

CARACTERÍSTICAS DE INDIVÍDUOS COM DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA EM PELOTAS/RS

DENER BUDZIAREK DE OLIVEIRA; CÉSAR AUGUSTO HÄFELE²; MATHEUS PINTANEL FREITAS²; AIRTON JOSÉ ROMBALDI³
CO-AUTOR(ES)²; NOME E SOBRENOME DO ORIENTADOR³

¹Universidade Federal de Pelotas – denerbudziarek@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – hafele.c@hotmail.com; matheuspintanel@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – ajrombaldi@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais prevalentes na população mundial, sendo que, aproximadamente, 65 milhões de pessoas no mundo são portadoras da doença (THURMAN et al. 2011). A epilepsia é uma doença caracterizada por um distúrbio do cérebro que gera uma predisposição persistente à ocorrência de crises epilépticas, bem como alterações neurobiológicas, cognitivas e sociais (FISHER et al. 2005). As crises epilépticas caracterizam-se pela ocorrência de sinais e sintomas transitórios devidos à atividade neuronal anormal e excessiva do cérebro (BERG et al. 2010).

Pessoas com epilepsia (PCE) são mais suscetíveis a algumas comorbidades psiquiátricas, entre elas as mais recorrentes são a ansiedade e a depressão (TELLEZ-ZENTENO et al. 2007), as quais atuam negativamente na qualidade de vida desses indivíduos (LORING et al. 2004). Além disso, PCE possuem menor expectativa de vida do que a população em geral, tendo um risco aumentado de duas a três vezes para morte prematura (RAKITIN et al. 2011), sendo que a morte súbita é aproximadamente 20 vezes maior nessa população (FICKER et al. 1998).

Neste contexto, o presente estudo objetivou descrever as variáveis sociodemográficas, clínicas, comportamentais, nutricional e de saúde dos indivíduos com diagnóstico médico de epilepsia.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal no Ambulatório da Faculdade de Medicina na cidade de Pelotas/RS. Foram entrevistados 101 indivíduos com idade entre 12 e 75 anos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Educação Física (1.231.971) e a coleta de dados foi de 1º de dezembro de 2015 a 30 de abril de 2016. A seguir apresentam-se as variáveis do estudo e suas operacionalizações: a) sociodemográficas: sexo (masculino ou feminino), idade (anos completos) e renda (renda mensal); b) clínicas: tipo de crise (generalizada, focal, focal secundariamente generalizada ou desconhecida), etiologia das crises (idiopática/genética, sintomática/estrutural-metabólica ou desconhecida), epilepsia ativa (crises nos últimos dois anos), tipo de tratamento (monoterapia ou politerapia) e os medicamentos mais usados; c) de saúde: depressão (*inventário de depressão em transtornos neurológicos para a epilepsia - IDTN-E*), traço e estado de ansiedade (*State-Trait Anxiety Inventory - STAI*), d) comportamentais: atividade física (adultos – *International Physical Activity Questionnaire - IPAQ*; adolescentes – *Questionário de Atividade Física para Adolescentes - QAFQ*). Como ponto de corte para o indivíduo ser considerado ativo, utilizou-se as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 300 minutos de atividade física por semana para adolescente e 150 minutos de atividade física por semana para adultos (OMS, 2010).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 101 indivíduos entrevistados, a maioria eram homens (50,5%) com escolaridade média de $7,6 \pm 4,0$ anos. A idade variou de 12 a 75 anos (média de idade de $32,7 \pm 17,0$ anos) e a mediana de renda foi de R\$ 788,00 (IQ de 200 a 1200).

Referente ao tipo de crise epiléptica, 50,0% tinham crises generalizadas e 39,3% apresentaram crises focais com generalização secundaria. A causa para a ocorrência das crises, ou seja, a etiologia das crises foi desconhecida em 45,2% dos casos, 26,2% foram consideradas idiopáticas e 28,6% foram classificadas como sintomáticas. A maioria dos indivíduos fazia uso de monoterapia para epilepsia (65,6%) – o que vai de encontro a literatura (HAN et al. 2011) - e pouco mais de dois terços da amostra (67,3%) tinham epilepsia ativa. O medicamento mais utilizado foi a carbamazepina (n=40), o fenobarbital (n=34) e o valproato (n=31). Esses achados corroboram o estudo conduzido por Arida et al. (2003) que encontrou a carbamazepina e o fenobarbital como medicamentos mais utilizados. Dois estudos conduzidos no Brasil, mais precisamente no estado de São Paulo (KISHIMOTO et al. 2016; FERRARI et al. 2013), mostraram que dos três medicamentos mais relatados, o mais usado foi a carbamazepina, semelhante ao encontrado em nosso estudo. Porém, os dois seguintes mais utilizados foram o clobazan e a lamotrigina, diferindo dos nossos achados.

Quase dois terços dos sujeitos (64,6%) não alcançaram as recomendações semanais de atividade física no lazer e no deslocamento. Quando os domínios foram considerados separadamente, esse número é ainda maior, sendo que, 84,2% eram inativos no deslocamento e 76,2% eram inativos no lazer. Hallal et al. (2014) conduziram um estudo na cidade de Pelotas/RS, utilizando o IPAQ na versão curta em todos os domínios, e avaliaram os níveis de atividade física da população em geral, comparando as prevalências de sujeitos inativos nos anos de 2002, 2007 e 2012. Os resultados mostraram que a prevalência de inatividade física aumentou ao longo dos anos, com prevalência de 41,1% em 2002, 52% em 2007 e 54,4% em 2012. Além disso, Siqueira et al. (2008) realizaram um estudo em Unidades Básicas de Saúde em mais de 100 municípios da região Sul e Nordeste e encontraram, através da versão curta do IPAQ, uma prevalência de 31,8% de inatividade física. Quando analisada somente a região Sul essa prevalência diminui para 24%. No presente estudo, encontrou-se prevalência de inatividade física de 64,4%. Esses resultados sugerem que PCE são mais inativas do que a população em geral, corroborando estudos anteriores (ARIDA et al. 2003). No entanto, estudos que mediram os níveis de atividade física de PCE ao redor do mundo mostram prevalências discrepantes. Na Coréia do Sul, Han et al. (2011) encontraram uma prevalência de 41,6% de sujeitos ativos fisicamente no lazer; no Brasil, Arida et al. (2003) investigaram a atividade física de lazer e verificaram que apenas 15,0% dos indivíduos eram ativos. Kishimoto avaliou a atividade física através do IPAQ curto – que não é o melhor método de avaliação da atividade física - e encontrou que 76,2% das pessoas alcançaram as recomendações de atividade física. Tais discrepâncias podem ser explicadas pela metodologia utilizada nos estudos: enquanto Arida et al. (2003) e Han et al. (2011) mediram os níveis de atividade física de lazer (através de questionário não validado), Kishimoto et al. 2016 mediram os níveis de atividade física nos quatro domínios e a diferença nesses achados pode ter ocorrido pelo fato de que, principalmente, os domínios doméstico e do trabalho parecem ser superestimados pelos sujeitos que respondem ao questionário (HALLAL et al. 2010).

A média do escore de depressão foi de $12,6 \pm 4,1$ e 34,6% apresentaram sintomas depressivos graves. Níveis elevados de depressão e ansiedade são observados em PCE quando comparados à população em geral (TELLEZ-ZENTENO et al. 2007) Esses achados concordam o estudo de Han et al. (2011), os quais encontraram 35,6% de indivíduos com depressão. Em estudo de validação do instrumento utilizado para avaliar a depressão em PCE (IDTN-E), Oliveira et al. (2011) encontraram prevalência de 28,2% de depressão. Em estudo realizado nas unidades básicas de saúde em Pelotas/RS, com a população em geral, a prevalência foi de 23,9% de depressão (MOLINA et al. 2012).

A média do escore do estado e do traço de ansiedade foi de, respectivamente, $12,2 \pm 3,6$ e $15,1 \pm 3,4$ (média total de 27,3 pontos). Estudos com a população Européia e Asiática (MCDONOUGH et al. 2013) e com ginastas brasileiras (FORTES et al. 2013) apresentaram pontuação média total de $30,4 \pm 8,1$ e $27,3 \pm 6,1$, respectivamente.

A média para qualidade de vida foi de $63,2 \pm 18,2$ pontos. Em relação às variáveis de saúde, a qualidade de vida foi medida através do QOLIE-31 para os adultos e do QOLIE-AD-48 para os adolescentes, os instrumentos mais utilizados mundialmente para determinar esse parâmetro em indivíduos com epilepsia (SILVA et al. 2006). A média de qualidade de vida foi de $63,2 \pm 18,2$ pontos, em uma recente revisão avaliando pesquisas que utilizaram o QOLIE-31 para mensurar a qualidade de vida de adultos ao redor mundo foi encontrado uma média global de $59,8 \pm 8,0$ pontos, variando de $42,1 \pm 4,1$ pontos na Rússia a $82 \pm 32,8$ pontos no Canadá (QOILE-31) (SAADI et al. 2016).

4. CONCLUSÕES

PCE apresentam as seguintes características: epilepsia ativa, tratam a doença com monoterapia e o medicamento mais usado é a carbamazepina. Além disso, apresentam altos níveis de inatividade física no lazer e no deslocamento, bem como altos níveis de depressão e ansiedade quando comparados a estudos realizados na mesma cidade, no mesmo sistema público de saúde e analisando os mesmos desfechos na população em geral. Esses resultados servem para conhecer melhor esses indivíduos e para subsidiar a criação de políticas públicas específicas para essa população, com foco na melhoria da qualidade de vida desses sujeitos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIDA RM, SCORZA FA, ALBUQUERQUE M, CYSNEIROS RM, OLIVEIRA RJ, CAVALHEIRO EA. Evaluation of physical exercise habits in Brazilian patients with epilepsy. *Epilepsy Behavior* 2003;4(5):507-10.

BERG AT, BERKOVIC SF, BRODIE MJ, BUCHHALTER J, CROSS JH, VAN EMDE BOAS, W, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*. 2010; 51(4):676-685.

FERRARI CMM, SOUSA RMC, CASTRO LHM. Factor associated with treatment nonadherence in patients with epilepsy in Brazil. *Seizure* 2013;22:384-89.

FICKER DM, SO EL, SHEN WK, ANNEGERS JF, O'BRIEN PC, CASCINO GD, et al. Population-based study of the incidence of sudden unexplained death in epilepsy. *Neurology*. 1998;51(5):1270-1274.

FISHER RS, VAN EMDE BOAS W, BLUME W, ELGER C, GENTON P, LEE P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005; 46(4):470–472.

FORTES LS, ALMEIDA SS, FERREIRA MEC. Influência da ansiedade nos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em ginastas. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2013;18(5):546-553.

HALLAL PC, CORDEIRA K, KNUTH AG, MIELKE GI, VICTORA CG. Ten-Year Trends in Total Physical Activity Practice in Brazilian Adults: 2002-2012. *Journal Physical Activity and Health*. 2014; 11(8):1525 -1530.

Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. *J Phys Act Health* 2010;7(2):259-64. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24(1):39-54.

HAN K, CHOI-KWON S, LEE S. Leisure time physical activity in patients with epilepsy in Seoul, South Korea. *Epilepsy Behavior*. 2011; 20(2):321-325.

KISHIMOTO ST, VOLPATO N, APPENZELLER S, FERNANDES PT. Relationships between physical activity and depressive symptoms in patients with epilepsy. *Journal epilepsy clinical Neurophysiology* 2016;22(1):10-16.

LORING DW, MEADOR KJ, LEE GP. Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy Behavior*. 2004; 5(6):976–980.

MCDONOUGH C, DUNKLEY AJ, AUJLA N, MORRIS D, DAVIES MJ, KHUNTI K. The association between body mass index and health-related quality of life: influence of ethnicity on this relationship. *Diabetes, Obesity Metabolism*. 2013;15(4):342–348.

MOLINA MRAL, WIENER CD, BRANCO JC, JANSEN K, SOUZA LDM, TOMASI E, DA SILVA RA, PINHEIRO RT. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiq Clín.* 2012;39(6):194-197.

OLIVEIRA GNM, FILHO GMA, KUMMER A, SALGADO JV, PORTELA EJ, SOUZA-PEREIRA SR, TEIXEIRA AL. Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E): Versão Brasileira de um Instrumento de Rastreamento. *Journal Epilepsy Clinical Neurophysiol*. 2011; 17(2):49-53.

RAKITIN A, LIIK M, ŌUN A, HALDRE S. Mortality risk in adults with newly diagnosed and chronic epilepsy: A population-based study. *European Journal Neurology*. 2011; 18(3):465-470.

SAADI A, PATENAUX B, MATEEN FJ. Quality of life in epilepsy—31 inventory (QOLIE-31) scores: A global comparison. *Epilepsy Behavior*. 2016; 65:13-17.

SILVA TI, MARQUES CM, ALONSO NB, AZEVEDO AM, WESTPHAL-GUITTI AC, PASCHALICCHIO TF, et al. Tradução e adaptação cultural do Quality of life in epilepsy. (QOLIE-31). *Journal Epilepsy Clinical Neurophysiol*. 2006; 12(2):107-110.

SIQUEIRA FV, FACCHINI LA, PICCINI RX, TOMASI E, THUMÉ E, SILVEIRA DS et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24(1):39-54.

TELLEZ-ZENTENO JF, PATTEN SB, JETTÉ N, WILLIAMS J, WIEBE S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*. 2007; 48(12):2336-2344.

THURMAN DJ, BEGHI E, BEGLEY CE, BERG AT, BUCHHALTER JR, DING D, et al. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. *Epilepsia*. 2011;52(7):2–26.

WHO. Global recommendations on physical activity for health Geneva: World Health Organization, 2010.