

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Mestrado em Ciências da Saúde

Rafael Pereira Guimarães Santos

DIFERENÇAS NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO
EM PESSOAS FISICAMENTE ATIVAS E INATIVAS COM
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR OU TRANSTORNO BIPOLAR

São Paulo

2021

Rafael Pereira Guimarães Santos

DIFERENÇAS NO PADRÃO DE COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO
EM PESSOAS FISICAMENTE ATIVAS E INATIVAS COM
TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR OU TRANSTORNO BIPOLAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador Prof. Dr. Lucas Melo
Neves

São Paulo

2021

S238d Santos, Rafael Pereira Guimarães

Diferenças no padrão de tempo de comportamento sedentário em pessoas fisicamente ativas e inativas com transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar / Rafael Pereira Guimarães Santos. – São Paulo, 2021.

41 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Santo Amaro, 2021.

Orientador(a): Prof^a. Dr. Lucas Melo Neves

1. Comportamento sedentário. 2. Atividade física moderada e vigorosa. 3. Confiabilidade. 4. Acelerômetro. I. Neves, Lucas Melo, orient.
II. Universidade Santo Amaro.

Elaborado por Maria Lucélia S Miranda – CRB 8 / 7177

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Rafael Pereira Guimarães Santos

Título do trabalho: Diferenças no padrão de comportamento sedentário em pessoas fisicamente ativas e inativas com transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador Prof. Dr. Lucas Melo Neves

São Paulo, 6 de dezembro de 2021

Banca Examinadora

Prof. Dr. Lucas Melo Neves

Prof. Dr. Ismael Forte Freitas Júnior

Prof. Dra. Ana Paula Ribeiro

Conceito Final: _____

RESUMO

Introdução: As taxas de mortalidade em pessoas com transtorno depressivo maior (TDM) e transtorno bipolar (TB) são aproximadamente duas a três vezes maiores do que na população em geral. A falta de níveis adequados de atividade física (AF) e o elevado comportamento sedentário (CS) são fatores de risco independentes para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e mortalidade prematura. Pessoas com TDM ou TB apresentam altos níveis de CS. Estudos recentes demonstram que períodos agudos de CS prolongado e ininterrupto provocam efeitos cardiometabólicos prejudiciais, sugerindo que não é apenas o tempo total de CS é relevante para o risco de DCNT, mas também a maneira pela qual é acumulado ou simplesmente o “padrão” de acúmulo. **Objetivo:** Avaliar pessoas com diagnóstico de TDM ou TB fisicamente ativas (>300' AF moderada e vigorosa - AFMV) e inativas (<300' AFMV) quanto ao padrão de CS. **Métodos:** Estudo observacional transversal, com 44 pessoas (45 ± 13 anos) com TDM ou TB, participantes do ambulatório de psiquiatria da Unisa. As pessoas incluídas no estudo tiveram o diagnóstico de TDM ou TB confirmado pela *International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I), os sintomas das doenças foram avaliados pela Escala de Depressão de *Montgomery-Asberg* (MADRS) e *Young Mania Rating Scale* (YMRS). Acelerômetros da marca Actigraph GT9X (Pensacola, USA) foi utilizado durante 7 dias, fixado em uma cinta elástica ao lado direito da cintura e os dados foram validados no software Actilife. Considerando que a amostra foi de dados não paramétricos, descrevemos as variáveis como a mediana e o intervalo interquartil (25 - 75). As comparações entre os grupos foram realizadas pelo teste de *Mann-Whitney*. **Resultados:** Comparando os Grupos: ≥300' AFMV (n=21) e <300' AFMV (n=23), verificamos: Número de *breaks*: grupo >300' AFMV = 648 (597-859) vs grupo <300' AFMV = 515 (393-706) (p=0.001). Duração média dos *breaks*: grupo >300' AFMV = 11 (8-14) minutos vs grupo <300' AFMV = 7 (5-10) minutos (p=0.006). Tempo total dos *breaks*: grupo >300' AFMV = 4263 (3756-5379) minutos vs grupo <300' AFMV = 3114 (2525-3608) minutos (p<0.001). **Conclusão:** Pessoas com TDM ou TB fisicamente ativas (>300' AFMV) e inativas (<300' AFMV) apresentam diferenças no padrão de CS (número de *breaks*, duração média dos *breaks* e tempo total dos *breaks*).

Palavras-chave: Atividade Física Moderada e Vigorosa. Comportamento Sedentário. Confiabilidade. Acelerômetro.

ABSTRACT

Introduction: Mortality rates in people with major depressive disorder (MDD) and bipolar disorder (BD) are approximately two to three times higher than in general. The lack of adequate levels of physical activity (PA) and the high sedentary behavior (SB) are independent risk factors for developing chronic non-communicable diseases (CNCD) and premature mortality. People with MDD or BD have high levels of SB. Recent studies demonstrate that acute periods of prolonged and uninterrupted SB provoke harmful cardiometabolic effects, suggesting that the total SB time is relevant to the risk of CNCD and how it is accumulated or simply “pattern” of accumulation. **Objective:** To evaluate physically active (>300' PA moderate and vigorous - MVPA and inactive (<300' MVPA) people diagnosed with MDD or BD for SB pattern. **Methods:** Cross-sectional observational study, with 44 people (45 ± 13 years) with MDD or BD, participating in the psychiatry clinic at Unisa. People included in the study had a diagnosis of MDD or BD confirmed by the International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I), disease symptoms were assessed by the Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS) and Young Mania Rating Scale (YMRS). Actigraph GT9X brand accelerometers (Pensacola, USA) were used for seven days, attached to an elastic belt on the right side of the waist. The data were validated in the Actilife software. Considering that the sample consisted of non-parametric data, we described the variables as the median and interquartile (25 - 75). Comparisons between groups were performed using the Mann-Whitney test. **Results:** Comparing the Groups: ≥300' MVPA (n=21) and <300' MVPA (n=23), we verified: Number of breaks: group >300' MVPA = 648 (597-859) vs group <300' MVPA = 515 (393-706) (p=0.001). Average duration of breaks: group >300' MVPA = 11 (8-14) minutes vs group <300' MVPA = 7 (5-10) minutes (p=0.006). Total time of breaks: group >300' MVPA = 4263 (3756-5379) minutes vs group <300' MVPA = 3114 (2525-3608) minutes (p<0.001). **Conclusion:** People with MDD or BD who are physically active (>300' MVPA) and inactive (<300' MVPA) show differences in the SB pattern (number of breaks, the average duration of breaks, and the total time of breaks).

Keywords: Moderate and Vigorous Physical Activity. Sedentary Behavior. Reliability. Accelerometer.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Medidas de atividade física.....	27
Figura 2 – Medidas de comportamento sedentário.....	28
Figura 3 – Medidas de breaks	30
Figura 4 – Episódios sedentários com mais de 30 minutos.....	30

Lista de abreviaturas e / ou siglas

AF	Atividade física
AFMV	Atividade física moderada e vigorosa
CID	Classificação estatística internacional de doenças
CS	Comportamento sedentário
HEWA	Hospital Escola Wladimir de Arruda
IC	Intervalo de confiança
MADRS	Escala de depressão de Montgomery-Asberg
MINI	Minientrevista neuropsiquiátrica internacional
N	Número de pessoas participantes
OMS	Organização Mundial de Saúde
RRs	Riscos relativos resumidos
TDM	Transtorno depressivo maior
TB	Transtorno bipolar
YMRS	Young Mania Rating Scale

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	2
2.1. Objetivo geral	2
2.2. Objetivo específico	2
2.3. Justificativa	2
2.4. Hipótese	3
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	3
3.1. Transtorno depressivo maior.....	3
3.2. Transtorno bipolar	5
3.3. Doença crônica não transmissível	8
3.4. Padrão de comportamento sedentário.....	9
4. MÉTODOS.....	10
4.1. Desenho experimental	10
4.2. Instrumentos de coleta de dados	11
4.2.1 Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.)	11
4.2.2 Escala de Depressão de Montgomery-Asberg – (MADRS).....	12
4.2.3 Escala de classificação de mania (YMRS - Young Mania Rating Scale)	12
4.2.4 Acelerometria – Actigraph®	12
4.3. Análise estatística.....	13
5. RESULTADOS	14
5.1. Medidas de atividade física	15
5.2. Medidas de comportamento sedentário	16
5.3. Medidas de breaks	17
5.4. Episódios sedentários com mais de 30 minutos	18
6. DISCUSSÃO	19
7. CONCLUSÃO.....	21
8. REFERÊNCIAS	21
Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	27

Anexo 2 - Escala de Depressão de Montgomery-Asberg – (MADRS).....	29
Anexo 3 - Escala de classificação de mania de Young.....	31
Anexo 4 – Parecer CEP	38

1. INTRODUÇÃO

As taxas de mortalidade em pessoas com transtorno depressivo maior (TDM) e transtorno afetivo bipolar (TB) são aproximadamente duas a três vezes maiores do que na população em geral, sendo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) a principal causa.¹⁻³ Dois fatores importantes que contribuem para o desenvolvimento das DCNT em pessoas com TDM ou TB são a realização de baixo tempo de atividade física (AF) e elevado tempo de comportamento sedentário (CS).⁴

A AF é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso.^{5,6} Já CS é definido como se manter na posição deitada, sentada ou reclinada e com dispêndio energético $\leq 1,5$ equivalentes metabólicos (METs).⁷ A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que um adulto realize de 150 a 300 minutos semanais de AFMV, e apesar de ainda não existir uma recomendação de tempo de CS diário ou semanal a ser realizado, a OMS orienta a necessidade de redução do CS em todas as faixas etárias.⁵

Uma recente meta-análise (1.331.468 participantes únicos) indicou que o limiar de elevado CS encontra-se entre 6 e 8 horas diárias, ou seja, acima desse limiar verifica-se maior risco de mortalidade.⁸ Adicionalmente, tal estudo demonstrou que independente da AF realizada (mesmo atendendo a recomendação de 150 a 300 minutos) um elevado CS é associado com maior risco de desenvolvimento de DCNT.⁸

Comparadas às pessoas sem diagnóstico de transtornos mentais, pessoas com TDM ou TB apresentam maior chance de não atender a recomendação de AF.⁹ Além disso, um elevado tempo de CS diário é verificado em pessoas com TDM ou TB.¹⁰ Considerando que é bem aceito que níveis mais elevados de AF, em qualquer intensidade, e menos tempo em CS, estão associados a risco substancialmente reduzido de mortalidade prematura e desenvolvimento de DCNT,¹¹ justifica-se a necessidade de monitoramento de tais medidas na população com transtornos mentais.

Estudos recentes demonstram que períodos agudos de CS prolongado e ininterrupto provocam efeitos cardiometabólicos prejudiciais,¹² sugerindo que não é apenas o tempo total de CS é relevante, mas também a maneira pela qual esse comportamento é acumulado. Estes parâmetros têm sido denominados por diversos autores como “padrão do CS”.¹³⁻¹⁸

Assim, o padrão de CS pode ser apresentado em três grandes grupos de variáveis:¹⁹ 1) Variáveis de CS; 2) *Breaks* ou quebras do CS; 3) Episódios sedentários

prolongados ou com mais de 30 minutos. Considerando a dificuldade das pessoas com TDM ou TB atenderem a recomendação de AFMV, questionamos se outras diferenças em relação ao movimento corporal podem ser evidenciadas. De fato, a escassez de estudo quanto ao padrão de CS nessa população, indica uma lacuna de conhecimento.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Comparar pessoas fisicamente ativas e inativas com TDM ou TB quanto ao padrão de CS considerando: Variáveis de CS (Número total de episódios sedentários; Tempo total dos episódios sedentários; Comportamento sedentário em horas/dia; Duração média dos Episódios sedentários; Duração máxima dos Episódios sedentários; Tempo médio diário dos episódios sedentários (minutos). *Breaks* ou quebras do CS (Número total de *breaks*; Tempo total de *breaks*; Duração média dos *breaks*; Tempo médio diário dos *breaks*. Episódios sedentários prolongados ou com mais de 30 minutos (Total de episódios sedentários >30 minutos; Tempo total de episódios sedentários > 30 minutos; Duração média dos episódios sedentários >30 minutos; Duração máxima dos episódios sedentários >30 minutos). Assim como verificar nos participantes os sintomas de depressão através da ferramenta MADRS e sintomas de mania com a ferramenta YMRS.

2.2. Objetivo específico

Comparar pessoas fisicamente ativas e inativas com TDM ou TB, quanto ao tempo de AF [AF leve (AFL), moderada (AFM), vigorosa (AFV) e moderada e vigorosa (AFMV)], e tempo de CS.

2.3. Justificativa

Este estudo se justifica por 3 questões principais:

- i) é importante avançar o conhecimento na temática padrão de CS em pessoas com TDM ou TB;
- ii) CS prolongados e ininterruptos provocam efeitos cardiometabólicos prejudiciais, levando ao desenvolvimento de

DCNT que é um grande problema de saúde pública em pessoas com transtornos mentais, e não se sabe como é o comportamento de pessoas com TDM ou TB nessas variáveis;

- iii) comparar o padrão de CS de pessoas fisicamente ativas e inativas com TDM ou TB, irá evidenciar detalhes do CS destes e pode nortear estratégias de ação e orientação de AF e CS.

2.4. Hipótese

Pessoas fisicamente ativas e inativas com TDM ou TB, apresentarão diferenças no padrão de CS.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Transtorno depressivo maior

Os transtornos depressivos são divididos em sete tipos [1) transtorno disruptivo da desregulação do humor, 2) transtorno depressivo persistente (distímia), 3) transtorno disfórico pré-menstrual, 4) transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, 4) transtorno depressivo devido a outra condição médica, 5) outro transtorno depressivo especificado, 6) transtorno depressivo não especificado e 7) transtorno depressivo maior ou simplesmente TDM (incluindo episódio depressivo maior)].

O TDM é um transtorno mental caracterizado por vários sintomas comportamentais e emocionais, como humor deprimido, irritabilidade, anedonia, agitação psicomotora ou letargia, insônia ou hipersonia, diminuição do apetite, fadiga e ideação e comportamento suicida.^{20, 21} De fato, para o diagnóstico cinco (ou mais) dos sintomas citados devem estar presentes durante duas semanas ou mais e representar uma mudança em relação ao funcionamento da pessoa comparada a um momento anterior sem os sintomas. Entre os cinco sintomas, obrigatoriamente pelo menos um dos sintomas deve ser ou humor deprimido ou perda de interesse/prazer.²¹

O TDM é causado por uma combinação de fatores genéticos, biológicos, ambientais e psicológicos. No entanto, a TDM também pode ocorrer em pessoas sem histórico familiar da doença. Nem todas as pessoas com TDM apresentam os mesmos sintomas. A gravidade, frequência e duração variam dependendo do indivíduo e de sua condição específica. Em todo o mundo, estima-se que mais de 300 milhões de

peessoas, de todas as idades, sofram com TDM.²² O TDM é a principal causa de incapacidade em todo o mundo e contribui de forma importante para a carga global de doenças.²²

Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que quase uma em cada cinco pessoas apresente pelo menos um episódio de TDM em algum momento de sua vida, sendo a incidência de TDM semelhante em países de alta e baixa renda.²⁰ O período mais provável para o início do primeiro episódio de TDM estende-se desde meados da adolescência até meados dos 40 anos, mas quase 40% têm seu primeiro episódio antes dos 20 anos, sendo a TDM quase duas vezes mais comum em mulheres do que em homens, o que é atribuído às diferenças de sexo na suscetibilidade (biológica e psicológica), e fatores ambientais.²⁰

Em relação ao curso e prognóstico do TDM, este é inerentemente imprevisível e, portanto, a duração dos episódios, o número de episódios ao longo da vida, e o padrão em que ocorrem são variáveis. Com o tratamento, os episódios duram cerca de 3-6 meses, e a maioria das pessoas se recupera dentro de 12 meses. A longo prazo (2-6 anos), a proporção de pessoas que se recuperam é muito menor, caindo para aproximadamente 60% em 2 anos, 40% em 4 anos e 30% em 6 anos com ansiedade comórbida tendo um papel fundamental na limitação da recuperação.²³ A probabilidade de recorrência é alta, o risco aumenta a cada episódio e no geral, quase 80% das pessoas com TDM experimentam pelo menos mais um episódio em sua vida. Embora mais da metade das pessoas afetadas por um episódio de TDM, recupere-se em 6 meses, e quase três quartos em um ano, um substancial proporção (até 27%) de pessoas com TDM não se recuperam e vão desenvolver uma doença depressiva crônica.²⁰

A compreensão da fisiopatologia da TDM e seus principais sintomas progrediu consideravelmente, mas nenhum modelo ou mecanismo único pode satisfatoriamente explicar todos os aspectos da doença. Diferentes causas ou fisiopatologia podem estar subjacente a episódios em diferentes pessoas com TDM, ou mesmo episódios diferentes na mesma pessoa em momentos diferentes.²¹

No tratamento de TDM, o objetivo inicial é a remissão completa dos sintomas depressivos e de modo geral, esse objetivo geralmente pode ser alcançado pelo uso de terapia psicológica, farmacoterapia ou ambas, e quando possível, uso geral de medidas como higiene do sono, exercícios regulares e dieta saudável e para casos leves o tratamento psicológico por si só pode ser suficiente.²⁴ Para casos moderados

indica-se também psicoterapia e terapia comportamental, mas na maioria dos casos uma combinação de farmacoterapia e psicologia se faz preferível. Em casos graves a medicação deve ser considerada como tratamento de primeira linha, e a eletroconvulsoterapia é uma opção para aquelas pessoas com TDM que não respondem a medicamento.²⁰

Por fim, a farmacoterapia para o TDM tem como base promover o aumento monoaminérgico na neurotransmissão, sendo que os antidepressivos mais novos têm como alvo outros sistemas cerebrais, como o receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), a melatonina ou ácido gama-aminobutírico.²⁰

3.2. Transtorno bipolar

O TB é um transtorno mental, que pode ser dividido em 7 tipos [1) TB tipo I; 2) TB tipo II; 3) transtorno ciclotímico; 4) TB e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento; 5) TB e transtorno relacionado devido a outra condição médica; 6) outro TB e transtorno relacionado especificado; 7) TB e outro transtorno relacionado não especificado].

O TB é caracterizado por recorrentes episódios de alterações no estado de humor e energia, afetando mais de 1% da população mundial.²⁵ Tais flutuações do humor são denominadas episódios de mania e episódios de depressão que podem se alternar, embora a maioria das pessoas com TB tenha predominância de um ou do outro episódio.²¹ O TB prejudica marcadamente a capacidade de funcionar no trabalho e interagir socialmente.

Dos sete tipos de TB citados, dois principais são os mais comuns: tipo I e tipo II. Pessoas com TB tipo I têm pelo menos um episódio de mania, acompanhados ou não de episódios depressivos. Os episódios de depressão são caracterizados por período(s) de humor alterado (deprimido) com duração mínima de duas semanas, com a presença de 1 ou 2 sintomas maiores: humor deprimido ou perda de interesse. Além disso, os episódios depressivos devem estar associados a três ou mais dos seguintes sintomas menores: alteração de apetite ou peso corporal (sem motivação); alteração de sono; lentificação ou inquietação; cansaço; sentimento de culpa; pensamento de morte/ suicídio; dificuldade de concentração.²⁶ Já portadores de TB tipo II não apresentam episódios de mania, mas sim pelo menos um episódio de hipomania (período de humor anormal, menos intenso que a mania, com os mesmos sintomas,

mas com duração menor, de pelo menos 4 dias) e de um ou mais episódios de depressão.²⁶

A causa exata do TB é desconhecida, mas hereditariedade, mudanças nos níveis cerebrais de neurotransmissores e fatores psicossociais podem estar envolvidos.²¹ O diagnóstico correto do TB em geral é auxiliado, por uma entrevista dirigida com a pessoa com suspeita de TB e seus parentes, para discernir o curso longitudinal do distúrbio, que muitas vezes difere das respostas dadas em uma situação de entrevista transversal. Apenas 20% das pessoas com TB com um episódio depressivo são diagnosticadas com TB no primeiro ano de tratamento.²⁶

Em relação ao seu prognóstico a história natural do TB inclui geralmente períodos de remissão, mas a recorrência é normal, particularmente quando a adesão ao tratamento é fraca. A polaridade do episódio pode prever a polaridade dos episódios subsequentes. Pessoas com polaridade predominante depressiva são a maioria propensas a tentar o suicídio, e ter um início depressivo e ser diagnosticado com TB II. Por outro lado, com uma polaridade maníaca predominante, o uso indevido de drogas é comum e as pessoas comumente são jovens com um episódio maníaco e bipolar I.

O conhecimento da patogênese e fisiopatologia do TB progrediu rapidamente nas últimas décadas. Embora o TB seja um dos transtornos mentais mais hereditários, um modelo multifatorial no qual gene e ambiente interagem atualmente é pensado para melhor se adequar a esse distúrbio. Muitos alelos de risco de pequeno efeito, que se sobrepõe parcialmente à esquizofrenia, são novos em todo o estudo de genoma humano, mas é indicado com contribuidores para o risco poligênico de TB.

O primeiro passo no tratamento do TB é confirmar o diagnóstico de mania ou hipomania e definir o estado de humor da pessoa, porque a abordagem terapêutica difere consideravelmente para hipomania, mania, depressão e eutímia.²¹ Diversos fatores podem afetar as características psicológicas e farmacológicas. Esses incluem comorbidades médicas em geral e de transtornos mentais anteriores, tratamentos atuais, resposta ao tratamento ou efeitos adversos, e a vontade da pessoa diagnosticada ser tratada. Os médicos devem considerar esses fatores, particularmente no tratamento inicial de um episódio agudo, para otimizar a eficácia, minimizar o risco de eventos adversos e falta de adesão.

No tratamento agudo, os objetivos principais são garantir a segurança da pessoa com TB e das pessoas próximas e alcançar a estabilização clínica e funcional

com efeitos adversos reconectados. Lítio, quetiapina, divalproex, asenapina, aripiprazol, paliperidona, risperidona e criptazinha isoladamente ou em combinação são recomendados como tratamentos de primeira linha para mania aguda.²⁷ Além disso, engajamento e o desenvolvimento de uma aliança são importantes em qualquer distúrbio vitalício que precisa de adesão a longo prazo, e esta colaboração é especialmente verdadeira durante o primeiro episódio. Na gestão de longo prazo, os principais objetivos são prevenir a recorrência de episódios e garantir atividade enquanto otimiza o tratamento. As opções de primeira linha para TB I incluem quetiapina, lurasidona mais lítio ou divalproato, lítio, lamotrigina, lurasidona ou lamotrigina adjuvante.²⁷

No manejo do TB, medicamentos como estabilizadores de humor e antipsicóticos são a base do tratamento agudo. O uso de estabilizadores do humor combinado com psicoterapia também é indicado.²⁸ No entanto, o acesso de pessoas com TB aos sistemas de atendimento à saúde mental, difere substancialmente entre os países, tornando o manejo deste transtorno especialmente difícil em países de baixa renda²⁵. O atraso e o erro diagnóstico no TB elevam consideravelmente a carga e os custos da doença²⁹. Outra estratégia de tratamento pouco acessível é a eletroterapia convulsiva, que é altamente eficaz para o tratamento de episódios agudos de humor resistentes, particularmente em pessoas com TB com características psicóticas ou catatônicas.

Além dos sintomas específicos da doença (hipomania ou mania e depressão), funcionamento físico e a saúde também são afetadas em pessoas com TB. Distúrbios cardiovasculares, diabetes e obesidade são altamente presentes e surgem mais cedo no curso de vida em comparação com a população em geral.³⁰ Tais comorbidades médicas são indicadores de uma perspectiva pior para pessoas com TB e são altamente prevalentes especialmente pelos efeitos adversos de tratamento farmacológico e fatores de estilo de vida (por exemplo, tabagismo, dieta pobre e baixa AF).³¹

Ainda não foi aprovado biomarcadores para o diagnóstico de qualquer transtorno mental e os critérios clínicos perduram como principal estratégia de diagnóstico, sendo as classificações de diagnóstico mais reconhecidas a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10),³² e a 5ª edição do Diagnóstico e Manual Estatístico de Transtornos Mentais.^{21, 25}

3.3. Doença crônica não transmissível

As DCNT diferentemente das doenças não transmissíveis, compõem o conjunto de condições crônicas, que em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, sendo caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração, apresentando curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, que podem gerar incapacidades. São as principais causas de morte no mundo, correspondendo a mais da metade dos óbitos em 2019, sendo que aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda e um terço dessas mortes ocorre em pessoas com idade inferior a 60 anos.²² As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.³³

As DCNT no Brasil constituem um dos problemas de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis.³⁴ Destaca-se, as doenças cardiovasculares, que são as principais causa de morte no país.³⁵

Ser fisicamente ativo contribui para atenuar tal quadro. De fato, a inatividade física está entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT e é indicada como responsável por 9% das mortes prematuras globalmente.³⁶ O sucesso de intervenções de exercícios físicos têm sido consistentemente documentados, inclusive em meta-análises de estudos clínicos randomizados, que demonstram significativas reduções da morbimortalidade por DCNT, bem como da taxa de hospitalização, com expressivo ganho de qualidade de vida, justificando a sua consensual e enfática recomendação pelas principais sociedades ligadas à saúde mundialmente.³⁷⁻³⁹

Maiores volumes de AF são positivamente associados à melhor qualidade e à maior expectativa de vida, existindo uma forte e inversa associação dos diferentes componentes da aptidão física com a mortalidade por todas as causas e desenvolvimento de DCNT.^{38, 40, 41} Ou seja, quanto menor o nível de aptidão física, maior tende ser a taxa de mortalidade.⁴²

Além de não atender as recomendações de AF, uma condição cada vez mais comuns na sociedade, uma pessoa pode ter seu comportamento em relação ao movimento corporal ainda piorado. O quadro de ser fisicamente ativo e acumular elevado CS, ou ainda não ser fisicamente ativo (não atender a recomendação de AF)

e acumular um elevado CS é cada vez mais comum. Dessa forma, os fatores de risco e determinantes da baixa atividade física e elevado CS podem ser diferentes e, portanto, os dois comportamentos devem ser avaliados de forma complementar e não excludente.

3.4. Padrão de comportamento sedentário

O estudo de Vancampfort et al. (2017) possivelmente seja o mais amplo sobre CS e pessoas com transtornos mentais, onde 69 estudos transversais (N = 35.682 participantes com TDM ou TB ou esquizofrenia) foram sumarizados, indicando que pessoas com TDM permanecem quase 7 horas por dia em CS (414 minutos por dia, IC 95%: 323-505), pessoas com TB mais de 10 horas por dia (615 minutos por dia, IC 95%: 456-774), e pessoas com esquizofrenia mais de 8 horas por dia (493 minutos por dia, IC 95%: 400-586).⁹ De fato, tal informação é altamente relevante e justifica em parte a elevada de DNCT em pessoas com TDM ou TB, porém mais informações sobre tal comportamento necessita ser explorada.

Desta forma, o uso de acelerometria nas avaliações de AF e o CS, permite a mensuração além do tempo de AF e CS. Embora tal mensuração de tempo seja útil, ela ignora diferenças potenciais nos padrões de AF e CS acumulado ao longo do tempo.⁴³ De fato, existem poucos dados sobre o padrão de CS e perguntas simples muitas vezes ficam sem respostas. Exemplo: a maioria dos comportamentos sedentários ocorre em alguns episódios longos ou em muitos episódios curtos? Com que frequência ocorrem os intervalos do CS e quanto tempo esses intervalos duram?¹⁸

Assim, medidas da frequência dos episódios de CS e dos seus intervalos, bem como a frequência das transições de episódios de CS para não sedentários, também conhecido como “quebras” do CS ou simplesmente “*breaks*”, e a duração de tais *breaks*, são parâmetros de grande importância. Adicionalmente o número de episódios de CS prolongado ou o número de episódios de CS com mais de 30 minutos de duração todos esses são fatores que veem ganhando destaque em pesquisas.¹⁹

Além das medidas citadas, subdivisões dessas também são possíveis de serem extraídas do sistema Actigraph e Actilife (hardware e software respectivamente utilizados nesta pesquisa).^{44, 45} Assim, destacamos como medidas de interesse:

1. Variáveis de CS:

- Número total de episódios sedentários;

- Tempo total dos episódios sedentários;
- Comportamento sedentário em horas/dia;
- Duração média dos Episódios sedentários;
- Duração máxima dos Episódios sedentários;
- Tempo médio diário dos episódios sedentários (minutos);

2. “*Breaks*” ou quebras do CS:

- Número total de *breaks*;
- Tempo total de *breaks*;
- Duração média dos *breaks*;
- Tempo médio diário dos *breaks*.

3. Episódios sedentários prolongados com mais de 30 minutos:

- Total de episódios sedentários >30 minutos;
- Tempo total de episódios sedentários > 30 minutos;
- Duração média dos episódios sedentários >30 minutos;
- Duração máxima dos episódios sedentários >30 minutos.

Considerando o exposto, ainda temos um vasto campo de investigação do CS em pessoas com TDM ou TB, especialmente nas medidas do padrão de CS.

4. MÉTODOS

4.1. Desenho experimental

A presente proposta trata-se de um estudo observacional transversal, foi realizada na Universidade de Santo Amaro (UNISA) junto ao ambulatório de psiquiatria Hospital Escola Wladimir de Arruda (HEWA). Foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Santo Amaro UNISA (Parecer 3.742.120) e todos os participantes preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido para a participação na pesquisa. Os participantes foram recrutados através de anúncios fixados nas salas e corredores do Hospital Escola Wladimir de Arruda (HEWA) e nas dependências do ambulatório e folders entregues durante exames e/ou consultas pertinentes. Além disso, em abordagens espontâneas as pessoas com potencial para

participarem da pesquisa foram convidadas, e posteriormente receberam contato por telefone ou por e-mail e agenda uma consulta para explicação da proposta e possível assinatura do TCLE. As coletas ocorreram de fevereiro de 2020 a agosto de 2021.

As pessoas com TDM ou TB incluídas atenderam os seguintes critérios pré-estabelecidos: idade entre 18 e 60 anos; não deficientes físicos; diagnóstico feito por médicos psiquiatras, contendo o código internacional de doenças (CID) F31 (Transtorno afetivo bipolar) e CID-10 F32 (Episódios depressivos). A fim de evitar o risco de viés de diagnóstico, uma entrevista psiquiátrica (M.I.N.I.) também foi realizada (descrita na sessão métodos). Estabelecemos como critérios de exclusão: pessoas que não utilizarem o acelerômetro de forma correta.

4.2. Instrumentos de coleta de dados

4.2.1 Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.)

A M.I.N.I foi utilizada para rastrear pessoas quanto a sintomas de TDM ou TB.⁴⁶ Consiste em um curto questionário mediado por entrevista diagnóstica estruturada, desenvolvido em conjunto por psiquiatras e médicos nos Estados Unidos e na Europa, para transtornos psiquiátricos DSM-V e CID-10.⁴⁷ As boas características e estrutura do M.I.N.I torna-o uma boa escolha para fins de pesquisa. Devido à sua brevidade (20-30 minutos), a entrevista parece ser especialmente conveniente para o diagnóstico psiquiátrico na prática clínica diária.

As perguntas contidas no questionário são formuladas para permitir apenas respostas 'sim' ou 'não'. A M.I.N.I explora todos os critérios de inclusão e exclusão e cronologia de 23 categorias diagnósticas do DSM-V e demonstrou confiabilidade satisfatória para todas as seções de diagnóstico (exceto para a seção sobre transtornos psicóticos).⁴⁸

Para TDM, as respostas negativas nas questões A1 (A e B) e A2 (A e B) excluem a possibilidade da doença. No caso de respostas afirmativas às questões A1 ou A2, sete questões adicionais são feitas (A3; (A) apetite; (B) dificuldade para dormir; (C) mover-se mais devagar do que o normal; (D) sentir cansaço; (E) sentir sem valor ou culpado; (F) dificuldade de concentração; (G) pensar repetidamente sobre a morte). Se cinco perguntas forem positivas (em A1 – A3), a pessoa tem o diagnóstico confirmado de TDM.⁴⁶

Para confirmação do TB, a M.I.N.I avalia os episódios maníacos e hipomaníacos. Respostas negativas nas questões C1 (A e B) e C2 (A e B) excluem a possibilidade da doença. No caso de respostas afirmativas às questões C1 ou C2, sete questões adicionais são feitas (C3; (A) euforia; (B) dificuldade para dormir; (C) fala acelerada; (D) pensamento acelerado; (E) distração; (F) aumento na intensidade das atividades diárias; (G) sentimentos de imprudência ou irresponsabilidade). Se cinco perguntas forem positivas (C3), avalia-se os períodos dos episódios maníacos e hipomaníacos, confirmando os principais sintomas do TB.⁴⁶

4.2.2 Escala de Depressão de Montgomery-Asberg – (MADRS)

Os sintomas depressivos foram avaliados pela escala MADRS, que abrange 10 itens que avaliam tristeza aparente e relatada, tensão interior, sono diminuído, redução de apetite, distração, lassidão, anedonia, pessimismo e ideação suicida. Nove itens são baseados no relato da pessoa e um nas observações do psiquiatra. Quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas depressivos, sendo que a pontuação varia de zero a 60.⁴⁹

4.2.3 Escala de classificação de mania (YMRS - Young Mania Rating Scale)

Os sintomas de mania foram avaliados pela escala de classificação de mania de Young (YRMS) que abrange 11 itens que avaliam o humor elevado, agitação motora, interesse sexual desproporcional, alterações no sono, irritabilidade, velocidade da fala, linguagem-distúrbio, conteúdo do discurso, agressividade, aparência (vestimenta) e *insight*.⁵⁰ Cada item é composto por cinco níveis de gravidade definidos explicitamente. As classificações de gravidade são baseadas no relatório subjetivo da pessoa sobre sua condição clínica durante as últimas 48 horas e nas observações do pesquisador durante a entrevista. Quanto maior a pontuação, maior a presença de sintomas maníacos, sendo que a pontuação da YMRS varia entre zero e 60.⁵⁰

4.2.4 Acelerometria – Actigraph

As medidas de AFMV e CS foram obtidas por acelerômetros da marca *Actigraph GT9X* (Pensacola, USA). O acelerômetro foi utilizado durante 7 dias, fixado em uma cinta elástica que ficou ao lado direito da cintura. A pessoa foi orientada a

usar o acelerômetro por 7 dias por pelo menos 600 minutos diários de uso, retirando apenas ao iniciar sono noturno e ao entrar em contato direto com água.⁵¹

Após a devolução do acelerômetro, os dados foram validados no software Actilife. As referências usadas foram: algoritmo proposto por Choi (2011). No indicador “Define a Non-wear period” para a definição do que foi considerado como tempo de não uso considerou-se: minimum length=60 minutes; Small window length=30 minutes; Spike tolerance=2 minutes; com a função “use vector magnitude” ativada. No indicador “Optional screen parameters”, considerou-se: Minimum of wear time per day=600 minutos; Minimum days of valid wear time=4; Minimum weekdays of valid wear time=3; Minimum weekend days of valid wear time=1. A Caixa “ignore wear periods less than” não foi marcada. Freedson (2011) foi usado como referência de CS (0-199 counts), AF moderada (2687-6166 counts) e AF vigorosa (>6166 counts).⁵²

Para o ponto de corte utilizado para o padrão de CS, considerando que não há consenso sobre a melhor medida dos padrões de CS, relatamos os resultados de outras medidas de padrão de CS comumente usadas.⁴⁰ Assim comparamos o padrão de CS considerando:

1) Variáveis de CS (Número total de episódios sedentários; Tempo total dos episódios sedentários; Comportamento sedentário em horas/dia; Duração média dos Episódios sedentários; Duração máxima dos Episódios sedentários; Tempo médio diário dos episódios sedentários (minutos);

2) Breaks ou quebras do CS (Número total de breaks; Tempo total de breaks; Duração média dos breaks; Tempo médio diário dos breaks).

3) Episódios sedentários prolongados ou com mais de 30 minutos (Total de episódios sedentários >30 minutos; Tempo total de episódios sedentários > 30 minutos; Duração média dos episódios sedentários >30 minutos; Duração máxima dos episódios sedentários >30 minutos).

4.3. Análise estatística

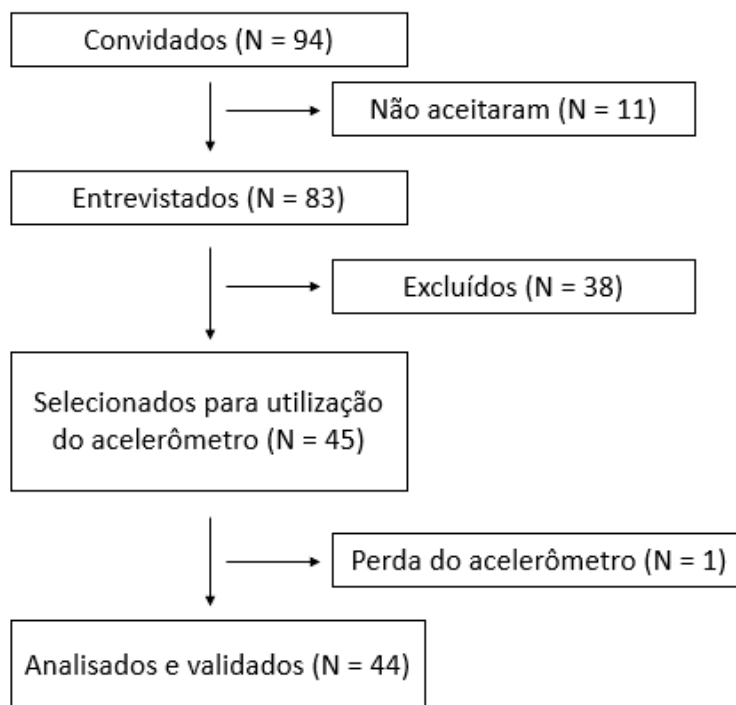
Os dados foram analisados no IBM SPSS Statistics, versão 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Primeiro, testamos a normalidade dos dados usando o teste de Shapiro-Wilk e o teste de igualdade de variâncias de Levene. Dados paramétricos apresentados em média e desvio padrão. Dados não paramétricos apresentados em mediana e intervalo interquartil. Para avaliar as diferenças entre os grupos (ativos e não ativos) as análises por meio do teste T (dados paramétricos) e Mann-Whitney

(dados não paramétricos). Consideramos um valor de $p \leq 0,05$ como limite de significância estatística.

5. RESULTADOS

Das 94 pessoas com TDM ou TB convidadas participar da pesquisa, 83 pessoas compareceram ao Laboratório onde foi realizada a apresentação da proposta. Dessas, 29 pessoas foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão, 10 pessoas por falta de disponibilidade para desenvolver as atividades previstas. Detalhes são apresentados no Quadro 1: Fluxograma de recrutamento e seleção. Assim, 44 pessoas com TDM ou TB atenderam os critérios de inclusão e realizaram as avaliações.

Quadro 1: Fluxograma de recrutamento e seleção.



As características da amostra (idade, peso, IMC, sexo, escolaridade, sintomas depressivos, sintomas maníacos, dias de uso do acelerômetro, gasto energético total e gasto energético diário) são apresentadas na tabela 1.

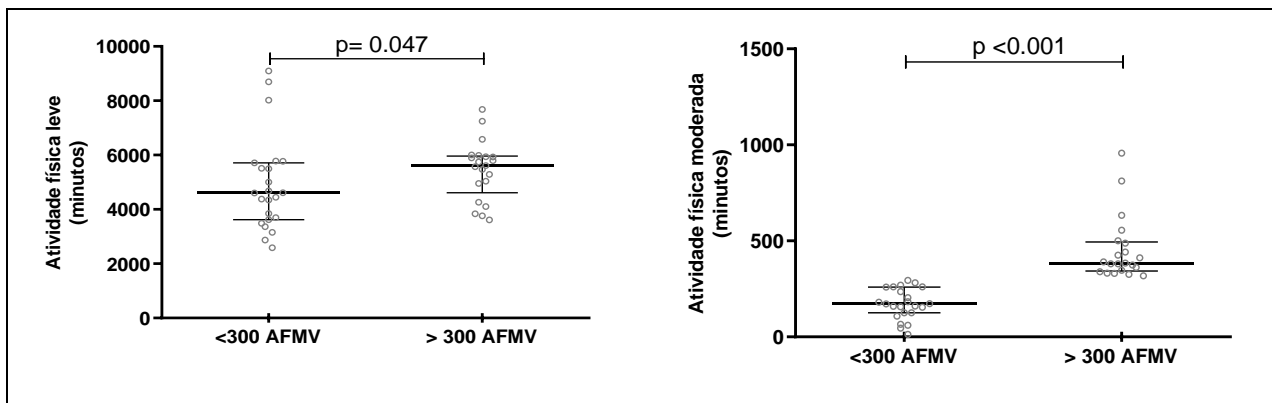
Tabela 1 - Características amostrais considerando as medidas de Idade, Peso, Sexo, Escolaridade, Sintomas depressivos – MADRS, Sintomas maníacos – YMRS, Gasto energético diário.

Variável	Grupo		p
	<300' AFMV (n=23)	>300' AFMV (n=21)	
Pessoas com TDM ou TB (n)	16 TDM e 7 TB	17 TDM e 4 TB	---
Idade (anos)	45 ± 12	46 ± 10	0.991
Peso (quilos)	80 ± 15	72 ± 16	0.173
Sexo (feminino - masculino)	90,5% – 9,5%	91,7% - 8,3%	---
Escolaridade (anos)	10,3 ± 3,9	9,1 ± 5,0	0.254
Sintomas depressivos – MADRS	23,2 ± 7,6	15,6 ± 9,1	0.102
Sintomas maníacos - YMRS (pontos)	2 (2 – 2)	1 (1 – 1)	0.410
Gasto energético diário (kcal)	211 (105-276)	408 (295-545)	<0.001

Dados paramétricos apresentados em média e desvio padrão (Test t); Dados não paramétricos apresentados em mediana e intervalo interquartil (Mann Whitney test). Grupo <300' AFMV = grupo de pessoas que realizou menos de 300 minutos de atividade física moderada e vigorosa. Grupo >300' AFMV = grupo de pessoas que realizou mais de 300 minutos de atividade física moderada e vigorosa. N= número de pessoas; IMC = Índice de massa corporal; MADRS = Escala de Depressão de Montgomery-Asberg; YMRS = Escala de mania de Young.

5.1. Medidas de atividade física

Nas variáveis de Medidas de atividade física (Figura 1), destacamos que para a variável AFL (Painel 1) foi verificada diferença significativa ($p = 0.047$) entre os grupos. Além disso, como esperado, pois os grupos foram dicotomizados por AFMV, verificamos diferenças significativas para as variáveis: AFM (Painel 2) ($p < 0.001$), AFV (Painel 3) ($p = 0.003$) e AFMV (Painel 4) ($p < 0.001$).



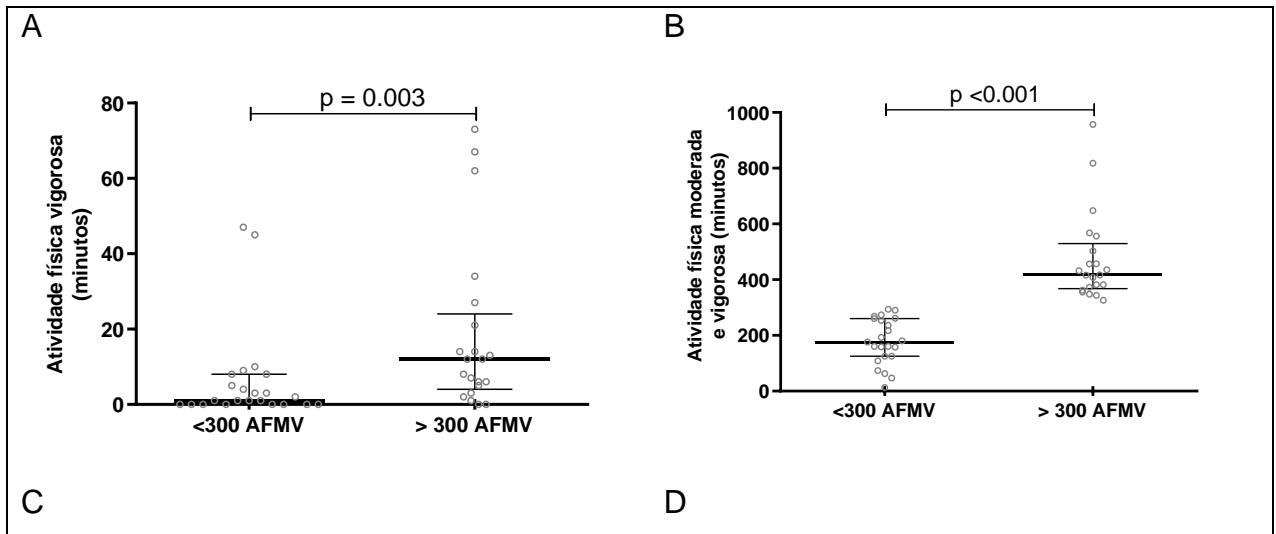
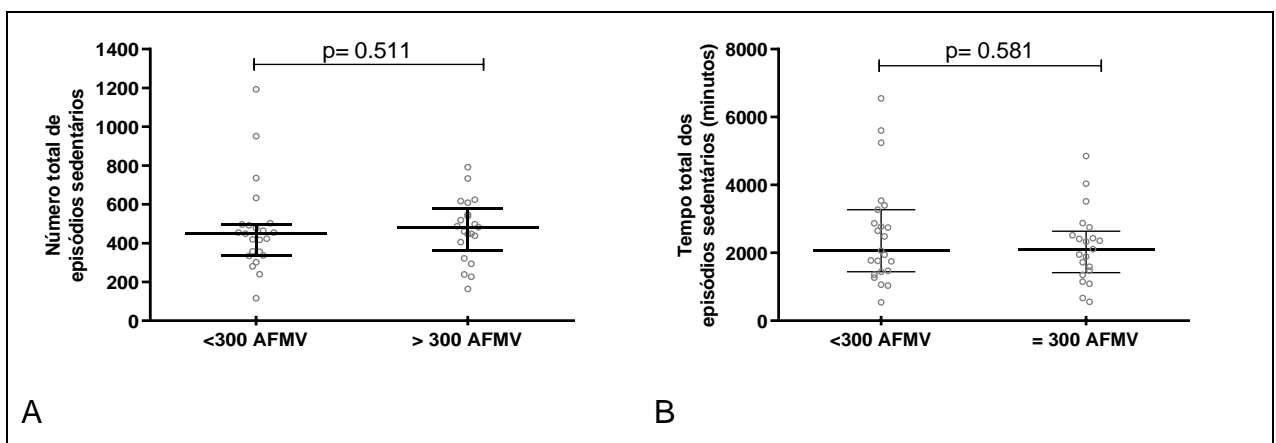


Figura 1 – Medidas de atividade física – Painel A: Atividade física leve; Painel B: Atividade física moderada; Painel C: Atividade física vigorosa; Painel D: Atividade física moderada e vigorosa.

5.2. Medidas de comportamento sedentário

Nas variáveis de Medidas de comportamento sedentário (Figura 2), não verificamos diferenças significante nas medidas Comportamento sedentário em horas/dia (Painel C) ($p = 0.068$); Tempo médio diário dos episódios sedentários (minutos) (Painel F) ($p = 0.069$); Número total de episódios sedentários (Painel A), Tempo total dos episódios sedentários (Painel B); Duração média dos Episódios sedentários (Painel D); e Duração máxima dos Episódios sedentários (Painel E); não verificamos diferenças significantes ($p > 0.05$).



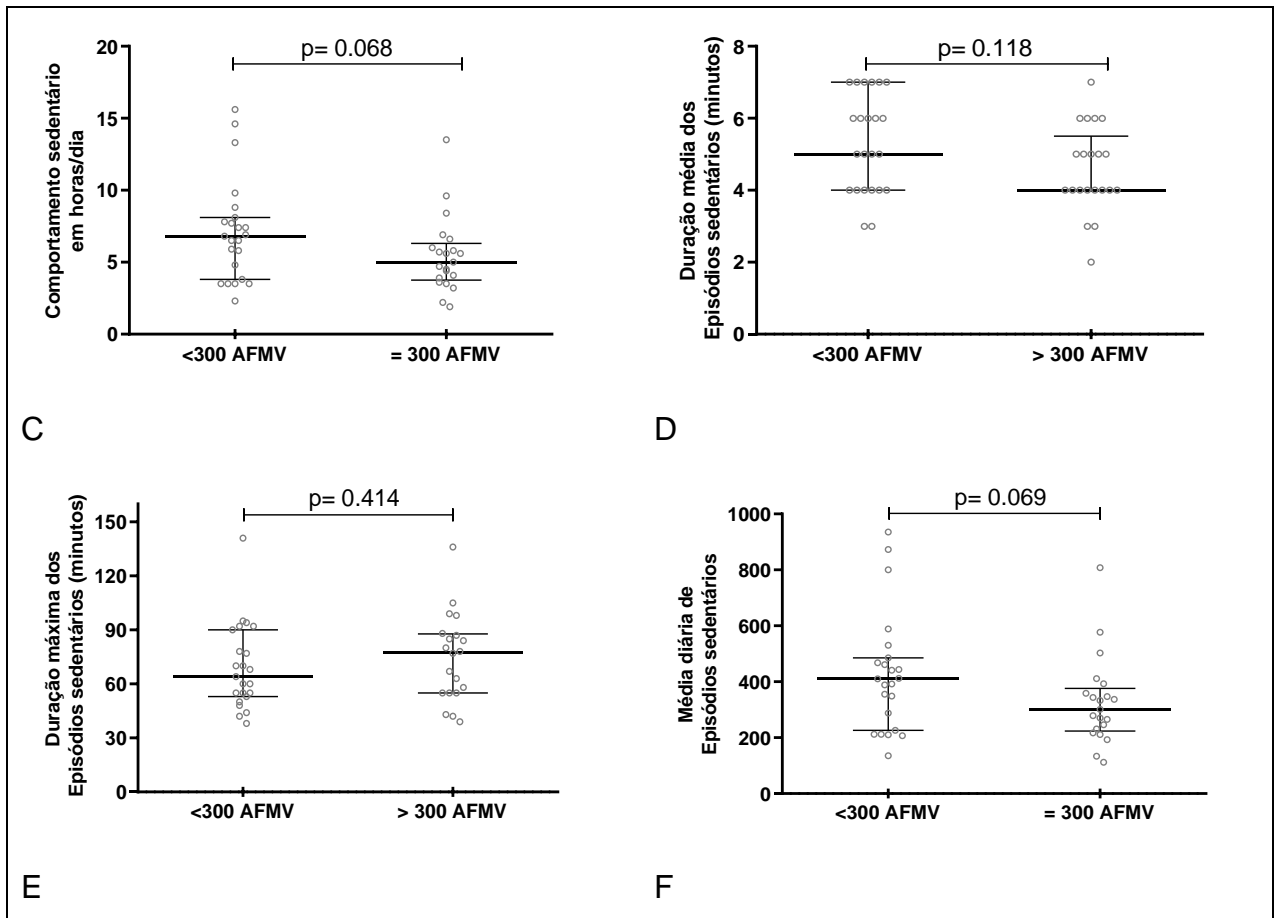


Figura 2 – Medidas de comportamento sedentário – Painel A: Número total de episódios sedentários; Painel B: Tempo total dos episódios sedentários; Painel C: Comportamento sedentário em horas/dia; Painel D: Duração média dos Episódios sedentários; Painel E: Duração máxima dos Episódios sedentários; Painel F: Tempo médio diário dos episódios sedentários (minutos).

5.3. Medidas de breaks

Nas variáveis de Medidas de breaks (Figura 3), não verificamos diferença significativa ($p > 0.05$) na medida Número total de breaks (Painel A). Porém, verificamos diferenças significantes nas medidas: Tempo total de breaks (Painel B) ($p < 0.001$); Duração média dos breaks (Painel C) ($p = 0.006$); Tempo médio diário dos breaks (Painel D) ($p = 0.001$). Indicando uma real diferença no padrão do CS entre os grupos. O grupo que atende a recomendação de AFMV passa mais tempo por dia efetuando breaks.

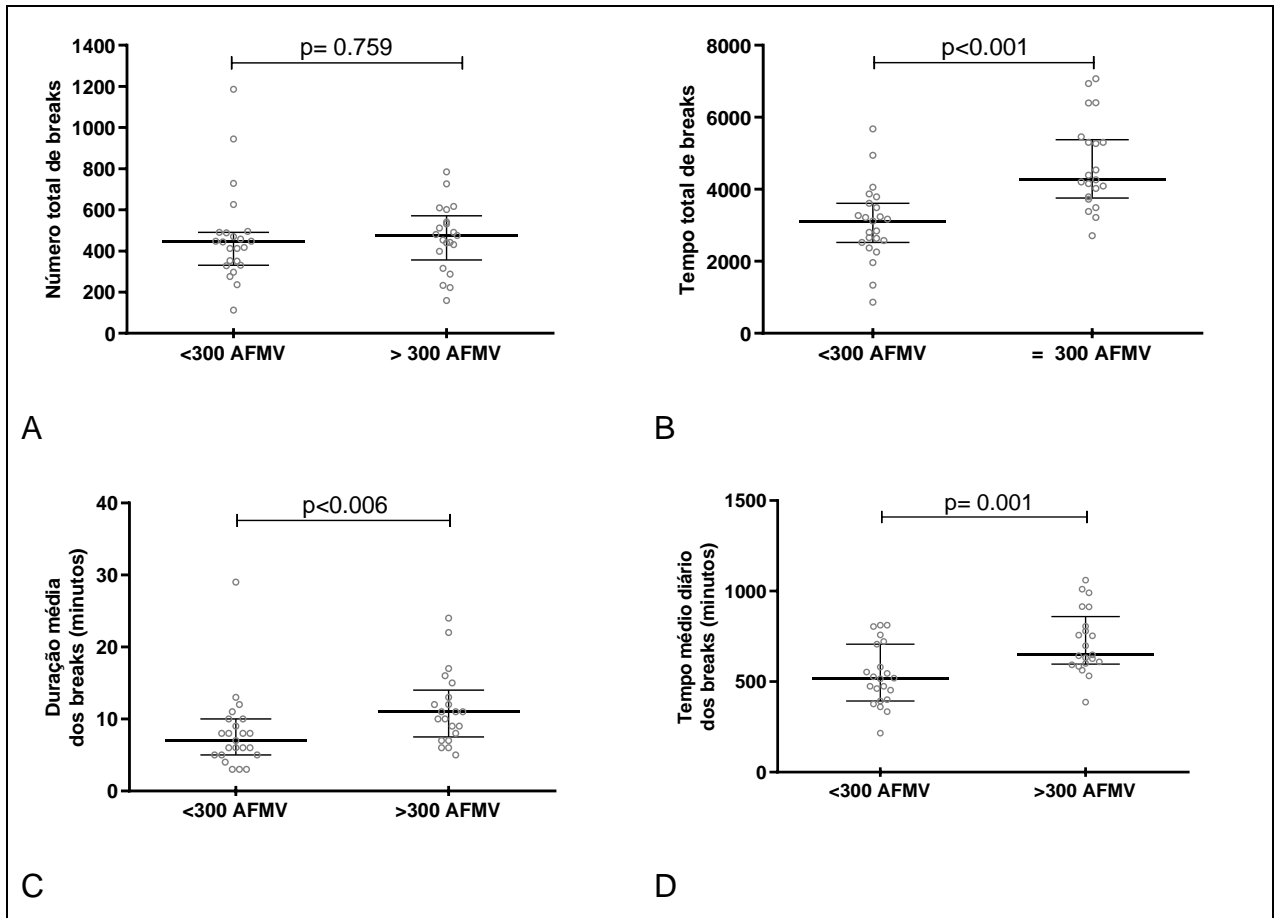
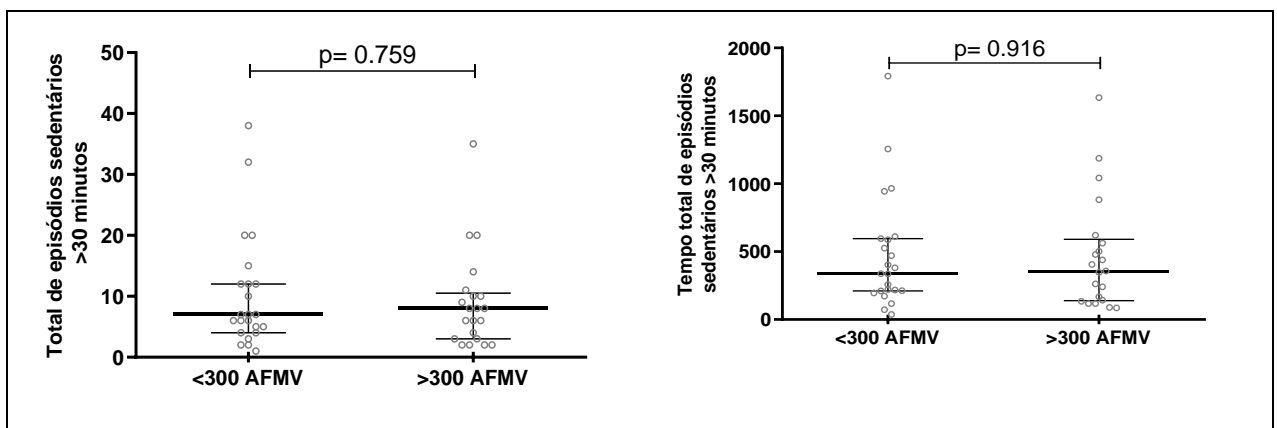


Figura 3 – Medidas de breaks – Painel A: Número total de breaks; Painel B: Tempo total de breaks; Painel C: Duração média dos breaks; Painel D: Tempo médio diário dos breaks.

5.4. Episódios sedentários com mais de 30 minutos

Nas variáveis de Episódios sedentários com mais de 30 minutos (Figura 4), não verificamos diferença significativa ($p > 0.05$) nas medidas: Total de episódios sedentários >30 minutos (Painel A); Tempo total de episódios sedentários > 30 minutos (Painel B); Duração média dos episódios sedentários >30 minutos (Painel C); Duração máxima dos episódios sedentários >30 minutos (Painel D).



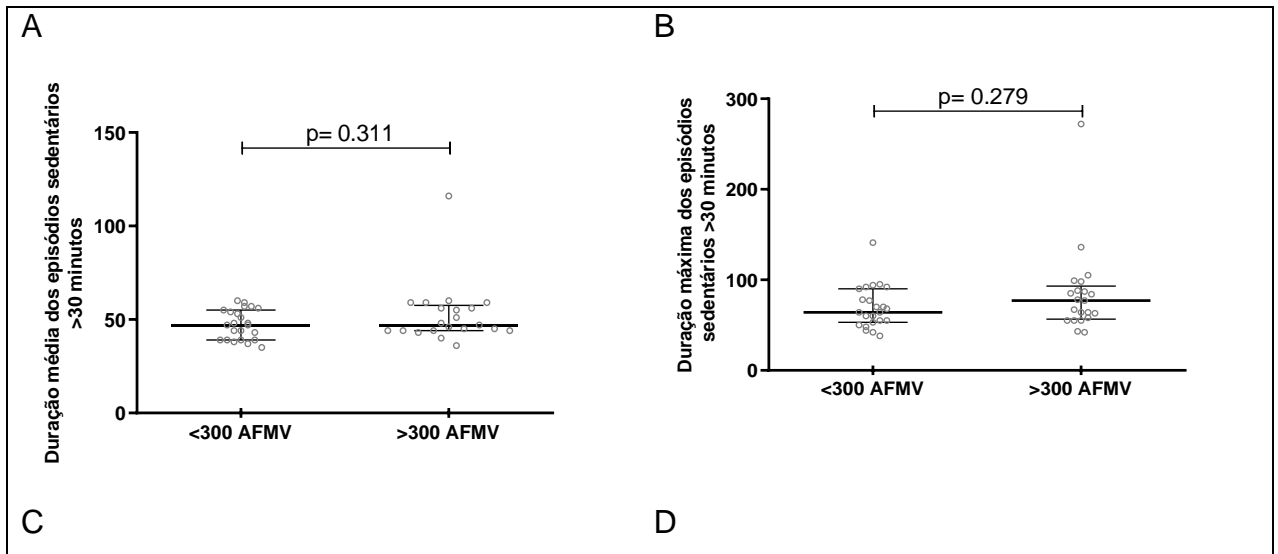


Figura 4 – Episódios sedentários com mais de 30 minutos – Painel A: Total de episódios sedentários >30 minutos; Painel B: Tempo total de episódios sedentários > 30 minutos; Painel C: Duração média dos episódios sedentários >30 minutos; Painel D: Duração máxima dos episódios sedentários >30 minutos.

6. DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo foi identificar diferenças no padrão de CS quando comparadas pessoas com TDM ou TB fisicamente ativas (grupo >300 minutos de AFMV semanal) e fisicamente inativas (grupo < 300 minutos de AFMV semanal) nas variáveis: tempo total de *breaks*, duração média dos *breaks* e tempo médio diário dos *breaks*. Além desses achados tendências de diferenças nas medidas de CS em horas/dia e tempo médio diário dos episódios sedentários foram verificadas.

Considerando que baixa AF e elevado CS são dois indicadores distintos para o aumento do risco para desenvolvimento de DCNT e mortalidade, é possível que pessoas com TDM ou TB que não atendem a recomendação de AF (<300 minutos de AFMV) tenham sua condição agravada e aumento no risco de morte, especialmente pelo pior desempenho considerando indicadores do padrão de CS (tempo total de *breaks*, duração média dos *breaks*, tempo médio diário dos *breaks*, CS em horas/dia e tempo médio diário dos episódios de CS). Na ausência de informações de pessoas com TDM ou TB, destacamos o acompanhamento por 11 anos de idosos espanhóis, que indicou que quando comparados idosos que não atendiam a recomendação de AF e realizavam um padrão de CS com piores indicadores e idosos que realizam a recomendação de AF e um padrão de CS com melhores indicadores um aumento de

114% na mortalidade foi verificado (razão de chance = 2,14; IC 95%: 1,46–3,15; $p < 0,001$) e menos 6 anos de vida.⁵³

Interessantemente, Jones et al., verificaram que indicadores sociodemográficos, instrução, saúde cardiovascular e histórico de saúde são correlatos de AF e padrões de CS, mas que a maioria das características que se associaram positivamente à AF associou-se negativamente ao CS, sugerindo que intervenções que buscam tanto aumentar a atividade física quanto reduzir o comportamento sedentário são necessárias.¹⁶

Os achados de Jones et al., são interessantes, pois apesar do treinamento físico sistemático ser amplamente recomendado como estratégia não farmacológica para atenuar os sintomas depressivos em pessoas com TDM,^{54, 55} sua aplicação e adesão ainda são um desafio em diferentes transtornos mentais. Como consequência, estudos recentes têm sugerido que, em vez de focar exclusivamente no treinamento sistemático de exercícios em pessoas com transtornos mentais, os profissionais de saúde podem encorajar os pacientes a reduzir o CS, aumentar a AF e diminuir o número de episódios sedentários.⁵⁶ Nossos resultados demonstraram que pessoas com TDM e TB apresentam elevado CS, mesmo entre pessoas que atendem às recomendações de AF, reforçando a necessidade de se atentar para esses parâmetros do comportamento físico.

Desta forma, sugerimos que medidas do padrão do CS sejam uma preocupação presente nas prescrições e orientações de profissionais de saúde, devendo estes estimular o aumento do número de *breaks* do CS ao longo do dia, além da realização de *breaks* mais longos (ao iniciar *breaks* do CS, aguardar um tempo maior para voltar a repetir o CS). Sabemos que pessoas com transtorno mentais têm dificuldades para a prática da AF, especialmente na intensidade moderada e vigorosa, e partir de um passo anterior a AFMV, considerando a atividade física leve, pode representar uma intervenção possivelmente mais assertiva para reduzir o CS e melhorar os indicadores de padrão de CS já citados.

Assim, esperamos que tais achados, colaborem para uma melhor adesão ao movimento corporal nas pessoas com transtornos mentais, especialmente no TDM e TB, população foco desse estudo.

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que pessoas fisicamente ativas e inativas com TDM ou TB apresentam diferenças no padrão de CS (tempo total de breaks, duração média dos breaks e tempo médio diário dos breaks). Foi verificado que o grupo que atende a recomendação da OMS para AFMV passa mais tempo em breaks por dia apresentando assim um CS menos prejudicial para sua saúde, resultado que deve ser considerado as recomendações e orientações de movimento por profissionais envolvidos com pessoas em tratamento de TDM e TB.

Em relação as limitações do estudo, consideramos que ainda se faz necessário mais estudos com uma maior amostra. Além disso, estudo longitudinais que indiquem se tais comportamentos se agravam em determinadas fases da doença (ex: episódio hipomaníaco ou maníaco) pode retratar mais fielmente a AF e CS realizados.

8. REFERÊNCIAS

1. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019; 394: 1827-1835. 2019/11/02. DOI: 10.1016/s0140-6736(19)32316-5.
2. Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, et al. Excess Mortality from Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. In: Patel V, Chisholm D, Dua T, et al. (eds) *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank © 2016 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank., 2016.
3. Walker ER, McGee RE and Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2015; 72: 334-341. 2015/02/12. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
4. Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, et al. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. *Bmj* 2019; 366: l4570. 2019/08/23. DOI: 10.1136/bmj.l4570.
5. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 2020; 54: 1451-1462. DOI: 10.1136/bjsports-2020-102955.

6. Caspersen CJ, Powell KE and Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health rep* 1985; 100: 126-131.
7. SBRN. Letter to the editor: standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme* 2012; 37: 540-542. 2012/05/01. DOI: 10.1139/h2012-024.
8. Patterson R, McNamara E, Tainio M, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. *European journal of epidemiology* 2018; 33: 811-829. 2018/03/29. DOI: 10.1007/s10654-018-0380-1.
9. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB, et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 2017; 16: 308-315. 2017/09/25. DOI: 10.1002/wps.20458.
10. Vancampfort D, Firth J, Schuch F, et al. Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders* 2016; 201: 145-152. 2016/05/29. DOI: 10.1016/j.jad.2016.05.020.
11. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2019; 140: E596-E646. DOI: 10.1161/cir.0000000000000678.
12. Saunders TJ, Atkinson HF, Burr J, et al. The Acute Metabolic and Vascular Impact of Interrupting Prolonged Sitting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports medicine* 2018; 48: 2347-2366. 2018/08/06. DOI: 10.1007/s40279-018-0963-8.
13. Kringle EA and Skidmore ER. Sedentary behavior patterns over 6 weeks among ambulatory people with stroke. 2020: 1-8. DOI: 10.1249/mss.0000000000000792
10.1080/10749357.2020.1846934.
14. Ishii K, Javad Koohsari M, Oka K, et al. Patterns and Correlates of Sedentary Behavior in Children Attending Family Child Care. *International journal of environmental research and public health* 2020; 17 2020/05/31. DOI: 10.3390/ijerph17113814
10.3390/ijerph17020549.
15. Gába A, Pedišić Ž, Štefelová N, et al. Sedentary behavior patterns and adiposity in children: a study based on compositional data analysis. *BMC pediatrics* 2020; 20: 147. 2020/04/04. DOI: 10.1186/s12887-020-02036-6.
16. Jones SA, Wen F, Herring AH, et al. Correlates of US adult physical activity and sedentary behavior patterns. *Journal of science and medicine in sport / Sports*

Medicine Australia 2016; 19: 1020-1027. 2016/04/08. DOI: 10.1016/j.jsams.2016.03.009.

17. Gennuso KP, Thraen-Borowski KM, Gangnon RE, et al. Patterns of sedentary behavior and physical function in older adults. *Aging clinical and experimental research* 2016; 28: 943-950. 2015/05/30. DOI: 10.1007/s40520-015-0386-4.

18. Diaz KM, Howard VJ, Hutto B, et al. Patterns of Sedentary Behavior in US Middle-Age and Older Adults: The REGARDS Study. *Journal of sports sciences* 2016; 48: 430-438. 2018/08/02 2015/10/16. DOI: 10.1080/02640414.2018.1504617 10.1249/mss.0000000000000792.

19. Harris L, McGarty AM, Hilgenkamp T, et al. Patterns of objectively measured sedentary behaviour in adults with intellectual disabilities. 2019; 32: 1428-1436. DOI: 10.1111/jar.12633.

20. Malhi GS and Mann JJ. Depression. *The Lancet* 2018; 392: 2299-2312. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2).

21. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub, 2014.

22. GBD. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204-1222. 2020/10/19. DOI: 10.1016/s0140-6736(20)30925-9.

23. Steinert C, Hofmann M, Kruse J, et al. The prospective long-term course of adult depression in general practice and the community. A systematic literature review. *Journal of affective disorders* 2014; 152-154: 65-75. 2013/11/12. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.017.

24. Gartlehner G, Wagner G, Matyas N, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. *BMJ open* 2017; 7: e014912. 2017/06/16. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014912.

25. Grande I, Berk M, Birmaher B, et al. Bipolar disorder. *Lancet* 2016; 387: 1561-1572. 2015/09/22. DOI: 10.1016/s0140-6736(15)00241-x.

26. Carvalho AF, Firth J and Vieta E. Bipolar Disorder. *New England Journal of Medicine* 2020; 383: 58-66.

27. Yatham LN and Kennedy SH. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. 2018; 20: 97-170. DOI: 10.1111/bdi.12609.

28. Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, et al. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7: 801-812.

29. Costa AMN. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 2008; 35: 104-110.
30. Sylvia L, Kuperberg M, Amado S, et al. Cardiovascular risk and physical activity in bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2020; 22: 26-27.
31. Firth J, Solmi M, Wootton RE, et al. A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 2020; 19: 360-380. 2020/09/16. DOI: 10.1002/wps.20773.
32. WHO. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. World Health Organization, 1993.
33. Malta DC, Morais Neto OLd and Silva Junior JBd. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. 2011.
34. Malta DC, de Azeredo Passos VM, Machado Í E, et al. The GBD Brazil network: better information for health policy decision-making in Brazil. *Population health metrics* 2020; 18: 23. 2020/10/01. DOI: 10.1186/s12963-020-00224-1.
35. Malta DC, Teixeira R, Oliveira GMMd, et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares segundo o sistema de informação sobre mortalidade e as estimativas do estudo carga global de doenças no Brasil, 2000-2017. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2020; 115: 152-160.
36. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380: 219-229. 2012/07/24. DOI: 10.1016/s0140-6736(12)61031-9.
37. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine* 2020; 54: 1451-1462.
38. Ekelund U, Brown WJ, Steene-Johannessen J, et al. Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants. *British journal of sports medicine* 2019; 53: 886-894. 2018/07/12. DOI: 10.1136/bjsports-2017-098963.
39. Masa-Font R, Fernández-San-Martín MI, Martín López LM, et al. The effectiveness of a program of physical activity and diet to modify cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness after 3-month follow-up: CAPICOR randomized clinical trial. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 2015; 30: 1028-1036. 2015/11/02. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.006.

40. Bellettiere J, LaMonte MJ, Evenson KR, et al. Sedentary behavior and cardiovascular disease in older women: The Objective Physical Activity and Cardiovascular Health (OPACH) Study. *Circulation* 2019; 139: 1036-1046. 2019/04/30. DOI: 10.1161/circulationaha.118.035312.
41. Williams MA, Haskell WL, Ades PA, et al. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation* 2007; 116: 572-584.
42. Carvalho Td, Milani M, Ferraz AS, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular–2020. *Arquivos brasileiros de cardiologia* 2020; 114: 943-987.
43. Evenson KR, Wen F, Metzger JS, et al. Physical activity and sedentary behavior patterns using accelerometry from a national sample of United States adults. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 2015; 12: 20. 2015/04/19. DOI: 10.1186/s12966-015-0183-7.
44. Kim Y, Beets MW and Welk GJ. Everything you wanted to know about selecting the "right" Actigraph accelerometer cut-points for youth, but...: a systematic review. *Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia* 2012; 15: 311-321. 2012/02/07. DOI: 10.1016/j.jsams.2011.12.001.
45. Migueles JH, Cadenas-Sanchez C, Ekelund U, et al. Accelerometer Data Collection and Processing Criteria to Assess Physical Activity and Other Outcomes: A Systematic Review and Practical Considerations. *Sports medicine* 2017; 47: 1821-1845. 2017/03/18. DOI: 10.1007/s40279-017-0716-0.
46. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22: 106-115.
47. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry* 1998; 59: 22-33.
48. Pettersson A, Modin S, Wahlstrom R, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed-methods study. *BMC family practice* 2018; 19: 19. 2018/01/26. DOI: 10.1186/s12875-017-0674-5.
49. Montgomery SA and Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry* 1979; 134: 382-389.
50. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 1978; 133: 429-435. 1978/11/01. DOI: 10.1192/bjp.133.5.429.

51. Sasaki J, Coutinho A, Santos C, et al. Orientações para utilização de acelerômetros no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* 2017; 22: 110-126.
52. Sasaki JE, John D and Freedson PS. Validation and comparison of ActiGraph activity monitors. *Journal of science and medicine in sport* 2011; 14: 411-416.
53. Bayán-Bravo A, Pérez-Tasigchana RF, López-García E, et al. The association of major patterns of physical activity, sedentary behavior and sleeping with mortality in older adults. *Journal of sports sciences* 2019; 37: 424-433.
54. Schuch, Vancampfort D, Richards J, et al. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of psychiatric research* 2016; 77: 42-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.023>.
55. Schuch, Vancampfort D, Rosenbaum S, et al. Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)* 2016; 38: 247-254. 2016/09/10. DOI: 10.1590/1516-4446-2016-1915.
56. Helgadottir B, Forsell Y and Ekblom O. Physical activity patterns of people affected by depressive and anxiety disorders as measured by accelerometers: a cross-sectional study. *PloS one* 2015; 10: e0115894. 2015/01/15. DOI: 10.1371/journal.pone.0115894.

Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária, no projeto (PROJETO MOVE SAÚDE MENTAL - DIMINUINDO O TEMPO SEDENTÁRIO DE PACIENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL), do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pelos pesquisadores Rafael Bonfim, Rafael Guimarães, Milena Sabino Fonseca sob orientação do Professor Dr. Lucas Melo Neves.

Doenças psiquiátricas como transtorno bipolar e depressão podem levar a outras doenças como doenças do coração (doenças cardiovasculares). Normalmente esses pacientes ficam muito tempo sentado ou deitado, o que aumenta a chance de pressão alta, obesidade, etc. Para mudar isso, nossa pesquisa quer induzir você a se movimentar mais, sendo realizado algumas avaliações e encontros:

Fase 1:

Encontro 1: Apresentação do termo de consentimento, preenchimento PAR-Q e entrevista psiquiátrica (MINI) para verificação de diagnóstico da doença, Avaliação sintomas de depressão (MADRS), escala de sintomas clínicos do transtorno bipolar (CGI-BP), sintomas de mania [Young Mania Rating Scale (YMRS);

Encontro 2: Avaliação do nível de atividade física, com uso de acelerômetro (relógio) por 7 dias, retirando apenas para tomar banho e dormir e avaliações cardiovasculares - IMC [peso e altura], circunferência de cintura e pressão arterial);

Fase 2:

Após esses 2 encontros todos os pacientes serão convidados a participar de uma intervenção com previsão de início em 2021, sendo divididos por sorteio em 2 grupos: grupo intervenção e grupo controle.

O grupo intervenção participará de 8 encontros (1 a cada 15 dias) com duração de 30 minutos com conversas sobre como se movimentar mais.

O grupo controle não participa desses encontros.

Anteriormente ao início da intervenção/acompanhamento, amostras sanguíneas para dosagem de colesterol total, HDL, LDL, triglicérides serão coletadas.

Todas as avaliações 2 serão repetidas (exceção da entrevista psiquiátrica) após as 16 semanas e após 32 semanas (follow-up).

O paciente tem o direito de não responder as perguntas que não se sentir à vontade, não participar de todo estudo, ou de todas as avaliações.

Os riscos envolvidos na presente pesquisa se equivalem aos riscos de um programa de exercício físico, em função do possível aumento do movimento corporal, assim como possibilidade mesmo que com baixa frequência de ocorrência nos últimos 3 ensaios clínicos que esteve envolvido (menos de 3% dos pacientes se lesionam) de entorses e lesões musculares.

Caso exista alguma ocorrência de lesão, o mesmo será orientado e encaminhado pela equipe de pesquisadores ao atendimento de emergência do sistema único de saúde ou a um serviço de saúde de sua preferência.

Os benefícios da presente pesquisa são: Acompanhamento por equipe especializada em atividade física, avaliação e orientação para modificação do nível de atividade física e tempo sedentário; Acompanhamento por equipe especializada em saúde mental, avaliação e orientação quanto aos sintomas das doenças psiquiátricas; Acompanhamento por equipe especializada em saúde cardiovascular, avaliação e orientação quanto aos desfechos de saúde cardiovascular;

É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O pesquisador responsável é o professor Dr. Lucas Melo Neves, que pode ser encontrado no endereço Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 cep: 04829-300 São Paulo – SP, campus I da UNISA, Telefone 11 2141-8702 - Coordenação do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

É garantida sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo. As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. (No caso de ressarcimento de despesas dos participantes da pesquisa e delas decorrentes, tais como transporte e alimentação, explicitar como ocorrerá esse ressarcimento e suas condições – Res. 466/12.II.21).

Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais, bem como procurar obter indenizações por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, ____ / ____ / ____ _____
(pesquisadores)

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação.

Nome: (do participante):

Doc. Identificação:

Ass:

Nome: (do representante legal)

Doc. Identificação:

Nível de representação: (genitor, tutor, curador, procurador.)

Nome do participante:

Declaro (amos) que obtive (mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data: _____

Anexo 2 - Escala de Depressão de Montgomery-Asberg – (MADRS)

INSTRUÇÃO PARA O APLICADOR: ESTA ESCALA BASEIA-SE NOS SINTOMAS RELATADOS E OBSERVADOS DO PACIENTE CONSIDERANDO A ÚLTIMA SEMANA, CASO AS RESPOSTAS NÃO POSSAM SER OBTIDAS DO PACIENTE DEVIDO A SUA GRAVIDADE, LEMBRE-SE DE UTILIZAR INFORMAÇÕES DE OUTRAS FONTES.
<p>1. Tristeza aparente (representando desânimo, tristeza e desespero [mais que um abatimento simples e transitório], refletidos na fala, expressão facial a postura). Avalie pela profundidade e incapacidade de alegrar-se.</p> <p>0- Nenhuma tristeza 1- 2- Parece abatido, mas se alegra sem dificuldades. 3- 4- Parece triste e infeliz a maior parte do tempo. 5- 6- Parece muito triste todo o tempo. Extremamente desanimado.</p>
<p>2. Tristeza Relatada (representando relatos de humor depressivo, independentemente de estarem refletidos na aparência. Inclui abatimento, desânimo ou sentimento de desamparo e desesperança). Avalie pela intensidade, duração e grau com que se relata que o humor é influenciado pelos acontecimentos.</p> <p>0- Tristeza ocasional compatível com as circunstâncias. 1- 2- Triste e abatido, mas se alegra sem dificuldades. 3- 4- Sentimentos predominantes de tristeza ou melancolia. O humor é ainda influenciado por circunstâncias externas. 5- 6- Tristeza, infelicidade ou desânimo contínuos e invariáveis.</p>
<p>3. Tensão Interior (representando sentimentos de desconforto indefinido, inquietação, agitação interior, tensão mental crescente chegando até pânico, pavor ou angústia). Avaliar de acordo com intensidade, frequência, duração do grau de reassurecimento necessário.</p> <p>0- Tranquilo, somente tensão interior fugaz. 1- 2- Sentimentos ocasionais de inquietação e desconforto indefinido. 3- 4- Sentimentos contínuos de tensão interna ou pânico intermitente que o paciente só consegue dominar com alguma dificuldade. 5- 6- Apreensão ou angústia persistente. Pânico incontrolável.</p>
<p>4. Sono Diminuído (representando a experiência de redução de duração ou profundidade do sono comparadas com o padrão normal próprio do indivíduo quando está bem).</p> <p>0- Dorme normalmente 1- 2- Leve dificuldade para adormecer ou sono discretamente reduzido, leve ou interrompido. 3- 4- Sono reduzido ou interrompido por, pelo menos, duas horas. 5- 6- Menos de duas ou três horas de sono.</p>
<p>5. Diminuição do Apetite (representando o sentimento de perda de apetite quando comparado ao seu</p>

<p>normal. Avalie pela perda da vontade de comer ou pela necessidade de forçar-se a comer).</p> <p>0- Apetite normal ou aumentado.</p> <p>1- 2- Apetite levemente diminuído.</p> <p>3- 4- Sem apetite. A comida não tem sabor.</p> <p>5- 6- É necessário ser sempre persuadido para comer.</p>
<p>6. Dificuldades de Concentração (representando dificuldades em concluir ou organizar os pensamentos chegando à falta de concentração incapacitante). Avalie de acordo com a intensidade, a frequência e o grau de incapacidade resultante.</p> <p>0- Sem dificuldade para se concentrar.</p> <p>1- 2- Dificuldades ocasionais em concluir ou organizar os pensamentos.</p> <p>3- 4- Dificuldades para se concentrar e sustentar o pensamento, que reduzem a capacidade para ler ou manter uma conversa.</p> <p>5- 6- Incapaz de ler ou conversar, a não ser com grande dificuldade.</p>
<p>7. Lassidão (representando a dificuldade ou a lentidão para iniciar e realizar atividades rotineiras).</p> <p>0- Dificilmente apresenta qualquer dificuldade para iniciar atividades. Sem preguiça.</p> <p>1- 2- Dificuldades para iniciar atividades.</p> <p>3- 4- Dificuldades para começar atividades rotineiras simples, que são realizadas à custa de esforço.</p> <p>5- 6- Lassidão completa. Incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda.</p>
<p>8. Incapacidade de Sentir (representando a experiência subjetiva de interesse reduzido pelo ambiente ou por atividades que são normalmente prazerosas). A capacidade de reagir com emoção apropriada às circunstâncias ou às pessoas está reduzida.</p> <p>0- Interesse normal pelo ambiente e pelas outras pessoas.</p> <p>1- 2- Capacidade reduzida de desfrutar interesses rotineiros.</p> <p>3- 4- Perda de interesse pelo ambiente. Perda de sentimentos pelos amigos e conhecidos.</p> <p>5- 6- A experiência de estar emocionalmente paralisado, incapaz de sentir raiva, pesar ou prazer e uma falta de sentimentos completa ou mesmo dolorosa em relação a parentes próximos ou amigos.</p>
<p>9. Pensamentos Pessimistas (representando pensamentos de culpa, inferioridade, autorreprovação, pecado, remorso e ruína).</p> <p>0- Sem pensamentos pessimistas.</p> <p>1- 2- Ideias flutuantes de falha, autorreprovação ou autodepreciação.</p> <p>3- 4- Autoacusações persistentes ou ideias definidas, mas ainda racionais de culpa ou pecado. Progressivamente pessimista sobre o futuro.</p> <p>5- 6- Delírios de ruína, remorso ou pecado irremediável. Autoacusações que são absurdas e inabaláveis.</p>
<p>10. Pensamentos Suicidas (representando o sentimento de que não vale a pena viver, que uma morte natural seria bem-vinda, pensamentos suicidas e preparativos para suicídio). Tentativas de suicídio por si só não devem influenciar a avaliação.</p> <p>0- Aprecia a vida ou a aceita como ela é.</p> <p>1- 2- Enfastiado de viver. Pensamentos suicidas transitórios.</p> <p>3- 4- Provavelmente seria melhor morrer. Pensamentos suicidas são frequentes e o suicídio é considerado com uma solução possível, mas sem planos ou intenções específicas.</p> <p>5- 6- Planos explícitos para o suicídio quando houver uma oportunidade. Providência para o suicídio.</p>

Anexo 3 - Escala de classificação de mania de Young

ITEM-DEFINIÇÃO	GRAUS
<p>01. Humor e afeto elevados</p> <p>Este item compreende uma sensação difusa e prolongada, subjetivamente experimentada e relatada pelo indivíduo, caracterizada por sensação de bem-estar, alegria, otimismo, confiança e ânimo. Pode haver um afeto expansivo, ou seja, uma expressão dos sentimentos exagerada ou sem limites, associada a intensa relação com sentimentos de grandeza (euforia). O humor pode ou não ser congruente ao conteúdo do pensamento.</p>	<p>(0) Ausência de elevação do humor ou afeto</p> <p>(1) Humor ou afeto discreta ou possivelmente aumentados, quando questionado</p> <p>(2) Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, autoconfiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento</p> <p>(3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso</p> <p>(4) Eufórico; risos inadequados, cantando</p> <p>(X) Não avaliado</p>
<p>02. Atividade motora e energia aumentadas</p> <p>Este item compreende a psicomotricidade e expressão corporal apresentada pelo paciente, incluindo a sua capacidade em controlá-la, variando desde um grau de normalidade até um estado de agitação, com atividade motora sem finalidade, não influenciada por estímulos externos. O item compreende, ainda, o relato subjetivo do paciente quanto à sensação de energia, ou seja, capacidade de produzir e agir.</p>	<p>(0) Ausente</p> <p>(1) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora</p> <p>(2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados</p> <p>(3) Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)</p> <p>(4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)</p> <p>(X) Não avaliado</p>
<p>03. Interesse sexual</p>	<p>(0) Normal; sem aumento</p>

<p>Este item compreende ideias e/ou impulsos persistentes relacionados a questões sexuais, incluindo a capacidade do paciente em controlá-los. O interesse sexual pode restringir-se a pensamentos e desejos não concretizados, em geral verbalizados apenas após solicitação, podendo chegar até a um comportamento sexual frenético e desenfreado, sem qualquer controle ou crítica quanto a riscos e normas morais.</p>	<p>(1) Discreta ou possivelmente aumentado (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado (3) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; autoavaliação de hipersexualidade (4) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas (X) Não avaliado</p>
<p>04. Sono</p> <p>Este item inclui a redução ou falta da capacidade de dormir e/ou a redução ou falta de necessidade de dormir para sentir-se bem disposto e ativo.</p>	<p>(0) Não relata diminuição do sono (1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual (2) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual (3) Relata diminuição da necessidade de sono (4) Nega necessidade de sono (X) Não avaliado</p>
<p>05. Irritabilidade</p> <p>Este item revela a predisposição afetiva para sentimentos/ emoções como raiva ou mau humor apresentados pelo paciente ante estímulos externos. Inclui baixo limiar à frustração, com reações de ira exagerada, podendo chegar a um estado constante de comportamento desafiador, querelante e hostil.</p>	<p>(0) Ausente (2) Subjetivamente aumentada (4) Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria</p>

	<p>(6) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo</p> <p>(8) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível</p> <p>(X) Não avaliado</p>
<p>06. Fala (velocidade e quantidade)</p> <p>Este item compreende a velocidade e quantidade do discurso verbal apresentado pelo paciente. Inclui sua capacidade de percebê-lo e controlá-lo, por exemplo, diante de solicitações para que permaneça em silêncio ou permita que o entrevistador fale.</p>	<p>(0) Sem aumento</p> <p>(2) Percebe-se mais falante do que o seu habitual</p> <p>(4) Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborreico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)</p> <p>(6) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)</p> <p>(8) Fala pressionada, ininterrompível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)</p> <p>(X) Não avaliado</p>
<p>07. Linguagem-distúrbio do pensamento</p> <p>Este item refere-se a alterações da forma do pensamento, avaliada pelas construções verbais emitidas pelo paciente.</p> <p>O pensamento pode estar mais ou menos desorganizado, de acordo com a gravidade das alterações formais do pensamento, descritas a seguir.</p> <p>--Circunstancialidade: fala indireta que demora a atingir o ponto desejado, mas eventualmente vai</p>	<p>(0) Sem alterações</p> <p>(1) Circunstancial; pensamentos rápidos</p> <p>(2) Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados</p>

<p>desde o ponto de origem até o objetivo final, a despeito da superinclusão de detalhes e observações irrelevantes.</p> <p>--Tangencialidade: incapacidade para manter associações do pensamento dirigidas ao objetivo- o paciente nunca chega do ponto inicial ao objetivo final desejado.</p> <p>--Fuga de ideias: verbalizações rápidas e contínuas, ou jogos de palavras que produzem uma constante mudança de uma ideia para outra. As ideias tendem a estar conectadas e mesmo em formas menos graves, podem ser difíceis de ser acompanhadas pelo ouvinte.</p> <p>--Ecolalia consonante: repetição automática de palavras ou frases, com entonação e forma que produzem efeito sonoro de rima.</p> <p>--Incoerência: Fala ou pensamento essencialmente incompreensíveis aos outros, porque as palavras ou frases são reunidas sem uma conexão com lógica e significado, podendo chegar a incoerência gramatical e salada de palavras.</p>	<p>(3) Fuga de ideias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante</p> <p>(4) Incoerência; comunicação impossível</p> <p>(X) Não avaliado</p>
<p>08. Conteúdo</p> <p>Este item compreende ideias e crenças apresentadas pelo paciente, variando, de acordo com a intensidade, de ideias novas e/ou incomuns ao paciente, ideação supervalorizada (ou seja, crença falsa, intensamente arraigada, porém suscetível a argumentação racional), a delírios (crenças falsas, baseadas em inferências incorretas sobre a realidade, inconsistentes com a inteligência e antecedentes culturais do paciente e</p>	<p>(0) Normal</p> <p>(2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sociocultural do paciente, mas questionáveis</p> <p>(4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição socioeconômica do paciente; hiper-religioso</p> <p>(6) Ideias supervalorizadas</p>

<p>que não podem ser corrigidas pela argumentação).</p> <p>Conteúdos comumente encontrados no paciente maníaco incluem (1) ideias místicas, de conteúdo religioso, referindo-se à atuação de entidades sobre o paciente, outras pessoas ou fatos; (2) ideias paranoides, i.e, crença de estar sendo molestado, enganado ou perseguido; (3) ideias de grandeza, i.e, concepção exagerada da própria importância, poder ou identidade, incluindo posses materiais, qualidades incomuns e relacionamentos especiais com personalidades famosas ou entidades místicas; (4) ideias de referência, i.e, crença de que O comportamento dos outros tem relação consigo próprio ou de que eventos, objetos ou outras pessoas têm um significado particular e incomum para si -p. ex., frequentemente acredita que os outros estão falando de si.</p>	<p>(8) Delírios</p> <p>(X) Não avaliado</p>
<p>(4) Ameaça o entrevistador: gritando; entrevista</p> <p>Comportamento disruptivo agressivo Este item compreende a atitude e as respostas do paciente ao entrevistador e à situação da entrevista. O paciente pode apresentar-se desconfiado ou irônico e sarcástico, mas ainda assim respondendo aos questionamentos, ou então não cooperativo e francamente agressivo, inviabilizando a entrevista.</p>	<p>(0) Ausente, cooperativo</p> <p>(2) Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado</p> <p>(6) Agressivo; destrutivo: entrevista impossível</p> <p>(X) Não avaliado</p>
<p>10. Aparência</p> <p>Este item compreende a apresentação física do paciente, incluindo aspectos de higiene, asseio e modo de vestir-se (0) Insight presente:</p>	<p>(0) Arrumado e vestido apropriadamente</p> <p>(1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas</p>

<p>espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento</p>	<p>minimamente inadequados ou exagerados</p> <p>(2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero</p> <p>(3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante</p> <p>(4) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras</p> <p>(X) Não avaliado</p>
<p>11. Insight (discernimento)</p> <p>Este item refere-se ao grau de consciência e compreensão do paciente quanto ao fato de estar doente. Varia de um entendimento adequado (afetivo e intelectual) quanto à presença da doença, passando por concordância apenas ante argumentação, chegando a uma negação total de sua enfermidade, referindo estar em seu comportamento normal e não necessitando de nenhum tratamento.</p>	<p>(1) Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento</p> <p>(2) Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento</p> <p>(3) Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento</p> <p>(4) Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de</p>

	tratamento (X) Não avaliado
--	--------------------------------

Anexo 4 – Parecer CEP

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PROJETO MOVE SAÚDE MENTAL - DIMINUINDO O TEMPO SEDENTÁRIO DE PACIENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL.

Pesquisador: Lucas Melo Neves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20869419.0.0000.0081

Instituição Proponente: OBRAS SOCIAIS E EDUCACIONAIS DE LUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.742.120

Apresentação do Projeto:

Emenda do pesquisador para inserção de co-participante.

Objetivo da Pesquisa:

A Emenda se deve a solicitação de vínculo do pesquisador Lucas Melo Neves como Pós-doutorando no Hospital das Clínicas da USP, no Instituto de Psiquiatria, sob supervisão do professor Dr. Beny Lafer.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Idem ao projeto previamente aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Idem ao projeto previamente aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Emenda do pesquisador para inserção de co-participante:

- Hospital das Clínicas da USP, no Instituto de Psiquiatria, sob supervisão do professor Dr. Beny Lafer

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.