsito envolvendo ciclistas, apontando fatores como condições da via e de trânsito como os principais determinantes para sua ocorrência.

Nesta tese, no seção 4.2, fica evidente a importância da infraestrutura cicloviária como fator antecedente para a ocorrência do acidente, de acordo com a opinião dos homens acidentados. Entretanto, O Cuidar de Educação para Ciclistas, desenvolvido pelos enfermeiros na sala de emergência, apresenta um cunho diverso da realidade dos homens envolvidos na pesquisa de Bacchieri *et al.* (2010), na medida em que os homens abordados pelos enfermeiros no PS estão vivenciando a experiência real do acidente e todas as suas consequências. Talvez esse momento sirva não somente para atender as necessidades dos acidentados, mas revela-se como uma estratégia de educação de ciclistas na medida em que as informações de segurança poderão adquirir novos contornos e ter efeito nas mudanças de comportamentos no trânsito, no sentido de serem mais cuidadosos ao usarem as bicicletas, a partir de sua experiência de acidentabilidade.

Os estudos de Bacchieri *et al.* (2010) envolveram apenas a população masculina e, segundo os autores, as mudanças no comportamento de ciclistas não são suficientes para reduzir o número de acidentes. Contudo, como explicar o perfil de acidentabilidade apresentar sobremorbidade e sobremortalidade masculina para tal agravo de saúde? Nesta tese, parece ficar claro que o conceito de masculinidade e o comportamento dos homens ao fazerem o uso da bicicleta tiveram grande implicações para a ocorrência dos acidentes. Inclusive, ao descreverem o modo de usarem a bicicleta entre homens e mulheres, ficam evidentes os comportamentos de imprudência e de risco que eles próprios revelam adotarem ao usarem a bicicleta.

u) Os Cuidados de Educação para Ciclistas

Após a estabilização do homem acidentado e ao atendimento de suas necessidades emergentes clínicas, terapêuticas e diagnósticas, a depender das condições de lucidez e orientação dos acidentados, o enfermeiro deve fazer a abordagem no sentido de uma conversa informal de modo a discutir com o acidentado sobre os riscos implicados no uso de bicicletas. Deve, assim, informar sobre o crescente aumento no número das ocorrências, focando nos impactos do acidente para a vida do homem acidentado, tanto no campo orgânico, quanto nos aspectos sociais, psíquicos e econômicos. Este cuidado também é extensivo às pessoas envolvidas no acidente, tais como motoristas, pedestres, familiares e amigos do acidentado que possam estar no hospital acompanhando a vítima.

Além disso, os enfermeiros poderão desenvolver, para contribuir nesses Cuidados de Educação para Ciclistas, a partir de estudos científicos, fundamentados nos conceitos de masculinidade, acidentabilidade de bicicleta, estudos epidemiológicos sobre a temática com vinculação da área de comunicação em saúde, tecnologias que possam contribuir para abordar de forma adequada e eficaz esses homens no PS.

Deste modo, além de programar ações de vigilância e educação para homens ciclistas, os etnométodos desta tese, somado aos ditames do CTB, também permitiram a elaboração de panfleto educativo (APÊNDICE V), com a proposta de ser integrado ao conjunto de ações desenvolvidas pelos enfermeiros do PS e distribuídos a todos os homens atendidos no PS com histórico de acidentes de bicicleta. Esse panfleto educativo foi elaborado a partir de buscas na internet sobre modelos de panfleto, acidentes de bicicleta e medidas de prevenção para ciclistas. Após essa fase, o texto do panfleto foi elaborado a partir do material encontrado nessa busca e levando em consideração os resultados e análises levantados nesta tese. Em um segundo momento, um protótipo foi esboçado e apresentado ao grupo de enfermeiros que participaram dos grupos de discussões, chegando, após debates, ao modelo final do panfleto.

v) O Cuidar da Manutenção de Infusões Endovenosas

O Cuidar da Manutenção de Infusões Endovenosas se respalda no conhecimento da fisiologia e fisiopatologia pós-trauma por parte do enfermeiro. Embora nos acidentes de bicicleta a maioria dos ferimentos seja, a princípio, superficial, como escoriações e cortocontusos, lesões mais profundas podem estar associadas a estes ferimentos aparentemente superficiais, como fraturas, rupturas de vasos sanguíneos e hemorragias.

Tão logo o homem chega à sala de emergência, mesmo fora de situações graves, o enfermeiro providencia acesso venoso periférico e inicia infusão endovenosa de líquidos, até que os exames possam garantir a estabilidade hemodinâmica do paciente.

Trata-se de um homem com história de acidente de bicicleta, com o mecanismo de trauma tipo queda da bicicleta. Chegou ao pronto socorro acompanhado de familiares. O SAMU/ES não foi acionado. (...) a enfermeira procede à avaliação física do corpo do paciente e, enquanto mantém contato visual e verbal com o mesmo, procede à punção de veia periférica em seu antebraço esquerdo e inicia lenta infusão de solução ringer simples⁷. O cirurgião-geral ainda não chegou para avaliar o acidentado. O enfermeiro da classificação de risco colocou a pulseira de cor amarela.

O Cuidar da Manutenção de Infusões Endovenosas se aproxima do Cuidar de Líquidos Corporais e do Cuidar de Alerta, propostos por Coelho (2006). Segundo a autora, o Cuidar de Líquidos Corporais se estabelece como forma de controle de todos os líquidos que entram e saem do corpo. Medir, controlar, observar, anotar, comparar e acompanhar os líquidos com precisão no momento em que se fizer necessário (COELHO, 2006).

O equilíbrio hidroeletrólítico se dá através de um delicado sistema integrado e complexo que envolve a entrada e a saída de água do organismo. O Cuidar da Manutenção de Infusões Endovenosas é um cuidar comum no cotidiano do enfermeiro e sua equipe no PS, mesmo em casos nos quais não haja sinais aparentes de desequilíbrio hidroeletrólítico.

A água é o componente mais abundante do corpo, representando em média 60% do peso corporal de um adulto e está intimamente ligada a todas as reações bioquímicas fundamentais para a vida. Diluídas na água corporal existe uma grande quantidade de solutos importantes, tais como eletrólitos, proteínas, produtos do metabolismo celular dentre outras substâncias fundamentais no controle hidroeletrólítico. Ademais, o Cuidar de Alerta se estabelece na permanente atenção para os aspectos imprevisíveis da sala de emergência. Trata-se de uma espera permanente pelo que poderá vir acontecer e todos se mantêm em alerta porque o cliente pode agravar a qualquer momento (COELHO, 2006).

⁷Solução cristalóide isotônica a base de água e pequenas proporções de sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloreto e glicose, destinada a reposição volêmica endovenosa. KATZUNG, B.G.; MASTERS, S.B.; TREVOR, A.J. Farmacologia Básica e Clínica. 12ª edição. Porto Alegre: Editora Amgh, 2014.

w) Os Cuidados da Manutenção de Infusões Endovenosas

Esse cuidado se estabelece na precaução de garantir acesso venoso periférico para atendimentos em emergência, infusões endovenosas de soros e medicações, mesmo sem a prescrição médica. É um cuidado de rotina institucionalizado da sala de emergência, tendo o enfermeiro autonomia para procedê-lo, garantir o acesso venoso e iniciar soroterapia em infusão lenta para sua manutenção. Além disso, os cuidados também se dão através do registro rigoroso das entradas e saídas de líquidos pelo corpo através das vias de ganho de líquidos, tais como infusões de soro, medicações, ingestão de água e outros líquidos por via oral, alimentos por gavage, e pelas vias de perdas como a respiração, sudorese, diurese e fezes o enfermeiro e sua equipe, controla o estado hídrico do cliente, detectando precocemente possíveis excessos e déficits de líquido.

Vale ressaltar que o trauma, de modo geral, está associado a uma série de fatores que podem provocar desequilíbrios hidroeletrólíticos, tais como lesões neurológicas que podem causar desidratação por diabetes insípido, ou hiponatremias geradas por lesões hipofisárias sem falar nas hemorragias internas ou externas, hipovolemias, lesões renais isquêmicas, dentre outras. Deste modo, o enfermeiro deve manter vigilância rigorosa e garantir acesso venoso para atender com agilidade e eficácia as intercorrências inesperadas.

x) O Cuidar da Morte Inacreditável

Nas análises dos BOAPH do SAMU/ES no ano de 2014 revelaram que cinco homens perderam suas vidas por conta desse tipo de acidente na região metropolitana da Grande Vitória e estudos vêm apontando aumento da mortalidade por acidentes de bicicleta nas últimas décadas (GALVÃO *et al.*, 2013).

Nas observações e análises realizadas no PS do HESL, de 19 atendimentos a homens com histórico de acidentes de bicicleta, constatou-se o desfecho óbito em um caso. Neste cenário emerge o Cuidar da Morte Inacreditável. Este cuidar se aproxima do Cuidar do Corpo (Semi) Morto, proposto por Coelho (1997). Contudo, tem seu contorno próprio na medida em que a morte ocorreu por causa de um acidente de bicicleta, fato que chama a atenção do enfermeiro por não acreditar nos riscos que o uso da bicicleta pode representar, conforme descrito na cena a seguir.

O homem está acabando de receber banho no leito por uma enfermeira e um técnico de enfermagem. Estão dando o retoque final da higienização do corpo. Trocam os lençóis, cuidam para que fiquem bem esticados sobre o leito; a enfermeira troca o curativo da cabeça, a fixação do tubo orotraqueal e realiza higiene oral cuidadosa. Após a realização dos cuidados a enfermeira deixa o boxe e indo em direção à central de monitores da UTI comenta: 'Foi dado o diagnóstico de morte encefálica hoje, tão jovem e falecer de acidente de bicicleta, não dá nem para acreditar!'

Para Coelho (2006) o Cuidar do Corpo (Semi) Morto apresenta múltiplos aspectos, e são muitas as polêmicas e os questionamentos surgidos no enfrentamento do dilema vida e morte no cotidiano do cuidar, mas afirma que:

Para a enfermagem a morte de um cliente não significa uma passagem, um momento, mas uma série de etapas que envolvem aspectos técnicos, legais e éticos e podem durar minutos, horas, dias e meses. Morte de todo o corpo físico ou de uma de suas partes, faz parte do cotidiano hospitalar. A morte não significa o cessar dos sinais vitais, mas a sua transposição em parte para outros corpos vivos através da possibilidade de transplantes (COELHO, 2006, p. 749).

No caso do Cuidar da Morte Inacreditável, além de todos esses aspectos levantados por Coelho (2006) ao construir o Cuidar do Corpo (Semi) Morto, parece que a morte dos homens vitimados pela bicicleta é percebida pela equipe de enfermagem como algo inacreditável, sendo difícil para a mesma relacioná-la com um tipo de acidente que aparentemente surge no imaginário social como algo menos grave e não letal.

Entretanto, o enfermeiro não pode perder de vista que, no atual contexto de mobilidade urbana e das questões relativas à atividade física para saúde e dos ideais de cidades sustentáveis, somados à frágil infraestrutura cicloviária e o conceito de masculinidade, as bicicletas tomam um novo papel social, servindo, na grande maioria das vezes, como veículo de transporte para muitos homens trabalhadores que a utilizam diariamente no trajeto para o trabalho, representando, para eles, em vez de um objeto lúdico, o acesso ao mundo do trabalho e, em alguns casos, uma arma que pode lhe tirar a vida.

y) Os Cuidados da Morte Inacreditável

Higienizar o corpo de um homem jovem, em morte encefálica, supostamente hígido, presume ser estranho para a equipe quando, ao realizarem tais cuidados, dão conta de que a morte veio por uma bicicleta, um objeto lúdico, que ao longo dos anos vem associado a brincadeiras e alegrias de criança.

Todavia, no atual contexto de doação de órgãos, esses homens são doadores em potencial de órgãos e faz parte dos Cuidados da Morte Inacreditável acionar todos os recursos disponíveis que possam viabilizar, dentro dos protocolos estabelecidos no país, a possibilidade de a família permitir a doação de órgãos.

A aplicação dos Cuidados da Morte Inacreditável na realidade dos homens com histórico de acidentes de bicicleta remonta os mesmos cuidados descritos por Coelho (2006): para este cuidado deve-se estar junto, sem pressa; proporcionar um ambiente de paz e silêncio. Lembrar que muitos morrem cercados de aparelhos e pela equipe de saúde, mas isolados das pessoas conhecidas e dos familiares, como foi o caso descrito na cena acima, já que o homem estava internado na UTI.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese defendida e comprovada neste estudo, cujo objeto é o Cuidar e os Cuidados de enfermagem a homens com histórico de acidentes de bicicleta, é a de que estes homens apresentam os mesmos fatores antecedentes, ligados ao conceito de masculinidade; sofrem repercussões devido ao acidente e os cuidados de enfermagem implementados na sala de emergência hospitalar são específicos para atender as necessidades destes acidentados. Deste modo, o processo de pesquisa realizado permitiu levantar alguns aspectos fundamentais relativos à acidentabilidade por bicicleta entre os homens capixabas, bem como as repercussões do acidente e seus fatores antecedentes e a implicação do conceito de masculinidade na gênese do acidente. Também foi possível revelar que os tipos de cuidar e os cuidados de enfermagem implementados no atendimento de emergência hospitalar se aproximam da tipologia de cuidar proposta por Coelho (1997), mas emergem outros tipos de cuidar e de cuidados, específicos para atenderem as demandas dos homens acidentados de bicicleta, que trazem em cada caso, uma particularidade.

A partir dos dados quantitativos, levantados junto ao SAMU/ES, foi possível demonstrar que esses acidentes incidiram preferencialmente sobre a população masculina. Do total de todos os atendidos por este tipo de ocorrência, mais da metade eram homens maiores de 18 anos de idade. E estes são homens jovens, entre 18 e 29 anos, o que reforça o impacto do acidente entre a população em pleno período de atividades da vida, incluindo as econômicas, as do dia a dia, desviando-os de seu curso cotidiano planejado.

Assim sendo, medidas urgentes precisam ser implementadas no âmbito das políticas de mobilidade urbana, especialmente as que tangem a infraestrutura ciclovitária, na medida em que ao serem estimulados os transportes ativos, e aqui se incluem o transporte por bicicletas, há que se garantir a segurança viária dos que a usam, especialmente na área da Região Metropolitana da Grande Vitória, onde se verificou maior acidentabilidade.

Os resultados apresentados também nos remetem à questão do treinamento para uso seguro de bicicletas. A bicicleta traz em seu histórico uma imagem de objeto lúdico, inofensivo, associado às brincadeiras inocentes de criança. Muitos aprendem a usá-la no contexto dos quintais e parques, sob a segurança de um local adequado e sob a guarda de um responsável. Contudo, no atual cenário, especialmente dos centros urbanos, a bicicleta precisa ser considerada como um veículo de transporte e, portanto, enquanto tal, sujeito aos riscos decorrentes do seu uso.

O fato de a maioria dos homens acidentados ocuparem a posição de ciclistas, isto é, condutores da bicicleta no momento do acidente, somado ao principal mecanismo de trauma, que foram as quedas, indica a necessidade de preparar as pessoas que pretendem ou já fazem uso de bicicletas, como já ocorre para outros tipos de veículos. Já se tem notícias de cidades que vêm adotando a estratégia de formação de ciclistas em centros formadores de condutores. Não possuímos cursos de formação de ciclistas, como existem para formação de condutores de veículos a motor, tais como carros e motocicletas, e isso tem implicação no desempenho dos usuários com repercussão direta sobre os índices de acidentes.

O uso de capacete é um achado à parte e precisa ser analisado. Embora não sendo equipamento obrigatório no país, o uso do capacete reduz a gravidade dos ferimentos e lesões, especialmente aqueles que ocorrem na região da cabeça e da face.

A propósito das regiões anatômicas atingidas pelos acidentados investigados nesta tese, existe uma grande preocupação, na medida em que a maioria dos acidentados tiveram comprometimentos nessas regiões. As localizações anatômicas atingidas estão diretamente relacionadas com a cinemática do trauma e com as condições de desigualdade em relação à proteção dos ciclistas, quando comparado aos usuários de outros veículos, tornando os acidentes de bicicleta mais graves, uma vez que não há qualquer aparato de segurança que proteja o corpo, ocorrendo a absorção de toda a energia cinética gerada pelo impacto do acidente diretamente na superfície corporal.

Ainda se vincula a ingestão de bebida alcoólica com os acidentes de trânsito de modo geral. No caso dos de bicicleta, essa realidade também foi revelada nesta tese, uma vez que muitos acidentes envolveram homens que ingeriram algum tipo de bebida alcoólica, usaram a bicicleta e se acidentaram.

Apesar da distribuição dos acidentes de acordo com o mês de ocorrência não apresentar maior ou menos incidência em determinado mês ($p < 0,707$), existe maior número de ocorrências nas estações primavera e verão, apontando que as ações de prevenção de acidentes não devam focar em um mês específico, mas serem adotados ao longo de todo ano.

Quanto aos dia da semana, ficou demonstrada uma tendência positiva de aumento no número de acidentes entre sexta-feira e sábado, ao passo que há uma redução dos acidentes durante os outros dias da semana ($p > 0,001$). Especialmente nesses dias de sexta-feira e sábado, os homens estão concluindo suas jornadas semanais de trabalho e na ânsia de retornar o mais brevemente para casa, e acabam por negligenciar as medidas de segurança no trânsito. Além disso, está cada dia mais comum, no famoso *happy hour*, os homens consumirem bebidas alcoólicas em bares próximos aos locais de trabalho, ou no caminho de volta, com

posterior uso da bicicleta, o que pode justificar as maiores ocorrências de acidentes nesses períodos.

O resultado apresentados nesta tese confirmam a necessidade de investimentos tanto em ações de infraestrutura cicloviária como de educação em saúde, focando especialmente os finais de semana. Ademais, o fato das ocorrências serem em maior número ($p < 0,001$) no final da tarde e início da noite remetem à acidentabilidade e o horário do *rush*, caracterizado pela maior movimentação das pessoas em vias públicas e ciclistas em deslocamentos, aumentando as chances de acidentes. Fica evidente, que a bicicleta foi, na sua maioria, usada como veículo de transporte de ida e de volta para o trabalho. Os homens entrevistados, em sua maioria, usam a bicicleta cinco dias por semana e em média duas horas diárias.

A tese confirmada neste estudo é a de que os homens, quando atendidos no serviço de emergência hospitalar, apresentam os mesmos fatores antecedentes, ligados ao conceito que possuem de masculinidade. Além disso, confirmou-se que o acidente traz repercussões para a vida do acidentado e que o cuidar e os cuidados de enfermagem, embora se aproximem da tipologia do cuidar proposta por Coelho (1997), são específicos para atender às necessidades dos acidentados.

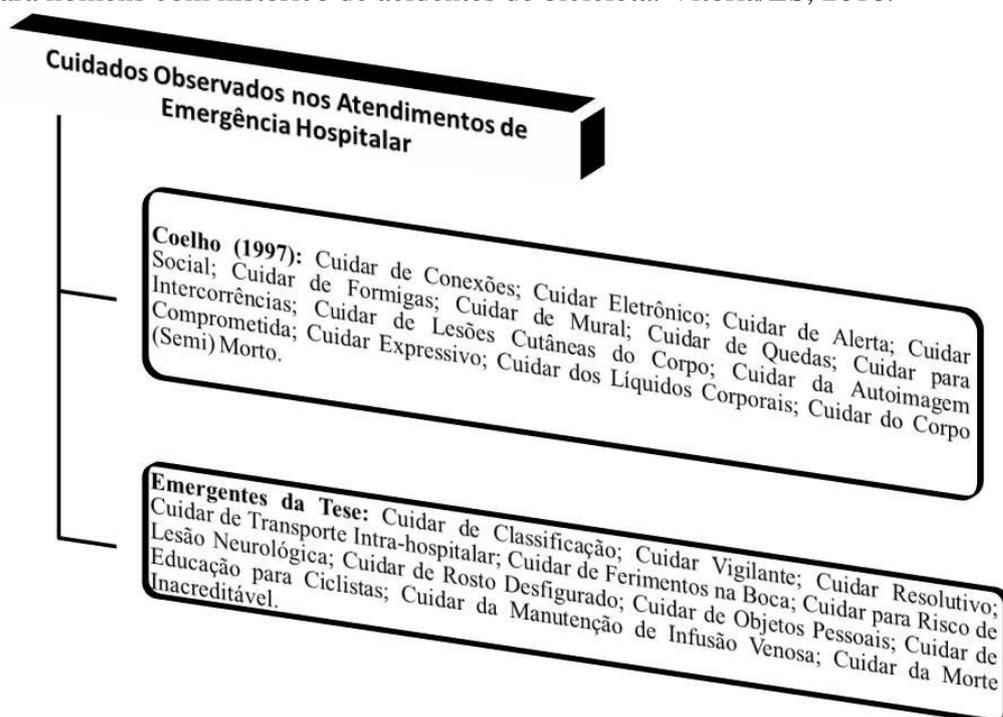
O principal fator antecedente ao acidente, diz respeito à fragilidade do sistema de infraestrutura de trânsito, especialmente para ciclistas, e a desigualdade desta infraestrutura, no que se refere à distribuição desigual das ciclovias entre os bairros da Região Metropolitana da Grande Vitória, sendo, portanto, importantes para ocorrência do acidente. Apesar de não admitirem explicitamente a influência do conceito de masculinidade como um fator antecedente ao acidente, os entrevistados, ao descreverem as maneiras que homens e mulheres usam a bicicleta, confirmam que o seu comportamento é mais agressivo e mais destemido e acabam por criar situações que aumentam a chance de ocorrência do acidente, estando portando o conceito de masculinidade associado à acidentabilidade por bicicleta entre os homens.

Para a maioria, o acidente trouxe repercussões para sua vida, deixando marcas não apenas físicas e econômicas, mas principalmente as afetivas, relativas aos sentimentos vivenciados por eles pela experiência do acidente e as marcas físicas, cicatrizes e deformidades que, embora de caráter temporário, poderão assumir contornos definitivos e afetar a estética facial e a autoestima dos homens.

Quanto ao cuidar e aos cuidados de enfermagem, esta tese confirma o fato de que há aproximação entre a tipologia do cuidar e dos cuidados em emergência, proposta por Coelho (1997), com o cuidar e os cuidados de enfermagem para homens com histórico de acidentes

de bicicleta. Entretanto, tais cuidar e cuidados são específicos para esta população na medida em foi possível, a partir da observação participante, identificar outros tipos de cuidar e cuidados de enfermagem que emergiram da necessidade de se adequar às demandas dos homens acidentados. Para melhor visualização de esse Cuidar e desses Cuidados apresenta-se esquema demonstrativo na Figura 6.

Figura 6 – Distribuição dos cuidados observados nos atendimentos de emergência hospitalar para homens com histórico de acidentes de bicicleta. Vitória/ES, 2016.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

O cuidar e os cuidados de enfermagem em emergência se inventam e reinventam como em uma criação anônima, mas que encontra sentidos a partir das estratégias e práticas próprias dos enfermeiros e suas equipes na arte de fazer cuidados junto aos homens com histórico de acidentes de bicicleta (FURTADO *et al.*, 2010).

Os ruídos emitidos pelas trancas de ferro das portas da entrada do PS, pelas rodinhas dos carrinhos que transportavam medicações, pelo aspirador sugando secreções de vias aéreas, o sopro surdo e seco dos respiradores artificiais inflando os pulmões em sonorização mecânica, quase robotizada, sobra das mil maneiras de fazer em emergência, constituindo, de fato, o espaço da emergência, pois como afirma Certeau, “(...) o espaço é um lugar praticado. Assim, a rua geometricamente definida por um urbanismo é transformada em espaço pelos

pedestres. Do mesmo modo a leitura é espaço produzido pela prática do lugar constituído por um sistema de signos – um escrito” (CERTEAU, 2012, p. 184).

No tocante à enfermagem, o atendimento de emergência requer uma diferenciação, um estilo próprio, sendo critérios fundamentais para cuidar características como rapidez nas ações, raciocínio de ideias, um modo especial de cuidar, envolvendo especificidades e articulações na gerencia do cuidado, aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização extensiva aos familiares (COELHO, 1997; COELHO *et al.*, 2010).

Nesta tese, os dados quantitativos levantados junto aos BOAPH do SAMU/ES, através da vertente epidemiológica, constituíram o alicerce que embasaram a justificativa para o aprofundamento do fenômeno da acidentabilidade de bicicleta entre os homens capixabas. A partir de tais dados, o problema dos acidentes de bicicleta se revelou como importante problema de saúde, especialmente para a saúde do homem e para a enfermagem. Contudo, a descrição do aspecto epidemiológico não contemplava a problemática em toda a sua complexidade. Deste modo, com a abordagem qualitativa, envolvendo homens com histórico de acidentes de bicicleta, atendidos em uma emergência hospitalar, pela abordagem etnometodológica, foi possível a aproximação da Ciência da Enfermagem com o tema, permitindo o emergir do cuidar e dos cuidados de enfermagem específicos para esta clientela.

Neste sentido, foi a partir da prática do cuidar em emergência que emergiram o cuidar e os cuidados de enfermagem a homens com histórico de acidentes de bicicleta. Tais cuidados se aproximam dos tipos de cuidados propostos por Coelho (1997), mas precisam se adequar à realidade dos homens e assim, se (re)inventam. O Cuidar de Classificação emergiu durante a aplicação de protocolo de triagem de emergência, mundialmente estabelecido, adaptado para a realidade brasileira e utilizado nos prontos socorros do país. Este cuidar deve exigir do enfermeiro frente ao homem acidentado de bicicleta conhecimento consistente e cautela na abordagem de cada caso.

Esta tese demonstra que a maioria dos homens acidentados de bicicleta atendidos pelo SAMU/ES, apresentaram ferimentos do tipo “superficiais”, tais como as escoriações e ferimentos corto-contusos. Todavia, ao analisar os tipos de lesões no atendimento de emergência hospitalar, após realização de exames diagnósticos, foi possível verificar homens que haviam sofrido fraturas ósseas fechadas, com risco de lesões vasculares graves e de necrose tecidual; traumatismos torácicos, com risco para lesões pulmonares, cardíacas e de outras vísceras torácicas vitais; além de traumatismos crânios-encefálicos, reafirmando que todo e qualquer ferimento deve ser valorizado no Cuidar de Classificação, haja vista que os ferimentos ditos superficiais estão associados às injúrias teciduais profundas e graves.

Também merecem destaque o Cuidar de Ferimentos na Boca e o Cuidar de Rosto Desfigurado. A região da cabeça e da face, além de serem áreas que se constituem de estruturas anatômicas fundamentais para a manutenção a vida, tais como a respiração e a alimentação, e também estão associadas aos aspectos psicossociais, participando de modo relevante dos processos de socialização e comunicação. Os homens acidentados de bicicleta que participaram desta pesquisa apontaram para a preocupação com o aspecto estético da face, referindo-se às possíveis lesões temporárias ou permanentes a que estavam sujeitos. O enfermeiro frente a este homem deve estar atento não apenas aos aspectos fisiológicos da ventilação e da alimentação, mas preocupar-se também com a perspectiva da autoestima e do retorno do homem para sua vida cotidiana.

Apesar de não existirem estudos sobre esta temática, sabe-se que na realidade brasileira, muitos pacientes de traumas em vias públicas são vítimas de furtos e roubos entre o momento do acidente até seu atendimento na emergência hospitalar, na medida em que o mesmo fica completamente vulnerável até a chegada das equipes de resgate. Nesta tese, durante as discussões em grupo com os enfermeiros da emergência que atenderam homens com histórico de acidentes de bicicleta, este foi um ponto convergente de tema discutido, o que contribuiu para a construção do Cuidar de Objetos Pessoais. Vale ressaltar que, para a maioria dos homens, a bicicleta, muitas vezes subtraída da cena do acidente, representa o único meio de transporte ou de trabalho e assim, todas as atitudes por parte da equipe de saúde deverão ser envidadas para ajudar ao homem a não perder seu bem.

Apontada como uma solução viável para o transporte urbano em vários países, considerando o aumento significativo da frota de veículos automotores, a bicicleta vem se destacando como um importante meio de transporte nas últimas décadas (PANTER; GRIFFIN; OGILVIE, 2014), aumentando o número de acidentes. Assim sendo, o enfermeiro de emergência precisa conhecer essa nova realidade das salas de emergência, que traz no seu contexto particularidades e necessidades específicas.

Existe uma conformação preestabelecida do que se entende por cuidar de um cliente crítico. Entretanto, esse cuidar se inventa e se (re)inventa na sala de emergência de maneira mais evidente uma vez que o inesperado é o desfecho da situação e todos os objetos, códigos, regras, técnicas são alterados no contexto do cuidado, no qual reapropria-se do espaço e do seu uso a seu jeito. Como afirma Certeau (2012 p. 159), mil práticas inventivas provam que a multidão não é passiva, ela abre o próprio caminho, inventa o cotidiano.

Os etnométodos possibilitaram a verificação da emergência de novos tipos de cuidar e de cuidados, indo ao encontro do que aponta Coelho:

O cuidar/cuidado em enfermagem de unidades de emergência apoia-se num referencial básico de cuidado direto e/ou indireto, em que as necessidades humanas existem sejam quais forem os diagnósticos e prognósticos clínicos, através de análise dos sentidos de suas palavras, dos silêncios, das expressões faciais, dos gestos, além das necessidades biológicas (COELHO, 1997, p. 43).

Por este ângulo, os cuidados parecem atribulados, confusos, com os envolvidos vivenciando um ambiente que a princípio parece um caos, um tumulto, com etapas intercorrentes e momentos críticos. Manter a oxigenação pulmonar através do ambu, manter a circulação através da massagem cardíaca externa, administrar medicamentos que estimulem o coração são fazeres tão complexos que tomam o status de prioritários, nada mais é importante naquele momento.

Contudo, embora embasados por uma ordem científica instituída, isto é, organizadas pelas técnicas da produção sociocultural, tais fazeres têm o seu funcionamento alterado por uma multiplicidade de táticas articuladas pelos detalhes do cotidiano, assumidas pela criatividade, dispersa e bricoladora (CERTEAU, 2012).

Finalmente, a observação participante da equipe de enfermagem no cotidiano da emergência a homens com histórico de acidentes de bicicleta permitiu perceber que, após quase duas décadas de evolução no campo dos cuidados de enfermagem em emergência, tempo que separa os primeiros estudos da tipologia de cuidar de Coelho (1997) para os resultados apresentados nesta tese, cabe destacar que esses cuidados são reafirmados e outros são construídos frente à cena do homem acidentado de bicicleta. Entretanto, de certo modo, apontam para a atemporalidade do cuidar em enfermagem de emergência, na medida em que se mudam o arsenal tecnológico, as técnicas de abordagem, a propedêutica e a terapêutica médica, mas a essência do cuidar em enfermagem permanece se reinventando e se perpetuando como ação fundamental no trabalho diário de salvar vidas.

O cuidar e os cuidados de enfermagem em emergência trazem consigo a capacidade de se ajustar às necessidades de cada caso e são marcados pelo inventar e reinventar de suas formas de apresentação, na medida em que o enfermeiro e sua equipe desenvolvem uma prática que, embora esteja pré-estabelecida nos manuais e protocolos de urgência e emergência, emergem no dia a dia do cotidiano, tomando formas e articulações próprias, exigindo um conjunto de práticas que envolvem amplo leque de conhecimentos de enfermagem no campo da emergência e que requerem o manejo de toda uma tecnologia própria.

Mesmo envolvendo uma clientela específica, neste caso homens acidentados de bicicleta, e em uma temporalidade distinta, na medida em que a tese de Maria José Coelho data de 1997 e outros estudos sobre a temática foram apresentados no ano de 2006, é possível capturar os diversos tipos de cuidados prestados em emergência, levando à reflexão de que tais cuidados são específicos para o cuidado em emergência, com a capacidade de ajustar-se, permitindo a ideia de que o cuidado em emergência não é afetado pelo passar do tempo, respeitando, evidentemente, o contexto tecnológico de cada época.

Outros estudos sobre os tipos de cuidar e cuidados em emergência se fazem necessários, porquanto tais cuidados estão em contínuo e intenso processo de evolução e adaptação aos diferentes contextos científicos e tecnológicos.

Diante do fenômeno de homens vítimas de acidentes de bicicleta, após quase duas décadas, e na mesma região do país, isto é, a Região Sudeste, mas considerada no contexto de outra cidade (Vitória) e outro Estado (Espírito Santo), os dados capturados por etnométodos reafirmam a tese de que os homens atendidos no serviço de emergência hospitalar com histórico de acidentes de bicicleta apresentam repercussões do acidente para sua vida, possuem os mesmos fatores antecedentes ligados ao conceito de masculinidade e o cuidar e os cuidados de enfermagem são específicos para atender as necessidades de cada caso.

Esta tese aponta para a necessidade de continuidade dos estudos que envolvam a bicicleta, em seu mais amplo aspecto, mas principalmente para os acidentes advindos de seu uso, em especial para a população masculina, aqui demonstrada como a maior usuária e maior vítima de seus acidentes.

Os desafios são muitos, e envolvem um espectro de saberes, que vai desde conhecimentos das Ciências da Saúde e da Enfermagem até aqueles das Ciências Humanas, Sociais e Econômicas. A intersectorialidade das ações, envolvendo a Saúde, a Mobilidade Urbana, a Segurança Pública, entre tantas outras, é uma estratégia salutar no enfrentamento dos acidentes de transporte terrestre, incluindo, nesta temática, os de bicicleta, por representarem, como foi apresentado nesta tese, uma importante causa da violência no trânsito. Neste sentido, pretende-se, a partir dos resultados apresentados nesta tese, ampliar as discussões de acidentabilidade por bicicleta no Subcomitê de Gestão e Análise de Acidentes Graves e Fatais e no Subcomitê de Educação do Projeto Vida no Trânsito⁸ da Secretaria

⁸ O Projeto Vida no Trânsito (PVT) é uma iniciativa brasileira voltada para a vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito e promoção da saúde, em resposta aos desafios da Organização das Nações Unidas (ONU) para a Década de Ações pela Segurança no Trânsito 2011 – 2020. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/711-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/11512-projeto-vida-no-transito> Acesso em 4 nov. 2016.

Municipal de Saúde de Vitória/ES, já em vigor desde o ano de 2010, reforçando a gravidade dos acidentes de bicicleta, especialmente para a população masculina.

Espera-se com este estudo descritivo e exploratório incentivar outros estudos, nos mais diversos modelos metodológicos, que possam responder às indagações que ainda não foram respondidas e que advieram exatamente a partir deste trabalho, implicando na importância de associar o incremento no uso das bicicletas nos últimos anos, principalmente como forma de transporte ou de trabalho, especialmente entre os homens, e os riscos advindos desse uso. Tais estudos irão, em complementaridade a esta pesquisa, subsidiar a elaboração de políticas públicas integradas e intersetoriais que efetivamente promovam proteção e segurança entre os homens ciclistas, colaborando com a PNAISH.

No que pesa ao conhecimento da Enfermagem, especialmente da Enfermagem em Emergência, ressalta-se a importância que os acidentes de bicicleta vêm tomando na realidade das salas de emergências, exigindo do Enfermeiro conhecimentos sobre o fenômeno para que possa contribuir no planejamento de cuidados de enfermagem distintos, específicos e que façam a diferença no atendimento a esses homens.

REFERÊNCIAS

- ABRACICLO, Associação Brasileira dos fabricantes de motocicletas, ciclomotores, motonetas, bicicletas e similares. **Anuário 2015** [site na Internet]. Acesso em 27 de janeiro de 2016. Disponível em: <http://www.abraciclo.com.br/anuario-de-2015>.
- AKERMAN, M.; FISCHER, A. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18 – Promoção da Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.1, p.180-190, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00180.pdf> Acesso em 21 de agosto de 2013.
- ALMEIDA, R.L.F.; et al. Via, homem e veículo: fatores de risco associados a gravidade dos acidentes de trânsito. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 718-731, 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400718&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 de fevereiro de 2016.
- ANDERSEN, L.B. et al. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. **Archives of Internal Medicine**, São Francisco, v.160, p. 1621-1628, 2000. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10847255>. Acesso em 21 de abril de 2016.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v.8, n.14, p. 73-92, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>. Acesso em 07 de abril de 2015.
- AZEVEDO GONÇALVES, F.; PESSANHA LEITE, G.; OLIVEIRA SOUZA, N.; SANTOS, D. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n.11, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3026>. Acesso em 20 de janeiro de 2016.
- BACCHIERI, G.; GIGANTE, D.P.; ASSUNCAO, M.C. Determinantes e padrões de utilização da bicicleta e acidentes de trânsito sofridos por ciclistas trabalhadores da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1508, 2005 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500023&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 de janeiro de 2016.
- BACCHIERI, G. et al. Cycling to work in Brazil: users profile, risk behavior, and traffic accident occurrence. **Accident Analysis and Prevention**, Amsterdam, v. 42, n. 4, p. 1025-1030, 2010a. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0001457509003236/1-s2.0-S0001457509003236-main.pdf?_tid=ade6fc20-a74b-11e6-a659-00000aab0f27&acdnat=1478785596_9e702c11773ef4b524321ed6e5f08734. Acesso em 22 de outubro de 2015.
- BACCHIERI, G. et al. Intervenções comunitárias para prevenção de acidentes de trânsito entre trabalhadores ciclistas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.5, p. 867-76, 2010b. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1592.pdf>. Acesso em 23 de maio de 2015.

BACCHIERI, G.; BARROS, A.J.D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.5, p.949–63, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2981.pdf>. Acesso em 11 de abril de 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Editora 70, 5 edição, 2009.

BARROS A.J.D. et al. Acidentes de trânsito com vítimas: sub-registro, caracterização e letalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 979-986, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16848.pdf>. Acesso em 22 de setembro de 2015.

BARROS, M.D.A.; XIMENES, R.; LIMA, M.L.C. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.142-149, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4398.pdf>. Acesso em 13 de novembro de 2015.

BERARDINELLI, L.M.N. O filme na pesquisa dos gestos de cuidado em enfermagem: princípios metodológicos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.584-9, 2008. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a21.pdf>. Acesso em 08 de julho de 2016.

BEZERRA, F. N. **Estresse ocupacional nos enfermeiros que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à luz da teoria de Betty Neuman**. 154 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

BIASI, E.Y.; RUMIN, C.R. Aspectos da Prática Clínica em Psicologia Dirigida à Reabilitação de Trabalhadores. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1350-1365, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401350&lng=en&nrm=iso Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

BISPO, M.S.; GODOY, A.S. A etnometodologia enquanto caminho teórico-metodológico para investigação da aprendizagem nas organizações. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 16, n. 5, p. 684-704, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552012000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 de janeiro de 2016.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1991 ago 14; Seção 1:14809. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm. Acesso em 20 de novembro de 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 9.503**, de 23 de Setembro de 1997 que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília: 1997. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503.htm Acesso em 11 de fevereiro de 2012.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação brasileira de ocupações**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf#7> . Acesso em 13 de janeiro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **HUMANIZASUS** – acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf. Acesso em 10 de janeiro de 2016.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana. **Programa Bicicleta Brasil** – Programa Brasileiro de Mobilidade por Bicicleta nas Cidades. Brasília: Ministério das Cidades, 2007a. Disponível em <https://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSEMOB/Biblioteca/LivroBicicletaBrasil.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2016.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana. **PlanMob** – Construindo a Cidade Sustentável. Brasília: Ministério das Cidades, 2007b. Disponível em <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSEMOB/Biblioteca/LivroPlanoMobilidade.pdf>. Acesso em 14 de dezembro de 2015.

_____. **Lei n. 11.705**, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997, que “Institui o Código de Trânsito Brasileiro”, e a Lei n. 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e a propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do par. 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcóolica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 jun. 2008a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11705.htm Acesso em 02 de maio de 2015.

_____. Ministério da Saúde. GM. **Portaria 2.971** de 8 de dezembro de 2008. Institui o veículo motocicleta -motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília, DF, 2008b. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2971_08_12_2008.html Acesso em 18 de fevereiro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos** (2008 – 2011). 2ª Edição. Brasília: MS; 2008c. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Mais%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em 17 de maio de 2015.

_____. CONTRAN. **Resolução 302** de 18 de dezembro de 2008. Define e regulamenta as áreas de segurança e de estacionamentos específicos de veículos. Brasília, DF. 2008d. Disponível em http://www.denatran.gov.br/download/Resolucoes/RESOLUCAO_CONTRAN_302.pdf. Acesso em 23 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf. Acesso em 14 de maio de 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011a. Disponível em http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em 27 de agosto de 2015.

_____. Ministério da Saúde. GM. **Programa SOS Emergência no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Portaria Nº 1.663 de 6 de agosto de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/PORTARIA-N%C2%BA-1.663-DE-6-DE-AGOSTO-DE-2012-SOS-EMERG%C3%A7%C3%A3O-RUE.pdf>. Acesso em 15 de julho de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012b. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> . Acesso em 06 de fevereiro de 2014.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº 423 de 09 de abril de 2012. Normatização no âmbito do Sistema COFEN/COREN a participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 abr. 2012c. Seção 1, p. 195. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html Acesso em 24 de agosto de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009 2010 e 2011**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.164 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da sala de estabilização**: componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana. **PlanMob – Caderno de Referencia para Elaboração de Plano de Mobilidade Urbana**. Brasília: Ministério das Cidades, 2015a. 182 p.:il.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Óbitos por causas externas: Brasil, 2013**. Brasília: Ministério da Saude; 2015b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/> Acesso em 14 de outubro de 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de orçamentos familiares** 2016a. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45130.pdf> Acesso em 15 de outubro de 2016.

BUCHALLA, C.M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.36, n.4, p.117-119, 2002. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IEEn1G6dHZksJ:www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31488/33373+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em 16 de outubro de 2016.

CABRAL, A.P.S. et al. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.14, n.1, p.03-14, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/01.pdf> Acesso em 04 de novembro de 2016.

CARRARA, S.; RUSSO, J.A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 659-678, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf> Acesso em 07 de outubro de 2016.

CARVALHO FILHO, M.A.M. et al. Prevalence of Oral and Maxillofacial Trauma in Elders Admitted to a Reference Hospital in Northeastern Brazil. **Plos One**, Califórnia, 2015. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4545414/pdf/pone.0135813.pdf> Acesso em 19 de outubro de 2016.

CARVALHO, M.L.; FREITAS, C.M. Pedalando em busca de alternativas saudáveis e sustentáveis. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.6, p. 1617-1628, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a24.pdf> Acesso em 27 de janeiro de 2016.

CARVALHO, V. et al. **Sobre a Lex-art e a arte da enfermagem**: a (inter) dependência entre verdade, necessidade e vontade no fazer, ensinar e investigar. São Paulo: Yendis, 2014.

CAVALCANTI, A.C.D.; COELHO, M.J. A linguagem como ferramenta do cuidado do enfermeiro em cirurgia cardíaca. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 220-226, 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

CAVALCANTI, J.R.D., et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 628-634, Dec. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400628&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 de fevereiro de 2016.

CECCARELLI, P.R. A masculinidade e seus avatares. **Catharsis**, São Paulo, ano IV, n.19, p. 10-11, 1998. Disponível em http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=262. Acesso em 22 de agosto de 2015.

CECCHETTO, F.R. **Violência e estilos de masculinidade**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, Rio de Janeiro, 2004.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**: 1, Artes de fazer. 19 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CESTARI, V.R.F. et al. Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.20, n.4, p.701-710, 2015. Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1125/40819-165963-1-pb.pdf> Acesso em 01 de novembro de 2016.

CHAKORA, E.S. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 559-561, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/eann/v18n4/1414-8145-eann-18-04-0559.pdf> Acesso em 07 out. 2016.

CHANDRAN, A. et al. Road traffic deaths in Brazil: rising trends in pedestrian and motorcycle occupants deaths. **Traffic Injury Prevention**, Austrália, v.13, n.1, p. 11-16, 2012. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22414123>. Acesso em 16 de novembro de 2015.

CHRCANOVIC, B.R. et al. Facial fractures in children and adolescents: a retrospective study of 3 years in a hospital in Belo Horizonte Brasil. **Dental Traumatology**, Nova Jersey, v.26, p. 262-270, 2010. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20456472>. Acesso em 23 de outubro de 2015.

CHOI, H.K. et al. A before and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients. **Am J Emerg Med** [online]. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675711005353?np=y> Acesso em 19 out. 2016.

COELHO, M.J. **Cuidar/cuidado em enfermagem de emergência**: especificidade e aspectos distintivos no cotidiano assistencial. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

_____. Maneiras de cuidar em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 745-51, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a05.pdf>. Acesso em 12 de setembro de 2015.

_____. Produtos dos cuidados de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 6, p. 919-922, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a20v62n6.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2015.

_____. Cuidados cotidianos. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 5, p. 712-718, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/04.pdf>. Acesso em 06 de julho de 2015.

COELHO, M.J.; et al. Epidemiological profile of snakebites in men Perfil epidemiológico de las mordeduras de serpientes en los hombres. **Revista de Enfermagem Referência**. s. 3 n. 10, p. 89-98, 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a11.pdf>. Acesso em 16 ago. 2016.

COELHO, M.F. et al . Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 4, p. 770-777, Aug. 2010 . Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 de janeiro de 2016.

CONTRERA-MORENO, Luciana; CONTRERA-MORENO, Maria Inês. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 57, n. 6, p. 746-749, dez. 2004 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600024&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 de janeiro de 2016.

CORBISHLEY, A.C.M.; CARNEIRO, M.L.M. Considerações sobre o uso da observação participante na pesquisa em enfermagem. **Rev Mineira Enferm**. Belo Horizonte, v.1, n. 5, p. 82-5, 2001. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/817> Acesso em 8 de outubro de 2016.

COSTA, I.K.F. Conhecimento da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento móvel sobre precaução padrão. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.17, n.1, p.85-90. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ufqL2sYGyUEJ:revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/26379/17572+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em 04 de novembro de 2016.

COULON, A. **La etnomedotología**. 3 ed. Madrid: Cátedra, 2005. 141 p.

COURTENAY, W.H.; KEELING, R. Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. **J Am Coll Health**, Maryland, v.48, p.243-6, 2000. Disponível em <http://menshealth.org/code/EDITOR.PDF>. Acesso em 21 de junho de 2016.

COUTO M.T.; PINHEIRO, T.F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G.S.N.; GOMES, R. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.33, p.257-70, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a03v14n33.pdf>. Acesso em 23 de julho de 2016.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença. In: MARTINS, M. A.; CARRILHO, F. V. et al. (Ed.). **Tratado de clínica médica**. São Paulo: Manole, 2009. p. 350-356.

CRUZ, R.L.; TÜRRER, C.L. Atendimento inicial no trauma de face. In: FREIRE, E. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 1263-1273.

DAVISON, K.; FORBES, M.P. Pre-hospital medicine: a glimpse of the future. **Australasian Journal of Paramedicine**, Nova Zelândia, v. 12, n. 5, p. 10-18, 2015. Disponível em <http://ajp.paramedics.org/index.php/ajp/article/view/242/524>. Acesso em 20 fev. 2016.

D'AVILA, S.; et al. Traumas faciais entre vítimas de acidentes de transporte terrestre. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 82, n. 3, p. 314-320, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942016000300314&lng=en&nrm=iso Acesso em 20 de outubro de 2016.

DAY, L. Population based case-control study of serious non-fatal motorcycle crashes. **BMC Public Health**, Londres, v. 13, n.72, p. 1-6, 2013. Disponível em http://download.springer.com/static/pdf/663/art%253A10.1186%252F1471-2458-13-72.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcpublichealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1471-2458-13-72&token2=exp=1478805050~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F663%2Fart%25253A10.1186%252F1471-2458-13-72.pdf*~hmac=00374d1e38cfe367e4b95561e1182c10c9df856a013895b4deaef4e48137156f Acesso em 24 de setembro de 2014.

DIAS, J.M.C. et al. Profile of state prehospital mobile emergency care servisse. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.21, n.1, p.01-08, 2016. Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/706/42470-171308-1-pb.pdf>. Acesso em 01 de novembro de 2016.

DOZZA, M. et al. How do drivers overtake cyclists? **Accident Analysis and Prevention**, Amsterdam, v.88, p. 29-36, 2016. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0001457515301585/1-s2.0-S0001457515301585-main.pdf?_tid=96e6d694-9ee5-11e6-8470-00000aab0f02&acdnat=1477862140_34054a78f7d3db9bf57922135edeebc6 Acesso em 30 out. 2016.

DUTRA, C.M.P. **Hábitos de cuidar no cotidiano de clientes com valva cardíaca mecânica**: indicativos para o aprimoramento do cuidado de enfermagem. 2010. 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em <http://objdig.ufrj.br/51/teses/784352.pdf> Acesso em 05 de outubro de 2016.

DUTRA, J.S. **Competências**: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2007.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Espírito Santo, 2011. 65 p.

FELIX, C.R. **Implantação do Método KanBan no Pronto Socorro (SUS) em um Hospital Filantrópico Quaternário da Zona Leste de São Paulo**. São Paulo, 2013. Disponível em http://pvista.proevento.com.br/hp/subpaper/download.asp?strFileName=663709_5_Projeto_Kanban.pdf. Acesso em 11 de janeiro de 2016.

FERNANDES, R.T.P. **Cuidar/cuidado de enfermagem a homens vítimas de acidentes de motocicletas**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

FERREIRA, A.B. de H. **Novo Aurélio**: Dicionário da Língua Portuguesa. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FONTANELLA et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.389-394, 2011. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2016.

FRANCO, T; FRANCO, D. Traumas de lábios e pavilhão auricular. In: FREIRE, E. **Traumas: a doença do século**. São Paulo: Atheneu, 2001 p. 1275-12-93.

FRISON, V.B. et al. Estudo do perfil do trauma raquimedular em Porto Alegre. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 20, n. 2, p. 165-171, 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502013000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de outubro de 2016.

FURTADO, A.M. et al. Cuidar permanência: enfermagem 24 horas, nossa maneira de cuidar. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.63, n.6, p.1071-6, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/32.pdf>. Acesso em 15 de junho de 2015.

GALVÃO, P.V.M. et al. Mortalidade devido a acidentes de bicicletas em Pernambuco, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.5, p.1255-1262, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 20 fev. 2016

GARFINKEL, H. **Studies in ethnomethodology**. Londres: Polity Press, 1991.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: Editora Unesp, 2010.

GOMES, R.; et al. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 779-788, 2015 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300779&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 de outubro de 2016.

GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. Atividade física como parte importante da saúde em todas as idades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 998, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000400998&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 de outubro de 2016.

GOMES, R.; MOREIRA, M.C.N.; RIBEIRO, C.R. "Are men coming to the clinic now?!" Healthcare strategies for men. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p.1-10, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400710&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 de outubro de 2016.

GOMES, Romeu et al. Male bodies in the field of health. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 165-172, 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100165&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 de outubro de 2016.

GOMEZ-RESTREPO et al. Alcohol consumption as an incremental factor in health care costs for traffic accident victims: Evidence in a medium sized Colombian city. **Accident Analysis and Prevention**, Amsterdam, v.73, p. 269-273, 2014. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0001457514002905/1-s2.0-S0001457514002905-main.pdf?_tid=1f43afcc-9ef4-11e6-9911-00000aab0f01&acdnat=1477868381_13cd2a18c48c7fc7fa3c61ad450a2012 Acesso em 30 out. 2016.

GONÇALVES, R.M.; PETROIANU, A.; JUNIOR, J.R.F. Características das pessoas envolvidas em acidentes com veículos de duas rodas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.4, p. 436-437, ago. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n4/2386.pdf>. Acesso em 15 de agosto de 2015.

GUERRA V.M.; SCARPATI, A.S., BRASIL, J.A; et al. Concepções da masculinidade: suas associações com os valores e a honra. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 72-88, 2015. Disponível em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/14840/12963> Acesso em 27 de janeiro de 2015.

GULINELLI, J.L. et al. Occurrence of tooth injuries in patients treated in hospital environment in the region of Araçatuba, Brazil during a 6-year period. **Dental Traumatology**, Nova Jersey, v. 24, n.6, p. 640-644, 2008. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19021657>. Acesso em 19 de junho de 2016.

HARADA et al. Bicycle trauma and alcohol intoxication. **Internat. J. of Surg.**, Califórnia, v.24, p. 14-19, 2015. Disponível em [http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191\(15\)01278-9/pdf](http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191(15)01278-9/pdf) Acesso em 29 de novembro de 2016.

HARTOG, J.J.; et al . Do the health benefits of cycling outweigh the risks? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4731-4744, 2011. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de fevereiro de 2016.

HASNAT, M.; HOQUE, S. Developing Satellite Towns: A Solution to Housing Problem or Creation of New Problems. **International Journal of Engineering and Technology**, Vol. 8, No. 1, January 2016. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Md_Mehedi_Hasnat/publication/275462466_Developing_Satellite_Towns_A_Solution_to_Housing_Problem_or_Creation_of_New_Problems/links/553cd4b10cf2c415bb0b6773.pdf Acesso em 26 de janeiro de 2016.

HEALEY, F.; DAROWSKI, A.; LAMONT, T.; PANESAR, S.; POULTON, S.; TREML, J.; et al. Essential care after an inpatient fall: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. **BMJ**, 2011 [online]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d329>

HULLEY, S.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas rodovias brasileiras**. Brasília, DF, 2006.

IPTD. Instituto de Políticas de Transporte e Desenvolvimento. **Bicicleta e mobilidade urbana: repensando o modelo de cidade**, 2015. Disponível em http://www.antp.org.br/_5dotSystem/download/dcmDocument/2015/07/22/4DF725C5-26FD-4B49-95AB-BE3F30C6E0DA.pdf Acesso em 27 jan. 2016.

JOSGRILBERG, F.B. **Cotidiano e invenção: os espaços de Michel de Certeau**. São Paulo: Escrituras Editora, 2005.

KAPLAN, S. et al., Intentions to use bike-sharing for holiday cycling: An application of the Theory of Planned Behavior. **Tourism Management** [online] v. 47, 2015, p. 34-46. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0261517714001691/1-s2.0-S0261517714001691-main.pdf?_tid=0142ce06-c423-11e5-b6d9-00000aab0f26&acdnat=1453809212_aaa2296169766ba07d499bc02bad11ba Acesso em 26 de janeiro de 2016.

KOIZUMI, M.S. **Aspectos epidemiológicos dos acidentes de motocicleta no município de São Paulo**. 1984. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1984.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

LEAL, A.F.; FIGUEIREDO, W.S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G.S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 de outubro de 2016.

LEITE, R.P. A inversão do Cotidiano: Práticas Sociais e rupturas na vida urbana contemporânea. **Dados**. Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 737-756, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/dados/v53n3/a07v53n3.pdf>. Acesso em 04 de agosto de 2016.

LIESHOUT, E.J.V.; STRICKER, K. Patient transportation: skills and techniques. **European Society of Intensive Care Medicine**, Maryland, 2011. Disponível em <http://pact.esicm.org/media/Patient%20transportation%201Feb2011%20final.pdf> Acesso em 19 de outubro de 2016.

LIMA JÚNIOR, S.M.; SANTOS, S.E.; Leandro Eduardo; KLUPPEL, L.A.; MOREIRA, R.W.F.; MORAES, M. A Comparison of Motorcycle and Bicycle Accidents in Oral and Maxillofacial Trauma. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Nova Zelândia, v. 70, n. 3, p. 577-583, 2012. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S027823911100574X/1-s2.0-S027823911100574X-main.pdf?_tid=0eae9920-bebb-11e5-948d-00000aacb35f&acdnat=1453214812_04f7d0828d986d45b56b0d9ac74720a6. Acesso em 19 de janeiro de 2016.

LUZIA, M.F; VICTOR, M.A.G.; LUCENA, A.F. Diagnóstico de enfermagem Risco de quedas: prevalência e perfil clínico de pacientes hospitalizados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, p. 262-268, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200262&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

LOPEZ, S.B; MOREIRA, M.C.N. Políticas nacionais de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens e à saúde do homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 743-752, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/20.pdf>. Acesso em 08 de setembro de 2016.

LYRA, Jorge; et al. Homens e gênero: desafios na construção de uma agenda de política de saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 7-15, 2012. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v14n1/v14n1a01.pdf>. Acesso em 5 de setembro de 2016.

MACHADO, V.; SEFFNER, F. Florianópolis 1889/1930: estratégias de produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subordinadas. **História**, São Paulo, v.32, n.1, p. 354-376, jan./jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/his/v32n1/19.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2016.

MARTINS, A.M.; MALAMUT, B.S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a14.pdf>. Acesso em 07 de outubro de 2016.

MARTINS, A.M.; MODENA, C.M. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 399-420, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200399&lng=pt&nrm=iso&tlng=en Acesso em 07 de outubro de 2016.

MATTHEWS, C.E. et al. Influence of exercise, walking, cycling and overall nonexercise physical activity on mortality in chinese women. **Am. J. Epidemiol.**, v. 165, n. 12, p. 1343-1350, 2007.

MELLO JORGE, M.H.P. **Mortalidade por causas violentas no município de São Paulo**. 1979. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MELLO JORGE, M.H.P., KOIZUMI, M.S. **Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição**. São Paulo: ABRAMET, 2007.

MENDES, L.V.P. et al . A evolução da carga de causas externas no Brasil: uma comparação entre os anos de 1998 e 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2169-2184, 2015 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001002169&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 de fevereiro de 2016.

MINAYO, M.C.S., SANCHES, O. Quantitativo e qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 239-62, 1993.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: MINAYO, M.C.S. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec, 1995. pag. 87-116.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MOBILIZE BRASIL. **Mobilidade urbana sustentável**. [página da internet]. Disponível em <http://www.mobilize.org.br/estatisticas/28/estrutura-cicloviaria-em-cidades-do-brasil-km.html> Acesso em 15 out. 2016.

MOLINA, Karine Lorenzen; MOURA, Gisela Maria Schibella Souto de. A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 29, n. 1, p. 17-25, Feb. 2016 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 de setembro de 2016.

MORAIS, D.F.; et al. Perfil epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular atendidos em hospital terciário. **Coluna/Columna**, São Paulo , v. 12, n. 2, p. 149-152, 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512013000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de outubro de 2016.

MORAIS, D.F.; et al. Image diagnosis of patients submitted to spinal injury. **J Bras Neurocirurg.**, São Paulo, v24, n.1, p.33-9, 2013b. Disponível em: file:///C:/Users/D249403/Desktop/material%20para%20tese%20final/05_Image%20diagnosis%20of%20patients%20submitted%20to%20spinal%20injury.pdf. Acesso em 20 out. 2016.

MOREIRA, D. A. Pesquisa em Administração: Origens, usos e variantes do método fenomenológico. **Revista de Administração e Inovação**, v. 1, n. 1, 2004.

MOREIRA, R.L.S.F.; FONTES, W.D.; BARBOZA, T.M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 615-621, Dec. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400615&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 de fevereiro de 2016.

MULHOLLAND, H. Collision-prevention scheme may save urban cyclists. **Emergency Nurse**, Harrow, London, v.23, n.6, p. 11-14, 2015. Disponível em <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/en.23.6.11.s8> Acesso em 25 set. 2016.

NARDIS, A.C. Patterns of paediatric facial fractures in a hospital of São Paulo, Brazil: a retrospective study of 3 years. **Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery**, v. 41, p. 226-229, 2013. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23062741>. Acesso em 12 de janeiro de 2016.

NETO, O.L.M. et al. Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 373-382, jul.-set., 2013.

NETO, P.F.V., SIQUEIRA, B.P.J., NERY, A.A., CASOTTI, C.A. Tendência da mortalidade masculina por causas externas. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v. 9, n.5, p. 7877-86, 2015. Disponível em http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7016/pdf_7821. Acesso em 22 de agosto 2016.

NEVES, A.C.M et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras – 2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 587-596, 2013. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n4/v22n4a05.pdf>. Acesso em 21 de agosto de 2015.

NEWGARD, C. et al. Emergency Medical Services Intervals and Survival in Trauma: Assessment of the “Golden Hour” in a North American Prospective Cohort. **Annals of Emergency Medicine**. Society for Academic Emergency Medicine Annual Meeting, maio 2008, Washington, DC. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/26840151_Emergency_Medical_Services_Intervals_and_Survival_in_Trauma_Assessment_of_the_Golden_Hour_in_a_North_American_Prospetive_Cohort Acesso em 04 de novembro de 2016.

NÓBREGA, K.B.V. **Perfil dos ciclistas acidentados residentes no estado de Pernambuco**, 2012. 63 f. Monografia (Residência Multiprofissional) – Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz. 2014. Disponível em <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2014nobrega-kbv.pdf> Acesso em 30 out. 2016.

OJA P.; TITZE S.; BAUMAN A.; et al. Health benefits of cycling: a systematic review. **Scand J Med Sci Sports** 2011;21(4):496-509. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496106> Acesso em 27 jan. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8 ed. 10ª Revisão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2000.

_____. **Patient Safety Health Topic** [online]. 2012. Disponível em: http://www.who.int/topics/patient_safety/en

_____. Organização Mundial da Saúde. **Road traffic injuries**. Fact Sheet, n. 358, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/en/> Acesso em 18 fevereiro de 2016.

O'NEIL, J. M. The Psychology of Men. In: ALTMAIER, E.M.; HANSEN, J.C. **The Oxford Handbook of Counselling Psychology**, 2012, p. 375-408. New York: Oxford University Press. Disponível em <https://global.oup.com/academic/product/the-oxford-handbook-of-counseling-psychology-9780195342314?cc=br&lang=en&> Acesso em 26 jan. 2016.

PAES, J.V. et al. Retrospective study of prevalence of face fractures in southern Brazil. **Indian Journal of Dental Research**, v. 23, n.1, p. 80-86, 2012. Disponível em <http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2012;volume=23;issue=1;spage=80;epage=86;aulast=Paes> Acesso em 27 de janeiro de 2016.

PAIVA, L.; et al. Readmissões por acidentes de trânsito em um hospital geral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** jul.-ago. 2015; 23(4):693-9. DOI 10.1590/0104-1169.0242.2623. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00693.pdf. Acesso em 19 de janeiro de 2016.

PAIVA, L.; et al. Estado de saúde e retorno ao trabalho após os acidentes de trânsito. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 443-450, 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300443&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 de outubro de 2016.

PAIXÃO, L.M.M.M. Óbitos no trânsito urbano: qualificação da informação e caracterização de grupos vulneráveis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, p. 92-106, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001300092&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

PANTER, J., GRIFFIN, S. OGILVIE, D. Active commuting and perceptions of the route environment: A longitudinal analysis. **Preventive Medicine**, Nova Jersey, v.67, p. 134–140, 2014. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0091743514002345/1-s2.0-S0091743514002345-main.pdf?_tid=76982bd0-bea4-11e5-99f4-00000aab0f27&acdnat=1453205107_7a8bc04bfe7c108bd4a7c9896ba6b0b8 Acesso em 19 de janeiro de 2016.

PERSAUD, N.; et al. Nonuse of bicycle helmets and risk of fatal head injury: a proportional mortality, case-control study. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, Toronto. V. 184, n. 17, p. 921-923, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3503925/> Acesso em 18 de fevereiro de 2016.

PINTO, A.D.C.; MENEGHEL, S.N.; MARQUES, A.P.M.K. Acorda Raimundo! Homens discutindo violências e masculinidade. **Psico**, v. 38, n. 3, p. 238-245, 2007. Disponível em <file:///C:/Users/D249403/Desktop/Dialnet-AcordaRaimundoHomensDiscutindoViolenciasEMasculini-5161625.pdf> Acesso em 27 de janeiro de 2016.

PEREIRA JUNIOR, G.A., SCARPELINI, S., BASILE-FILHO, A., ANDRADE, J.I. Trauma severity índices. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32 p. 237-250, 1999. Disponível em http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n3/indices_trauma.pdf Acesso em 11 de outubro de 2016.

PEREIRA, L.P.; NERY, A.A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.635-643, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0635.pdf> Acesso em 12 fevereiro de 2016.

PINTO, D. JÚNIOR; SALGADO, P.O.; CHIANCA, T.C.M. Validade preditiva do protocolo de classificação de risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1-9, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_05.pdf. Acesso em 11 de janeiro de 2016.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell, 5ª Ed, Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, I.S. Cuidados de enfermagem e sua transversalidade: pacientes complexos e tecnologias no ambiente hospitalar. [Editorial]. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.4, p. 645-647, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/01.pdf>. Acesso em 11 de dezembro de 2015.

RIBEIRO, A.C. et al. Enfermagem pré-hospitalar no suporte básico de vida: postulados ético-legais da profissão. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.21, n.1, p.01-08. 2016. Disponível em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/704/42118-171302-1-pb.pdf> Acesso em 01 de novembro de 2016.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIDEOUT, A. et al. Compulsory cycle helmets. **Emergency Nurse**, Harrow, London, v.20, n.6, p.7-15, 2012. Disponível em <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/en.20.6.7.s6> Acesso em 23 de outubro de 2016.

ROSANELI, A.F. A paisagem e a vida cotidiana nas ruas da Região Metropolitana de Curitiba: estudos para a compreensão da relação entre forma urbana e apropriação do espaço público. In: **Anais do VII Colóquio QUAPÁ-SEL**, Campo Grande, 2012.

_____. A rua e o desenvolvimento da esfera pública: reflexão sobre os usos e apropriações nas ruas dos municípios da região metropolitana de Curitiba. In: Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional, 15, 2013, Recife. **Resumos...** Recife: Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional, 2013. p. 979. Disponível em <http://unuhospedagem.com.br/revista/rbeur/index.php/anais/article/view/4504/4373> Acesso em 26 de janeiro de 2016.

ROWE, T.; HULL, M. L.; WANG, E. L. A pedal dynamometer for off-road bicycling. **Journal of Biomechanical Engineering**, Pittsburg, v. 120, n. 1, p.160-164, 1998. <http://dx.doi.org/10.1115/1.2834297>. Disponível em http://bme.ucdavis.edu/hull/files/2011/07/Rowe_JBiomechEng_1998.pdf. Acesso em 11 de setembro de 2016.

SALLUM, A.M.C., SOUSA, R.M.C. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 256-62, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a16v25n2.pdf>. Acesso em 02 de novembro de 2016.

SANTOS, S.E. et al. A 9-year retrospective study of dental trauma in Piracicaba and neighboring regions in the state of São Paulo, Brazil. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Nova York, v. 68, n.8, p. 1826-1832, 2010. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20493614>. Acesso em 15 de julho de 2015.

SAWAZAKI, R. et al. Incidente and patterns of mandibular condyle fractures. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Nova York, v. 68, n.6, p. 1252-1259, 2009. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19939534>. Acesso em 21 de agosto de 2015.

SCALASSARA, M.B. et al. Características da mortalidade por acidentes de trânsito em localidade da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.2, p. 472-478, 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n2/p125-132.pdf>. Acesso em 11 de julho de 2015.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>. Acesso em 12 de setembro de 2015.

SCHWARTZ, M.S.; SCHWARTZ, C.G. Problems in participant observation. **Amer J Sociol.**, Chicago, v. 60, p.343-54, 1955. Disponível em <http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdfplus/10.1086/221566> Acesso em 8 outubro de 2016

SILVA, M.P.; SILVA, V.L.; LIMA, M.L.L.T. Lesões craniofaciais decorrentes de acidentes por motocicleta: uma revisão integrativa. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 17, n. 5, p. 1689-1697 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000501689&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Oct. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620151751715>.

SILVA, R., AMANTE, L.N. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 539-547, 2015 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200539&lng=en&nrm=iso .Acesso em 19 de outubro de 2016.

SILVA, S.O. **Cuidado na perspectiva de homens**: um olhar da enfermagem. [dissertação]. Santa Maria (RS): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria; 2010.

SILVA, A.N.R.; COSTA, C.S. **Cidade, Cidadão e Mobilidade Urbana Sustentável**, Módulo 2, Gestão Integrada da Mobilidade Urbana, curso de capacitação, Brasília, 2006.

SILVA, I.V.; AQUINO, E.M.L.; PINTO, I.C.M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 10, p. 2112-2122, 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002112&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 15 de janeiro de 2016.

SILVA, M.M.A. et al. Vida no Trânsito Project-2010 to 2012:contributions for the Decade of Action for Road Safety 2011-2020 in Brazil. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2013, v.22, n.3, p. 531-536. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300019>. Acesso em 18 de fevereiro de 2016.

SILVA, R. C.L.; PORTO, I.S.; FIGUEIREDO, N.M.A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 1, p. 156-159, 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100024&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 15 de janeiro de 2016.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 1, p. 111-118, 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100111&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 de janeiro de 2016.

SILVA, R.S.; CAMPOS, A.E.R.; PEREIRA, Á. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 738-744, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300027&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

SILVEIRA, M.O. **Mobilidade sustentável**: a bicicleta como um meio de transporte integrado. 2010. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Transportes) – Coppe – Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia – Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010.

SOARES, D.F.P.P.; BARROS, M.B.A. Fatores associados ao risco de internação por acidentes de trânsito no Município de Maringá-PR. **Rev Bras de Epidemio**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 193-205. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n2/06.pdf>. Acesso em 06 de setembro de 2016.

SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a06v10n1.pdf> Acesso em 26 de janeiro de 2016.

SOUZA, M.T.S., SILVA, M.D., CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v.8, n.1, p. 102-6, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em 21 agosto de 2015.

TAVARES, F.L. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas no Espírito Santo: série histórica de 1979 a 2003. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 14, n. 4, p. 15-21, out./dez. 2012. Disponível em <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5113/3839>. Acesso em 12 de janeiro de 2016.

TAVARES, F.L.; COELHO, M.J.; LEITE, F.M.C. Homens e acidentes motociclísticos: caracterização dos acidentes a partir do atendimento pré-hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 656-661, Dec. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400656&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 de janeiro de 2016.

TAVARES, F.L. LEITE, F.M.C., COELHO, M.J., CADE, N.V., LIMA, E.F.A. Homens e acidentes motociclísticos: gravidade dos acidentados a partir do atendimento pré-hospitalar. **J. Res.: Fundam. Care. online**, v. 8, n.1, p. 404-4014, 2016. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4174/pdf_1826 Acesso em 12 de janeiro de 2016.

TAVARES, F.L. LEITE, F.M.C. COELHO, M.J. et al. Os acidentes de bicicleta no Brasil: uma revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line**. Recife, 2016. No prelo.

TAVARES, F.L. et al. Acidentes de bicicleta na mídia impressa: implicações para enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, 2016. No prelo.

TESCHKE, K.; et al. Personal and trip characteristics associated with safety equipment use by injured adult bicyclists: a cross-sectional study. **BMC Public Health**. n. 12, v. 765, p. 1-9, 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23411678>. Acesso em 27 de janeiro de 2016.

TEBALDI, E; FERREIRA, V.R.T. Comportamentos no trânsito e causa da agressividade. **Rev Psic da Unc.** Curitiba, v.2, n.1, p 15-22, 2005. Disponível em http://www.apatru.org.br/arquivos/%7B2A8F9EAD-10B9-4B92-9AB2-2594D4496AE9%7D_32.pdf Acesso em 07 de outubro de 2016.

TIN TIN, S.; WOODWARD, A.; AMERATUNGA, S. Incidence, risk, and protective factors of bicycle crashes: Findings from a prospective cohort study in New Zealand. **Preventive Medicine online**, v.57, n.3, p. 152-161, 2013. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743513001461> Acesso em 27 de janeiro de 2016.

VANPARIJS, J. et al. Exposure measurement in bicycle safety analysis: A review of the literature. **Accident Analysis and Prevention**, Amsterdam, v.84, p.9-19, 2015. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0001457515300403/1-s2.0-S0001457515300403-main.pdf?_tid=55e7c138-9eec-11e6-b062-00000aab0f01&acdnat=1477865037_3a2b76831afd098e51fd2155eb2267cb Acesso em 30 de outubro de 2016.

VASCONCELOS, E.C. L.M.; RIBERTO, M. Caracterização clínica e das situações de fratura da coluna vertebral no município de ribeirão preto, propostas para um programa de prevenção do trauma raquimedular. **Coluna/Columna**, São Paulo , v. 10, n. 1, p. 40-43, 2011 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512011000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de outubro de 2016.

VIEIRA, A.C. et al. Percepção dos enfermeiros de emergência na utilização de um protocolo para avaliação da dor torácica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.25, n.1, 2016. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Juliana_Girondi/publication/299591043_Perception_of_emergency_nurses_in_using_a_chest_pain_assessment_protocol/links/5786216b08ae3949cf55490a.pdf Acesso em 12 de outubro de 2016.

VIEIRA, K.L.D.; GOMES, V.L.O.; BORBA, M.R. COSTA, C.F.S. Atendimento da população masculina em Unidade Básica Saúde da Família: motivos para a (não) procura. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.120-7, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/17.pdf>. Acesso em 22 de agosto de 2016.

XIMENES, C.M.A.; MARIANO, M.S.S. A violência no trânsito: um retratar da contemporaneidade. **Rev Psicol em Foco**, v.5, n.1, p. 1-10, 2015. Disponível em <http://177.135.198.140/online/index.php/psicologioemfoco/article/view/156/193> Acesso em 26 de janeiro de 2016.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2013: acidentes de trânsito e motocicletas**. Brasília: Ministério da Justiça, 2013. Disponível em http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_trânsito.pdf Acesso em 15 de outubro de 2016.

WHO. World Health Organization. **Global Status Report on Road Safety - Time for action**. Geneva; 2009.

WHO. **Mejoramiento de la seguridad vial en el mundo**. Disponível em <http://www.who.int/roadsafety/about/resolutions/sept_2011_sg_report_es.pdf> Acesso em: 13 nov. 2014.

YIN, R. **Case Study Reseach**: design and methods. 2 ed. Londres: Sage.

YUAN, A. et al. The Result of a Baseline Survey on Drink Driving in Nanning and Liuzhou of Guangxi Province, China. **Traffic Injury Prevention**, Australia, v.14, n.3, p. 13-24, 2014. Disponível em

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15389588.2012.701785?scroll=top&needAccess=true> Acesso em 30 de outubro de 2016.

ZHANG, J. et al. Motorcycle ownership and injury in China. **Inj Control Saf Promot**. Londres, v.11, n.3, p.159-163, 2014. Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101247254> Acesso em 30 de outubro de 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Formulário de coleta de dados dos acidentes de bicicleta no ano de 2014 em homens atendidos pelo SAMU/ES.

I. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA:						
Nº ID: _____					3. Idade: escrever o numeral _____	
Data: _____						
II. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE:						
1. Município de Ocorrência: _____		2. Mês da Ocorrência:			3. Dia da Semana:	
<input type="checkbox"/> ign		01. <input type="checkbox"/> jan	05. <input type="checkbox"/> mai	09. <input type="checkbox"/> set	01. <input type="checkbox"/> seg	05. <input type="checkbox"/> sex
		02. <input type="checkbox"/> fev	06. <input type="checkbox"/> jun	10. <input type="checkbox"/> out	02. <input type="checkbox"/> ter	06. <input type="checkbox"/> sab
		03. <input type="checkbox"/> mar	07. <input type="checkbox"/> jul	11. <input type="checkbox"/> nov	03. <input type="checkbox"/> qua	07. <input type="checkbox"/> dom
		04. <input type="checkbox"/> abr	08. <input type="checkbox"/> ago	12. <input type="checkbox"/> dez	04. <input type="checkbox"/> qui	08. <input type="checkbox"/> ign
4. Turno de Ocorrência: _____		5. Qualidade da Vítima:			06. Tipo de Acidente	
		01. <input type="checkbox"/> ciclista 03. <input type="checkbox"/> pedestre			01. <input type="checkbox"/> colisão com pedestre ou animal	
		02. <input type="checkbox"/> passageiro 04. <input type="checkbox"/> ign			02. <input type="checkbox"/> colisão com outro veículo a pedal	
		07. Suspeita de uso de bebida alcóolica?			03. <input type="checkbox"/> colisão com moto	
		01. <input type="checkbox"/> sim 02. <input type="checkbox"/> não 03. <input type="checkbox"/> ign.			04. <input type="checkbox"/> colisão com automóvel	
		08. Tipo de ambulância:			05. <input type="checkbox"/> colisão com veículo pesado/ônibus	
		01. <input type="checkbox"/> Suporte Avançado			06. <input type="checkbox"/> colisão com trem	
		02. <input type="checkbox"/> Suporte Básico			07. <input type="checkbox"/> colisão com veículo não motorizado	
		09. Uso de capacete:			08. <input type="checkbox"/> colisão com objeto fixo ou parado	
		01. <input type="checkbox"/> sim			09. <input type="checkbox"/> queda	
		02. <input type="checkbox"/> não			10. <input type="checkbox"/> ignorado	
		03. <input type="checkbox"/> ign				
III. ACHADOS CLÍNICOS DA VÍTIMA E PROCEDIMENTOS:						
1. Ferimento:		2. Segmento do corpo atingido:			3. Suspeita de TRM (Trauma Raque Medular)?	
01. <input type="checkbox"/> escoriaçã	06. <input type="checkbox"/> contusão	01. <input type="checkbox"/> cran/fac	06. <input type="checkbox"/> MSE	11. <input type="checkbox"/> perineo	01. <input type="checkbox"/> sim 02. <input type="checkbox"/> não	
02. <input type="checkbox"/> cortocont	07. <input type="checkbox"/> luxação	02. <input type="checkbox"/> cervical	07. <input type="checkbox"/> MID	12. <input type="checkbox"/> dorso		
03. <input type="checkbox"/> frat. fech.	08. <input type="checkbox"/> outro _____	03. <input type="checkbox"/> tórax	08. <input type="checkbox"/> MIE	13. <input type="checkbox"/> ign.		
04. <input type="checkbox"/> ampu/avul	08. <input type="checkbox"/> ign.	04. <input type="checkbox"/> abdome	09. <input type="checkbox"/> pelve			
05. <input type="checkbox"/> frat. exp.		05. <input type="checkbox"/> MSD	10. <input type="checkbox"/> genital			

4. P.A: _____ mmHg <input type="checkbox"/> ign		5.FC: _____ bpm <input type="checkbox"/> ign		6.FR: _____ rpm <input type="checkbox"/> ign		7.Sat.O₂: _____ % <input type="checkbox"/> ign					
8. Condições de Vias Aéreas:				9. Respiração:				10. Consciência:			
01. <input type="checkbox"/> permeável		04. <input type="checkbox"/> corpoestra		01. <input type="checkbox"/> normal		03. <input type="checkbox"/> ausente		01. <input type="checkbox"/> alerta			
02. <input type="checkbox"/> não perme		05. <input type="checkbox"/> ign		02. <input type="checkbox"/> alterada		04. <input type="checkbox"/> ign		02. <input type="checkbox"/> inconsciente			
03. <input type="checkbox"/> secreção								03. <input type="checkbox"/> ign			
11. ECG: _____ <input type="checkbox"/> ign				12. Coloração:				13. Ventilação:			
				01. <input type="checkbox"/> normal		03. <input type="checkbox"/> pálido		01. <input type="checkbox"/> espontânea			
				02. <input type="checkbox"/> cianótico		04. <input type="checkbox"/> ign		02. <input type="checkbox"/> artificial			
								05. <input type="checkbox"/> ign			
14. Procedimento realizado em via aérea:						15. Procedimento realizado em circulação:					
01. <input type="checkbox"/> manobras externas de desobstrução						01. <input type="checkbox"/> curativo compressivo					
02. <input type="checkbox"/> máscara/cateter de oxigênio						02. <input type="checkbox"/> monitorização cardíaca					
03. <input type="checkbox"/> nebulização						03. <input type="checkbox"/> eletrocardiograma					
04. <input type="checkbox"/> cânula de Guedel						04. <input type="checkbox"/> massagem cardíaca					
05. <input type="checkbox"/> entubação oro-traqueal						05. <input type="checkbox"/> marca-passo					
06. <input type="checkbox"/> entubação naso-traqueal						06. <input type="checkbox"/> desfibrilação					
07. <input type="checkbox"/> cricotireoidostomia						07. <input type="checkbox"/> oximetria de pulso					
08. <input type="checkbox"/> outro _____						08. <input type="checkbox"/>					
09. <input type="checkbox"/> nenhum						outro _____					
						09. <input type="checkbox"/> nenhum					
16. Procedimento de Imobilização:						17. Procedimento de Via de acesso venoso:					
01. <input type="checkbox"/> colar cervical						01. <input type="checkbox"/> veia periférica					
02. <input type="checkbox"/> KED (Kendrick Extrication Device)						02. <input type="checkbox"/> veia profunda					
03. <input type="checkbox"/> prancha longa						03. <input type="checkbox"/> intra-óssea					
04. <input type="checkbox"/> pelve						04. <input type="checkbox"/> flebotomia					
05. <input type="checkbox"/> MMSS						05. <input type="checkbox"/>					
06. <input type="checkbox"/> MMII						outro _____					
07. <input type="checkbox"/> outro _____						06. <input type="checkbox"/> nenhum					
08. <input type="checkbox"/> nenhum											
18. Hospital para o qual foi encaminhado:											
01. <input type="checkbox"/> HSL - Hospital São Lucas											
02. <input type="checkbox"/> HDDS - Hospital Dr. Dório Silva											
03. <input type="checkbox"/> HABF - Hospital Antônio Bezerra de Farias											
04. <input type="checkbox"/> Clínica dos Acidentados											
05. <input type="checkbox"/> HEJSN - Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves											
06. <input type="checkbox"/> HINSG - Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória											
07. <input type="checkbox"/> Hospital privado											
08. <input type="checkbox"/> Outro _____											
09. <input type="checkbox"/> Não foi encaminhado para hospital											
10. <input type="checkbox"/> ign											

APÊNDICE II
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA⁹

Idade:___ Grau de escolaridade: _____ possui vínculo empregatício ()SIM ()NÃO

1. Há quanto tempo você aprendeu a andar de bicicleta? _____
2. Quantas vezes você usa a bicicleta por semana? _____
3. Quantas horas você usa a bicicleta por dia? _____
4. No momento do acidente você usava a bicicleta para qual fim?
() transporte () recreação/lazer () prática de exercício físico () trabalho ()
outro _____
5. Você diria que usa a bicicleta com maior frequência para:

6. Sua bicicleta tem quanto tempo de uso? _____
7. Quais dos equipamentos abaixo sua bicicleta possui:
- campainha () SIM () NÃO
- sinalização noturna dianteira () SIM () NÃO
- sinalização noturna traseira () SIM () NÃO
- sinalização nos pedais () SIM () NÃO
- espelho retrovisor do lado esquerdo () SIM () NÃO
- freios dianteiros () SIM () NÃO
- freios traseiros () SIM () NÃO
8. Você usa capacete? () SIM () NÃO
9. Fazia uso de capacete quando se acidentou? ()SIM () NÃO
10. A que horas do dia ocorreu? _____
11. Qual o dia da semana? _____
12. Como estava o tempo? () FRIO () CALOR () CHUVOSO () ENSOLARADO
13. Que partes do corpo você “machucou”? _____
14. Que impedimentos estes machucados lhe trarão? _____
15. Onde você circulava no momento do acidente:
() ciclovia () ciclofaixa () acostamento () pista de rolamento () calçada () vicinal
16. Você já sofreu outro acidente de bicicleta? () SIM () NÃO
17. Quantos? _____
18. Quanto tempo entre um e outro? _____
19. Como foi o acidente na época? _____
20. Como aconteceu o acidente na época? _____
21. Você já ficou internado por causa de acidente de bicicleta? () SIM () NÃO
22. Quantos dias você ficou internado? _____
23. Quantas vezes? _____
24. Conte-me como aconteceu o acidente.
25. Quais as repercussões do acidente para sua vida?
26. Você acha que o acidente que você sofreu tem alguma relação com o fato de você ser homem? Por quê?
27. Como você descreve o jeito que homens e mulheres usam a bicicleta?
38. O que é masculinidade para você?

⁹ Adaptado de Fernandes (2013).



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO

APÊNDICE IV
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO
Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde



O Senhor foi selecionado e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: **“Cuidar/Cuidados de Enfermagem a Homens Vítimas de Acidentes de Bicicleta”**, que tem como objetivo: analisar os cuidados de enfermagem recebidos por homens vítimas de acidentes de bicicleta no atendimento hospitalar; avaliar as repercussões do acidente verbalizadas por homens vítimas de acidentes de bicicleta; descrever a mortalidade masculina por acidentes de bicicleta, no Espírito Santo; descrever os acidentes de bicicleta em homens no Espírito Santo. Este é um estudo de abordagem mista, utilizando a observação participante, entrevista e análise de bancos de dados secundários.

A pesquisa terá duração de dois anos, com o término previsto para julho de 2017.

Suas respostas serão tratadas **de forma anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o Senhor pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir a observação pelo pesquisador dos cuidados de enfermagem que lhe serão prestados na sala de emergência ou nos setores de internação e uma entrevista que durará aproximadamente 30 minutos gravada em arquivo de áudio MP4 em aparelho de gravação de áudio portátil contendo informações referentes à sua idade, escolaridade, vínculo empregatício, uso que faz da bicicleta, condições em que ocorreu o acidente, história de internação por acidentes de bicicleta. A entrevista será gravada em Mp4 para posterior transcrição e será guardada por **cinco (05)** anos e incinerada após esse período.

A pesquisa terá riscos mínimos por meio de constrangimentos ou desconfortos durante a participação nas entrevistas, podendo parar, recuar e prosseguir se houver estas situações, conforme aquiescência dos participantes sem prejuízo no atendimento na instituição. Os benefícios serão maiores, em melhorar a qualidade do atendimento ao acidentado de bicicleta e aprofundando os conhecimentos na área de enfermagem de emergência.

O Senhor receberá uma via deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradeço!

Fábio Lúcio Tavares

Maria José Coelho

Doutorando
e-mail: fabiotavares54@hotmail.com
celular: (27) 996092784

Professora Orientadora
e-mail: zezecoelho@yahoo.com.br
celular: (21) 965119069

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ
Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze
Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 - www.eean.ufrj.br
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2025 – Bento Ferreira
Tel (27) 3636-8300 - www.saude.es.gov.br

“O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique-se com o Comitê de Ética da Escola pelo telefone supracitado.”

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Participante da Pesquisa: _____ _____ Assinatura	_____, ____ de _____ de 20__
---	---------------------------------

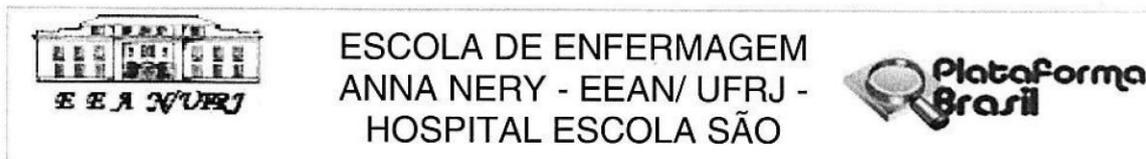
APÊNDICE V PROPOSTA DE SUGESTÃO DE PANFLETO PARA HOMENS CICLISTAS ACIDENTADOS

CICLISTA – sua segurança também depende de você!*

- ▶ Respeite a **sinalização do trânsito**; Não faça malabarismos com a bicicleta!
- ▶ Não circule entre os carros em movimento;
- ▶ Sinalize suas ações; **Não se equilibre em uma roda!**
- ▶ Dê preferência aos trajetos com **ruas menos movimentadas** – sua vida vale muito mais que os minutos ganhos em avenidas mais rápidas e com maior fluxo de veículos automotores!
- ▶ **Não corra!**
- ▶ Utilize **ciclovias, ciclofaixas ou acostamentos** ;
 - Quando não houver, utilize a borda direita da pista, no mesmo sentido dos veículos (mão direita).
- ▶ **Não use celulares** ou fones de ouvido durante o uso da bicicleta;
- ▶ Se for usar a bicicleta **não use bebida alcoólica** ou qualquer substância que diminua seus reflexos, equilíbrio e atenção;
- ▶ Use os **equipamentos de segurança** obrigatório;
- ▶ Faça manutenção preventiva da sua bicicleta;



ANEXO



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidar/Cuidados de Enfermagem a Homens Vítimas de Acidentes de Bicicleta.

Pesquisador: Fabio Lucio Tavares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47823515.1.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.213.340

Apresentação do Projeto:

A tese proposta no estudo é a de que os acidentes de bicicleta representam um importante agravo à saúde do homem, dentro do contexto da morbimortalidade masculina por causas externas, implicando em grandes repercussões no curso da vida destes homens, não apenas nos aspectos físicos e biológicos devido às lesões e ferimentos decorrentes do acidente, mas também nos aspectos social, econômico, psicológico e antropológico, e que estas repercussões estão diretamente ligadas ao Cuidado de Enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem como objetivos: analisar os cuidados de enfermagem recebidos por homens vítimas de acidentes de bicicleta no atendimento hospitalar; avaliar as repercussões do acidente verbalizadas por homens vítimas de acidentes de bicicleta; descrever a mortalidade masculina por acidentes de bicicleta, no Espírito Santo e descrever os acidentes de bicicleta em homens no Espírito Santo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta os riscos com as possibilidades de amenização dos mesmos. Os benefícios estão apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área da enfermagem e para a saúde do homem.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

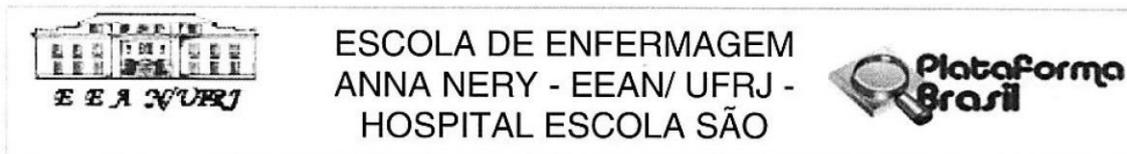
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.213.340

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 25 de agosto de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Previsão orçamentária.pdf	23/07/2015 17:53:39		Aceito
Outros	Cronograma.pdf	23/07/2015 17:54:21		Aceito
Outros	Anuência HSL.pdf	23/07/2015 17:55:36		Aceito
Outros	Anuência - SAMU.pdf	23/07/2015 17:55:58		Aceito
Outros	Instrumento Coleta de Dados HSL - roteiro de entrevista.pdf	23/07/2015 17:56:47		Aceito
Outros	Instrumento Coleta de Dados HSL - roteiro de observação.pdf	23/07/2015 17:57:21		Aceito
Outros	Instrumento Coleta de Dados SAMU.pdf	23/07/2015 17:57:41		Aceito
Outros	Recomendação pesquisa.pdf	23/07/2015 18:05:33		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Fabio Lucio Tavares).pdf	23/07/2015 18:08:56		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Maria Jose Coelho).pdf	23/07/2015 18:10:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	24/07/2015 09:35:18		Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 1.213.340

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 25 de agosto de 2015. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Previsão orçamentária.pdf	23/07/2015 17:53:39		Aceito
Outros	Cronograma.pdf	23/07/2015 17:54:21		Aceito
Outros	Anuência HSL.pdf	23/07/2015 17:55:36		Aceito
Outros	Anuência - SAMU.pdf	23/07/2015 17:55:58		Aceito
Outros	Instrumento Coleta de Dados HSL - roteiro de entrevista.pdf	23/07/2015 17:56:47		Aceito
Outros	Instrumento Coleta de Dados HSL - roteiro de observação.pdf	23/07/2015 17:57:21		Aceito
Outros	Instrumento Coleta de Dados SAMU.pdf	23/07/2015 17:57:41		Aceito
Outros	Recomendação pesquisa.pdf	23/07/2015 18:05:33		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Fabio Lucio Tavares).pdf	23/07/2015 18:08:56		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Maria Jose Coelho).pdf	23/07/2015 18:10:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	24/07/2015 09:35:18		Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com