

ASSOCIAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA E EFEITOS COLATERAIS DA MEDICAÇÃO ANTIEPILÉPTICA EM PESSOAS COM EPILEPSIA

RICARDO ALT¹; CÉSAR AUGUSTO HÄFELE²; MARCELO COZZENSA DA SILVA²; AIRTON JOSÉ ROMBALDI³

¹*Universidade Federal de Pelotas – Bolsista de Iniciação Científica CNPq – ricardoalt_@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – hafele.c@hotmail.com; cozzensa@terra.com.br*

³*Universidade 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). FISHER et al. (2014) propuseram que a doença é caracterizada por uma desordem no cérebro definida por qualquer uma das seguintes condições: a) ao menos duas crises não provocadas ocorrendo em um intervalo maior do que 24 horas; b) uma crise não provocada e um risco maior do que 60% de uma nova crise; c) diagnóstico de uma síndrome epiléptica.

Quando comparadas à população em geral, pessoas com epilepsia apresentam níveis elevados de depressão e ansiedade (TELLEZ-ZENTENO et al., 2007), o que leva a uma redução dos escores de qualidade de vida (LORING et al., 2004). Além disso, um dos grandes problemas no tratamento da epilepsia são os efeitos colaterais das drogas antiepilepticas que, apesar de proporcionarem um controle significativo das crises, trazem consigo inúmeros efeitos colaterais (SCHIMIDT; SCHACHTER, 2014). Apesar do tratamento médico de pacientes com epilepsia ser focado no controle das crises epilépticas, cuidadores e pacientes consideraram a melhora da qualidade de vida e a redução dos efeitos colaterais prioridades no seu tratamento (NOBLE; MARSON, 2016). Dessa forma, o objetivo do estudo foi verificar a associação entre os níveis de atividade física (AF) e os efeitos colaterais das medicações antiepilepticas.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal na cidade de Pelotas-RS. A coleta aconteceu no Ambulatório de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas entre o período de 1º de dezembro de 2015 a 30 de abril de 2016. Participaram do estudo 101 indivíduos com diagnóstico médico de epilepsia, com idade entre 12 e 75 anos. A coleta de dados foi realizada das seguintes formas: 1) verificou-se os prontuários de todos pacientes que consultaram no ambulatório de neurologia no ano de 2015 para saber quais sujeitos tinham diagnóstico médico de epilepsia. Em seguida, foi feito contato telefônico com esses indivíduos, explicando os objetivos da pesquisa e convidando-os para participar da mesma; 2) em dias de atendimento neurológico, antes da consulta, o pesquisador teve acesso aos prontuários e verificou quais sujeitos tinham diagnóstico de epilepsia. Enquanto os pacientes aguardavam a consulta, o pesquisador responsável os convidou para participação na pesquisa. A exceção ocorreu quando os indivíduos estavam consultando pela primeira vez no ambulatório; neste caso, o pesquisador aguardou a consulta e, caso houvesse diagnóstico médico de epilepsia, convidou o indivíduo para participar no estudo. Para o presente estudo foi utilizada a variável efeito colateral da medicação medida através dos questionários *Adverse Effects Drugs*, o qual contém 19

questões que geram um escore contínuo que varia de 19 a 76 e indivíduos com pontuações acima de 75 são considerados com altas taxas de efeitos colaterais. (GILLIAM et al., 2004). O desfecho foi analisado de forma contínua. Para medir a AF dos adolescentes e adultos utilizou-se o Questionário de AF para Adolescentes – QAFA - (FARIAS JUNIOR et al., 2012) e o *Internacional Physical Activity Questionnaire* – IPAQ - (CRAIG et al., 2003) - versão longa, respectivamente. A variável AF foi categorizada da seguinte forma (WHO, 2010): a) adultos - inativos (menos de 10 minutos de AF por semana), insuficientemente ativos (mais de 10 minutos por semana e menos de 150 minutos por semana de AF) e ativos (mais de 150 minutos por semana de AF); b) adolescentes –inativos (zero minutos de AF por semana), insuficientemente ativos (mais de zero minutos e menos de 300 minutos de AF por semana), ativos (mais de 300 minutos por semana de AF). O estudo foi submetido à Plataforma Brasil, apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da UFPel e aprovado sob número de protocolo 1.231.971. Foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade do desfecho e Bartlet para descrever a homogeneidade das variâncias. Como o desfecho respeitou os pressupostos de normalidade, a ANOVA one-way foi utilizada para a análise bruta e para a análise ajustada foi utilizada a regressão linear múltipla, sendo que foram incluídas na regressão todas as variáveis cuja associação bruta com o desfecho foi de $p \leq 0,2$ e colocadas ao mesmo tempo na análise. O nível de significância aceito de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 mostra a associação bruta entre AF e efeitos colaterais da medicação. Os resultados mostram diferença estatisticamente significante entre os grupos (inativo, insuficientemente ativo e ativo), com médias mais baixas para os sujeitos mais ativos.

Tabela 1. Análise bruta da associação entre atividade física e efeitos colaterais da medicação antiepileptica.

Variável	Atividade Física			Valor p
	Inativo	Insuficientemente ativo	Ativo	
Efeitos colaterias da medicação	$45,5 \pm 7,2$	$44,8 \pm 9,3$	$36,9 \pm 7,7$	< 0,001*

ANOVA: Análise de variância. Resultados são expressos em média \pm DP. Diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05^*$).

A análise ajustada mostrou que, mesmo controlando para todas variáveis de confusão, a AF continuou associada ao desfecho ($p=0,014$), mostrando diferença significativa dos inativos comparados aos ativos, sendo que, sujeitos ativos possuem, aproximadamente, menos 5 pontos no questionário de efeitos colaterais da medicação (Tabela 2). Além disso, pode-se observar que as variáveis que compuseram o modelo de regressão, explicaram 64% do desfecho.

Tabela 2. Regressão Linear Múltipla da associação entre a exposição atividade física e os desfechos depressão e ansiedade.

Desfecho	Preditor	β IC 95%	Ajustada	
			p	R2
Efeitos colaterias da medicação	Atividade física		0,014	0,64
	Inativo	-		
	Insuficientemente ativo	0,43 (-2,80; 3,67)		
	Ativo	-4,62 (-8,06; -1,17)		

Nenhum estudo foi encontrado avaliando a associação da AF com os efeitos colaterais da medicação. Em estudo recente, Noble et al. (2016), perguntaram sobre as prioridades no tratamento da epilepsia através de questionários dirigidos aos próprios pacientes e aos seus cuidadores. Das 10 prioridades elencadas pelos respondentes, melhoria na qualidade de vida e redução dos efeitos colaterais da medicação apareceram entre as cinco primeiras para ambos (pacientes e cuidadores) e a melhoria da qualidade de vida e redução de efeitos adversos figuraram na primeira e segunda posições na visão dos cuidadores. Neste sentido, os resultados do presente estudo são de extrema relevância, tendo em vista que mostraram uma associação positiva da prática de atividade física com uma das prioridades citadas.

4. CONCLUSÕES

A prática de AF esteve inversamente associada aos efeitos colaterais das medicações antiepilepticas. Alcançar as recomendações de AF esteve inversamente associado a reduções significativas nos efeitos colaterais de pessoas com epilepsia. Dessa forma, a prática de AF pode ser utilizada como forma de tratamento não farmacológico para melhorar as condições de saúde de pessoas com epilepsia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CRAIG, C.L.; MARSHALL, A.L.; SJÖSTRÖM, M.; BAUMAN, A.E.; BOOTH, M.L.; AINSWORTH, B.E., et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 35, p. 1381-1395, 2003.
- LORING, D.W.; MEADOR, K.J.; LEE, G.P. Determinants of quality of life in epilepsy. **Epilepsy Behavior**, San Diego, v. 5, n. 6, p. 976–980, 2004.
- THURMAN, D.J.; BEGHI, E.; BEGLEY, C.E.; BERG, A.T.; BUCHHALTER, J.R.; DING, D., et al. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. **Epilepsia**, New York, v. 52, n. 7, p. 2–26, 2011.
- WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.
- FISHER, R.S.; ACEVEDO, C.; ARZIMANOGLOU, A.; BOGACZ, A.; CROSS, H.; ELGER, C.E., et al. A practical clinical definition of epilepsy. **Epilepsia**, New York, v. 55, n. 4, p. 475–482, 2014.
- GILLIAM, F.G.; FESSLER, A.J.; BAKER, G.; VAHLE, V.; CARTER, J.; ATTARIAN, H. Systematic screening allows reduction of adverse antiepileptic drug effects: a randomized trial. **Neurology**, v. 62, p. 23–7, 2004.
- FARIAS JUNIOR, J.C.; LOPES, A.S.; MOTA, J.; SANTOS, M.P.; RIBEIRO, J.C.; HALLAL, P.C. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-administered Physical Activity checklist. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, p. 198–210, 2012.
- NOBLE, A.J.; MARSON, A.G. Which outcomes should we measure in adult epilepsy trials? The views of people with epilepsy and informal caregivers. **Epilepsy Behavior**, San Diego, v. 59, p. 105-110, 2016.

SCHIMIDT, D.; SCHACHTER, S. Drug treatment of epilepsy in adults. **British Medical Journal**, London, v. 28, n. 348, 2014.

TELLEZ-ZENTENO, J.F.; PATTEN, S.B.; JETTÉ, N.; WILLIAMS, J.; WIEBE, S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. **Epilepsia**, New York, v. 48, n. 12, p. 2336-2344, 2007.