

BARREIRAS GERAIS E ESPECÍFICAS PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE PESSOAS COM EPILEPSIA

DENER BUDZIAREK DE OLIVEIRA¹; CÉSAR AUGUSTO HÄFELE²; MARCELO COZZENSA DA SILVA²; AIRTON JOSÉ ROMBALDI³

¹Universidade Federal de Pelotas – denerbudziarek@hotmail.com

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

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). 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).

Para pessoas com epilepsia a prática de exercício físico têm se mostrado benéfica para o controle das crises, redução dos efeitos colaterais da medicação e melhoria do bem-estar geral (PIMENTEL, TOJAL, MORGADO, 2015; HÄFELE et al., 2017). Apesar dos benefícios dessa prática, a prevalência de prática regular de atividade física é menor em pessoas com epilepsia quando comparadas ao público em geral (CUI et al., 2015).

Dessa forma, o objetivo do estudo foi verificar as principais barreiras gerais e específicas para prática de atividades físicas de adultos e adolescentes com 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. 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.

Os níveis de atividade física foram coletados através do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) para os adultos (CRAIG et al., 2003) e do Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA) para os adolescentes (FARIAS JUNIOR et al., 2012). 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). As barreiras para prática de atividade física foram avaliadas de duas maneiras: gerais e específicas da epilepsia. Para as barreiras gerais foi utilizado o instrumento proposto por REICHERT et al. (2007) e para barreiras específicas foram utilizadas as propostas nos trabalhos de ARIDA et al. (2003) e HAN; CHOI-KWON; LEE (2011).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 descreve as barreiras gerais e específicas de adultos com epilepsia de acordo com o nível de atividade física. A barreira geral mais prevalente foi a preguiça (48%) seguida pela falta de companhia (41,9%) e falta de dinheiro (32%). Houve diferença estatística para o relato da barreira preguiça, sendo que os inativos relataram mais essa barreira ($p=0,02$). Para as barreiras específicas da epilepsia o medo de ter uma crise foi relatado por 33,3% dos adultos não diferindo entre ativos e inativos. Arida et al. (2003), em estudo realizado no Brasil, encontraram a barreira não saber como começar e continuar com um programa de exercício como a principal (59%) seguido pelo cansaço após o exercício (38%) diferindo do presente estudo.

Tabela 1. Descrição das barreiras gerais e específicas de adultos com epilepsia de acordo com os níveis de atividade física. (n=78)

	Total	Ativos	Inativos	P
Gerais				
Falta de tempo	20 (26,7)	7 (35,0)	13 (65,0)	0,52
Preguiça	36 (48,0)	6 (16,7)	30 (83,3)	0,02*
Falta de local adequado	19 (25,3)	5 (26,3)	14 (73,7)	0,74
Estar machucado	16 (21,3)	5 (31,3)	11 (68,7)	0,85
Falta de dinheiro	24 (32,0)	6 (25,0)	18 (75,0)	0,57
Falta de companhia	31 (41,9)	8 (25,8)	23 (74,2)	0,53
Não gosta	11 (14,7)	1 (9,1)	10 (90,9)	0,11
Específicas				
Medo de ter uma crise	25 (33,3)	6 (24,0)	19 (73,0)	0,47
Foi desencorajado da prática de AF por familiares/amigos	9 (12,0)	1 (11,1)	8 (88,9)	0,20
Ter experiência prévia de crise durante a AF	14 (18,7)	4 (28,6)	10 (71,4)	0,94
Medo que AF terá influência negativa sobre a medicação	5 (6,8)	2 (40,0)	3 (60,0)	0,62
Conhecimento de outras pessoas que tiveram crises durante a AF	4 (5,3)	1 (25,0)	3 (75,0)	0,84
Aconselhamento médico para evitar a AF	4 (5,4)	2 (25,0)	2 (25,0)	0,83

*Diferença estatisticamente significativa obtida através do Teste Qui-quadrado.

Entre os adolescentes as barreiras gerais mais citadas foram, respectivamente, a chuva (60,9%), a preguiça (47,8%), a falta de local adequado (39,1%) e a falta de companhia (34,8%). Apenas para a barreira estar machucado a prevalência foi maior nos inativos do que nos ativos ($p=0,04$). Da mesma forma como nos adultos, a barreira específica mais citada pelos adolescentes foi o medo de ter uma crise com 43,5%.

Tabela 2. Descrição das barreiras gerais e específicas de adolescentes com epilepsia de acordo com os níveis de atividade física. (n=23)

	Total	Ativo	Inativo	p
Gerais				
Preguiça	11 (47,8)	4 (36,4)	7 (63,6)	0,15
Falta de local adequado	9 (39,1)	4 (44,4)	5 (55,6)	0,55
Estar machucado	6 (26,1)	1 (16,7)	5 (83,3)	0,04*
Falta de dinheiro	4 (17,4)	2 (50,0)	2 (50,0)	0,92
Falta de companhia	8 (34,8)	3 (37,5)	5 (62,5)	0,30
Medo de se machucar fazendo AF	4 (17,4)	0 (0,0)	4 (100,0)	0,02
Chuva	14 (60,9)	6 (42,9)	8 (57,1)	0,26
Frio	4 (17,4)	2 (50,0)	2 (50,0)	0,92
Calor	5 (21,7)	3 (60,0)	2 (40,0)	0,69
Específicas				
Medo de ter uma crise	10 (43,5)	3 (30,0)	7 (70,0)	0,06
Foi desencorajado da prática de AF por familiares/amigos	2 (9,1)	1 (50,0)	1 (50,0)	0,89
Ter experiência prévia de crise durante a AF	3 (13,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	0,48
Medo que AF terá influência negativa sobre a medicação	0,0	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Conhecimento de outras pessoas que tiveram crises durante a AF	0,0	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Aconselhamento médico para evitar a AF	0,0	0 (0,0)	0 (0,0)	-

*Diferença estatisticamente significativa obtida através do Teste Qui-quadrado.

Os resultados do presente estudo corroboram a literatura Han et al. (2011) mostraram que o medo de ter uma crise epiléptica foi a principal barreira citada por pessoas com epilepsia não havendo diferença estatística entre ativos e inativos. Entre os adolescentes um estudo realizado na zona rural de Pelotas apresentou a chuva como principal barreira para prática de atividade física concordando o presente estudo (MULLER; SILVA, 2013).

4. CONCLUSÕES

A preguiça e o medo de ter uma crise durante a atividade física foram as principais barreiras gerais e específica, respectivamente, tanto para adultos quanto para os adolescentes. Essa barreira geral pode estar ligada aos efeitos adversos das medicações. Mais estudos sobre barreiras para prática de atividade física em pessoas com epilepsia são necessários para se conhecer melhor as necessidades desse grupo e para criação de políticas públicas adequadas a essa população.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIDA, R.M.; SCORZA, F.A.; ALBUQUERQUE, M.; CYSNEIROS, R.M.; OLIVEIRA, R.J.; CAVALHEIRO, E.A. Evaluation of physical exercise habits in Brazilian patients with epilepsy. **Epilepsy Behavior**, San Diego, v. 4, p. 507–510, 2003.
- 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.
- CUI, W.; ZACK, M.M.; KOBAYASHI, R.; HELMERS, S.L. Health behaviors among people with epilepsy — results from the 2010 National Health Interview Survey. **Epilepsy Behavior**, San Diego, v. 44, p. 121–126, 2015.
- 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.
- 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.
- HÄFELE, C.A.; FREITAS, M.P.; SILVA, M.C.; ROMBALDI, A.J. Are physical activity levels associated with better health outcomes in people with epilepsy? **Epilepsy Behavior**. San Diego, v. 72, p. 28–34, 2017.
- HAN, K.; CHOI-KWON, S.; LEE, S.K. Leisure time physical activity in patients with epilepsy in Seoul, South Korea. **Epilepsy Behavior**, San Diego, v. 20, n. 2, p. 321-325, 2011.
- 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.
- MULLER, W.A.; SILVA, M.C. Barreiras à prática de atividades físicas de adolescentes escolares da zona rural do sul do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 18, n. 3, p. 344-353, 2013.
- PIMENTEL, J.; TOJAL, R.; MORGADO, J. Epilepsy and physical exercise. **Seizure**, v. 25, p.87–94, 2015
- REICHERT, F.F.; BARROS, A.J.D.; DOMINGUES, M.R.; HALLAL, P.C. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal of Public Health**, New York, v. 97, n. 3, p. 515-519, 2007.
- TELLEZ-ZENTENO, J.F.; PATTEN, S.B.; JETTÉ, N.; WILLIAMS, J.; WIEBE, S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. **Epilepsia**, v. 48, n. 12, p. 2336-2344, 2007.
- 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**, v. 52, n. 7, p. 2–26, 2011.
- WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010.