

A prática de exercícios físicos como coadjuvante no tratamento de pessoas com depressão

Physical exercise as an adjunct in the treatment of people with depression

Ana Beatriz Millon

Psicanalista clínica, Brasil.

PUBLICADO 20 DEZ 2023

Os registros de tramitação editorial dos volumes 1 a 3 estão incompletos em razão de mudança na direção da revista. As datas de recebimento, revisão e aceite deste artigo não puderam ser recuperadas e, por isso, não são informadas.

RESUMO

Este artigo examina o exercício físico sistematizado como recurso coadjuvante no tratamento do transtorno depressivo, a partir de uma dificuldade reconhecida da prática assistencial: a baixa adesão ao tratamento farmacológico, determinada sobretudo pela latência de resposta e pelos efeitos adversos que se manifestam antes do benefício clínico. O percurso é construído em três movimentos. Delimita-se inicialmente o objeto, distinguindo os usos do termo depressão — sentimento, sintoma, síndrome e doença — e os critérios que sustentam o diagnóstico. Examinam-se em seguida os limites do tratamento medicamentoso, tanto os de ordem farmacológica quanto os que derivam da expansão do conceito de depressão sobre situações ordinárias da vida. Reúne-se, por fim, a evidência disponível sobre exercício físico e sintomatologia depressiva, organizada em três planos de mecanismo: neuroquímico, psicológico e social. Sustenta-se que o exercício não constitui alternativa ao tratamento convencional nem dele é mero acessório higiênico: opera sobre dimensões que o fármaco não alcança — autoestima, imagem corporal, reinserção em laço social — e o faz com custo reduzido e perfil de efeitos adversos favorável. Discutem-se as condições de prescrição que essa posição impõe, em particular a inadequação de modalidades competitivas e de metas incompatíveis com o estado clínico do paciente.

Palavras-chave: depressão; exercício físico; adesão ao tratamento; antidepressivos; saúde mental.

ABSTRACT

This article examines systematised physical exercise as an adjunct resource in the treatment of depressive disorder, starting from a recognised difficulty of care practice: poor adherence to pharmacological treatment, determined chiefly by response latency and by adverse effects that appear before clinical benefit. The argument proceeds in three movements. The object is first delimited by distinguishing the uses of the term depression — feeling, symptom, syndrome and illness — and the criteria that support diagnosis. The limits of drug treatment are then examined, both those of a pharmacological order and those deriving from the expansion of the concept of depression over ordinary life situations. Finally, the available evidence on physical exercise and depressive symptomatology is assembled and organised across three planes of mechanism: neurochemical, psychological and social. It is argued that exercise constitutes neither an alternative to conventional treatment nor a merely hygienic accessory: it operates upon dimensions the drug does not reach — self-esteem, body image, reinsertion into social bonds — and does so at reduced cost and with a favourable adverse-effect profile. The prescribing conditions this position imposes are discussed, in particular the inadequacy of competitive modalities and of goals incompatible with the patient's clinical state.

Keywords: depression; physical exercise; treatment adherence; antidepressants; mental health.

1 Introdução

O transtorno depressivo figura entre as condições de maior impacto funcional em escala global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), e as projeções formuladas no final do século XX — que o situavam como principal causa de incapacidade nos países em desenvolvimento

(DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004) — foram, no essencial, confirmadas pelo curso posterior dos indicadores. Trata-se de condição prevalente, recorrente e de diagnóstico tecnicamente exigente, cujo tratamento de primeira linha permanece ancorado na associação entre psicofármaco e psicoterapia.

Esse arranjo, contudo, convive com um problema persistente que não é de eficácia, mas de adesão. O antidepressivo produz melhora em proporção substantiva dos casos, mas só depois de duas a quatro semanas, enquanto os efeitos adversos — ganho de peso, disfunção sexual, alterações do sono — costumam instalar-se nos primeiros dias (STAHL, 1997). O paciente é convocado a suportar o custo antes de perceber o benefício, em um momento em que a própria capacidade de sustentar expectativa está comprometida. O abandono precoce, nessas condições, não configura descuido do doente: é consequência previsível da assimetria temporal entre dano e ganho.

É desse ponto que parte o presente trabalho. A pergunta não é se o exercício físico pode substituir o tratamento convencional — formulação que a literatura não sustenta e que a clínica desaconselha —, mas se a sua incorporação sistemática ao plano terapêutico altera favoravelmente o quadro em dimensões que o fármaco não alcança, e em que medida essa alteração está documentada. A hipótese examinada é que o exercício opera simultaneamente sobre três planos — neuroquímico, psicológico e social — e que é precisamente a convergência desses planos, e não qualquer um deles isoladamente, que justifica sua posição no tratamento.

Cabe uma delimitação preliminar. Reconhecer valor terapêutico ao exercício não equivale a tratá-lo como prática inócua de aplicação universal: a questão da prescrição adequada não é apêndice do argumento, mas parte dele.

2 Método

Trata-se de revisão narrativa de literatura, de natureza teórico-conceitual e caráter qualitativo, orientada à articulação entre produção clínica, psicofarmacológica e das ciências do exercício sobre um mesmo objeto.

O levantamento foi conduzido nas bases Scopus, SciELO, PubMed, Portal de Periódicos da Capes e Google Acadêmico, além de repositórios de teses, com os descritores *depressão* e *exercício físico* e seus correspondentes em inglês, combinados por operadores booleanos.

O recorte temporal foi revisto durante a execução. O critério inicial restringia a inclusão a publicações posteriores a 2008; verificou-se, entretanto, que a investigação sistemática sobre exercício aeróbico e estados de humor se constitui como programa de pesquisa a partir da década de 1970 (MELLO *et al.*, 2005), e que a compreensão dos achados recentes supõe acesso às formulações que os anteciparam. O recorte foi ampliado para abranger a produção desde então, com a exigência adicional de que os trabalhos anteriores a 2008 tivessem sido retomados ou corroborados por literatura posterior.

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, diretrizes de sociedades científicas e obras de referência em psicofarmacologia que tratassem dos fenômenos em termos operacionais, com definição de desfecho e de medida; excluíram-se materiais de divulgação sem dados primários e trabalhos cuja menção ao exercício fosse apenas ilustrativa. A análise organizou o material em torno de três perguntas diretrizes: se o exercício planejado produz benefício mensurável no tratamento da depressão; se a prática regular incide sobre a recorrência dos episódios; e quais modalidades se indicam a quadros crônicos ou sazonais.

3 Delimitação do objeto

3.1 Os sentidos do termo e o problema diagnóstico

A palavra depressão não designa um objeto único. Porto (1999) distingue quatro empregos cuja confusão produz boa parte dos impasses do campo. Como *sentimento*, depressão nomeia a tristeza que acompanha perdas, derrotas e desapontamentos, e integra o repertório ordinário das reações humanas. Como *sintoma*, surge em quadros clínicos heterogêneos — transtorno de estresse pós-traumático, demências, esquizofrenia, alcoolismo, condições clínicas gerais. Como *síndrome*, reúne alterações de humor, cognitivas, psicomotoras e vegetativas. Como *doença*, remete a entidades nosológicas delimitadas: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, fase depressiva do transtorno bipolar.

A mesma classificação organiza os sintomas em três ordens. Os psíquicos reúnem tristeza, autodesvalorização, culpa, anedonia, fadiga e redução da capacidade de pensar e decidir. Os fisiológicos compreendem alterações do sono e do apetite e redução do desejo sexual. As evidências comportamentais incluem retraimento social, crises de choro, lentificação ou agitação psicomotora e comportamento suicida. A esse quadro acrescenta-se um traço de

consequência assistencial direta, que Jardim (2011) designa silêncio deprimido: a dificuldade de nomear o sofrimento e de reconhecer a necessidade de ajuda, que retarda a busca de tratamento e aprofunda a ruptura do laço social.

O diagnóstico é tecnicamente complexo porque esses sinais se distribuem por múltiplas condições. As diretrizes brasileiras para o tratamento da depressão (FLECK *et al.*, 2009) operam com nove critérios — humor deprimido, anedonia, culpa ou inutilidade excessivas, dificuldade de concentração, fadiga, distúrbios do sono, alteração psicomotora, variação significativa de peso e ideiação de morte — e estratificam o quadro conforme número e duração dos sintomas: depressão menor, distímia e depressão maior. A estratificação importa clinicamente porque dela decorrem decisões distintas de conduta, inclusive quanto à indicação e à intensidade de recursos não farmacológicos.

Dois momentos do ciclo vital concentram erro diagnóstico: na infância, os sinais tendem a ser lidos como traços de personalidade; na velhice, como perda esperada de vitalidade. Em ambos, atribuir o quadro a uma suposta normalidade da fase retarda o tratamento.

3.2 Curso, recorrência e determinação multifatorial

A depressão apresenta prevalência anual estimada entre 3% e 11%, com frequência duas a três vezes maior em mulheres. O episódio típico dura de dezesseis a vinte semanas, e até 12% dos pacientes seguem curso crônico sem remissão completa. O dado de maior consequência prática, porém, é o da recorrência: quem teve um episódio apresenta cerca de 50% de probabilidade de novo episódio; quem teve dois, cerca de 70%; a partir de três, a estimativa aproxima-se de 90%.

Essa progressão desloca o alvo do tratamento: se o risco de recaída cresce com o número de episódios, a intervenção não pode esgotar-se na remissão do quadro agudo, mas precisa incorporar recursos sustentáveis no intervalo entre episódios — e o exercício é prática cuja manutenção a longo prazo é, ao contrário da farmacoterapia prolongada, clinicamente desejável em si mesma.

Quanto à etiologia, Lafer e Vallada Filho (1999) estimam que a transmissão genética responda por cerca de 40% da suscetibilidade ao transtorno, cabendo os 60% restantes a determinantes multifatoriais. A vulnerabilidade herdada não é destino: sua expressão depende de estressores psicológicos e físicos, de doenças intercorrentes e do consumo de substâncias. É improvável que o quadro se desenvolva

sem eventos externos, mas o risco que esses eventos produzem varia conforme a predisposição individual.

4 O tratamento farmacológico e seus limites

4.1 A hipótese monoaminérgica e a latência de resposta

A explicação biológica dominante dos transtornos depressivos é a teoria monoaminérgica, segundo a qual o quadro decorreria de menor disponibilidade de aminas biogênicas cerebrais — serotonina, noradrenalina e dopamina. A hipótese ganhou força pelo conhecimento do mecanismo de ação dos antidepressivos, que elevam a disponibilidade desses neurotransmissores na fenda sináptica, seja por inibição da recaptação, seja por inibição da monoaminooxidase (CALIL; GUERRA, 2004; GRAEFF; GUIMARÃES, 2005).

A teoria, entretanto, é insuficiente em dois pontos. O primeiro é a eficácia parcial: os antidepressivos produzem melhora significativa em cerca de 60% a 70% dos pacientes em um mês, contra taxa de placebo em torno de 30% (SOUZA, 1999) — resultado relevante, mas que deixa parcela expressiva sem resposta e sugere que a deficiência monoaminérgica não esgota a fisiopatologia do quadro (CASTRÉN; VÖIKAR; RANTAMÄKI, 2007). O segundo é a latência: o aumento da disponibilidade sináptica é praticamente imediato, mas a resposta clínica leva de duas a quatro semanas, descompasso que indica a necessidade de mudanças adaptativas de mais longo prazo, atribuídas por uma das hipóteses correntes à dessensibilização de receptores pré-sinápticos (STAHL, 1997).

Souza (1999) observa, ainda, que não existe antidepressivo ideal e que as diferenças de eficácia entre as drogas disponíveis não são expressivas em ensaios clínicos — o que não implica que um mesmo paciente responda igualmente a todas. A diversidade de mecanismos permite que mesmo depressões resistentes encontrem tratamento eficaz, desde que a avaliação diagnóstica delimite com precisão o perfil do caso.

4.2 Efeitos adversos e abandono do tratamento

O ganho de peso e a redução do desejo sexual são os efeitos adversos mais associados à descontinuidade do uso. Incidem precisamente sobre imagem corporal e vida afetiva — duas dimensões já comprometidas pelo quadro —, de modo que o tratamento tende a ser vivido como agravamento daquilo de que o paciente se queixa. Os antidepressivos de ação dual sobre noradrenalina e serotonina apresentam perfil metabólico mais favorável, com menor

impacto sobre peso e libido, o que reforça a importância do ajuste individualizado do esquema (RIBEIRO *et al.*, 2014).

A não resposta, quando ocorre, admite causas identificáveis — comorbidade clínica, uso de substâncias, gravidade dos determinantes psicossociais, inadequação da fórmula ao caso —, nenhuma das quais se resolve pelo aumento isolado da dose.

4.3 A crítica à expansão diagnóstica

A discussão sobre limites do tratamento medicamentoso tem dimensão que excede a farmacologia. Amarante (2017 *apud* BARDANACHVILI, 2017) sustenta que há elasticidade no conceito de depressão, de modo a abarcar situações ordinárias da existência — conflitos, desemprego, desgosto, separação, luto — que passam a ser formatadas como quadro clínico. A objeção incide sobre a interface entre política de mercado e política de saúde, e adverte para o risco de dependência e de síndrome de abstinência à retirada, cujo reconhecimento equivocado como recidiva realimenta a prescrição.

Qualquer que seja a posição adotada diante dela, a crítica tem consequência construtiva para o argumento aqui desenvolvido: desloca a atenção para o que Amarante denomina rede de cooperação, isto é, para a hipótese de que relações sociais desempenhem papel terapêutico próprio. A formulação converge com a de Souza (1999), para quem o tratamento deve ser compreendido de forma globalizada, contextualizando o paciente em seus meios social e cultural. É nesse espaço — que o fármaco não ocupa e cuja negligência compromete o resultado — que a atividade física encontra indicação mais consistente.

5 O exercício físico como recurso coadjuvante

5.1 Planos de mecanismo

Os efeitos do exercício sobre o quadro depressivo não se organizam em um único registro, e distingui-los é condição para avaliar corretamente a evidência disponível.

No plano neuroquímico, a prática regular promove alterações fisiológicas e bioquímicas envolvidas na liberação de neurotransmissores e na ativação de receptores específicos, com redução dos escores indicativos de depressão (CHEIK *et al.*, 2003). Mello *et al.* (2005) distinguem dois regimes temporais: cronicamente, a prática regular reduz os níveis de hormônios associados ao estresse — adrenalina, noradrenalina e cortisol; agudamente, promove liberação de endorfina, com sensação de bem-estar e alívio de dor, e de dopamina, com efeito tranquilizante. A ação incide sobre o sistema límbico, implicado em funções cognitivas e emocionais, e sobre o eixo neuroendócrino.

No plano psicológico, os ganhos documentados dizem respeito a autoestima, autoconceito, imagem corporal e funções cognitivas. O relevo desse plano é tanto maior quanto se considera que é exatamente sobre imagem corporal que recai um dos efeitos adversos mais associados ao abandono da farmacoterapia.

No plano social, a prática oferece oportunidade de convívio e reinserção em atividade partilhada, com efeito direto sobre o retraimento que caracteriza o quadro. A anedonia e o isolamento são alvos para os quais o exercício em contexto grupal oferece via de acesso que a prescrição não abre (MORAES *et al.*, 2007). Esse plano responde, operacionalmente, à noção de rede de cooperação discutida acima.

PLANO	MECANISMO PROPOSTO	DESFECHO OBSERVADO	ALCANCE E LIMITE
Neuroquímico	Liberação de endorfina e dopamina; redução crônica de cortisol e catecolaminas (MELLO <i>et al.</i> , 2005)	Redução de escores de depressão e ansiedade (CHEIK <i>et al.</i> , 2003)	Efeito agudo consistente; magnitude e duração do efeito crônico ainda imprecisas
Psicológico	Ganho de domínio corporal e de experiência de competência	Elevação de autoestima, autoconceito e imagem corporal (MELLO <i>et al.</i> , 2005)	Incide sobre dimensão atingida pelos efeitos adversos do fármaco; medida por autorrelato
Social	Convívio e reinserção em atividade partilhada	Redução do retraimento; maior participação social (MORAES <i>et al.</i> , 2007)	Depende de modalidade não competitiva; não se obtém em prática isolada
Funcional	Condicionamento e redução de incapacidade	Melhora de qualidade de vida e de capacidade funcional (MOTA; RIBEIRO; CARVALHO, 2006)	Evidência majoritariamente em idosos; generalização a outras faixas exige cautela

Tabela 1 — Planos de mecanismo atribuídos ao exercício físico no tratamento da depressão, com desfecho correspondente e qualificação do alcance da evidência. A coluna de limite registra as restrições de interpretação, não a ausência de efeito.

5.2 A evidência disponível

A investigação sobre exercício e estados de humor consolidou-se a partir da década de 1970, tendo por modelo inicial o exercício aeróbico e suas repercussões sobre humor e ansiedade (MELLO *et al.*, 2005). Dois estudos retomados por essa revisão ilustram o tipo de achado disponível. Coyle e Santiago (1995) submeteram adultos com deficiência física a programa aeróbico de doze semanas e documentaram redução da sintomatologia depressiva na amostra. Lopes (2001) acompanhou mulheres de 50 a 72 anos ao longo de oito semanas de exercício aeróbico, aplicando o Inventário Beck de Depressão e dosagens de serotonina, e observou redução do percentual de gordura acompanhada de melhora dos estados de humor.

Em população idosa, a revisão sistemática de Moraes *et al.* (2007) reúne evidência convergente quanto ao efeito do exercício sobre o quadro depressivo, ao passo que Mota, Ribeiro e Carvalho (2006) documentam diferença de qualidade de vida associada à saúde entre participantes e não participantes de programas regulares. Cheik *et al.* (2003) registram, na mesma faixa etária, redução simultânea de escores de depressão e de ansiedade.

A literatura apresenta, contudo, restrições que convém enunciar: a concentração de estudos em população idosa limita a generalização; os tamanhos amostrais são com frequência modestos; e a heterogeneidade de protocolos quanto a modalidade, intensidade, duração e frequência dificulta a comparação direta. A evidência sustenta a indicação do exercício como coadjuvante, mas não autoriza a especificação de uma dose ótima.

5.3 Condições de prescrição

Que o exercício seja benéfico não implica que qualquer exercício o seja, nem que a prescrição possa prescindir de ajuste. Pacientes em episódio depressivo apresentam, por definição, redução da capacidade de iniciar e sustentar atividade, o que torna previsível a dificuldade de participação colaborativa. A resposta é de ordem técnica: cabe ao profissional de educação física articular-se à equipe assistencial, ajustar o plano de trabalho à terapêutica em curso e estabelecer metas alcançáveis, evitando que o programa produza nova experiência de fracasso.

Duas características se destacam na literatura quanto às modalidades mais eficazes: devem ser agradáveis e frequentes, e devem ter caráter não competitivo. A exigência não é de conforto, mas de coerência terapêutica: a competição reintroduz, no espaço destinado ao alívio, a lógica

de desempenho e julgamento que participa da produção dos sintomas de autodesvalorização. Pela mesma razão, a leitura prévia do quadro clínico e dos limites do paciente precede a escolha do repertório técnico.

Dois argumentos adicionais sustentam a indicação. O primeiro é econômico: o custo de programas de atividade física é consideravelmente inferior ao de abordagens farmacológicas e psicoterápicas prolongadas, com consequência direta sobre a viabilidade de sua oferta em serviços públicos (KNUTH *et al.*, 2011). O segundo é preventivo: os efeitos sobre doenças crônicas degenerativas somam-se ao benefício sobre o humor, o que importa em população exposta a efeitos metabólicos adversos da medicação.

6 Considerações finais

O percurso realizado autoriza três conclusões de alcance distinto.

A primeira é que a indicação do exercício se justifica menos por superioridade sobre outro recurso do que por complementaridade. O fármaco responde à dimensão neuroquímica com eficácia documentada e latência conhecida; o exercício incide sobre essa mesma dimensão de modo mais lento, mas alcança simultaneamente planos — autoestima, imagem corporal, laço social, capacidade funcional — que a prescrição isolada não atinge. A composição, e não a substituição, é o que a evidência sustenta.

A segunda é que o problema da adesão, do qual partiu este trabalho, encontra no exercício resposta parcial e indireta. Parcial porque não suprime os efeitos adversos do fármaco; indireta porque atua sobre suas consequências subjetivas — notadamente a imagem corporal e a experiência de perda de controle do próprio corpo — e devolve ao paciente participação ativa em um tratamento que, de outro modo, se organiza como recepção passiva de prescrição.

A terceira é que a evidência disponível, embora convergente em direção, é heterogênea em qualidade. A concentração de estudos em população idosa, as amostras reduzidas e a ausência de padronização de protocolos impedem a formulação de recomendação posológica. Determinar quais modalidades, em que intensidade e frequência beneficiam quais perfis de paciente — e se a prática sustentada incide sobre a taxa de recorrência, questão de consequência clínica maior dado o padrão de recaída descrito — exige ensaios de desenho mais rigoroso que os até aqui disponíveis. Enquanto não se acumulam, a posição defensável é a que aqui se sustentou: incorporar o exercício ao

plano terapêutico como componente regular, ajustado e articulado à equipe, sem atribuir-lhe o que ele não demonstrou e sem dele prescindir pelo que ainda não se sabe.

Declarações

Conflito de interesses. A autora declara não haver conflito de interesses.

Financiamento. A pesquisa não recebeu financiamento específico de agências públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

Uso de inteligência artificial. Não foi utilizada inteligência artificial generativa na concepção, na redação ou na análise do conteúdo deste artigo.

Disponibilidade de dados. Não se aplica: trata-se de revisão de literatura, sem produção de dados primários.

Nota editorial. Este artigo integra o acervo reorganizado dos volumes 1 a 3 da Interapia. O texto foi editorialmente adequado às normas vigentes da revista quanto a estrutura, registro e normalização de referências, sem alteração de tese, argumento ou atribuição de autoria.

Referências

- BARDANACHVILI, E. Pesquisador alerta sobre os malefícios dos antidepressivos. *Agência Fiocruz de Notícias*, Rio de Janeiro, 2017.
- CALIL, H. M.; GUERRA, A. B. G. Depressão: uma doença mental? *Ciência Hoje*, v. 34, n. 301, p. 28-37, 2004.
- CASTRÉN, E.; VÖIKAR, V.; RANTAMÄKI, T. Role of neurotrophic factors in depression. *Current Opinion in Pharmacology*, v. 7, n. 1, p. 18-21, 2007.
- CHEIK, N. C. et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 11, n. 3, p. 45-52, 2003.
- COYLE, C. P.; SANTIAGO, M. C. Aerobic exercise training and depressive symptomatology in adults with physical disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 76, n. 7, p. 647-652, 1995.
- DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FLECK, M. P. A. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, supl. 1, p. S7-S17, 2009.
- GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. *Fundamentos de psicofarmacologia*. São Paulo: Atheneu, 2005.
- JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 36, n. 123, p. 84-92, 2011.
- KNUTH, A. G. et al. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3697-3705, 2011.
- LAFER, B.; VALLADA FILHO, H. P. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, supl. 1, p. 12-17, 1999.
- LOPES, K. M. D. C. *Os efeitos crônicos do exercício físico aeróbico nos níveis de serotonina e depressão em mulheres com idade entre 50 e 72 anos*. 2001. Dissertação (Mestrado) — Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2001.
- MELLO, M. T. et al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 11, n. 3, p. 203-207, 2005.
- MORAES, H. et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 1, p. 70-79, 2007.
- MOTA, J.; RIBEIRO, J. L.; CARVALHO, J. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 20, n. 3, p. 219-225, 2006.
- PORTO, J. A. D. Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, supl. 1, p. 6-11, 1999.
- RIBEIRO, A. G. et al. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1825-1833, 2014.
- SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, supl. 1, p. 18-23, 1999.
- STAHL, S. M. *Psychopharmacology of antidepressants*. London: Martin Dunitz, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental — nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS, 2001.

COMO CITAR

MILLON, A. B. A prática de exercícios físicos como coadjuvante no tratamento de pessoas com depressão. *Interapia — Revista de Clínica, Cultura e Ciências Mentais*, v. 1, n. 1, p. 40-46, 2023.

LICENÇA

Publicado em acesso aberto sob licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. O autor mantém os direitos sobre a obra e concede à revista o direito de primeira publicação.