

MARIA APARECIDA MENDES DE BEM

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS PEQUENOS TRAUMAS
EM CRIANÇAS ATENDIDAS NO HOSPITAL INFANTIL
JOANA DE GUSMÃO.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

MARIA APARECIDA MENDES DE BEM

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS PEQUENOS TRAUMAS
EM CRIANÇAS ATENDIDAS NO HOSPITAL INFANTIL
JOANA DE GUSMÃO.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso de Medicina: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientador: Prof. Dr. José Antonio de Souza

Co-orientador: Prof. Dr. Edevard José de Araújo

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2005

Bem, Maria Aparecida Mendes de.
*Aspectos epidemiológicos dos pequenos traumas em
crianças atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão / Maria
Aparecida Mendes de Bem.* – Florianópolis, 2005.
45 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) –
Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em
Medicina.

1 Epidemiologia. 2 Criança. 3 Traumatologia. I Título.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ana Mendes de Bem e João Manoel de Bem, pela sabedoria, amor e experiência de vida.

Aos meus irmãos Sônia, João Batista, Célio e Micheline Mendes de Bem, pela compreensão.

Ao Prof. Dr. José Antonio de Souza, pela dedicação e orientação para conclusão deste trabalho e pelos ensinamentos transmitidos ao longo do curso.

Aos residentes, estagiários e funcionários do serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pela colaboração e empenho na realização da coleta dos dados.

Ao Prof. Dr. Mauro Nicolau e Luciane Häck, pela iniciação à pesquisa científica.

Aos amigos, pelas horas de lazer e pelo apoio.

Aos pacientes, por me ensinarem medicina.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	ii
SUMÁRIO	iii
RESUMO	iv
SUMMARY	v
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	5
3. MÉTODO	6
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSSÃO	22
6. CONCLUSÕES	28
7. REFERÊNCIAS	29
NORMAS ADOTADAS	32
APÊNDICE	33
ANEXO	38

RESUMO

Estudo prospectivo, descritivo, transversal, abrangendo 387 crianças vítimas de pequenos traumas atendidas na emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), Florianópolis, entre 10 de julho de 2004 e 01 de maio de 2005. O perfil destas crianças foi delineado de acordo com sexo, raça, idade, escolaridade, escolaridade dos pais, renda familiar, procedência, período do dia, dia da semana e local do acidente, quem acompanhava a criança, região corporal acometida e tipo de acidente. Do total, 257 eram meninos e 130 meninas. Os pré-escolares foram acometidos em 39,0%. Trezentas e vinte e nove crianças eram brancas, 316 freqüentavam escola e 59,9% dos acidentes ocorreram no final de semana, 74,4% à tarde. Os pais estudaram até o ensino fundamental em 42,9% e a renda familiar situava-se entre 3 e 5 salários mínimos em 26,4%. As crianças eram procedentes do centro de Florianópolis em 45,5% dos casos. Em 35,1% o acidente ocorreu no quintal da casa, 37,7% na companhia dos pais. A face foi mais atingida (42,6%) e a queda da própria altura o acidente mais freqüente (27,4%). O perfil predominante das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas na emergência do HIJG é de um menino, pré-escolar, branco, procedente do centro de Florianópolis, com renda familiar entre 3 e 5 salários mínimos, que freqüenta escola, pais com escolaridade de ensino fundamental, apresentando queda da própria altura no quintal de casa, em companhia dos pais, no final de semana, período vespertino, sendo a face a região do corpo acometida.

SUMMARY

A prospective, descriptive and transversal study, embracing 387 injured children from Hospital Infantil Joana de Gusmão's (HIJG) emergency, Florianópolis, in the period of July 2004 to May 2005. These children's profile was delineated in agreement with sex, color, age, education, parents' education, family income, origin, day's period, weekday and place of the accident, companion, part of the body injured and kind of accident. Of the patients' total, 257 were boys and 130 girls. The pre-school were injured in 39,0%. It was found that 329 children were white, 316 frequenting school and 59,9% of the accidents were in the weekend, 74,4% at the afternoon. The education's level of the parents was elementary school in 42,9% and the family income locates between 3 and 5 minimum wages. Most of the children (45,5%) was from Florianópolis downtown and in 35,2% the accident was at home's yard, 37,7% with the parents presence. The face was the most affected (42,6%) and fall from height the most prevalent accident (27,9%). The predominant profile of injured children from HIJG's emergency, it belongs to a boy, pre-school, white, coming from Florianópolis downtown, family income between 3 and 5 minimum wages, parents in the elementary school education's level, fall from height at home's yard was the most prevalent accident, in parents company, in the weekend, at the afternoon and the face was the most injured part of the body.

1. INTRODUÇÃO

Trauma é uma expressão antiga, porém seu uso contemporâneo reflete as mudanças ocorridas na sua conceituação. A palavra trauma em medicina admite vários significados, todos ligados a acontecimentos não previstos e indesejáveis, que de forma mais ou menos violenta, atingem indivíduos neles envolvidos produzindo-lhes alguma forma de lesão, dano, ferida ou alteração de vários tipos e ordens ¹.

O conceito de que os traumatismos são secundários ao acaso e ao infortúnio é errôneo e prejudicial. Ao contrário, na maioria das vezes os mesmos são previsíveis e seguem padrões determinados, influenciados pelo meio ambiente e tipo de atividade do indivíduo ².

Os traumatismos na infância, da mesma forma, seguem padrões específicos, influenciados pela idade, sexo, local de moradia, hora do dia e clima ².

A partir da utilização de metodologia científica baseada no modelo epidemiológico “agente-hospedeiro-meio ambiente” é possível identificar esses padrões, permitindo a atuação preventiva sobre cada um dos componentes ².

O trauma é a maior causa de morte em idade pediátrica nos países desenvolvidos ³. Nos Estados Unidos da América (EUA), onde o trauma é a primeira causa de morte em indivíduos entre um e 44 anos, ocorrem aproximadamente 60 milhões de traumatismos por ano. Destes, cerca de 30 milhões necessitam de tratamento médico e 12% são hospitalizados ⁴.

Dados do *National Vital Statistics System* de 2004, referentes ao ano de 2002, mostraram que os acidentes, de modo geral, foram responsáveis por 30 % dos atendimentos nas salas de emergência nos EUA ⁴.

O Brasil, confirmando uma tendência mundial, vem apresentando um aumento importante no número de pessoas vitimadas pelo trauma, tendo o mesmo se tornado um grave problema de saúde pública. É a terceira causa de mortalidade, depois das doenças cardiovasculares e do câncer. Considerando-se a faixa etária de 1 a 40 anos, o trauma lidera como a primeira causa de morte. Este número alarmante é consequência do fenômeno de globalização pelo qual passa o Brasil ⁴.

Diversos estudos têm demonstrado que as crianças são mais suscetíveis aos acidentes devido ao incompleto desenvolvimento neuropsicomotor, comportamento curioso e explorador e incapacidade para avaliar riscos. Os ferimentos decorrentes de trauma na criança são, em sua maioria, contusos e

não intencionais. A desproporção entre os diferentes segmentos de seu corpo e a imaturidade de muitas estruturas faz com que áreas sensíveis fiquem mais expostas, se comparados aos adultos ⁴.

O acidente não ocorre simplesmente, mas é resultante da ação conjunta de numerosos fatores ligados ao hóspede suscetível, ao agente lesivo e ao ambiente inseguro. O desvio da situação normal, conseqüente à ação recíproca destes fatores, e que por sua vez origina o acidente, apresenta características peculiares ligadas ao grupo pediátrico, o mesmo ocorrendo com os fatores influenciadores ⁵.

Quando o hóspede suscetível é uma criança, isto é, um ser que está modificando seu comportamento e suas relações com o meio ambiente, a incidência e a distribuição dos acidentes variam consideravelmente, assim como as medidas terapêuticas e de prevenção ⁵.

Uma série de fatores próprios da infância combinados entre si, tais como sexo, idade e comportamento individual, são os determinantes dos padrões de acidentes e lesões ².

A idade é o principal fator que determina os padrões de acidentes na infância. As etapas do desenvolvimento psicomotor determinam o comportamento e a atividade diária da criança, como engatinhar, andar, correr ou andar de bicicleta ².

O recém-nascido, totalmente indefeso, depende do adulto que o protege e, portanto, o acidente ocorrido nessa fase também depende do adulto, no momento que este procede incorretamente ou cria ambiente inseguro ⁵.

Durante o primeiro ano de vida, a criança já no terceiro mês consegue rolar do berço, permanece sentada em torno do sexto mês, mantém-se de pé no nono mês, dá os primeiros passos no fim do primeiro ano e está na fase oral do seu desenvolvimento emocional. Estas características explicam os problemas mais comuns nesse período: quedas, intoxicações, ingestão ou aspiração de corpo estranho e queimaduras. As quedas ocorrem em geral de móveis sem qualquer proteção, onde adultos imprudentes deixam a criança na suposição de que elas seriam incapazes de movimentar-se o suficiente para cair ⁵.

Do segundo ao quinto ano os acidentes assumem aspectos mais importantes, quer por sua maior freqüência, quer pela diversidade do agente lesivo. A situação é em parte explicada pelas características da criança nessa fase do desenvolvimento: corre, pula, sobe e desce escadas, começa a andar de triciclo, é muito curiosa e seu campo social amplia bastante, passando a ser uma coletividade, embora ainda restrita ⁵.

Considerando-se o grande desenvolvimento motor e a excessiva movimentação apresentada pela criança a partir do segundo ano de vida, compreende-se a alta seqüência das quedas e das colisões

observadas. Pressão do grupo, representada pelos amigos mais velhos, e tendência à imitação, levando à realização de atos perigosos, começam agora a aparecer como fatores influenciadores ⁵.

O escolar tem os limites de sua movimentação consideravelmente ampliados e a vigilância familiar bastante diminuída. É sujeito a novas formas de influência e seus interesses e motivações se modificam. Os acidentes assumem outras características, tendo agora importância considerável os acidentes de trânsito, continuando as quedas e colisões em número expressivo ⁵.

A personalidade aventureira do jovem e a influência do grupo explicam ainda outros tipos de acidentes, freqüentes nesse período de vida, tais como afogamentos, agressões, acidentes esportivos, acidentes com armas, entre outros ⁵.

As diferenças quanto à prevalência e padrões dos acidentes de acordo com o sexo também se tornam evidentes já no primeiro ano de vida. Essas diferenças iniciam no quinto mês, quando as crianças aprendem a engatinhar, e intensificam no momento em que completam o primeiro aniversário. Continuam a aumentar durante os anos subseqüentes. Os meninos são vítimas com maior freqüência de acidentes em *playgrounds*, acidentes ciclísticos e atropelamentos, indicando que o tipo de comportamento é fator determinante. Um menino adolescente tem duas vezes mais possibilidade de sofrer um acidente que uma menina da mesma idade ².

Os fatores sócio-econômicos têm uma certa influência sobre o tipo e a distribuição dos acidentes. O fator ambiental isolado que mais influencia os acidentes na infância é a pobreza. Uma criança pobre em um centro urbano tem probabilidade 2,5 vezes maior de sofrer acidentes ².

Fatores sócio-econômicos como maternidade precoce, mães solteiras e baixo nível educacional estão presentes nas camadas inferiores da sociedade e contribuem para um aumento do número de acidentes na infância. No Brasil, observa-se uma nítida relação da miséria com o aumento da violência contra crianças e adolescentes, especialmente em grandes centros urbanos ².

A magnitude da morbidade e mortalidade causadas pelo trauma tem estimulado a realização de diversos estudos para melhor entender a sua epidemiologia, o que permite a adoção de medidas preventivas específicas ⁴.

A epidemiologia é definida como o estudo da distribuição e de determinantes de estados e eventos relacionados à saúde em populações específicas e a aplicação deste estudo ao controle de problemas de saúde ⁶.

Há quase 30 anos vem aumentando a preocupação com a epidemiologia local do trauma, com a finalidade de implementação de medidas de atuação ⁴.

Outro aspecto fundamental no estudo dos traumatismos é a utilização permanente de um sistema de coleta e análise de dados. Este deve ser abrangente, qualitativo e eficiente, tanto em âmbito local como nacional, com o objetivo de identificar de forma detalhada e profunda os problemas e a população-alvo e planejar estratégias de controle e prevenção. Infelizmente, os dados referentes ao trauma na infância são de difícil obtenção e na maioria das vezes imprecisos².

Quanto mais preciso é o conhecimento do que acontece, tanto mais fácil será tomar medidas corretas para a sua prevenção. Os costumes variam de uma comunidade para outra, do mesmo modo que um estudo epidemiológico realizado em um país ou região nem sempre será válido para outros. Porém, o correto registro dos traumas pediátricos permite a comparação com o resultado de outros centros, com a finalidade de que as possíveis diferenças nos sistemas de assistência possam ser identificadas e corrigidas⁷.

Os estudos sobre os fatores de risco para ocorrência de acidentes são, em sua maioria, retrospectivos, geralmente baseados em registros de serviços de saúde ou informações colhidas através de inquéritos⁸.

As estatísticas nacionais e regionais de trauma pediátrico são nitidamente insuficientes. Justifica-se, então, este estudo prospectivo que pretende avaliar os fatores epidemiológicos determinantes para a ocorrência dos pequenos traumatismos decorrentes de acidentes em crianças atendidas no serviço de emergência de um hospital referência do sul do Brasil, visando fornecer um diagnóstico da situação e contribuir para a adoção de medidas de controle e prevenção mais eficientes.

2. OBJETIVO

Analisar os aspectos epidemiológicos dos pequenos traumas em crianças atendidas no serviço de emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

3. MÉTODO

3.1 Casuística

Foi realizado um estudo epidemiológico, prospectivo, descritivo-analítico, transversal, dos pacientes atendidos com história de pequenos traumas no serviço de emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), Florianópolis, Santa Catarina, durante o período compreendido entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005.

Como critérios de inclusão para a pesquisa foram selecionadas crianças com idade até 16 anos incompletos atendidas com história de pequenos traumas, que necessitaram apenas de tratamento ambulatorial. Foram excluídas crianças com idade igual ou superior a 16 anos, as que necessitaram de internação hospitalar e aquelas cujos responsáveis não concordaram em participar do estudo.

Foram totalizadas 387 crianças, não correspondendo à totalidade dos atendimentos realizados no referido setor.

O período de coleta dos dados foi diariamente das 8 às 20 horas, sete dias por semana, no período estabelecido.

3.2 Procedimentos

As informações foram obtidas de uma ficha de coleta de dados (Apêndice), respondida pelos pais ou responsáveis pela criança, recrutados após realizado o devido atendimento na unidade de saúde acima. O termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice) foi obtido dos pais ou responsáveis legais pela criança, já que os participantes não estavam capacitados legalmente para assinar o consentimento.

Após a coleta dos dados, estes foram arquivados, compilados, catalogados e analisados pelo pesquisador e seu orientador, utilizando-se os programas EpiData 3.0⁹, Epi-info V6 e Microsoft Excel, sendo feita a análise através da frequência, intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$) e tabulação cruzada das variáveis de interesse.

O perfil destas 387 crianças foi analisado de acordo com variáveis relacionadas às vítimas e ao acidente.

3.2.1 - Variáveis relacionadas à vítima:

1 - Sexo: foi categorizado em masculino e feminino.

2 - Idade: os pacientes foram distribuídos seguindo os critérios de faixa etária de Marcondes¹⁰ (Quadro 1).

QUADRO 1 – Classificação segundo a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	IDADE
Recém-nascido	0 29 dias
Lactente	29 dias 2 anos
Pré-escolar	2 6 anos
Escolar	6 10 anos
Pré-púbere	10 12 anos
Púbere	12 14 anos
Pós-púbere	14 16 anos

3 - Raça: a distribuição segundo a raça foi categorizada em brancos, negros e outras raças, que inclui pardos, amarelos e indígenas, de acordo com o censo demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹.

4 - Escolaridade da criança e escolaridade dos pais da criança: categorizada segundo a classificação do Sistema Educacional Brasileiro, proposto pelo IBGE, em 2002¹²:

- a) Educação infantil: destinada a crianças de 0 a 6 anos de idade. Compreende creche e pré-escola.
- b) Ensino fundamental (1º grau): abrange a faixa etária de 7 a 14 anos e com duração de 8 anos.
- c) Ensino médio (2º grau) e médio profissionalizante: duração variável entre 3 e 4 anos.
- d) Ensino superior: compreende a graduação e a pós-graduação.

Foram incluídas também crianças que nunca freqüentaram a escola e pais analfabetos.

5 - Renda familiar: avaliada segundo as classes de rendimento mensal de todos os trabalhos, em salários mínimos, Brasil 2001, segundo o IBGE, em 2002¹³: menor que 1, de 1 a 2, de 2 a 3, de 3 a 5, de 5 a 10, de 10 a 20, maior que 20, sem rendimento ou sem declaração.

6 - Procedência: analisada segundo crianças provenientes da região da Grande Florianópolis, que inclui as cidades de Florianópolis, São José, Biguaçu e Palhoça; ou outras cidades. Além disso, os bairros de Florianópolis foram distribuídos entre os 12 distritos administrativos que fazem parte do município¹⁴ (Anexo).

3.2.2 - Variáveis relacionadas ao acidente:

1 - Período de ocorrência do acidente: o horário de ocorrência do acidente foi agrupado da seguinte forma⁴:

- Madrugada: da 0 hora às 5 horas 59 minutos.
- Manhã: das 6 horas às 11 horas 59 minutos.
- Tarde: das 12 horas às 17 horas 59 minutos.
- Noite: das 18 horas às 23 horas 59 minutos.

2 - Dia da semana de ocorrência do acidente: foram classificados em dias úteis (segunda a sexta feira) e final de semana (sábado e domingo)⁴.

3 - Época do ano: os acidentes foram agrupados nas quatro estações do ano⁴:

- Verão: de 22 de dezembro a 21 de março.
- Outono: de 22 de março a 21 de junho.
- Inverno: de 22 de junho a 21 de setembro.
- Primavera: de 22 de setembro a 21 de dezembro.

4 - Local de ocorrência do acidente: as variáveis foram distribuídas em¹⁵: residência (especificando se no quarto, cozinha, sala, banheiro, quintal ou outro local), escola, via pública, áreas de lazer, ou outro local.

5 - Quem acompanhava a criança no momento do acidente? Entre as variáveis levantadas, estavam¹⁵: pais (pelo menos 1 deles), babá/ empregada, professora, amigos, irmãos, outros parentes, desconhecido, sozinho, outros.

6 - Região do corpo atingida: para a classificação das regiões do corpo atingidas foi utilizado o capítulo XIX da CID-10-Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Conseqüências de Causas Externas (Organização Mundial da Saúde, 1993) (Anexo). Foram divididas em:

- Couro cabeludo;
- Face;
- Pescoço;
- Membro superior;
- Mão;
- Tronco;
- Períneo;
- Membro inferior;
- Pé.

7 - Agente causal: as categorias foram distribuídas em:

- Queimaduras: fogo, líquidos aquecidos, sólidos aquecidos, líquidos inflamáveis ou outros.
- Quedas: própria altura, bicicleta, patins/ *skate*, móveis, escada, outros.
- Mordedura de animais: conhecido ou desconhecido. Tipo de animal.
- Colisões: automóvel, parede, bicicleta, pessoa, bola, outros.
- Presença de corpo estranho: prego, espinho, madeira, outros.
- Instrumentos cortantes: faca, tesoura, vidro, outros.
- Outro motivo.

Este trabalho teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com o parecer de nº112/2004, em reunião realizada no dia 09 de agosto de 2004 (Apêndice).

4. RESULTADOS

Das 387 crianças do estudo, a faixa etária predominante foi a dos pré-escolares. Não foi registrado nenhum caso em recém-nascido. Quanto ao sexo, o risco relativo do masculino sobre o feminino foi de 1,98, sendo a diferença estatisticamente significativa, com intervalo de confiança de 95% de 61,4% - 71,1% e 28,9% - 38,6% , respectivamente. (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo a faixa etária e o sexo, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

FAIXA ETÁRIA	SEXO						IC 95%
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	
Lactente	16	4,1	14	3,6	30	7,7	5,4 - 11,0
Pré-escolar	93	24,0	58	15,0	151	39,0	34,0 - 44,1
Escolar	87	22,5	38	9,8	125	32,3	27,7 - 37,2
Pré-púbere	30	7,8	9	2,3	39	10,1	7,3 - 13,6
Púbere	25	6,5	9	2,3	34	8,8	6,2 - 12,2
Pós-púbere	6	1,6	2	0,5	8	2,1	1,0 - 4,2
SUBTOTAL	257	66,4	130	33,6	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005

Tabela 2 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo a raça, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

RAÇA	n	%	IC 95%
Branco	329	85,0	81,0 – 88,3
Negro	24	6,2	4,1 – 9,2
Outra	34	8,8	6,2 – 12,2
TOTAL	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

Tabela 3 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo a escolaridade dos pais, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

ESCOLARIDADE	n	%	IC 95%
Analfabeto	4	1,0	0,3 – 2,8
Educação infantil	17	4,4	2,7 – 7,1
Ensino fundamental	166	42,9	37,9 – 48,0
Ensino médio e profissionalizante	128	33,1	28,5 – 38,0
Ensino superior	72	18,6	14,9 – 22,9
TOTAL	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

Tabela 4 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo a frequência à escola e o dia da semana do acidente, em número (n) e percentual (%).

ESCOLA	DIAS DE SEMANA		FINAL DE SEMANA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Frequente	133	34,4	183	47,3	316	81,7
Não frequente	22	5,7	49	12,6	71	18,3
SUBTOTAL	155	40,1	232	59,9	387	100,0

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005

Ao calcular-se a associação entre frequência à escola e acidentes em finais de semana, foi encontrado um valor de $p = 0,0844$.

Em relação às vítimas, a maioria estava cursando o ensino fundamental, com 182 crianças (47,0%), seguido de 134 (34,6%) que cursavam educação infantil e 71 (18,4%) que nunca tinham frequentado a escola. Nenhuma frequentava o ensino médio.

Tabela 5 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo a renda familiar, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

RENDA FAMILIAR	n	%	IC 95%
Até 1 salário mínimo	10	2,6	1,3 – 4,9
Mais de 1 a 2 salários mínimos	50	12,9	9,8 – 16,8
Mais de 2 a 3 salários mínimos	74	19,1	15,4 – 23,5
Mais de 3 a 5 salários mínimos	102	26,4	22,1 – 31,1
Mais de 5 a 10 salários mínimos	76	19,6	15,9 – 24,0
Mais de 10 a 20 salários mínimos	51	13,2	10,1 – 17,1
Mais de 20 salários mínimos	21	5,4	3,5 – 8,3
Sem rendimento	2	0,5	0,1 – 2,1
Sem declaração	1	0,3	0,0 – 1,7
TOTAL	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

A maioria dos pacientes (366, que corresponde a 94,6%), procedeu da região da Grande Florianópolis, sendo 295 crianças de Florianópolis. O restante era de outras cidades catarinenses, como Antônio Carlos, Governador Celso Ramos, São Pedro de Alcântara, Joinville, Santo Amaro da Imperatriz, Ibirama, Fraiburgo, Lages, Joaçaba, ou de outros estados, como Rio Grande do Sul, São Paulo, Paraná e Amazonas. (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo a procedência da criança, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

PROCEDÊNCIA	n	%	IC 95%
Florianópolis	295	76,2	71,6 – 80,3
São José	41	10,6	7,8 – 14,2
Palhoça	22	5,7	3,7 – 8,6
Biguaçu	8	2,1	1,0 – 4,2
Outra cidade	21	5,4	3,5 – 8,3
TOTAL	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

Tabela 7 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo o distrito administrativo de Florianópolis, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

DISTRITO	n	%	IC 95%
Canasvieiras	11	2,8	1,5 – 5,2
Cachoeira do Bom Jesus	19	4,9	3,1 – 7,7
Ingleses do Rio Vermelho	14	3,6	2,1 – 6,1
São João do Rio Vermelho	7	1,8	0,8 – 3,9
Ratones	2	0,5	0,1 – 2,1
Santo Antônio de Lisboa	9	2,3	1,1 – 4,5
Centro	176	45,5	40,5 – 50,6
Lagoa da Conceição	7	1,8	0,8 – 3,9
Ribeirão da Ilha	19	4,9	3,1 – 7,7
Pântano do Sul	4	1,0	0,3 – 2,8
Campeche	19	4,9	3,1 – 7,7
Barra da Lagoa	8	2,1	1,0 – 4,2
TOTAL	295	76,3	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

Tabela 8 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo o período do dia em que ocorreu o acidente, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

PERÍODO	n	%	IC 95%
Manhã	80	20,7	16,8 – 25,1
Tarde	288	74,4	69,7 – 78,6
Noite	19	4,9	3,1 – 7,7
TOTAL	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005

Tabela 9 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo a época do ano em que ocorreu o acidente, em número (n) e média de acidentes por dia.

ESTAÇÃO DO ANO	n	ACIDENTES POR DIA
Verão	93	1,0
Outono	29	0,7
Inverno	148	2,0
Primavera	117	1,3
TOTAL	387	1,3

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

Tabela 10 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo o local do acidente, em número (n) percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

LOCAL	n	%	IC 95%
Residência	230	59,4	54,3 – 64,3
Escola	20	5,2	3,3 – 8,0
Via pública	78	20,1	16,3 – 24,6
Áreas de lazer	49	12,7	9,6 – 16,5
Outros*	10	2,6	1,3 – 4,9
TOTAL	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

* Trabalho dos pais, estábulo, restaurante, supermercado, ponto de ônibus, no automóvel, áreas de construção, campo de futebol e festa de aniversário.

Tabela 11 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo o local intradomiciliar do acidente, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

LOCAL INTRADOMICILIAR	n	%	IC 95%
Cozinha	26	6,7	4,5 – 9,8
Quarto	26	6,7	4,5 – 9,8
Sala	17	4,4	2,7 – 7,1
Banheiro	11	2,8	1,5 – 5,2
Quintal	136	35,1	30,4 – 40,2
Outros*	14	3,6	2,1 – 6,1
TOTAL	230	59,4	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

* Churrasqueira, garagem, sacada e escada.

Tabela 12 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo quem acompanhava a criança no momento do acidente, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

QUEM ACOMPANHAVA	n	%	IC 95%
Pais	146	37,7	32,9 – 42,8
Babá ou empregada	4	1,0	0,3 – 2,8
Professora	15	3,7	2,3 – 6,5
Amigos	86	22,2	18,2 – 26,8
Irmãos	49	12,7	9,6 – 16,5
Parentes	33	8,5	6,0 – 11,9
Sozinho	45	11,6	8,7 – 15,3
Desconhecido	2	0,5	0,1 – 2,1
Outros*	7	1,8	0,8 – 3,9
TOTAL	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

* Vizinhos, amigos da família.

Tabela 13 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo a parte do corpo atingida, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

PARTE DO CORPO ATINGIDA	n	%	IC 95%
Couro cabeludo	68	17,6	14,0 – 21,8
Face	165	42,6	37,7 – 47,7
Pescoço	1	0,3	0,0 – 1,7
Membro superior	21	5,4	3,5 – 8,3
Mão	35	9,0	6,5 – 12,5
Tronco	4	1,0	0,3 – 2,8
Períneo	2	0,5	0,1 – 2,1
Membro inferior	56	14,5	11,2 – 18,5
Pé	35	9,0	6,5 – 12,5
TOTAL	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

Tabela 14 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo o agente causal, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

AGENTE CAUSAL	n	%	IC 95%
Queimaduras	14	3,6	2,1 – 6,1
Quedas	171	44,2	39,2 – 49,3
Mordedura de animais	24	6,2	4,1 – 9,2
Colisões	84	21,7	17,8 – 26,2
Corpo estranho	23	5,9	3,9 – 8,9
Instrumentos cortantes	67	17,3	13,8 – 21,5
Outros*	4	1,0	0,3 – 2,8
TOTAL	387	100,0	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

* Preensão do dedo.

Tabela 15 - Distribuição das crianças vítimas de pequenos traumas atendidas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, entre 10 de julho de 2004 e 1º de maio de 2005, segundo o tipo de queda, em número (n), percentual (%) e intervalo de confiança de 95% em percentual (IC 95%).

TIPO	n	%	IC 95%
Própria altura	106	27,4	23,1 – 32,2
Bicicleta	29	7,5	5,2 – 10,7
Móveis	13	3,4	1,9 – 5,8
Escada	7	1,8	0,8 – 3,9
Outros*	16	4,1	2,5 – 6,8
TOTAL	171	44,2	

Fonte: Serviço de emergência do HIJG, 2004-2005.

* Skate, rede, muro, escorregador, piscina, balanço, gangorra, sandboard e de cima da pedra.

Analisando as queimaduras, as provocadas por líquido aquecido foram as mais freqüentes, com 7 casos, seguido por fogo com 3, sólido aquecido e líquido inflamável com 2 cada.

Foram registrados 24 casos de mordeduras de animais, todos por cão, sendo que em 22 (91,7%) o animal era conhecido e em apenas 2 (8,3%) era desconhecido.

Segundo as colisões, foi verificado o maior número contra parede com 34, seguido por 11 com bicicleta, 6 com automóvel, 5 com mesa, 3 com pedra, 3 com pessoa, 2 com balanço, os demais: bola, prancha de *sandboard*, lâmina de enxada, bumerangue, tijolo, churrasqueira de latão, caixa de madeira, armário, martelo, berço, ponto de ônibus, árvore, criado-mudo, lata de lixo, prancha de surfe, borda da piscina, vaso sanitário, cômoda, escorregador e *skate*, com 1 caso cada.

Para a presença de corpo estranho no ferimento, dos 23 casos registrados, 11 foram por prego, 4 por anzol, 4 por madeira, 2 por pedra, 1 por caco de telha e 1 por espinho.

Analisando os acidentes causados por instrumentos cortantes, 33 casos foram por vidro, 9 por faca, 4 por corrente de bicicleta, 4 por azulejo, 3 por arame farpado, 3 por pedra, 3 por instrumentos de metal e, finalmente, estufa, fio, espelho, machadinha, serra, roda de carro, estilete e hélice de barco com 1 caso cada.

5. DISCUSSÃO

Em 1950, Dietrich, pesquisador norte-americano, já relatava a importância dos acidentes envolvendo crianças como um problema relevante de saúde pública. O grupo populacional infantil constituído por menores de quinze anos é o mais vulnerável aos desastres e acidentes. A experiência mostra que quanto mais jovem e imatura a criança menor sua percepção de risco e maior sua vulnerabilidade e dependência de terceiros, em termos de segurança contra acidentes e desastres ¹⁶.

O estudo dos traumatismos mostra que a maioria podem ser evitados e, somando-se às suas conseqüências, expõe a necessidade de prevenção ¹⁷.

A análise da epidemiologia do trauma é essencial para fundamentar a prevenção, que é a melhor atitude perante os acidentes, especialmente no que se refere às crianças ^{2,6,17}.

Em 1955 a Organização Mundial da Saúde publicou um informe que recomendava prioridade ao estudo e prevenção dos acidentes infantis. Uma das vias possíveis de atuação é empreender trabalhos de investigação epidemiológica. O conhecimento da realidade é fundamental para adotar medidas de prevenção eficazes ¹⁷.

Numerosos trabalhos mostraram uma maior incidência de acidentes no sexo masculino ^{3,4,8,15,17-36}, variando a relação entre meninos e meninas de 1,27 ¹⁵ a 3,17 ³³. Em um estudo com 883 crianças²⁹, a incidência para os meninos foi de 66,48%, sendo a proporção de 1,98. Resultados muito semelhantes foram encontrados neste trabalho, onde a proporção entre meninos e meninas foi de 1,98, sendo 66,41% de meninos (Tabela 1). Este predomínio do sexo masculino é explicado, provavelmente, pela diferença de atividades desenvolvidas em cada sexo, estando o menino mais exposto a atividades dinâmicas que envolvem maior risco, enquanto meninas possuem atividades mais brandas. Outro fato importante é que, sócio-culturalmente, o menino adquire liberdade mais precocemente em relação às meninas e começam a realizar atividades com menor supervisão direta dos adultos, tendo, então, um maior tempo de exposição a situações que antecedem acidentes ¹⁵. Para Linhares ⁴, esta distribuição é explicada pelo comportamento dos meninos, normalmente mais destemidos e exploradores, que acabam se expondo mais à rua, ao trânsito e aos perigos ocasionados pelos mesmos, além de se envolverem em brincadeiras e atitudes de maior risco.

A idade é um dos principais fatores que determinam os padrões de acidentes na criança. As etapas do desenvolvimento neuropsicomotor determinam o comportamento nas atividades diárias, como

engatinhar, andar, correr ou andar de bicicleta ²⁹.

A literatura mostra diferentes resultados em relação aos grupos etários predominantes. Em estudo com 890 crianças, a faixa etária mais atingida foi a de 7 a 11 anos ¹⁵. Em outros três, a maior incidência foi entre 5 e 9 anos ^{29,35,36}. Já o grupo dos pré-escolares foi o predominante em outros trabalhos ^{8,27,29}, fato que também ocorreu nesta casuística (Tabela 1). Este grupo etário apresenta em seu desenvolvimento curiosidades, tendência à exploração e busca, carecendo ainda de normas de prudência e auto-cuidado ²⁷. Apresentam um tipo de pensamento mágico, com percepção egocêntrica e com uma lógica própria de interpretar seu ambiente, não sendo capazes, ainda, de apreender noções de segurança ⁸. Nesta faixa etária, a capacidade motora desenvolve-se rapidamente. A criança aprende a andar, e crescem a curiosidade e o sentido de descoberta do mundo exterior. Passa a imitar as crianças mais velhas e os adultos e a envolver-se em brincadeiras com crianças maiores. Começa a sair de casa, inicialmente acompanhada, e a explorar quintais, praças e parques, ficando cada vez mais exposta a situações de risco ¹⁶.

Há maior incidência de acidentes em crianças brancas na literatura pesquisada ^{3,8}. Segundo dados do IBGE do ano 2000, 53,8% da população brasileira era da raça branca, 39,5% eram mestiços e 6,2% negros ¹¹. A predominância de vítimas da raça branca neste estudo (Tabela 2) pode estar relacionada com a prevalência racial no meio estudado.

Segundo a taxa de escolaridade por anos de estudo da cidade de Florianópolis, em 1996, a maioria da população apresentava de 4 a 12 anos de estudo ³⁷. Em relação à escolaridade dos pais das vítimas, neste trabalho não houve diferença significativa entre ensino fundamental e ensino médio e profissionalizante (Tabela 3), refletindo o nível de estudo mais prevalente na população do município.

Crianças que freqüentavam escolas ou creches apresentaram incidência maior de pequenos traumas, no presente estudo (Tabela 4). Isto, provavelmente, deve-se ao fato de serem crianças em uma fase mais ativa, geralmente pré-escolares e escolares, faixa etária de maior incidência nesta casuística.

Alguns autores referiram maior incidência de acidentes em finais de semana ^{4,25,31,36}, fato também observado no presente estudo (Tabela 4). Como a maioria das vítimas deste estudo freqüentava escola, permanecia a maior parte do período, durante a semana, dentro de salas de aula ou em atividades supervisionadas. Dessa forma, possuíam maior tempo livre para brincar e se expor a riscos principalmente nos finais de semana.

Fonseca *et al.* ⁸ não encontraram associação significativa entre a ocorrência de lesões acidentais e

a renda familiar. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE, em 2002 ¹³, a maioria da população brasileira tem renda mensal até 2 salários mínimos. Em Florianópolis, este valor encontra-se entre 1 e 7 salários mínimos ³⁸, estando a maior parte das vítimas deste estudo com renda familiar dentro desse valor (Tabela 5).

A grande maioria dos pacientes era procedente de Florianópolis, do distrito central (Tabelas 6 e 7). Este fato pode ser explicado por se tratar de um estudo sobre pequenos traumas, que não necessitaram de tratamento especializado ou internação hospitalar, e devido ao HIJG localizar-se na região central de Florianópolis. Dessa forma, as vítimas de regiões mais distantes poderiam ter se dirigido a outros hospitais ou centros de saúde localizados mais próximos de sua residência. Além disso, a região central de Florianópolis apresenta a maior densidade demográfica do município com 213.574 habitantes, segundo o censo de 2000 do IBGE ³⁹, sendo 342.315 o total da população.

Segundo o período do dia em que ocorreu o acidente, alguns autores relataram uma maior frequência de traumas no período da tarde ^{3,4,20,25,36}. O mesmo ocorreu no presente estudo (Tabela 8). Provavelmente, neste período, as crianças estão no auge de suas atividades físicas fora de casa e com menor supervisão ³.

Em relação à distribuição dos acidentes de acordo com as estações do ano, alguns trabalhos apresentaram maior incidência nos meses quentes ^{4,21,34}. Outros não encontraram diferença estatística entre as estações ^{17,20,31}. No presente estudo, como a coleta dos dados foi interrompida antes de completar um ano, esta distribuição pode ter sido prejudicada. A média de acidentes por dia foi maior no inverno (Tabela 9). Como neste trabalho houve maior frequência de acidentes no domicílio (Tabela 10), esta ocorrência pode encontrar justificativa no fato de que as pessoas, principalmente as crianças, permaneceriam mais tempo em casa nesta época do ano, ficando mais susceptíveis aos acidentes neste local.

Vários trabalhos apresentaram maior incidência de acidentes dentro do domicílio ^{15,20-22,27,31,35,40}, como neste estudo (Tabela 10). Isto se deve ao fato do ambiente doméstico ser considerado um local perigoso, pois, são encontrados objetos pérfuro-cortantes, fogão, janelas sem proteção, animais domésticos, medicamentos e produtos de limpeza mal armazenados ¹⁵. Além disso, como Florianópolis é uma cidade bem urbanizada, com grande fluxo de veículos, sobram poucos espaços fora do domicílio para as atividades das crianças. Pode-se sugerir que, nas grandes cidades, à medida que a rua vai se tornando perigosa, passa a não ser mais uma área natural de exploração e brincadeiras. Por esta razão, as crianças se vêem confinadas a realizar seus jogos em espaços insuficientes e inapropriados, com maior risco de acidentes.

A incidência de acidentes no ambiente escolar foi significativamente menor, comparando-se à residência, áreas de lazer ou via pública (Tabela 10). Isto poderia ser explicado pelo fato que na escola a criança permanece a maior parte do tempo sob supervisão docente e em salas de aula, sendo, portanto, um local seguro.

Verzoletti *et al.*²⁰, estudando os traumatismos crânio-encefálico na infância, referiram a cozinha como o local intradomiciliar de maior ocorrência. Já Unglert *et al.*³⁵ observaram mais acidentes na parte externa da casa. No presente estudo, o quintal foi estatisticamente superior aos demais locais pesquisados (Tabela 11). Isto poderia ter explicação no fato de os quintais e jardins das casas serem ambientes que possuem uma variedade de objetos e situações que põem as crianças em risco, tais como: pedaços de vidro, de aço e madeira, pedras, ferramentas, cercas e também animais domésticos. Além disso, as crianças apresentariam maior liberdade para correr e explorar o ambiente que dentro do domicílio, ocorrendo, dessa forma, mais acidentes.

Em relação a quem estava presente no momento do acidente, Filócomo *et al.*¹⁵ verificaram que em 43,4% dos casos os pais acompanhavam a criança, em 22,2% os amigos, em 8,3% a professora e em 4,3% a vítima encontrava-se sozinha. A incidência nesta casuística foi de 37,7% para a presença dos pais, 22,2% para os amigos e os menores índices foram para a presença da professora ou babá (Tabela 12). Filócomo *et al.*¹⁵ ressaltaram que a presença do adulto não impede que o acidente aconteça, talvez por desconhecimento de como evitá-lo ou ainda por não estar realizando uma supervisão direta, isto é, encontra-se presente durante as atividades de lazer das crianças, porém realizando outras atividades. A menor ocorrência de pequenos traumas quando a criança estava acompanhada da professora ou babá poderia ter explicação no fato de serem profissionais que dispensam maior supervisão direta e exclusiva à criança, podendo atuar de forma mais ativa na prevenção dos acidentes. Uma melhor orientação aos pais sobre os fatores de risco e uma supervisão mais rigorosa poderia contribuir para que esse índice decresça.

O local do corpo mais lesado, de acordo com a literatura pesquisada^{17,21,27,35}, foi a cabeça. Neste trabalho, a ocorrência de ferimentos em couro cabeludo e face foi estatisticamente superior às demais partes do corpo (Tabela 13). Como as vítimas de maior prevalência eram pré-escolares, estes apresentam maior superfície dos seguimentos superiores em relação aos inferiores, levando o centro de gravidade para o pólo cefálico, estando, dessa forma, mais susceptíveis ao impacto primeiramente da cabeça quando sofrem quedas²¹.

Quanto ao agente causal, em numerosos trabalhos há predomínio das quedas em relação aos demais acidentes^{3,15,17,19-21,25,28,30,31,35,36,40}, sendo o tipo mais freqüente a queda da própria altura

^{15,17,19-21}. No presente estudo, a incidência de quedas foi estatisticamente superior (Tabela 14) e a maioria foi da própria altura (Tabela 15). Para a faixa etária de 1 a 3 anos, isto é justificado pela fase de maturação motora, cognitiva e psicossocial onde se encontram estas crianças, aprendendo a conhecer os seus limites e adaptando-se ao meio ¹⁵. Para as crianças acima de 4 anos, este evento provavelmente está relacionado às atividades de lazer e esportes, próprios dessa faixa etária, destacando-se jogos, bicicleta, patins e outros ¹⁵.

O segundo tipo mais comum de acidente foram as colisões, com 21,7% do total (Tabela 14), sendo aquelas contra paredes as mais frequentes. Provavelmente, devido à incompleta noção espacial e por estarem em pleno desenvolvimento psicomotor, os pré-escolares apresentam mais frequentemente colisões com anteparos, móveis e outros objetos que os cercam, sendo importante propiciar uma moradia com menores fatores de risco, dispondo os móveis de forma a não restringir o espaço físico para a criança brincar e protegendo os cantos de mobiliários.

Em relação aos instrumentos cortantes, com 17,3% dos casos (Tabela 14), estes podem estar relacionados com a falta de habilidade motora das crianças para manusear objetos e utensílios perfuro-cortantes ¹⁵. Além disso, o grande número de ferimentos por cacos de vidro traduz, provavelmente, o descuido em relação ao seu correto destino encontrando-se espalhados pelo domicílio, principalmente no quintal.

Em estudo sobre mordeduras de cães na infância ²³, a faixa etária mais acometida foi a escolar, atribuindo-se esses resultados à maior liberdade, movimentação e espaço social ocupados por essas crianças, que utilizam como áreas de lazer o quintal de suas casas, ruas, praças e locais públicos. Com relação ao agente agressor, 87,4% eram conhecidos de suas vítimas. Nesta casuística, 91,7% dos animais eram conhecidos. Embora muitas vezes o comportamento da criança não seja provocativo, algumas atividades do dia-a-dia como correr e andar de bicicleta podem parecer provocativas e irritar os animais. Isto sugere que um trabalho educativo pode beneficiar um grande número de vítimas potenciais, ensinando a criança a lidar mais adequadamente com o temperamento e instinto do cão ²³.

Assim como os acidentes por instrumentos cortantes, mordedura de animais, quedas e colisões resultando em ferimentos, os acidentes com presença de corpo estranho, com significativa incidência de ferimentos por pregos, revela a importância da criança ter o esquema vacinal completo, devido ao risco do aparecimento do tétano.

Para Filócomo *et al.* ¹⁵, a incidência de queimaduras foi de 6,1%. No presente estudo, esse valor foi menor (3,6%). Como o Hospital Infantil Joana de Gusmão é também um centro de referência de queimados, é possível que parte dos pacientes tenham sido encaminhados para o atendimento

ambulatorial e especializado, não participando do estudo.

O trauma na faixa etária pediátrica está intimamente relacionado às condições como sexo, idade e fase de desenvolvimento, porém, sofre uma interação significativa com o meio, representado pela família, lar, escola e também com a sociedade como um todo. Mesmo não sendo possível entender completamente a causa de uma lesão, pode-se encontrar possibilidades para a prevenção da mesma⁴.

A realização de estudos epidemiológicos é o primeiro passo para a prevenção, pois possibilita o conhecimento dos mecanismos da lesão, dos fatores que predisõem a mesma e do grupo de indivíduos mais atingidos. Com esses dados, é possível criar programas de prevenção específicos⁴.

Um dos pilares para redução de acidentes na infância é a educação, a qual requer mobilização de vários segmentos da população, como pediatras, enfermeiros, professores e os próprios pais, a fim de assegurar às crianças e às famílias informações necessárias que minimizem a incidência dos acidentes, essa “doença” de causas conhecidas e controláveis¹⁵.

6. CONCLUSÕES

1. O perfil epidemiológico predominante das crianças vítimas de pequenos traumas, atendidas no serviço de emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão, é de um menino, pré-escolar, branco, procedente do centro de Florianópolis, que frequenta o ensino fundamental e cuja renda familiar encontra-se entre 3 e 5 salários mínimos.
2. O acidente mais freqüente é a queda da própria altura, no período vespertino, em finais de semana, ocorrendo no quintal de casa, em companhia dos pais, sendo a face e couro cabeludo os locais mais atingidos.

7. REFERÊNCIAS

1. Tambellini AT, Osanai CH. Epidemiologia do trauma. In: Freire E, editor. Trauma: A doença dos séculos. Ed. Atheneu; 2001. p. 49-50.
2. Maksoud FJG, Eichelberger MR. Epidemiologia do trauma na infância. In: Maksoud JG, editor. Cirurgia Pediátrica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter LTDA; 1998. p.189– 92.
3. Bassols JV. Aspectos epidemiológicos del trauma pediátrico. Rev Cir Infant 1999; 9 (2): 66-75.
4. Linhares JDS. Características epidemiológicas do atendimento pré-hospitalar das vítimas menores de 15 anos de acidentes de transportes terrestres, em Maringá [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina (Mestrado em Medicina e Ciências da Saúde); 2004. 169 p.
5. Schvartsman S, Krynski S. Introdução ao estudo dos acidentes. In: Marcondes E, editor. Pediatria Básica, Pediatria Geral e Neonatal. 9ª ed. vol 1. São Paulo: Sarvier; 2002. p.851-3.
6. Osborn LM. Pediatria Preventiva. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, editores. Tratado de Pediatria. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 21-2.
7. Martinez CC, Varela MMMS. Registro de trauma pediátrico ¿ Es suficiente? Rev Cir Pediatr 2000; 13: 87.
8. Fonseca SS, Victora CG, Halpern R, Barros AJD, Lima RC, Monteiro LA, *et al.* Risk factors for accidental injuries in preschool children. J Pediatr 2002; 78 (2): 97-104.
9. Lauritsen JM, Bruus M, Mejatt MA. An extended tool for validated dataentry and documentation of data. The Epi-Data Association, Ondense Denmark 2002 (v2.1). Potuguese version by João Paulo Amaral Haddad (Brazil diatect).
10. Marcondes E, Machado DVM, Setian N, Cariazza FR. Crescimento e desenvolvimento. In: Marcondes E, editor. Pediatria Básica. 8ª ed. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 35-63.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Composição da população por raça. Disponível em: [URL:http://www.ibge.gov.br/ibegeteen/pesquisas/demograficas.html](http://www.ibge.gov.br/ibegeteen/pesquisas/demograficas.html). Acessado em 14 de maio de 2005.
12. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O Sistema Educacional Brasileiro 2002. Disponível em: [URL:http://www.ibge.gov.br/ibegeteen/pesquisas/educação.html](http://www.ibge.gov.br/ibegeteen/pesquisas/educação.html). Acessado em 15 de dezembro de 2004.

13. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2001, IBGE 2002. Disponível em:
[URL:http://www.ibge.gov.br/ibegeteen/pesquisas/trabalhorenda.html](http://www.ibge.gov.br/ibegeteen/pesquisas/trabalhorenda.html). Acessado em 15 de dezembro de 2004.
14. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Perfil de Florianópolis: Características ambientais Físicas e Geográficas. Disponível em:
[URL:http://www.pmf.sc.gov.br/cidade/perfil_de_florianopolis/fisico_geog.html](http://www.pmf.sc.gov.br/cidade/perfil_de_florianopolis/fisico_geog.html). Acessado em 17 de dezembro de 2004.
15. Filócomo FRF, Harada MJCS, Silva CV, Pedreira MLG. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. Rev Lat Am Enfermagem 2002; 10 (1): 41-7.
16. Ministério da Integração Nacional, Secretaria Nacional de Defesa Civil. Redução das vulnerabilidades aos desastres e acidentes na infância. 2ª ed. Brasília, 2002. 48 p.
17. Ugalde AMN, Urquizo AP. Traumatismos em pediatria. Experiência de un año. Rev Cubana Pediatr 1996; 68 (2): 113-8.
18. Correa MA, González G, Herrera MH, Orozco A. Epidemiología del trauma pediátrico en Medellín, Colombia 1992-1996. Colomb Med 2000; 31: 77-80.
19. Ungaro JF, Gore FL, Marquez JN, Beecher NE, Rossi MA. Trauma pediátrico: análisis epidemiológico de los ingresos hospitalarios pediátricos por lesiones resultantes de accidentes y otras violências externas en San Martín de los Andes. Rev Cir Infant 1998; 8 (2): 75-84.
20. Verzoletti MJ, Gonzalez LN, Couceiro PM, Aprile FP. Analisis epidemiológico del tipo y causa de los traumatismos cráneo encefálicos (TCE), en una población pediátrica determinada. Servicio de Emergencias del Hospital de Niños de San Justo, Buenos Aires, Argentina, 1997. Disponível em: [URL:http://www.uninet.edu/cimc99/fulltext/00122mv/00122mv.html](http://www.uninet.edu/cimc99/fulltext/00122mv/00122mv.html). Acessado em 20 de dezembro de 2004.
21. Lallier M, Bouchard S, St-Vil D, Dupont J, Tucci M. Falls from heights among children: a retrospective review. J Pediatr Surg 1999; 34 (7): 1060-3.
22. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. Rev Saude Publica 2001; 35 (2): 142-9.
23. Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CAN, Bonilha LRCM, Santos TCC. Acidentes de mordedura de cães na infância. Rev Saude Publica 2000; 34 (4): 411-2.
24. Gianelo MN, Martins JL. Trauma na Infância. J Bras Med 1994; 66 (4): 213-26.

25. Colli BO, Sato T, Oliveira RS, Sassoli VP, Filho JSC, Manço ARX, *et al.* Características dos pacientes com traumatismo crânio-encefálico atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Arq Neuropsiquiatr* 1997; 55 (1): 91-100.
26. Verzoletti MJ, Gonzalez LN, Couceiro PM, Aprile FP. Trauma en niños por el uso de bicicletas. Servicio de Emergencias del Hospital de Niños de San Justo, Buenos Aires, Argentina, 1999. Disponible em: [URL:http://www.spci.org/cimc2000/abstracts/038/Verzoletti.html](http://www.spci.org/cimc2000/abstracts/038/Verzoletti.html). Acessado em 20 de dezembro de 2004.
27. Waisman I, Nuñez JM, Sanchez J. Epidemiología de los accidentes en la infancia en la región centro Cuyo. *Arch Argent Pediatr* 2000, 98 (1): 2-11.
28. Iñon AE. Evaluación del trauma pediátrico. Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, 1994. Disponible em: [URL:http://www.fac.org.ar/scvc/llave/epi/inon/inone.html](http://www.fac.org.ar/scvc/llave/epi/inon/inone.html). Acessado em 15 de dezembro de 2004.
29. Caballero JSA. Aspectos epidemiológicos en pacientes que sufrieron trauma pediátrico [Tesis para optar el título de cirujano pediatra]. Lima, Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Unidad de Post Grado, 2002. 38 p.
30. Stracieri LDS, Andrade JI, Scarpelini S, Passos AD. Trauma pediátrico: aspectos epidemiológicos y análisis de los resultados en un hospital brasileiro de nivel terciario. *Rev Cir Infant* 2001; 11 (2): 79-85.
31. Ximena H, Valero JJ, Holguín JA, Roa JA. Lesiones por causa externa en niños en el Hospital Universitario del Valle. *Actual Pediatr* 1993; 3 (3): 109-15.
32. del Río JAN, Martín JS, Berrocal JC, Fernández GB, Martín RS, *et al.* Registro de trauma pediátrico: análisis de 1200 casos. *Cir Pediatr* 1998; 11 (4): 151-60.
33. Mrad A, Iñon A, Iglesias N, Rozaenz AM, Ojeda A, Salemi L. Lesiones por el uso de bicicletas. *Arch Argent Pediatr* 1997; 95 (2): 84-8.
34. Brown RL, Koeplinger ME, Mehlman CT, Gittelman M, Garcia VF. All-terrain vehicle and bicycle crashes in children: epidemiology and comparison of injury severity. *J Pediatr Surg* 2002; 37 (3): 375-80.
35. Unglert CVS, Siqueira AAF, Carvalho GA. Características epidemiológicas dos acidentes na infância. *Rev Saude Publica* 1987; 21 (3): 234-45.
36. Ocampo J, Lima R, Manterola A. Accidentes en la infancia: factores de riesgo. *Arch Argent Pediatr* 1996; 94 (2): 84-9.

37. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Disponível em:
[URL:http://www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br). Acessado em 21 de maio de 2005.
38. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Relação anual de informações sociais – MTE-RAIS/2002.
Disponível em: [URL:http://www.pmf.sc.gov.br](http://www.pmf.sc.gov.br). Acessado em 21 de maio de 2005.
39. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Demografia. Disponível em:
[URL:http://www.pmf.sc.gov.br/cidade/perfil_de_florianopolis/demografia.html](http://www.pmf.sc.gov.br/cidade/perfil_de_florianopolis/demografia.html). Acessado em 21 de maio de 2005.
40. Alwash R, McCarthy M. Accidents in the home among children under 5: ethnic differences or social disadvantage? Br Med J 1988; 296 (5): 1450-3.

NORMAS ADOTADAS

Foi adotada para a confecção do trabalho a normatização para os trabalhos de conclusão do curso de graduação em Medicina, da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com a resolução nº 001/2001 aprovada em reunião do colegiado do curso de graduação em Medicina em 05 de julho de 2001.

Para as referências bibliográficas, foram adotadas as normas da Convenção de Vancouver (Canadá), de acordo com a 5ª edição dos “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas.

APÊNDICE

Aspectos epidemiológicos dos pequenos traumas pediátricos em pacientes atendidos no serviço de emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Instrumento de coleta

- 1- Data do acidente: ____/____/____ Período do acidente: () manhã; () tarde;
() noite.
- 2- Dia da semana do acidente: () 2ª f.; () 3ª f.; () 4ª f.; () 5ª f.; () 6ª f.; () sábado;
() domingo.
- 3- Mês do acidente: () jan; () fev; () mar; () abril; () maio; () jun;
() jul; () ago; () set; () out; () nov; () dez..
- 4- Sexo: () -Feminino () – Masculino
- 5-Idade: ____ anos e ____ meses.
- 6- Raça: () branco; () negro; () mestiço.
- 7- Escolaridade da criança:
() Nunca frequentou escola;
() educação infantil: 1- creche, 2- pré-escola;
() ensino fundamental: 1ª (), 2ª (), 3ª (), 4ª (), 5ª (), 6ª (), 7ª (), 8ª () série.
() ensino médio e profissionalizante: 1ª (), 2ª (), 3ª () série.
- 8 - Escolaridade dos pais ou responsáveis: 1- pai; 2- mãe; 3- outra pessoa responsável.
() Analfabeto;
() educação infantil;
() ensino fundamental;
() ensino médio e profissionalizante;
() ensino superior
- 9 - Renda familiar mensal em salários mínimos (SM):
() até 1 SM; () mais de 1 a 2 SM; () mais de 2 a 3 SM; () mais de 3 a 5 SM;
() mais de 5 a 10 SM; () mais de 10 a 20 SM; () mais de 20 SM;
() sem rendimento; () sem declaração.

10- Procedência: () Florianópolis, Bairro _____
() São José; () Palhoça; () Biguaçu; () Outra cidade _____

11- Local de ocorrência:

() residência: a) cozinha, b) quarto, c) sala, d) banheiro, e) quintal, f) outros ;
() escola: a) sala de aula, b) pátio ; () via pública ; () áreas de lazer ;
() outros _____

12- Quem estava presente no momento do acidente:

() mãe ; () pai ; () mãe/pai ; () babá/ empregada ; () professora ; () sozinho ;
() amigos ; () irmãos ; () desconhecido ; () outros _____

13-Parte do corpo atingida:

() couro cabeludo, () face, () pescoço, () membro superior , () mão, () tronco ,
() períneo, () membro inferior, () pé.

14- Agente causal:

➤ () queimaduras : () fogo ; () líquido aquecido ; () sólido aquecido ; () líquido inflamável ;
() outros _____

➤ () quedas: () móveis ; () escada ; () própria altura ; () skate/ patins ; () bicicleta ;
() outros _____

➤ () mordedura de animais : () conhecido ; () desconhecido; Tipo de animal _____

➤ () colisão: () automóvel; () bicicleta ; () pessoa ; () parede ; () bola ;
() outros _____

➤ () corpo estranho: () prego ; () espinho ; () madeira ; () outros _____

➤ () instrumentos cortantes: () faca; () tesoura; () vidro; () outros _____

➤ () outros: _____



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Maria Aparecida Mendes de Bem, acadêmica do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina e estou desenvolvendo a pesquisa para o trabalho de conclusão de curso: *Aspectos Epidemiológicos dos Pequenos Traumas Pediátricos em Pacientes Atendidos na Emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG)*, com o objetivo de realizar uma análise do perfil epidemiológico desses pacientes, com o intuito de planejar estratégias de prevenção. Será realizada a coleta dos dados, no momento do atendimento, através de um questionário, feito aos pais ou responsáveis pelo paciente.

Não existe qualquer risco para os participantes da pesquisa, já que o estudo será feito apenas com os dados relevantes do questionário, não havendo influência no tratamento a que estes serão submetidos. Esperamos que o trabalho possa enriquecer as propostas de prevenção na área de acidentes na infância.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 234-23-68. Você tem a liberdade de se recusar de participar do estudo, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal _____

Pesquisador responsável _____

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa: *Aspectos Epidemiológicos dos Pequenos Traumas Pediátricos em Pacientes Atendidos na Emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão* e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

HIJG, ___/___/___ (Data)

Assinatura: _____ RG: _____

(pais ou responsável pelo paciente)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO – PROJETO Nº 112/2004**

I – IDENTIFICAÇÃO

Título do projeto: “Aspectos epidemiológicos de pequenos traumas pediátricos em pacientes atendidos na emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão”.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. José Antônio de Souza

Pesquisador Principal: Acad. de Medicina Maria Aparecida Mendes de Bem

Instituição em que será realizado o estudo: Hospital Infantil Joana de Gusmão

Data de apresentação ao CEPESH: 29/04 /2004

II – OBJETIVOS: Análise do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos com história de pequenos traumas na unidade de emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), com intuito de planejar estratégias de prevenção.

III – SUMÁRIO DO PROJETO : Trata de trabalho de Conclusão de Curso da acad. Maria Aparecida Mendes de Bem, do Curso de Medicina, CCS da UFSC.

a) **Descrição e caracterização da amostra:** os participantes (sujeitos) da pesquisa são crianças e jovens com faixa etária até 16 anos incompletos, ambos os sexos, com história de pequenos traumatismos, atendidos na emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão no período de 1º de junho de 2004 a 31 de maio de 2005. Os sujeitos serão recrutados no momento do seu atendimento na emergência do HIJG, quando será solicitado o consentimento dos pais ou responsáveis pelos sujeitos da pesquisa. *Critérios de inclusão:* pacientes com história de pequenos traumas, com idade de até 16 anos incompletos, atendidos no serviço de emergência de cirurgia pediátrica do HIJG. *Critérios de exclusão:* pacientes com história de traumas importantes, que necessitam internação ou tratamento cirúrgico maior e aqueles atendidos sem história de traumas. b) **Adequação da metodologia e das condições:** Estudo epidemiológico, descritivo-analítico, transversal, prospectivo. Não está definido o tamanho da amostra. Será utilizado a ficha de coleta de dados, a ser preenchida pelo profissional que atendeu a criança/jovem, através de entrevista com o paciente e/ou familiares. **Comentários frente à Resolução 196/96 CNS e complementares:** O protocolo da pesquisa contém os documentos necessários para sua análise e exigidos pela legislação, embora o projeto apresentado seja muito sucinto.

- aprovado
- reprovado
- com pendência (detalhes da pendência abaixo citados)
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARNA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

PENDÊNCIAS: Esclarecimentos: 1) as condições seriam adequadas para a entrevista com pais e/ou responsáveis, momento em que o paciente é atendido? 2) é informado neste momento que os mesmos têm a liberdade de participar ou não da pesquisa, sem sofrer penalidades? Existe uma estimativa do tamanho da amostra necessária para validação do estudo? **Ajustes: Folha de Rosto:** Preencher os itens: 8 e 9. **TCLE:** incluir texto sobre a liberdade do sujeito se recusar a participar do estudo, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 IV.1.f). Anexar cronograma das atividades.
Florianópolis, 31 de maio de 2004.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

- Parecer
Aprovado (X)
Aprovado "ad referendum" ()
Aprovado e encaminhado ao CONEP ()
Com pendências ()
Reprovado ()
Justificativa: Projeto e documentação adequados.

- Data da Reunião
Florianópolis, 09 de agosto de 2004.

Vera Lúcia Bosco
Vera Lúcia Bosco
Coordenadora CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.

ANEXO

Distritos Administrativos Municipais de Florianópolis.

Os Distritos que fazem parte do município são num total de doze, a saber:

CANASVIEIRAS: apesar da origem remota, sua oficialização como freguesia ocorreu a partir da Lei Provincial nº 008 de 15/04/1835. Sua área é 29,30 Km², sendo que dele fazem parte: a sede de Canasvieiras e as praias de Canasvieiras, Daniela, Jurerê Internacional, Forte e as localidades de Vargem Pequena, Ponta Grossa e Lamim.

CACHOEIRA DO BOM JESUS: foi criado pela Lei Municipal nº 394 de 19/02/1916. Sua área é 30,37 Km², fazem parte desse Distrito as seguintes localidades: Cachoeira do Bom Jesus, Vargem do Bom Jesus, Vargem Grande, Ponta das Canas e Lagoinha.

INGLESES DO RIO VERMELHO: originou-se a partir de um Decreto de 11/08/1831. Sua área é 20,47 Km², fazem parte dele: as praias de Ingleses, Brava e Santinho e as localidades de Capivari e Aranhas.

SÃO JOÃO DO RIO VERMELHO: originou-se a partir da Resolução Régia de 11/08/1831. Sua área é 31,68 Km², fazem parte dele as seguintes localidades: Moçambique, Parque Florestal e a própria sede do Distrito de que é a São João do Rio Vermelho.

RATONES: foi criado pela Lei nº 620 de 21/06/1934, desmembrando-se do Distrito de Santo Antônio de Lisboa. Sua área é 33,12 Km², a sua sede é a própria localidade de Ratonés.

SANTO ANTÔNIO DE LISBOA: originou-se a partir da Provisão Régia de 26/10/1751. Sua área é 22,45 Km², fazem parte as localidades: Cacupé, Sambaqui, Barra do Sambaqui e Santo Antônio de Lisboa.

SEDE (CENTRO): Florianópolis como Distrito Sede foi regulamentado pela Lei Complementar nº 001/97 de 29/09/1997. Sua área total é 74,54 Km², composta em duas áreas: na parte continental com 12,1 Km² e a parte insular com 62,44 Km². Fazem parte as localidades na área continental: Balneário, Canto, Estreito, Capoeiras, Coloninha, Bom Abrigo, Abraão, Monte Cristo, Pro-Morar, Sapé, Vila São João e outras; na área insular: Monte Verde, Saco Grande I e II, Itacorubi, Trindade, Santa Mônica, Córrego Grande, Pantanal, Saco dos Limões, Costeira do Pirajubaé, José Mendes, Prainha e Centro.

LAGOA DA CONCEIÇÃO: teve origem a partir da Provisão Régia de 07/06/1750. Sua área é 55,28 Km², sendo que dele fazem atualmente parte as localidades: Costa da Lagoa, Praia e Parque da Galheta, Praia da Joaquina, Lagoa da Conceição, Canto da Lagoa, Retiro da Lagoa, Praia Mole e Porto da Lagoa.

RIBEIRÃO DA ILHA: foi criado a partir de um Alvará Régio, datado de 11/07/1809. Sua área é 51,54 km² , fazem parte as localidades: Alto Ribeirão, Barro Vermelho, Caiacangaçu, Caeira da Barra do Sul, Carianos, Costeira do Ribeirão, Freguesia do Ribeirão, Praia do Naufragados, Tapera e Sertão do Peri. A localidade do Morro das Pedras, atualmente faz parte do Distrito do Campeche.

PÂNTANO DO SUL: originou-se a partir da Lei nº 1042/66 de 12/08/1966 e instalado em 10/12/1967. Sua área é 47,68 Km² , sendo que dele fazem parte as seguintes localidades: Praia da Solidão, Praia do Saquinho, Praia do Pântano do Sul, Lagoinha do Leste, Praia do Matadeiro, Praia do Matadeiro, Praia da Armação, Lagoa do Peri e Costa de Dentro.

CAMPECHE: foi criada recentemente pela Lei nº 4805/95 de 21/12/1995. Sua área é 35,32 Km² , desmembrou-se dos Distrito da Lagoa da Conceição. Fazem parte do Campeche as seguintes localidades: Morro das Pedras, Praia do Campeche, Campeche e Rio Tavares.

BARRA DA LAGOA: criado a partir da recente Lei nº 4806/95 de 21/12/1995. Sua área é 4,75 Km², desmembrado do Distrito da Lagoa da Conceição, mais precisamente, a localidade da Barra da Lagoa e Fortaleza.

Capítulo XIX da CID 10

Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00 – T98)

- S00 S09.9 Traumatismos da cabeça
- S10 S19.9 Traumatismos do pescoço
- S20 S29.9 Traumatismos do tórax
- S30 S39.9 Traumatismos do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve.
- S40 S49.9 Ferimentos do ombro e do braço
- S50 S59.9 Traumatismos do cotovelo e antebraço
- S60 S69.9 Traumatismos do punho e da mão
- S70 S79.9 Traumatismos do quadril e da coxa
- S80 S89.9 Traumatismos da perna e do joelho
- S90 S99.9 Traumatismos do tornozelo e do pé
- T00 T14.8 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões