

Actividade física e saúde na criança

RAUL BANDARRA PACHECO*

RESUMO

A criança tem uma tendência natural para se comparar e competir consigo e com os outros. O jogo é assim o grande factor de motivação da criança. Mas como se processa o seu desenvolvimento físico e sensorial?

Importância da adaptação do treino às características etárias e biológicas da criança. O exame médico desportivo de aptidão, como oportunidade de avaliação e orientação da prática de exercício físico e desporto em segurança.

Asma, sopros cardíacos, diabetes, epilepsia, escolioses, são alguns dos problemas comuns nestas idades, e que estando controlados, não devem ser motivo de exclusão da prática desportiva. Pelo contrário, o exercício físico e desporto dão um bom contributo para os ganhos em saúde destas crianças.

MOTIVAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES FÍSICAS

As crianças constituem um grupo populacional, com uma grande predisposição para as actividades físicas e desporto, quase sempre de carácter competitivo. De facto as crianças têm uma tendência natural para se comparar e competirem consigo próprias e com os outros. Neste sentido a actividade lúdica tem uma importância fundamental na vida da criança pois acompanha, condiciona e promove o seu desenvolvimento. O jogo, ao contemplar estes atributos, constitui um meio privilegiado e vital para o desenvolvimento harmonioso da criança. A criança impedida de jogar e brincar, não «cresce» saudavelmente, tendo dificuldade em se ultrapassar a si própria e de evoluir para a adolescência e para a maturidade. Por este motivo e por ser uma actividade geradora de prazer, o jogo é grandemente motivador, levando a que a criança se entregue plenamente e sem reservas à acção que se desenvolve no próprio jogo. O espírito lúdico está aliado ao prazer da competição. O que guia a criança no jogo são as tarefas a realizar. A criança que joga é uma criança que experi-

menta, descobre, aperfeiçoando as suas habilidades motoras e sensoriais, com grande impacto no desenvolvimento das capacidades coordenativas.

O jogo é assim o grande factor de motivação da criança. Ela volta-se normalmente para os que estão mais próximos dos seus interesses, dos que a compreendem, onde se «sente à vontade».

DESENVOLVIMENTO E CONDIÇÃO FÍSICA DA CRIANÇA

A criança é um ser em desenvolvimento físico, motor, mental, emocional e social. A avaliação desse desenvolvimento e a detecção precoce de quaisquer anomalias, atendendo às implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, é um dos objectivos dos programas de vigilância de saúde infantil em Cuidados de Saúde Primários.

Aos cinco anos de idade a criança, em relação aos comportamentos e adaptação social, não só gosta de brincar com crianças da sua idade, como já escolhe os amigos e compreende bem as regras do jogo (Escala de avaliação de desenvolvimento de Sheridan).

A prática regular de uma actividade física bem coordenada e bem adaptada à idade da criança deve normalmente favorecer o seu desenvolvimento e ajudar ao crescimento harmonioso dos seus diferentes órgãos.

O desenvolvimento motor tem uma sequência de etapas relativamente constante, mas a idade do aparecimento dessas etapas varia de criança para

*Chefe de Serviço de Clínica Geral, especialista em Medicina Desportiva

criança. É um facto evidente que crianças da mesma idade apresentam grandes diferenças individuais dependentes do: código genético; integridade das estruturas anatómicas de base (SNC, estrutura músculo-esquelética, aparelho cardiovascular...); grau de neuro-desenvolvimento e maturação atingido; estadio do seu desenvolvimento psico-afectivo; estímulos proporcionados pelo ambiente.

A condição física é habitualmente avaliada através de um conjunto de capacidades, nomeadamente:

- Coordenação motora
- Flexibilidade
- Força
- Velocidade
- Resistência
- «*Endurance*»

O desenvolvimento da coordenação motora é fundamental entre os seis e os 10 anos de vida, assim como o estímulo da organização temporal e espacial. Idealmente a criança de 10 anos deveria ter a capacidade de se orientar satisfatoriamente no tempo e no espaço, de reagir e proceder com rapidez, ritmo e equilíbrio, de executar movimentos finos com destreza, graças a uma coordenação motora quase perfeita. Sendo a coordenação motora uma capacidade básica, ela deve ser estimulada e treinada no início da escolaridade básica, mantendo a sua continuidade nos anos escolares subsequentes. Uma boa coordenação motora é o suporte para o desenvolvimento das outras capacidades.

A criança, nomeadamente o jovem pré-adolescente, tem uma grande flexibilidade que resulta de quatro factores: um tónus muscular escasso, uma grande extensibilidade muscular, fraca resistência dos músculos antagonistas, e presença abundante de cartilagem articular.

A flexibilidade diminui posteriormente devido ao aumento das massas musculares, principalmente a partir da adolescência. Deste modo, a idade ideal

para melhorar a flexibilidade da anca, da coluna vertebral e da cintura escapular, é entre os 11 e os 13 anos, principalmente nas raparigas. O treino deve sempre respeitar as características individuais de cada criança, nomeadamente o seu grau de desenvolvimento músculo-esquelético, e ser sempre efectuado de uma forma lenta e programada.

Relativamente à força e atendendo a que é nestas idades que a cartilagem de crescimento sofre transformações morfológicas e funcionais, têm de ser evitadas tracções e pressões excessivas, como por exemplo a realização de exercícios de musculação ou treino com cargas (pesos). São aconselhados os exercícios dinâmicos variados e de curta duração, de modo a favorecer um desenvolvimento muscular harmonioso, que respeite a integridade do osso em crescimento.

Em relação ao trabalho de velocidade nestas idades, deve ser executada em distâncias curtas (40 a 60 metros). Nestas circunstâncias o músculo utiliza apenas a via metabólica anaeróbica aláctica, obtendo o ATP necessário para a contracção muscular através da degradação da fosfocreatina existente no músculo. Os compostos fosforados necessários para esta via, estão presentes no músculo e imediatamente disponíveis, desde que o esforço seja de curta duração. O esforço mais prolongado esgota rapidamente estes metabólitos e põe em jogo outra via metabólica anaeróbica produtora de ácido láctico. O ATP é obtido a partir da degradação do glicogénio muscular e hepático, pela acção dos enzimas glicolíticos. Na criança a actividade destes enzimas está ainda pouco desenvolvida, pelo que a utilização desta via metabólica comporta riscos e deve ser evitada.

De igual modo o desenvolvimento da resistência obrigando a efectuar um trabalho muscular intenso e prolongado, em metabolismo anaeróbico, é desaconselhado nestas idades.

O desenvolvimento da «*endurance*» estimula o metabolismo aeróbico, envolvendo a participação progressiva e controlada do sistema cardiovascular e do aparelho respiratório, promovendo uma crescente adaptação ao esforço. É entre os 10 e 14 anos que os jovens atingem a sua capacidade aeróbica máxima por Kg de peso. Nestas idades o organismo já possui os enzimas oxidativos necessários para efectuar um esforço aeróbico máximo, possibilitando o trabalho de «*endurance*», embora o rendimento cardiovascular máximo só seja atingido mais tarde, em plena adolescência.

EXAME MÉDICO DESPORTIVO DE APTIDÃO

Uma boa forma física, adquirida na juventude e mantida ao longo da vida, parece ser uma condição essencial para que o corpo possa funcionar saudavelmente no melhor das suas capacidades. A medicina cada vez mais vocacionada para a prevenção, beneficia do contributo do desporto para alcançar os seus objectivos de promoção da saúde e de luta contra a doença. Deve ser aconselhada a prática desportiva, mas sempre após a realização de um exame médico desportivo de aptidão. Neste sentido o médico de família ocupa, de acordo com o seu perfil profissional, um papel privilegiado neste processo, dado conhecer amplamente as populações que acompanha, particularmente as crianças, pela prestação de cuidados de saúde infantil na perspectiva da saúde e da doença, estando em condições excelentes para se pronunciar correctamente acerca da aptidão médica e características do desenvolvimento das crianças que vigia regularmente. Seguindo a metodologia prevista no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, registando e avaliando todos os parâmetros examinados, não esquecendo os cuidados antecipatórios, o médico de família

tem ao seu alcance um conjunto de dados e informação clínica que lhe permitem certificar com segurança a aptidão das crianças que acompanha no que respeita à sua aptidão para a prática de exercício físico e desporto. Particularmente a consulta dos 5-6 anos (Exame global de saúde antes da escolaridade obrigatória), e a consulta dos 11-13 anos (Exame global de saúde antes do início do 3º ciclo do ensino básico), assumem especial importância, na avaliação do desenvolvimento psicomotor e cognitivo com influência no planeamento e qualidade do desempenho físico e desportivo da criança.

Embora o desporto escolar nos primeiros anos de escolaridade básica, ainda não seja uma realidade nas nossas escolas, deve ser incentivada a prática desportiva, essencialmente no ensino básico, onde os primeiros anos de escolaridade são decisivos para a aquisição e desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis. O desporto na escola deve ser visto como um facilitador na integração pedagógica dos programas escolares. Nestas idades, a noção do próprio corpo e a percepção das transformações que nele vão ocorrendo, concorrem para o desenvolvimento de uma imagem adequada. O desporto ajuda a criar esta identidade e estimula a maturação biológica (aparelho cardiovascular, estrutura muscular, sistema nervoso...), ao mesmo tempo que proporciona a criação de laços de amizade e solidariedade entre colegas e professores.

PROBLEMAS COMUNS EM SAÚDE INFANTIL

O médico de família é muitas vezes abordado por pais e educadores, que solicitam atestados para «dispensa da ginástica», em crianças com problemas de saúde que, pelo contrário, beneficiam da prática regular de exercício físico e desporto. Estão nesta situação, os

problemas de asma brônquica, sopros cardíacos inorgânicos, diabetes juvenil, epilepsia e alterações da coluna vertebral, como sejam as escolioses, entre outras patologias, que se estiverem devidamente compensadas não constituem contra-indicações à prática desportiva.

Asma

A asma é a doença crónica mais frequente entre as crianças. A actividade física é mesmo um dos seus principais meios terapêuticos, permitindo ao asmático uma maior tolerância ao esforço, com um melhor controlo das crises, ajustando mais adequadamente as doses de medicamentos necessários. Nas crianças existe também uma forma de «asma induzida pelo esforço», que pode representar a única manifestação patológica (pieira ou tosse durante ou após o exercício físico, podem ser a única manifestação da asma), que pode ser prevenida pela administração prévia de terapêutica profilática. O asmático controlado pode e deve fazer qualquer desporto. A prática regular de uma actividade física diminui a ansiedade, o medo e a insegurança com que normalmente as crianças asmáticas vivem, temendo o aparecimento de uma crise.

Sopros cardíacos inorgânicos

A auscultação cardíaca na criança é caracterizada por uma grande frequência de sopros inorgânicos. Estatisticamente, 30 a 50% das crianças normais, apresentam estas alterações na auscultação, particularmente audíveis em jovens magros, de tórax plano ou escavado. É importante desmistificar estes «diagnósticos», pois as crianças nestas condições não têm qualquer tipo de limitação à actividade física. Normalmente é encontrado um sopro sistólico que se localiza entre o 2º e 4º espaço intercostal esquerdo. O zumbido venoso jugular é outro tipo de sopro inorgânico frequente, com intensidade máxima a

nível da base da região cervical, é sistodiastólico, e desaparece com a mudança de posição da cabeça ou compressão jugular. Embora estas situações não impliquem quaisquer restrições para a actividade desportiva, no caso de dúvida devem ser referenciadas e esclarecidas em consulta de cardiologia, no sentido de obter um diagnóstico correcto.

Diabetes

Na diabetes insulino dependente (DID), o exercício físico potencia a acção hipoglicémica da insulina e pode reduzir a necessidade diária de insulina. Para obter melhores resultados, a prática do exercício tem que ser regular e não excessiva; a relação entre dieta, insulina e exercício é fundamental para um bom controle metabólico. A criança tem de ser educada no sentido de: ingerir alimentos contendo hidratos de carbono de digestão lenta, meia hora antes de exercício moderado, bem como após ou durante o exercício mais prolongado; a dose de insulina deve ser reduzida e ajustada, dependendo dos resultados da glicémia capilar; deve ser evitada a injeção de insulina numa área onde os músculos vão ser mais intensamente solicitados durante o exercício; o exercício à noite deve ser evitado, a não ser que seja compensado com uma refeição leve ao deitar.

Epilepsia

A epilepsia, se estiver devidamente controlada pela terapêutica, não deve constituir uma contra-indicação para a prática desportiva na criança. Numerosos estudos têm demonstrado que as crianças epilêpticas beneficiam da prática regular de exercício físico. Quaisquer atitudes proibitivas podem até contribuir e agravar os sentimentos de inferioridade e inadaptabilidade social, que habitualmente estas crianças já têm. Mesmo a prática da natação, deve ser permitida, se for esta a vontade da criança, e

existirem boas condições de segurança e vigilância da piscina.

Escolioses

As escolioses podem ser estruturadas ou não estruturadas consoante a flexibilidade da coluna esteja diminuída ou não. A maioria das escolioses não são de causa idiopática, algumas estão associadas a etiologias bem definidas. O acompanhamento periódico na consulta é fundamental, para acompanhar a evolução até ao final do crescimento. A orientação para a prática desportiva tem de ser avaliada caso a caso, não devendo ser colocadas restrições com curvas idiopáticas de magnitude inferior a 21 graus.

Todas as crianças podem fazer exercício físico e desporto. Mesmo existindo limitações, não é legítimo privá-las de uma prática moderada, embora sob orientação e supervisão médica.

BIBLIOGRAFIA

Sanchez-Pinilla, R: Medicina del Ejercicio Físico y del deporte para atención a la salud. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.A; 1992.

Guillet R, Genety J, Brunet-Guedj E. Medicine du sport (4^a Ed). Paris: Masson; 1988.

Brito Avô AJ. Saúde e escola. Lisboa: Centro de Medicina Pedagógica; 1987.

Graça A, Oliveira J. O ensino dos jogos desportivos. Lisboa: Faculdade Ciências do Desporto e Educação Física; 1994.

Bandarra Pacheco R. Guia de comportamentos saudáveis no desportista. Lisboa: Terramar Editores, Lda; 2000.

Simon L, Rodineau J, Saillant G, Benezis C. Rachis e Sport. Paris: Masson; 1995.

Endereço para Correspondência:

Centro de Saúde de Pero Pinheiro
R. Alto do Pina
2715 Pero Pinheiro
E-mail: raul.pacheco@clix.pt