

Benefícios e Contra-Indicações do Desporto na Infância

DANIEL VIRELLA, NUNO LYNCE

Hospital Distrital de Cascais

Resumo

Os benefícios da prática regular de actividades desportivas na infância e juventude ultrapassam os seus potenciais malefícios. Mesmo em crianças com limitações, a prática do exercício físico deve ser estimulado. De facto, as verdadeiras contra-indicações são pouco frequentes e bem definidas, sendo habitualmente contra-indicações relativas. Sempre que é considerada necessária a imposição de restrições à prática de um desporto, o médico deve aconselhar à criança e à família as opções possíveis. A orientação do Pediatra deve ter em conta o estado clínico da criança, modalidade desportiva e o nível de actividade desejada (escolar, «de rua» ou de competição). São revistas as patologias agudas e crónicas mais frequentes que condicionam limitações transitórias ou permanentes da prática desportiva.

Palavras-chave: Exercício físico, desporto, infância, adolescência, benefícios, contra-indicações.

Summary

BENEFITS AND CLINICAL LIMITS TO THE PRACTICE OF SPORT IN CHILDHOOD. The benefits of regular physical activity in childhood surpass their virtual adverse effects. Even in children whose medical condition recommends some restrictions, the regular practice of physical activity should be promoted. There are very few reasons to restrict that practice and most of them are relative or temporary. If a permanent restriction is to be applied, an alternative should be offered. To do that, the Pediatrician should take into consideration the clinical condition of the child, which sport is to be practiced and at which level of commitment. We review some of the most frequent acute and chronic diseases that imply permanent or temporary restriction to the practice of sports.

Key-words: physical activity, sport, childhood, adolescence, benefits, clinical restrictions.

Num tempo em que a desejável consciencialização colectiva dos conceitos de vida saudável e de lazer é quase universal, o Pediatra e o Médico de Família são frequentemente solicitados a participar em decisões relacionadas com a actividade física de crianças e adolescentes. Na nossa prática clínica, deparámo-nos com situações para as quais não tínhamos resposta imediata, o que nos levou a aprofundar o tema. A sensação de que as dificuldades que sentimos são comuns a muitos, levou-nos a partilhar a nossa experiência.

Atitude Geral face ao Desporto na Infância e Adolescência

É hoje em dia consensual a vantagem de uma prática regular de exercício físico, quer no adulto, quer no jovem e na criança ⁽¹⁾. O incentivo à prática desportiva na infância é de especial importância, quer pelos benefícios directos que pode proporcionar à criança, quer pelo potencial papel protector que pode desempenhar na idade adulta ^(1,2). Tal como outros hábitos que se perpetuam ao longo da vida, o hábito da manutenção da boa condição física pode e deve ser instituído na criança. É assim mais fácil combater a vida potencialmente sedentária das

décadas seguintes, com evidentes vantagens no combate contra as doenças cardio-vasculares, a diabetes e o stress ⁽³⁾. Igualmente importante é o papel de catalizador da integração social e de aprendizagem de atitudes e comportamentos que o desporto proporciona à criança e ao jovem, facilitando a passagem do círculo da família para o âmbito da sociedade. A intervenção do médico é tão importante na identificação de situações que exigem restrições à prática desportiva, como na detecção de crianças sedentárias, as quais é preciso motivar para a prática de exercício físico regular ⁽¹⁾.

Chamado a orientar a actividade desportiva duma criança. O Pediatra deve ter em atenção três aspectos primordiais: o seu estado clínico, a modalidade desejada e o nível de empenhamento pretendido ⁽⁴⁾. O primeiro aspecto pretende verificar a existência de alguma patologia de base, aguda ou crónica, que limite a capacidade da criança realizar esforço físico ou passível de agravamento pela prática da modalidade em questão. O segundo e terceiro pontos visam adequar a modalidade praticada ao desenvolvimento da criança, i.e., à sua idade.

É claro que a orientação médica depende do tipo de participação desportiva pretendida: desporto escolar, desporto de rua ou desporto de competição. Qualquer uma destas práticas deve suscitar preocupações. O desporto escolar, em princípio tutelado por técnicos capazes, não deveria levantar problemas, no entanto, é causa importante de pedidos de parecer médico por doenças crónicas ou agudas. O desporto de rua, em si mesmo

Entregue para publicação em 95/09/01.

Accepte para publicação em 95/10/09.

não vigiado, não costuma suscitar maiores problemas do que banais acidentes e não exige grande empenhamento por parte da criança. O desporto de competição, embora menos frequente, comporta uma atenção médica especial.

Na realidade, o Pediatra (ou o Médico de Família) não deve ser uma figura secundária no Universo do desporto na infância, regulado por um triângulo interactivo, cujos extremos são ocupados pela criança, os seus pais e o treinador/professor de educação física. O bom senso dos pais e do treinador, a capacidade técnica deste e a vontade e motivação da criança são os elementos fundamentais para uma actividade desportiva saudável e bem sucedida. Infelizmente, os problemas surgem frequentemente por erros cometidos pelos elementos mais responsáveis neste elo – pais e treinadores. São as modalidades escolhidas e impostas pelos pais, o desrespeito pelas preferências e capacidades da criança, a imposição de programas e ritmos de treino e competição que coartam as actividades mais próprias da idade, a criação de um espírito de competição exagerado e ansiogénico⁽⁵⁾. Enfim, concepções erradas do que deve significar a actividade desportiva na infância e adolescência.

A prática regrada de exercício físico na infância e adolescência é potencialmente benéfica e sempre aconselhável. No entanto, devido a atitudes erradas, surgem frequentemente problemas. As possíveis repercussões desfavoráveis prendem-se com três tipos de erros: a má preparação física; o não cumprimento de regras higieno-dietéticas; e a prática de modalidades inadequadas à idade da criança (Quadro 1)⁽⁴⁾. É na prevenção e correcção destes erros que o Pediatra e o Médico de Família têm um papel importante a desempenhar.

QUADRO 1

Idades mínimas recomendadas para o início da prática desportiva na criança e adolescente (consoante o tipo de desporto)

• Desportos de equilíbrio: (natação, bicicleta, patinagem, dança)	3 a 5 anos.
• Desportos exigindo técnicas e regras específicas: (ginástica, ténis, equitação, desportos colectivos e de combate)	8 a 11 anos.
• Desportos atléticos: (atletismo, vela, remo, ciclismo)	10 a 13 anos.

Se as regras de higiene geral, preparação física prévia e adequação da actividade desportiva à idade da criança, não forem tidas em conta e se não houver um acompanhamento especializado adequado, particularmente no desporto de competição, podem ocorrer facilmente repercussões desfavoráveis sobre a saúde da criança. Algumas destas complicações são ainda controversas, mas outras estão bem estabelecidas; é o caso das lesões das cartilagens de crescimento por micro-traumatismos repetidos e do stress provocado pela competição em idades excessivamente jovens⁽⁴⁾. É ainda pouco claro que o desporto de competição provoque atrasos de crescimento nas crianças que o praticam, mas há fortes indícios de que isso ocorra, pelo menos na alta competição⁽⁴⁾. Não há, nomeadamente, dúvidas quanto ao atraso da menarca nas raparigas que fazem desporto de competição, mas não é claro que isso constitua um verdadeiro problema de saúde⁽⁶⁾.

Limitações Médicas Gerais à Prática Desportiva na Infância e Adolescência

As contra-indicações à prática desportiva na criança são pouco frequentes e, geralmente, relativas ou transitórias, pelo que a atitude primordial deve ser a da sua promoção. De uma forma geral, podemos distinguir seis tipos de razões para impôr restrições ao exercício físico que uma criança ou adolescente pode praticar: 1) risco de agravamento de patologia prévia; 2) risco não negligenciável de doença ou morte; 3) atraso na cura ou convalescença de doença aguda; 4) risco de provocar perturbações do crescimento; 5) risco infeccioso; 6) risco para a segurança de outrém. Na sua generalidade, estas razões são apenas resultado de bom senso e da aplicação de regras gerais de segurança ou higiene.

As situações com que nos deparamos mais frequentemente na prática clínica são as doenças infecciosas agudas em crianças em idade escolar. Nestes casos, não devemos esperar que nos seja pedida opinião sobre eventuais limitações da prática desportiva escolar ou outra; nem devemos esperar o tomada espontânea de medidas de senso comum; se o fizermos, o mais provável é que se peque por defeito ou por excesso. Por isso, especialmente durante a idade escolar, as indicações sobre o exercício físico permitido devem acompanhar o tratamento médico das infecções agudas.

A maioria das doenças infecciosas agudas mais frequentes exigem curtos períodos de restrição da prática desportiva geral ou concreta, quer por diminuição da tolerância individual ao esforço ou perigo de agravamento da doença, quer para a protecção de outrém (Quadro 2)^(4,7). É fácil recordarmos estes períodos, pelo que não nos devemos esquecer de os recomendar, tendo sempre em conta as características individuais de cada criança e a gravidade concreta de cada episódio agudo.

QUADRO 2

Contra-indicações transitórias à prática desportiva (por doença infecciosa aguda)

• amigdalite:	15 dias
• gripe:	15 a 30 dias
• mononucleose ou hepatite viral:	2 meses
• varicela:	15 a 21 dias
• gastroenterite aguda moderada ou grave:	variável
• febre reumática:	3 semanas a 6 meses
• tuberculose:	3 meses (mínimo)
• infecções cutâneas:	variável

Segundo: Monod H, Vandewalle H. Sports et Medicine (vol. 1 et 2). Ed Medicals Fournier freres-Pharmuke, 1984. e American Academy of Pediatrics. Committee on Sports Medicine and Fitness. Medical conditions affecting sports participation. Pediatrics, 1984; 94(5):757-60.

Por outro lado, apesar de raras, a sua importância obrigamos a não esquecer as situações que exigem uma restrição mais severa da prática desportiva, chegando mesmo à sua interdição total^(4,7). É o caso das anemias graves, neoplasias, hemofilias, miastenias, insuficiência renal crónica ou glomerulonefrites crónicas. Em quase todas estas situações a criança impõe ela mesma espontaneamente os seus limites, devido à astenia,

cansaço e mal-estar concomitantes, mas estas recomendações devem sempre ser explicitadas e enviadas às escolas, de modo a evitar excessos de zelo ou aventureirismos nas aulas de educação física.

Situações Específicas de Limitação Médica à Prática Desportiva

Os pais da criança ou do adolescente com doença crónica recorrem frequentemente ao seu médico assistente para procurarem conselho sobre a participação nas aulas de educação física ou, mesmo, para a recomendação duma modalidade adequada ao seu estado. Embora seja sempre possível, e mesmo desejável, pedir a colaboração dum eventual especialista que acompanhe conjuntamente a criança, é importante dar uma orientação consistente e segura, de modo a evitar, quer uma restrição excessiva, quer uma permissividade inadequada. Na prática, é mais fácil e positivo recomendar modalidades desportivas do que estabelecer proibições^(7, 8). Para as doenças crónicas mais frequentes, a verdadeira necessidade de restringir as modalidades banais é rara.

Asma. Apenas os casos mais graves e os de asma desencadeada pelo esforço, não correctamente controlada, carecem da restrição da prática de modalidades com grandes exigências cárdio-respiratórias. As modalidades mais indicadas são o ciclismo e a natação^(4, 7).

Diabetes. A diabetes, em si mesma não determina restrições; é sim necessário evitar os riscos de hipoglicémia e desidratação, tendo atenção à dieta, à hidratação e à dose de insulina. Por esta razão, estão indicados os desportos que permitam o reabastecimento hídrico e calórico (bicicleta, caminhada, etc.)^(4, 7).

Epilepsia. Bem controlada farmacologicamente, a epilepsia não é contra-indicação para a prática desportiva, mas é sempre necessário redobrar a atenção às medidas de segurança. Se a epilepsia estiver mal controlada, são de evitar as modalidades em que a ocorrência de uma crise convulsiva possa pôr em perigo o doente ou outrém (natação, desportos de contacto ou colisão, desportos de altitude, halterofilia, arco, tiro)^(4, 7).

Fibrose Quística. O principal risco a evitar é o da desidratação, especialmente em tempo quente, pois nestes doentes o suor é hiperosmolar e o estímulo da sede está diminuído. Estão indicadas as modalidades que permitem o reabastecimento hídrico^(4, 7).

Drepanocitose. Estão contra-indicados os desportos praticados em condições extremas de frio, calor, humidade e altitude, pelo risco de desencadear uma crise de falciformização. É importante ter em atenção os cuidados de hidratação e alimentação^(4, 7).

Cardiopatias. É aconselhável uma abordagem destas crianças em cooperação estreita com o cardiologista pediátrico^(4, 7, 9-14). A maior parte das crianças com cardiopatia não carece da imposição de restrições ao exercício físico, ou porque não tem razões clínicas para isso ou porque ela própria restringe espontaneamente a sua actividade. Mas, mesmo nestes casos, pode ser importante o estabelecimento dum programa adequado de exercício físico. Exigem restrição da actividade desportiva, em

graus variáveis, as cardiopatias que apresentam perigo de isquémia ou morte súbita: obstáculos de saída do ventrículo esquerdo; insuficiência cardíaca ou coronária; cardiopatia orifical grave; algumas disritmias; hipertensão arterial grave; e cardite (na fase aguda e convalescença)^(4, 7, 9-14).

Patologia ortopédica. As alterações do alinhamento da coluna exigem cuidados especiais apenas para certas modalidades; assim, as crianças e jovens com cifose não devem praticar ciclismo, enquanto que aos adolescentes com escoliose devem estar interditos a musculação e a halterofilia. Nos casos de patologia da coluna lombar, deve ser proibida a prática de natação no estilo mariposa⁽⁴⁾.

Patologia oftalmológica. Aos doentes com alta miopia (superior a 6 dioptrias) ou com glaucoma congénito deve ser aconselhada uma atenção redobrada para evitar traumatismos oculares, dado terem retinas frágeis, susceptíveis de descolamento; devem-se evitar os desportos de colisão ou de contacto⁽¹⁵⁾. Uma relação estreita do médico assistente com o especialista é sempre benéfica.

Órgão par único. Nestas crianças é necessário uma apertada atenção às medidas de protecção contra acidentes quando praticando desportos de contacto ou colisão⁽⁷⁾. A capacidade de compreender a sua situação clínica são determinantes na permissão ou proibição deste tipo de desportos.

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). Podem ser praticados todos os desportos que o estado geral de saúde da criança permitam, pois o risco de transmissão a outrém é mínimo⁽⁷⁾. A criança e os seus monitores deverão estar correctamente informados dos cuidados a tomar em caso de acidente.

Conclusões

A prática desportiva na infância é benéfica para a saúde, quando realizada no contexto de uma preparação física geral, desenvolvendo igualmente as qualidades de força, velocidade, resistência, destreza e equilíbrio.

As competições não devem ser excluídas da prática desportiva da criança, porque têm um valor educativo nos planos técnico, tático, psicológico e sociológico. O pedagogo, os pais e o médico devem considerá-las como um meio e não como um fim.

As verdadeiras contra-indicações para a prática desportiva são pouco frequentes e bem definidas, sendo habitualmente contra-indicações relativas ou transitórias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Sports Medicine and Fitness. Assessing physical activity and fitness in the office setting. *Pediatrics*, 1994; 93(4): 686-9.
2. Rowland TW, Freedson PS. Physical activity, fitness and health in children: a close look. *Pediatrics*, 1994; 93(4): 669-71.
3. Vaccaro P, Mahon AD. The effects of exercise on coronary heart disease risk factors in children. *Sports Med*, 1989; 8(3): 139-53.
4. Monod H, Vandewalle H. *Sports et Medicine* (Vol. 1 et 2). Lyon: Ed Medicals Fournier Freres-Pharmuke, 1984.
5. Smoll FL, Smith RE. Psychology of the young athlete. Stress-related maladies and remedial approaches. *Pediatr Clin North Am*. 1990; 37(5): 1021-46.

6. Merzenich H, Boeing H, Wahrendorf J. Dietary fat and sports activity as determinants for age at menarche. *Am J Epidemiol.* 1993; 138(4): 217-24.
7. American Academy of Pediatrics. Committee on Sports Medicine and Fitness. Medical conditions affecting sports participation. *Pediatrics*, 1994; 94(5): 757-60.
8. Mitchell JH et al. Classification of sports. *JACC*, 1985; 6(6): 1198-9.
9. McNamara DG, Chairman. Task Force I: Congenital Heart Disease. *JACC*, 1985; 6(6): 1200-8.
10. Cheitlin MD, Chairman. Task Force II: Acquired Valvular Heart Disease. *JACC*, 1985; 6(6): 1200-8.
11. Maron BJ, Chairman. Task Force III: Hypertrophic Cardiomyopathy, Other Myopericardial Diseases and Mitral Valve Prolapse. *JACC*, 1985; 6(6): 1215-7.
12. Zipes DP, Chairman. Task Force VI: Arrhythmias. *JACC*, 1985; 6(6): 1225-32.
13. American Academy of Pediatrics. Committee on Sports Medicine and Fitness. Cardiac dysrhythmias and sports.
14. American Academy of Pediatrics. Committee on Sports Medicine and Fitness. Mitral valve prolapse and athletic participation in children and adolescents.
15. Gregg JR. Vision and sports: an introduction. Boston: Butherworts Ed. 1987.