

Editorial

"Há um menino, há um moleque
Morando sempre no meu coração
Toda vez que o adulto balança ele vem pra me dar a mão
Bola de meia
Bola de gude
O solidário não quer solidão
Toda vez que a tristeza me alcança um menino me dá a mão
E me fala de coisas bonitas que eu acredito
Que não deixarão de existir
Amizade, palavra, respeito, caráter, bondade, alegria e amor."

Trecho da música **Bola de Meia, Bola de Gude**, de Milton Nascimento e Fernando Brant

Sonho Olímpico

As Olimpíadas de Tóquio têm proporcionado momentos de emoção e reflexão para nós, pediatras. Que profissional, ao ver as imagens do pódio de *Street Skate* feminino, não pensou: "que orgulho dessas crianças!".

Até chegar ali e ocupar um daqueles lugares no pódio, foram muitas histórias envolvidas. Histórias que passam por sonhos, adversidades, força de vontade, dificuldades e até sofrimento.

Quantas meninas e meninos foram motivados pelo encantamento de ver Rayssa Leal, nossa atleta de apenas 13 anos, se divertindo, mas muito concentrada em sua missão e no seu sonho?

As histórias são inspiradoras. É o menino que começou surfando em prancha de isopor e ganha medalha olímpica; a menina negra que andava a pé por quilômetros, para chegar ao seu local de treino, e se torna a primeira atleta brasileira a ganhar duas medalhas na ginástica artística. Nosso objetivo na pediatria não é transformar nossos pacientes em atletas de alto desempenho, mas vendo as Olimpíadas, ou a Copa do Mundo, e o impacto que essas competições geram nas crianças, precisamos surfar nessa onda e estimular a prática de exercícios físicos.

Muitas vezes pais ou cuidadores alegam que não têm condições de levar seus filhos para praticar um esporte. Ou que não existe disponível no bairro onde moram um local onde os filhos possam se exercitar. Devemos acolher essas dificuldades e buscar, junto com as famílias, alternativas para que as crianças e adolescentes consigam realizar atividades físicas.

Este é um ótimo momento para ressaltar a importância do esporte e alertar pais e responsáveis para a dependência das telas. Essa é uma questão tão séria que o CID - 11 terá uma classificação para "vícios em videogames".

Associado à questão, também é preciso alertar pais e responsáveis para essa onda perigosa de "desafios" na Internet, prática extremamente perigosa para nossas crianças e adolescentes e que tem resultado em histórias com desfechos muito tristes.

Devemos ressaltar o quanto o contato presencial das atividades esportivas estimula relações interpessoais mais saudáveis, facilita a observação de adultos para ajudar as crianças a construir a noção de comunidade e solidariedade.

Quantas vezes vimos um atleta parar sua atividade para ajudar outro que caiu a se levantar? Ou o jogador de vôlei que cruza a quadra para pedir desculpas pela bolada no rosto do adversário? É este o *influencer* que queremos para nossas crianças e adolescentes e não aqueles que enaltecem desafios *online* ou a dieta da moda.

Aliás, falando em dieta da moda, é sempre bom ressaltar que os exercícios físicos ajudam a combater de forma mais eficaz a triste estatística de 15,2% a 29,1% dos adolescentes com excesso de peso, pois atuam na prevenção do quadro e no tratamento.

Sabemos que uma estratégia de saúde pública que pretenda combater essa realidade e reduzir esses números tem que passar por atividades físicas e de bem-estar mental.

A Constituição e o ECA preveem o direito dos jovens ao acesso a esporte, diversão e lazer, entre outras coisas. Deveríamos lutar por espaços para essas crianças simplesmente se movimentarem.

A obesidade é uma "pandemia" que estamos combatendo há anos, apesar de termos uma vacina simples e que pode estar ao alcance de todos: o exercício físico.

De acordo com o manual de orientação **Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência**, da SBP, "ser fisicamente ativo todos os dias é importante para a promoção da saúde integral de crianças e adolescentes. É fundamental que as atividades sejam prazerosas e adequadas ao estado individual de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente".

No entanto, existe a alegada dificuldade moderna: a falta de tempo. Mas nós, pediatras, precisamos pensar estratégias para ajudar essas famílias a introduzirem exercícios físicos no dia a dia de crianças e adolescentes. Pesquisar e conhecer locais que promovam atividades físicas, ou parques próximos aos nossos locais de atendimento. Devemos incluir na anamnese perguntas sobre atividades físicas, uma vez que cada faixa etária tem sua intensidade e exercícios recomendados.

Devemos ainda e, principalmente, envolver a família na questão esportiva, assim como na educação escolar. Deixar claro que é apenas uma educação diferente, com uma sala de aula maior. Não importa se é em um clube chique ou em uma quadra improvisada. O esporte pode mudar o futuro, nem que seja para formar crianças mais saudáveis. Precisamos deixar claro para as famílias o quanto esse comportamento é fundamental.

Que tal aproveitarmos toda essa motivação das Olimpíadas e das Paraolimpíadas para pensarmos em saúde, inclusão e superação dos nossos pacientes? Que essas competições também nos inspirem no dia a dia da nossa profissão.

Katia Telles Nogueira – Presidente

Cássia Freire Vaz – Diretoria de Relacionamento com o Associado

SOPERJ – Triênio 2019 – 2021

Índice

- Agenda SOPERJ
- Fones de ouvidos na faixa etária pediátrica: como orientar e minimizar danos à audição
- Dermatiosite juvenil: miopatia inflamatória idiopática mais comum da infância
- 2021 Ano internacional das frutas e vegetais
- Dr. Ricardo do Rego Barros (Biênio 1994 – 1995)

AGENDA SOPERJ



Ainda dá tempo

O conteúdo do XIV CONSOPERJ pode ser acessado pelos participantes inscritos no evento, até o dia 14 de agosto. Aproveite para rever as palestras que mais lhe agradaram e para ver pela primeira vez aquelas que ainda não teve oportunidade. Foram mais de 1.300 inscritos, que ainda têm todo o conteúdo do Congresso disponível.

Acesso: www.consoperj.com.br (entrar com o e-mail cadastrado e a senha).

Eleições

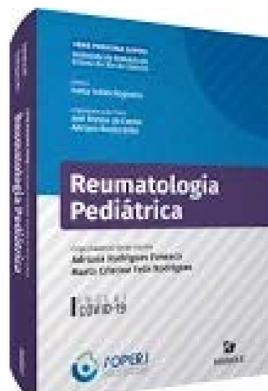
Já está aberto o período de votação pelo Correio, para eleger a próxima Diretoria da SOPERJ, para o triênio 2022 – 2024. Foi inscrita uma única chapa e a atual Diretoria incentiva todos os pediatras aptos a votar que o façam, manifestando dessa forma a intenção de participar das atividades da nova gestão. A força da SOPERJ é alicerçada no interesse e na participação de seus associados.



As eleições vão até o dia 18/09/2021. É só colocar o voto no envelope, que já vem selado, e depositar em qualquer agência dos Correios.

Lançamento de livros da série SOPERJ

Mais dois volumes da Série SOPERJ foram lançados durante o XIV CONSOPERJ: Reumatologia Pediátrica e Pediatria Ambulatorial. Acesse o site www.manole.com.br



Expediente

DIRETORIA DA SOPERJ TRIÊNIO 2019 - 2021

Presidente: Katia Telles Nogueira; **Vice-Presidente:** Claudio Hoineff; **Secretário Geral:** Anna Tereza Miranda Soares de Moura; **1º Secretário:** Christianne D'Almeida Martins; **1º Tesoureiro:** Maria Marta Regal de Lima Tortori; **2º Tesoureiro:** Arnauld Kaufman; **Diretor de Cursos e Eventos:** Aurea Lucia Alves de A. Grippa de Souza; **Diretor Adjunto de Cursos e Eventos:** Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite; **Diretor de Publicação:** Joel Conceição Bressa da Cunha; **Diretor Adjunto de Publicação:** Adriana Rocha Brito; **Diretor de Ética e Valorização Profissional:** Maria Nazareth Ramos Silva; **Diretor Adjunto de Ética e Valorização Especiais:** Ana Rosa Castellões dos Santos; **Diretor de Projetos Especiais:** Isabel Rey Madeira; **Diretor Adjunto de Projetos Especiais:** Leda Amar de Aquino; **Diretor de Relacionamento com Associados:** Silvia da Rocha Carvalho; **Membros da Diretoria de Relacionamento com Associados:** Aline Masiero Fernandes Marques, Cássia Freire Vaz e Eduardo de Macedo Soares; **Coordenador de Departamentos Científicos:** Marcia Fernanda da Costa Carvalho; **Coordenador do Curso de Atualização em Pediatria (CAP):** Marcia Fernanda da Costa Carvalho; **Comissão de Sindicância:** Silvano Figueira de Cerqueira, Maria Tereza Fonseca da Costa e Raimunda Izabel Pirá Mendes; **Conselho Fiscal:** Edson Ferreira Liberal, Leda Amar de Aquino, Sheila Muniz Tavares, Hécio Villaça Simões e Sergio Augusto Cabral; **Conselho Consultivo:** Edson Ferreira Liberal e Isabel Rey Madeira; **Coordenação do Curso de Reanimação Neonatal:** Giselda de Carvalho da Silva e Fabio Chaves Cardoso; **Diretor de Coordenação das Regionais:** Paulo César Guimarães e Luiz Ildegardes Alves de Alencar; **Presidentes Regionais – Regional Baixada Fluminense:** Fernanda Silva Guimarães; **Regional Lagos:** Denise Garcia de Freitas Machado e Silva e Gabriela Santos Magalhães Nogueira (Vice-Presidente); **Regional Leste Fluminense:** Ana Flavia Malheiros Torbey; **Regional Médio Paraíba:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho (Vice-Presidente); **Regional Norte Fluminense:** Sylvania Regina de Souza Moraes; **Regional Serrana:** Felipe Machado Moliterno; **Regional Sul Fluminense:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho (Vice-Presidente); **Regional Zona Oeste:** Elisabete Isidoro Caetano. **Editor Chefe - Revista de Pediatria SOPERJ:** Clarisse Pereira Dias Drumond Fortes. **Diagramação:** DC Press (21) 2234-9541



Dra. Flavia Capone
Dra. Patricia Ciminelli
Grupo de Trabalho de Otorrinolaringologia

Fones de ouvidos na faixa etária pediátrica: como orientar e minimizar danos à audição

A exposição a atividades de lazer com ruído elevado, tanto ambiental quanto pelo uso de fones de ouvidos, tem sido cada vez mais frequente e precoce. Cerca de 80% dos adolescentes de 13 a 18 anos escutam música utilizando fones de ouvido por um período de 1 a 3 horas diárias.¹ Entre as crianças menores, estudo que avaliou 416 crianças de 9 anos demonstrou que 27,8% escutavam música com utilização de fones de ouvido regularmente.²

Esta exposição a elevados níveis de intensidade sonora pode levar a sintomas como zumbido, perda auditiva, intolerância a sons e tontura.

Sons digitais, quando emitidos por fones de inserção, alcançam níveis de 85-115dB.³ Em casos extremos podem chegar até 120dB, o que pode ser o suficiente para causar dano auditivo irreversível. Além da intensidade do som, outros fatores de risco a serem considerados são a duração da exposição e o ambiente de uso, pois quanto maior o som competidor, maior a tendência a aumentar o volume.

LIMITES DE TOLERÂNCIA PARA RUÍDO CONTÍNUO OU INTERMITENTE

| NÍVEL DE RUÍDO DB (A) | MÁXIMA EXPOSIÇÃO DIÁRIA PERMISSÍVEL |
|--------------------------|--|
| 85 | 8 horas |
| 86 | 7 horas |
| 87 | 6 horas |
| 88 | 5 horas |
| 89 | 4 horas e 30 minutos |
| 90 | 4 horas |
| 91 | 3 horas e 30 minutos |
| 92 | 3 horas |
| 93 | 2 horas e 40 minutos |
| 94 | 2 horas e 15 minutos |
| 95 | 2 horas |
| 96 | 1 hora e 45 minutos |
| 98 | 1 hora e 15 minutos |
| 100 | 1 hora |
| 102 | 45 minutos |
| 104 | 35 minutos |
| 105 | 30 minutos |
| 106 | 25 minutos |
| 108 | 20 minutos |
| 110 | 15 minutos |
| 112 | 10 minutos |
| 114 | 8 minutos |
| 115 | 7 minutos |

Apesar de não haver padronização para exposição a ruído de lazer, podemos fazer um paralelo com a regulamentação para exposição ocupacional (Norma regulamentadora 15 do Ministério do Trabalho).⁴

A partir dessa perspectiva, considerando o uso de equipamentos de som com fones de ouvido, uma hora por dia de exposição com nível sonoro acima de 89dB já excede a recomendação proposta. Os adolescentes vêm frequentemente ultrapassando esta recomendação, em relação ao uso e volume. Estudo brasileiro realizado com 125 adolescentes demonstrou que 46,4% referiram usar equipamentos portáteis com fone de ouvido diariamente e 34,4% usam equipamentos de som em casa em volume alto.⁵

Um número significativo de jovens (62,7%) afirmou ter apresentado pelo menos um sintoma auditivo após exposição a fones de ouvido. Os sintomas auditivos mais referidos foram plenitude auricular, seguida de zumbido.⁶

Qualquer som acima de 85dB pode ser prejudicial para a audição, se houver exposição por tempo suficiente. Como demonstrado na tabela, esta não é uma relação linear, assim, quanto maior o volume do som menos tempo podemos ficar expostos a ele.

Como forma de prevenção e conscientização, já existem iniciativas para preservação e promoção da saúde auditiva. O programa Dangerous Decibels®, idealizado pelo pesquisador americano William Martin e recentemente implantado no Brasil, é totalmente voltado para o público infantil e adolescente, usando estratégias divertidas para levar informação a esse público.

Devemos considerar ainda que a perda auditiva causada por exposição a ruído é totalmente passível de prevenção. Para este fim, podemos propor algumas orientações:

1. Evite exposição a sons altos

Um som provavelmente está alto demais para provocar dano se:

- você tiver que aumentar sua voz para falar com outras pessoas
- você não consegue ouvir pessoas próximas a você falando
- você sente dor no ouvido com o barulho
- você fica com zumbido ou audição abafada após a exposição.

2. Em relação aos fones de ouvido

- use fones com cancelamento de ruído
- aumente o volume somente o suficiente para ouvir a música confortavelmente, não mais alto do que isso
- não ouça em volume maior que 60% da barra de volume do seu equipamento; alguns aparelhos têm ajustes para limitar o aumento do volume
- não use fones de ouvido por mais de uma hora sem parar, faça intervalos de pelo menos 5 minutos a cada hora.

3. Durante eventos com som alto

- afaste-se da fonte de ruído
- tente fazer um repouso do ambiente com ruído a cada 15 minutos
- dê aos seus ouvidos 18h de repouso após exposição a sons muito altos
- considere o uso de protetores auriculares quando houver exposição a sons muito altos, como shows.

A orientação e a conscientização de pais e filhos é de fundamental importância para evitar danos auditivos que, uma vez instalados, são irreversíveis.

Referências:

1. Kim MG, Hong SM, Shim HJ, Kim YD, Cha CI, Yeo SG. Hearing threshold of Korean adolescents associated with the use of personal music players. *Yonsei Med J.* 2009; 50:771-776.
2. Basjo S, Moller C, Widen S, Jutengren G, Kahari K. Hearing thresholds, tinnitus, and headphone listening habits in nine-year-old children. *International Journal of Audiology.* 2016; 55:587-596.
3. Santana BA, Alvarenga KF, Cruz PC, Quadros IA, Jacob-Coreteletti LCB. Prevenção da perda auditiva no contexto escolar frente ao ruído de lazer. *Audiol Commun Res.* 2016; 21: 1-8.
4. Correa BM, Silveira AF, Bonfante D, Costa MJ, Biaggio EPV. Hábitos e queixas auditivas de adolescentes usuários de estereos pessoais. *Rev. CEFAC.* 2016;18(2): 348-354. Hábitos auditivos e comportamento de adolescentes diante das atividades de lazer ruidosas. *Rev. CEFAC.* 2011; 13: 15-21.
5. Luz TS, Borja ALVF. Sintomas auditivos em usuários de estereos pessoais. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2012;16(2): 163-169.

Dra. Amanda Donner Maliki

Departamento Científico de Reumatologia Pediátrica

Dermatomiosite juvenil: miopatia inflamatória idiopática mais comum da infância

Introdução

A Dermatomiosite Juvenil (DMJ) é uma doença crônica autoimune rara, caracterizada por fraqueza muscular proximal e lesões cutâneas típicas, sendo a miopatia inflamatória mais comum da infância, correspondendo a 85% dos casos. A incidência anual é de 2-4 casos a cada 1 milhão de crianças; e o pico ocorre entre 5 e 10 anos, na proporção de 2-5 meninas para cada 1 menino.^{1,2}

A patogênese central da doença parece ser uma vasculopatia sistêmica com arteriopatia oclusiva e necrose capilar, com ativação de células dendríticas e *up-regulation* de genes induzidos pelo interferon alfa-1 no músculo e sangue periférico.³ O principal haplótipo de fator de risco imunogenético é o HLA B8 DRB1*0301.¹ Envolve principalmente a pele e os músculos estriados, além de outras estruturas como trato gastrointestinal, articulações, pulmões e coração, em indivíduos geneticamente suscetíveis, como resposta a gatilhos ambientais (infecções virais ou exposição ao tabaco na gravidez).

Manifestações clínicas

Sintomas constitucionais ocorrem nas fases iniciais e são: mal-estar, febre, fadiga, mialgia, anorexia, perda de peso e edema da pele e subcutâneo.

O envolvimento muscular é caracterizado pela fraqueza muscular proximal e simétrica, principalmente em cinturas pélvica e escapular. Em casos mais graves, há envolvimento de tronco e pescoço, levando à dificuldade para sentar, levantar da cama e até insuficiência respiratória. Disfonia e disfagia alta podem ocorrer por acometimento muscular de palato, faringe e porção inicial do esôfago.^{4,5} O escore utilizado para avaliar a intensidade da fraqueza muscular é o CMAS (*Childhood Myositis Assessment Scale*).

As lesões cutâneas características são o heliotropo e as pápulas de Gottron, que correspondem, respectivamente, a uma erupção periorbital eritematoviolácea em pálpebra superior com ou sem edema e a pápulas eritematosas a violáceas sobre as superfícies extensoras de interfalangiâneas e metacarpofalangianas das mãos. Outras lesões cutâneas são o eritema malar (não poupa o sulco nasolabial, como no lúpus), fotossensibilidade, edema subcutâneo, paniculite, alopecia, livedo reticular, vasculite periungueal e ulcerações.

A calcinose é uma calcificação distrófica marcadora de sequela de DMJ, que ocorre em até 40% dos pacientes, acometendo principalmente cotovelos, joelhos, nádegas, tronco, maléolos e cabeça. Os níveis de cálcio sérico podem ser normais.^{5,6} A lipodistrofia é outra manifestação tardia da doença caracterizada por deficiência de tecido adiposo.⁵

Exames complementares

O hemograma geralmente está normal e as provas de atividade inflamatória (velocidade de hemossedimentação e a proteína C reativa) também. Há um aumento das enzimas musculares (creatinofosfoquinase - CPK, desidrogenase láctica, aldolase, alanina aminotransferase e aspartato aminotransferase). Os testes imunológicos que podem estar positivos são o anticorpo antinuclear (ANA) e os autoanticorpos específicos como anti-Mi-2 e anti-Jo-1.

A ressonância magnética (RM) pode detectar a presença de inflamação no músculo, guiando para um local adequado para biópsia muscular, se necessária. As radiografias simples detectam as calcinoses e permitem acompanhar a evolução.

A eletromiografia (EMG) deve ser realizada preferencialmente em músculos proximais, mas as alterações não são específicas de DMJ. A biópsia muscular é realizada para comprovação histológica, principalmente em casos em que houver apenas polimiosite (ausência das lesões cutâneas típicas). A capilaroscopia periungueal mostra as alterações da vasculopatia no leito ungueal e pode auxiliar no diagnóstico.⁵

Diagnóstico

Bohan e Peter propuseram critérios diagnósticos para DMJ (vide Quadro 1). Entretanto, na presença de fraqueza muscular simétrica, lesões cutâneas patognomônicas e aumento de enzimas musculares, pode ser dispensada a realização de biópsia muscular e da EMG.^{5,7}

Quadro 1 - Critérios de Bohan e Peter⁷

| |
|---|
| 1- Fraqueza muscular proximal simétrica |
| 2- Aumento de enzimas musculares |
| 3- Eletromiografia mostrando miopatia |
| 4- Biópsia muscular mostrando necrose e inflamação |
| 5- Alterações cutâneas patognomônicas: pápulas de Gottron ou heliotropo |

Diagnóstico

Dermatomiosite definida: critério 5 + 3 critérios do 1 a 4

Dermatomiosite provável: critério 5 + 2 dos critérios 1 a 4

Dermatomiosite possível: critério 5 + 1 dos critérios 1 a 4

Diagnóstico diferencial

Outras doenças autoimunes como Doença mista do tecido conectivo (DMTC), lúpus eritematoso sistêmico (LES) e esclerodermia devem ser considerados no diagnóstico diferencial.

Tratamento

A internação pode ser necessária quando houver comprometimento respiratório, disfagia e fraqueza muscular severa. Os corticoides são sempre utilizados na fase inicial, podendo ser realizada pulsoterapia com metilprednisolona 30mg/kg em casos mais graves, seguida de corticoterapia oral. A gamaglobulina venosa em doses mensais de 2g/kg é um tratamento eficaz de segunda linha.^{5,8} Outros medicamentos usados como poupadores de corticoide são o metotrexato, a ciclosporina e a ciclofosfamida.⁵

Referências bibliográficas:

- Batthish M, Feldman BM. Juvenile Dermatomyositis. *Curr Rheumatol Rep* 2011; 13 (3): 216-24.
- Symmons DP, Sills JA, Davis SM. The incidence of juvenile dermatomyositis: results from a nation-wide study. *Br J Rheumatol*, 1995; 34 (8): 732
- Feldman BM, Rider LG, Reed AM, Pachman LM. Juvenile dermatomyositis and other idiopathic inflammatory myopathies of childhood. *Lancet*, 2008. 28; 371 (9631): 2201-12.
- Lovell DJ, Lindsley CB, Rennebohm RM, Ballinger SH, Bowyer SL, Giannini EH et al. Development of validated disease activity and damage indices for the juvenile idiopathic inflammatory myopathies. II: The Childhood Myositis Assessment Scale (CMAS): a quantitative tool for the evaluation of muscle function. *Arthritis Rheum*, 1999; 42: 2213-19.
- Oliveira, SKP. Reumatologia para pediatras. *Dermatomiosite Juvenil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014. p. 175-195.
- Hoeltzel MF, Oberle EJ, Robinson AB, Agarwal A, Rider LG. The presentation, assessment, pathogenesis and treatment of calcinosis in Juvenile Dermatomyositis. *Curr Rheumatol Rep*, 2014; 16(12):467
- Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med* 1975; 292:344-403.
- Al-Mayouf SM, Laxer RM, Schneider R, Silverman ED, Feldman BM. Intravenous immunoglobulin therapy for juvenile dermatomyositis: efficacy and safety. *J Rheumatol*, 2000; 27(10):2498.



Departamento Científico de Nutrologia Pediátrica

2021 Ano internacional das frutas e vegetais

1 Declaração da ONU

1.1 Motivação e objetivos

O ano de 2021 foi escolhido pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) como o Ano Internacional das Frutas e Vegetais, a fim de aumentar a consciência da população mundial sobre a importância desses alimentos para a saúde e economia mundial. Esta declaração surgiu por iniciativa e pedido do governo chileno, num momento em que a promoção de hábitos saudáveis se torna fundamental para a saúde pública, diante dos impactos ambientais a que todos nós estamos submetidos na atualidade.

Entre os benefícios nutricionais oriundos do consumo adequado de frutas e vegetais estão:

- Promoção do crescimento e desenvolvimento adequados na infância
- Promoção da saúde mental (menor risco de depressão e ansiedade)
- Menor risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes e neoplasias
- Prevenção da disbiose intestinal
- Ativação do sistema imune

Além de enfatizar as questões nutricionais, a FAO também tem como objetivo, provocar o debate sobre o papel que legumes, verduras e frutas exercem acerca da promoção da segurança alimentar e do desenvolvimento sustentável. A forma pela qual, os diversos países cuidam dos seus sistemas alimentares, tem caráter individualizado e a busca de soluções deve obedecer à essas peculiaridades, respeitando suas características, culturas e hábitos próprios, visando a sustentabilidade e resistindo às situações emergenciais. Para tanto, um dos maiores desafios a serem enfrentados diz respeito ao cuidado com o abastecimento da produção agrícola mundial e a utilização de maneira eficiente da maioria dos recursos naturais disponíveis, evitando o desperdício e focando na distribuição de alimentos saudáveis à toda população, principalmente para aquele grupo sob maior risco e vulnerabilidade.

1.2 Repercussão no Brasil

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza o consumo de 400g de frutas e hortaliças por dia pela população em geral, o que representa cerca de 5 porções. No entanto, apenas um em cada quatro brasileiros consome a quantidade ideal recomendada e estudos nacionais apontam o aumento do uso de alimentos ultraprocessados (industrializados) desde a infância, trazendo sérios riscos à saúde da população.

Segundo o Instituto Brasileiro de Frutas (IBRAF), o consumo per capita de frutas, legumes e verduras no Brasil é de 57 quilos por ano, na Alemanha é de 112 quilos, na Itália, 114 quilos, e a Espanha lidera o ranking com o consumo de 120 quilos por ano.

A produção de frutas e legumes no Brasil foi de 50,5 milhões de toneladas em 2018, e espera-se registrar uma taxa de crescimento anual (CAGR) de 3,2% durante o período de 2020-2025. O Brasil é o terceiro maior produtor de frutas do mundo, ficando atrás apenas da China e da Índia.

No último dia 01 de julho, a FAO em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), o Ministério da Saúde, e o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), realizaram um evento online de lançamento da agenda de trabalho do Ano Internacional das Frutas, Legumes e Verduras no Brasil, e uma das ações acordadas durante o evento foi a de promover um aumento de 36,2% para 43% no percentual de indivíduos consumidores de frutas, legumes e verduras de forma regular.

2. Frutas e verduras

2.1. Panorama no Brasil

Segundo a POF (Pesquisa de Orçamento Familiar, IBGE, 2017/2018) o consumo de alimentos revela que o brasileiro destina muito pouco de seu orçamento no consumo de legumes, verduras e frutas, conforme dados da pesquisa: legumes e verduras (3,6%); frutas (5,2%); alimentos preparados (3,4%); carnes e pescados (20,2%).

O IDEC (Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor) aponta que durante a pandemia de Covid, houve crescimento no consumo de alimentos ultraprocessados, principalmente na faixa etária entre 45 e 55 anos. A globalização com difusão rápida de hábitos e padrões de comportamento pode ser um dos fatores deste aumento no consumo de ultraprocessados.

2.2. Alimentação saudável

Alimentos *in natura*, como frutas, legumes, verduras, grãos diversos, oleaginosas, tubérculos e raízes são excelentes fontes de fibras, de vitaminas, minerais e de vários compostos que são essenciais para a manutenção da saúde e a prevenção de muitas doenças. Com a complementação de pequenas quantidades de alimentos de origem animal, combinações de alimentos de origem vegetal constituem base excelente para uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa e culturalmente apropriada.

Qual a diferença entre verduras e legumes?

A maior diferença entre verduras e legumes é a parte comestível da planta. Nas verduras, a parte comestível são as folhas ou flores (exemplos: couve-flor, brócolis ou espinafre), enquanto nos legumes a parte comestível são frutos e sementes (exemplos: abóbora, tomate, cenoura).

| | LEGUMES | VERDURAS |
|------------------|---|-------------------------------------|
| Definição | São os frutos salgados do grupo das leguminosas | São plantas e folhas comestíveis |
| Parte comestível | Frutos e sementes | Folhas, Flores, Botões e Hastes. |
| Categorias | Leguminosas, Cereais, Oleaginosas, Frutas * | Somente um grupo |
| Carboidratos | Varia muito em função da categoria, podendo chegar a 20%. | Em geral baixo teor, cerca de 5%. |
| Exemplos | Arroz, Batata, Cenoura, Cebola, Trigo. | Alface, Repolho, Rúcula, Espinafre. |

*Nome popular dado aos frutos comestíveis de sabor adocicado ou banano, como laranja, maçã e banana.

Fonte: diferenca.com

Legumes

Os legumes são vegetais que podem ter seus frutos desenvolvidos na parte exterior da terra, ou abaixo da terra, com apenas uma parte da planta exposta, como suas folhas e apresentarem muitas diferenças entre eles, como milho, batata e tomate, classificados em diferentes categorias:

| | | |
|-------------|--|--|
| Frutos | Vegetais com sementes | Abóbora, Chuchu, Tomate. |
| Raízes | Vegetais em que a parte comestível se desenvolve abaixo da terra | Cenoura, Mandioca, Beterraba. |
| Tubérculos | Os nutrientes são acumulados dentro da própria raiz. | Batata inglesa |
| Leguminosas | Grãos encontrados em vagens | Soja, Feijões, Grão-de-bico, Ervilha. |
| Cereais | Grãos ou Sementes | Arroz, Milho, Trigo. |
| Oleaginosas | Sementes | Amêndoa, Castanha-do-Caju, Castanha-do-Pará. |

A forma de preparo para seu consumo é variada: crus, no vapor, cozidos e mesmo fritos.

Verduras

Podem também ser chamadas de Hortaliças (plantas cultivadas em Hortas). Os exemplos mais conhecidos de folhas são a alface, o agrião, a acelga, a couve, o espinafre. Já entre as flores os mais consumidos são brócolis, a couve-flor e a alcachofra.

3. A sociedade brasileira de pediatria e a importância da orientação alimentar na infância.

A Sociedade Brasileira de Pediatria, por meio de seu Departamento Científico de Nutrologia, ressalta a importância da prevenção de doenças futuras através da orientação alimentar na infância. Essa se inicia no início da vida ao estimular o aleitamento materno. Em seguida, desde a introdução alimentar, há incentivo para a criação e posteriormente para a sedimentação de hábitos alimentares saudáveis, buscando o equilíbrio entre qualidade e quantidade de nutrientes. Essa harmonia nutricional é fundamental para a prevenção dos fatores de risco cardiovasculares em longo prazo, como obesidade, diabetes, aumento da pressão e do colesterol.

É importante lembrar que a exposição a esses fatores está presente desde a infância e a adolescência e esses respeitam o “fenômeno de trilha”. Isto significa que um jovem que apresenta algum fator de risco tem maior probabilidade de mantê-lo na idade adulta, com intensidade semelhante. Sabendo-se que na fase inicial da vida é quando hábitos são sedimentados e há maior potencialidade para a prevenção de doenças cardiovasculares, a SBP não mede esforços para que medidas preventivas, incluindo a orientação alimentar de forma correta e consistente, sejam adotadas desde a infância, em todas as consultas com o pediatra.

Referências Bibliográficas:

1. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
2. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: primeiros resultados / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. 699 p.
3. <https://idc.org.br/noticia/pandemia-aumento-de-consumo-de-ultraprocessados-pelo-brasil>.
4. Afshin, A. *et al.* Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2019.
5. FAO, Fruit and vegetables – your dietary essentials. The International Year of Fruits and Vegetables 2021 Background paper, 2020.
6. <https://www.paho.org/pt/noticias/2-7-2021-fao-opas-e-ministerio-da-saude-lancam-laboratorio-inovacao-sobre-producao-e>
7. Prêcoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izzar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq. Bras. Cardiol. 2019.

Coluna – História da SOPERJ**Dr. Ricardo do Rego Barros****(Biênio 1994 – 1995)**

Minha formatura na UFRJ foi em 1978 (fomos a primeira turma no *campus* da Ilha do Fundão) e logo após fui aprovado para Residência Pediátrica no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG). Em 1981 fiz curso em Medicina de Adolescentes patrocinado pelo Ministério da Saúde, seguido de um *rotation* em Washington e Maryland. Até 2019 fui chefe do Ambulatório de Adolescentes do IPPMG/UFRJ, que conta com equipe multiprofissional. Neste período capacitamos mais de 200 profissionais do Município e do Estado do Rio de Janeiro. A partir de 1990 me dediquei à Medicina do Esporte em Pediatria, recebendo o Título de Especialista em Medicina do Esporte em 2003. Desde então sou coordenador do Grupo de Trabalho em Medicina Desportiva da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Iniciei minha participação associativa como tesoureiro na gestão do Dr. Sérgio Augusto Cabral e depois fui secretário-geral na gestão da Dra. Izabel Mendes. Assumi a Presidência da SOPERJ no Biênio 1994 – 1995.

Desde 2015 sou o Diretor Adjunto de Atividades Assistenciais do IPPMG/UFRJ.

Como foi sua gestão na SOPERJ?

As gestões anteriores realizaram um grande trabalho na captação de novos sócios, unificação dos pediatras do Estado e estruturação dos comitês científicos.

A criação da Regional Zona Oeste (presidida pelo Dr. Luiz Ildegardes) e o 1º Encontro de Pediatria da Regional foram marcos da minha gestão, pois estimularam a participação e a captação de pediatras que, muitas vezes, não podiam comparecer às reuniões científicas que ocorriam no Hospital da Lagoa (Serões Científicos mensais, às segundas-feiras).

Descentralizamos as ações dos patrocinadores da SOPERJ, permitindo que diversos eventos fossem realizados, tais como encontros quadrimestrais aos fins de semana em Campos, Angra dos Reis e Nova Friburgo, contando com a participação de pediatras dos diversos comitês científicos.

Inovação e pioneirismo

Lançamos, pelo Comitê de Ensino, presidido pelo Dr. Carlos Eduardo Schettino Azevedo, e com apoio do NUTES/UFRJ, o manual sobre “Eventos e Técnicas de Reuniões”, que durante anos foi uma referência sobre organização de eventos científicos médicos.

Incluímos na programação científica do Curso Nestlé de Atualização em Pediatria uma mesa-redonda sobre Saúde Escolar, valorizando assim um tema de extrema importância para os pediatras, presente até hoje em todos os eventos de Pediatria.

Ter sido Presidente da SOPERJ trouxe algum impacto para sua carreira?

Sem dúvida. A SOPERJ foi o início de minha vida associativa. Na sequência, fui presidente do Departamento Científico de Adolescência da SBP (1997 – 1999), secretário-geral da SBP (1998 – 2001). Coordenador do Grupo de Trabalho em Medicina Desportiva até hoje (2021), membro da Comissão Executiva do Título de Especialista em Pediatria (TEP), desde 1999.

Mensagem aos leitores do Boletim SOPERJ

Assim como entrei para a vida associativa com 37 anos e progredi nas diversas posições até o dia de hoje, acredito que muitos pediatras deveriam também participar ativamente da vida da SOPERJ. Existe espaço para todos e a SOPERJ precisa de vozes jovens e determinadas para continuar seu ciclo de defesa, não só das crianças e adolescentes como também dos próprios pediatras.

A SOPERJ sempre foi minha segunda casa e agradeço a todos que me ajudaram nessa caminhada.