

SAÚDE MENTAL DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA NO BRASIL (2010–2025): O ESTADO DA ARTE DE QUASE DUAS DÉCADAS DE PUBLICAÇÃO

MENTAL HEALTH OF MEDICAL STUDENTS IN BRAZIL (2010–2025):
THE STATE OF THE ART OF NEARLY TWO DECADES OF PUBLICATIONS

SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA EN BRASIL (2010–2025):
EL ESTADO DEL ARTE TRAS CASI DOS DÉCADAS DE PUBLICACIONES

Denny William de Oliveira¹, Suzana Ferreira Alves²

DOI: 10.54899/dcs.v23i93.6487

Recibido: 01/07/2026 | Aceptado: 27/07/2026 | Publicación en línea: 05/08/2026.

RESUMO

De acordo com o Relatório Demográfico Médico no Brasil (CFM, 2025), o número de vagas em medicina aumentou 189% entre 2010 e 2025 (16.777 para 48.491), com 77% de ocupação. Mais de 50% dos ingressantes carecem de assessoria vocacional, o que eleva evasão e insatisfação (UFRJ, 2023). Esta revisão mista, com recorte temporal de 2010-2025, analisou 17 artigos na plataforma SciELO, utilizando a Lei de Bradford para bibliometria e a Análise de Conteúdo de Bardin para categorização qualitativa. Consoante, identificou-se pico de publicações em 2021, com concentração editorial na *Revista Brasileira de Educação Médica* (n=7, núcleo). O adoecimento psíquico supera 27,2%, com depressão (28-36%), ansiedade (32-45%), burnout (25-33%) e ideação suicida (9,3-13,0%), valores acima da população geral (Kessler *et al.*, 2002). Fatores institucionais, como currículos punitivos e ausência de suporte, e estruturais, como desigualdades de gênero e etnia, agravam o quadro. Kleinman (1980) destaca o sofrimento moldado por interpretações culturais, enquanto Scheper-Hughes (1992) aponta desigualdades sociais como amplificadoras do adoecimento. Marmot (2005) enfatiza hierarquias institucionais que intensificam o estresse, e Foucault (1975; 1984) critica o poder disciplinar nas faculdades, que reprime a liberdade individual e exacerba subjetividades adoecidas. Comparações internacionais revelam prevalências altas no Brasil, Espanha, México e Chile, e baixas nos países nórdicos, com políticas de apoio eficazes (Rotenstein *et al.*, 2016). Não obstante, o fenômeno multifatorial, que atravessa dimensões individual, institucional e estrutural, exige reformas curriculares com flexibilização de carga, serviços de saúde mental permanentes, tutoria longitudinal, protocolos de risco com escalas validadas (ex.: PHQ-9, MBI), coortes multicêntricas e ações contra racismo e sexismo, sob o marco do direito à saúde mental (Constituição Federal, 1988; OMS, 2022).

¹ Graduando em Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, Goiás, Brasil.
E-mail: mrdenny@live.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-0361-2955>

² Doutora em Farmacologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, Goiás, Brasil.
E-mail: suzana.cbb@pucgoias.edu.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5954-9319>

Palavras-chave: Educação Médica. Estudantes de Medicina. Qualidade de Vida, Saúde Mental. Saúde Pública.

ABSTRACT

According to the 2025 Brazilian Medical Demography Report (CFM, 2025), medical school enrollment increased 189% from 2010 to 2025 (16,777 to 48,491 slots), with 77% occupancy. Over 50% of students lack proper vocational guidance, which heightens dropout and dissatisfaction rates (UFRJ, 2023). This mixed-methods review (SciELO, 2010-2025) analyzed 17 articles using Bradford's Law for bibliometric analysis and Bardin's Content Analysis for qualitative categorization. Accordingly, a publication peak occurred in 2021, with concentration in the *Revista Brasileira de Educação Médica* (n=7, core). Mental health issues exceed 27.2%, with depression (28-36%), anxiety (32-45%), burnout (25-33%), and suicidal ideation (9.3-13.0%), surpassing general population rates (Kessler *et al.*, 2002). Institutional factors, such as punitive curricula and lack of support, and structural factors, like gender and ethnic inequalities, aggravate the issue. Kleinman (1980) highlights suffering shaped by cultural interpretations, while Scheper-Hughes (1992) points to social inequalities as amplifiers of distress. Marmot (2005) underscores institutional hierarchies that intensify stress, and Foucault (1975; 1984) critiques disciplinary power in medical schools, which suppresses individual freedom and exacerbates distressed subjectivities. International comparisons reveal high prevalence in Brazil, Spain, Mexico, and Chile, and lower rates in Nordic countries, with effective support policies (Rotenstein *et al.*, 2016). Nevertheless, this multifactorial phenomenon, spanning individual, institutional, and structural dimensions, demands curriculum reforms with flexible workloads, permanent mental health services, longitudinal tutoring, risk protocols with validated scales (e.g., PHQ-9, MBI), multicenter cohorts, and actions against racism and sexism, under the framework of mental health as a right (Brazilian Constitution, 1988; WHO, 2022).

Keywords: Medical Education. Medical Students. Mental Health. Quality of Life. Public Health.

RESUMEN

Según el Informe Demográfico Médico en Brasil (CFM, 2025), las vacantes en medicina aumentaron 189% entre 2010 y 2025 (16.777 a 48.491), con 77% de ocupación. Más del 50% de los ingresantes carecen de orientación vocacional adecuada, lo que eleva la evasión e insatisfacción (UFRJ, 2023). Esta revisión mixta (SciELO, 2010-2025) analizó 17 artículos mediante la Ley de Bradford para bibliometría y el Análisis de Contenido de Bardin para categorización cualitativa. En consecuencia, se identificó un pico de publicaciones en 2021, con concentración en la *Revista Brasileira de Educação Médica* (n=7, núcleo). El padecimiento psíquico supera el 27,2%, con depresión (28-36%), ansiedad (32-45%), burnout (25-33%) e ideación suicida (9,3-13,0%), valores superiores a la población general (Kessler *et al.*, 2002). Factores institucionales, como currículos punitivos y falta de apoyo, y estructurales, como desigualdades de género y etnia, agravan el cuadro. Kleinman (1980) destaca el sufrimiento moldeado por interpretaciones culturales, mientras Scheper-Hughes (1992) señala las desigualdades sociales como amplificadoras del malestar. Marmot (2005) resalta jerarquías institucionales que intensifican el estrés, y Foucault (1975; 1984) critica el poder disciplinario en las facultades, que reprime la libertad individual y exacerba subjetividades afectadas. Comparaciones internacionales muestran alta prevalencia en Brasil, España, México y Chile, y bajas en países nórdicos, con políticas de apoyo efectivas (Rotenstein *et al.*, 2016). No obstante,

este fenómeno multifactorial, que atraviesa dimensiones individual, institucional y estructural, exige reformas curriculares con flexibilización de carga, servicios de salud mental permanentes, tutoría longitudinal, protocolos de riesgo con escalas validadas (ej.: PHQ-9, MBI), cohortes multicéntricas y acciones contra racismo y sexismo, bajo el marco del derecho a la salud mental (Constitución Brasileña, 1988; OMS, 2022).

Palabras clave: Calidad de Vida. Educación Médica. Estudiantes de Medicina. Salud Mental. Salud Pública.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

A saúde mental dos estudantes de medicina se consolidou como uma preocupação crescente no campo da educação médica, com forte repercussão na qualidade de vida, na formação acadêmica e na futura prática profissional. Nesse contexto, observa-se relação direta entre o método de ensino, a sobrecarga curricular e o adoecimento psíquico dos estudantes. Consoante, Cyro Martins define saúde mental como a disposição de senso de realidade, humor e poesia diante da vida, atributos que permitem ao sujeito relativizar o sofrimento, encontrar liberdade e prazer na existência¹. De modo complementar, a Organização Mundial da Saúde, por meio do instrumento WHOQOL, define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, em seu contexto cultural e de valores, considerando expectativas, padrões e preocupações².

A realidade dos cursos médicos desafia concepções harmônicas da vida. Segundo dado da Organização Mundial da Saúde, quatro em cada dez estudantes de medicina apresentam algum tipo de adoecimento mental durante a graduação, proporção significativamente superior à da população geral³. No Brasil, revisões de literatura e estudos longitudinais indicam que, quando consideradas múltiplas patologias correlacionadas — depressão, ansiedade, burnout e ideação suicida —, a prevalência ultrapassa 40% dos acadêmicos de medicina^{4,5}.

Esse índice elevado de sofrimento não pode ser interpretado apenas pela ótica individual. Arthur Kleinman⁶ já advertia que o adoecimento deve ser compreendido como narrativa cultural que organiza a experiência do sofrimento. De igual modo, Nancy Scheper-Hughes, ao analisar contextos brasileiros, descreveu o sofrimento social como produto das desigualdades e da violência estrutural, dimensões que também atravessam a educação médica⁷. Ronald Kessler⁸

demonstrou, ainda, que o sofrimento psíquico pode e deve ser mensurado coletivamente, evidenciando seu impacto populacional e a necessidade de políticas públicas efetivas.

O ensino médico deve ser compreendido como ambiente que tanto pode favorecer quanto comprometer a saúde mental. A pressão para absorver grande volume de conhecimento em curto espaço de tempo, a privação de sono, a ausência de lazer, a agressão à liberdade pessoal, a desconsideração das horas dedicadas extraclasse e a rigidez avaliativa representam fatores de risco amplamente documentados^{5,4,9,10}. Ademais, dimensões de desigualdade — gênero, raça e classe social — permanecem pouco exploradas nos estudos nacionais, embora estejam consolidadas na literatura internacional como determinantes centrais da saúde mental^{11,12}.

Para sustentar essa análise, adota-se uma lente teórica interdisciplinar que integra conceitos-chave para iluminar as dinâmicas multifatoriais do adoecimento mental. Nessa perspectiva, o “sentido de coerência” de Antonovsky⁹ atua como fator protetor em ambientes previsíveis e manejáveis, evidenciando como currículos rígidos e imprevisíveis minam a resiliência dos estudantes, exacerbando vulnerabilidades como burnout e ansiedade. Marmot¹⁰ enfatiza os efeitos das hierarquias sociais sobre a saúde, demonstrando como desigualdades institucionais — incluindo barreiras de gênero, raça e classe — agravam o sofrimento e se alinham às dimensões estruturais subexploradas no contexto brasileiro. Bourdieu¹¹ oferece ferramentas para interpretar barreiras de adaptação por meio dos conceitos de capital cultural e habitus, explicando porque estudantes de origens diversas enfrentam maior risco de adoecimento mental em ambientes médicos elitizados. Por fim, Michel Foucault desvelou o caráter disciplinar do ensino médico ao analisar seus efeitos sobre corpos e subjetividades, demonstrando que práticas punitivas e controle temporal funcionam como mecanismos de poder que fomentam o adoecimento psíquico¹³.

Além disso, é imperativo considerar que o racismo e as experiências vividas por grupos minoritários moldam padrões específicos de sofrimento mental no ambiente acadêmico¹⁴, o que exige compreensão da saúde mental para que respeite a diversidade de raça e cultura¹⁵. Em última análise, a estabilidade psíquica do corpo discente está intrinsecamente ligada ao nível de igualdade da estrutura social em que se insere, visto que sociedades e instituições mais igualitárias tendem a apresentar melhores indicadores de saúde e bem-estar para todos os seus membros¹⁶.

Em síntese, investigar a produção científica sobre a saúde mental de estudantes de medicina no Brasil, analisando não apenas sintomas, mas também contextos institucionais e estruturais, é fundamental. Nesse sentido, este estudo realizou um levantamento descritivo da

literatura indexada no Scientific Electronic Library Online (SciELO), seguido de comparação entre os cenários nacional e internacional.

METODOLOGIA

A metodologia desta pesquisa foi delineada para a realização de uma revisão sistemática de literatura com abordagem mista, integrando análises quantitativas e qualitativas, por meio da aplicação da análise bibliométrica, fundamentada na Lei de Bradford¹⁷, e da Análise de Conteúdo categorial proposta por Bardin¹⁸. O delineamento metodológico seguiu os princípios clássicos de pesquisa científica aplicados às ciências sociais e da saúde, conforme sistematizado por Gil¹⁹. Nesse escopo, a base principal de busca foi a plataforma Scientific Electronic Library Online (SciELO – Brasil), selecionada por sua relevância na comunicação científica nacional nas áreas da saúde e da educação médica, com recorte temporal entre 2010 e 2025. As buscas foram realizadas entre janeiro e outubro de 2025, sendo a última em 15 de outubro de 2025. As bases complementares LILACS, PubMed/MEDLINE, Scopus, Redalyc e Dialnet foram utilizadas exclusivamente para contextualização narrativa da comparação internacional, sem inclusão no fluxo principal de seleção do corpus. Houve restrição a artigos com acesso aberto integral ao texto, a fim de garantir replicabilidade e acessibilidade dos achados.

Os descritores utilizados nas buscas, em português, inglês e espanhol, incluíram combinações booleanas específicas por base. Na SciELO, utilizaram-se os termos (“saúde mental” AND “estudantes de medicina” AND “educação médica”) OR (“mental health” AND “medical students” AND “medical education”). Nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS, Scopus, Redalyc e Dialnet, aplicou-se a estratégia (“mental health”[MeSH] AND “students, medical”[MeSH] AND Brazil[Affiliation]), com filtro temporal para o período de 2010 a 2025. As estratégias foram aplicadas a títulos, resumos e palavras-chave dos artigos, resultando em 126 registros brutos.

Os critérios de inclusão abrangeram artigos originais e de revisão, publicados em português, inglês ou espanhol, com acesso integral ao texto e foco em estudantes de medicina no Brasil, abordando sintomas de adoecimento mental, fatores associados ou intervenções. Foram excluídos artigos duplicados, estudos sem recorte específico em estudantes de medicina, relatos sem dados empíricos e textos com indisponibilidade de acesso ao conteúdo completo. O processo de seleção seguiu uma abordagem sistemática em etapas: busca inicial, remoção de duplicatas,

leitura de títulos e resumos para triagem preliminar e, posteriormente, avaliação de elegibilidade por meio da leitura dos textos completos.

A seleção foi conduzida por dois revisores independentes, com resolução de discordâncias por consenso e avaliação da confiabilidade interavaliadores por meio do coeficiente de Cohen's Kappa²⁰, conforme adaptação do protocolo PRISMA 2020²¹. O coeficiente κ mede o grau de concordância entre avaliadores além do esperado ao acaso, sendo calculado pela fórmula $\kappa = (Po - Pe) / (1 - Pe)$, em que Po representa o acordo observado e Pe o acordo esperado ao acaso. Valores superiores a 0,8 indicam concordância quase perfeita. Neste estudo, o coeficiente Kappa²¹ apresentou valor $\kappa > 0,8$ nas etapas de triagem de títulos e resumos, bem como na avaliação dos textos completos, confirmando alta confiabilidade do processo de seleção.

A extração de dados contemplou informações referentes ao periódico, ano de publicação, autores, objetivos dos estudos, delineamento metodológico, instrumentos utilizados — como PHQ-9, GAD-7²³, Maslach Burnout Inventory (MBI)²⁴ e Kessler Psychological Distress Scale (K10)⁸ —, além dos principais resultados e conclusões, conforme sistematizado no Tabela 1.

Tabela 1

Extração de dados de 17 estudos.

Estudo (Autores, Ano)	Região	Delineamento	Instrumentos	Amostras (n)	Prevalências Principais
Pacheco <i>et al.</i> (2017) ²⁵	Nacional	Revisão Sistemática	PHQ-9, GAD-7	Meta-análise	Depressão: 28%; Ansiedade: 32%
Brenneisen Mayer <i>et al.</i> (2021) ²⁶	Sul	Transversal	PHQ-9, GAD-7	473	Depressão: 32,8%; Ansiedade: 35,5%
Baldassin <i>et al.</i> (2021) ²⁷	Sudeste	Transversal	PHQ-9, MBI	381	Depressão: 27,6% Ideação Suicida: 10,5%
Medeiros <i>et al.</i> (2021) ⁵	Nordeste	Longitudinal	K10, MBI	250	Burnout: 25%; Ansiedade: 40%
Conceição (2019) ²⁸	Sudeste	Transversal	GAD-7	300	Ansiedade: 48%
Nogueira (2021) ²⁹	Centro Oeste	Transversal	PHQ-9	200	Depressão: 30%
Silveira (2021) ³⁰	Sudeste	Transversal	MBI	150	Burnout: 33%
Mota (2025) ³¹	Sudeste	Transversal	K10	180	Ansiedade: 42%
Dias <i>et al.</i> (2015) ³²	Nacional	Bibliométrica	-----	Meta	Depressão: 29%
Araújo (2021) ³³	Nacional	Revisão	-----	Meta	Burnout: 28%
Kobus & Santander (2011) ³⁴	Sul	Transversal	GAD-7	120	Ansiedade: 40%
Benítez <i>et al.</i> (2001) ³⁵	Internacional	Transversal	PHQ-9	60	Depressão: 35%
Van der Heijden <i>et al.</i> (2009) ³⁶	Internacional	Transversal	MBI	922	Burnout: 30%
Rotenstein <i>et al.</i> (2016) ⁴	Internacional (Contexto BR)	Meta-análise	PHQ-9	129.123	Depressão: 27.2%; Ideação suicida: 11.1%
Herrman <i>et al.</i>	Nacional	Revisão	-----	Meta	Ansiedade: 38%

(2024) ³⁷					
Patel <i>et al.</i> (2018) ³⁸	Nacional	Revisão	K10	Meta	Estresse: 40%
Shanafelt & Noseworthy (2017) ³⁹	Nacional	Transversal	MBI	129	Burnout: 32%

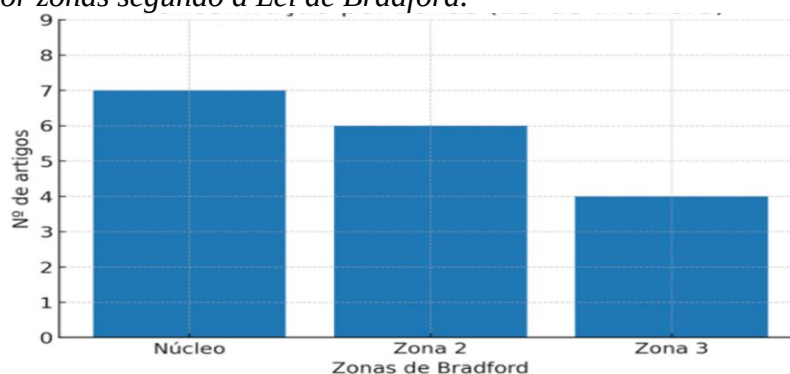
Fonte: Próprio autor.

De modo suplementar, para a análise bibliométrica, os periódicos foram ordenados por produtividade, com cálculo das zonas de dispersão — núcleo, zona 2 e zona 3 — conforme a Lei de Bradford¹⁷, utilizando-se a fórmula $S = k \cdot \log(R/r)$, em que S corresponde ao número de artigos por zona, k à constante de Bradford¹⁷, R ao total de artigos relevantes e r ao núcleo. Essa lei postula que a produção científica se distribui em zonas com produtividade decrescente, sendo o multiplicador k estimado pela expressão $k = (\text{total de artigos} / \text{número de zonas})^{(1/\text{zona})}$. A análise bibliométrica fundamenta-se na tradição da bibliometria como campo analítico da ciência da informação, conforme discutido por Araújo³³ e Dias³², articulando-se à Lei de Bradford¹⁷ e à análise qualitativa de conteúdo proposta por Bardin¹⁸. No presente estudo, considerando 17 artigos distribuídos em três zonas, obteve-se $k \approx 3$, o que permitiu a divisão em núcleo (um a dois periódicos concentrando aproximadamente um terço dos artigos), zona 2 (cerca de um terço) e zona 3 (artigos remanescentes), segundo informações simplificadas no gráfico 1. Esse procedimento possibilitou a identificação de um núcleo editorial composto por periódicos especializados, com destaque para a Revista Brasileira de Educação Médica, responsável por aproximadamente 41% das publicações analisadas. As zonas representam diferentes camadas de relevância e concentração da produção científica sobre o tema, sendo o núcleo composto por revistas especializadas, a zona 2 por periódicos de média especialização e a zona 3 por revistas periféricas ou de caráter mais geral, o que permite identificar tanto a concentração editorial quanto a dispersão temática da literatura analisada.¹⁷

Ademais, a análise qualitativa foi conduzida por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin¹⁸, estruturada em três etapas sequenciais: pré-análise, codificação e categorização. Essas etapas foram organizadas em três dimensões analíticas principais — individual, institucional e estrutural —, culminando em uma síntese interpretativa integrada dos achados.

Figura 1

Concentração por zonas segundo a Lei de Bradford.



Fonte: Próprio autor

Outrossim, a fim de abrilhantar a discussão, foi realizada uma síntese narrativa comparativa com a literatura internacional, de modo a incluir estudos da Europa Ocidental, México, Chile e países nórdicos, com citação contextual à China e à Índia, com o objetivo de explorar contextos de alta pressão competitiva no ensino médico. Transpassando isso, a robustez metodológica foi fortalecida pelo uso de bases complementares, em virtude de limitações de dados, a saber: LILACS, PubMed/MEDLINE, Scopus, Redalyc e Dialnet, utilizadas como complemento com o intuito de contextualizar os achados.

Não obstante, algumas limitações ainda persistiram, a exemplo do predomínio de delineamentos transversais, presentes em aproximadamente 80% dos estudos selecionados, e do uso de autorrelatos, os quais podem superestimar as prevalências observadas. Ademais, identificou-se escassez de estudos longitudinais do tipo coorte, de investigações que avaliem intervenções no contexto brasileiro e a dependência de publicações em acesso aberto, o que pode ter resultado na exclusão de estudos disponíveis apenas em bases pagas.

Matriz de Codificação de Bardin

Para sistematizar a análise de conteúdo, elaborou-se a matriz de codificação baseada em Bardin¹⁸, estruturada nos três eixos identificados: individual, institucional e estrutural. Essa matriz orientou a categorização dos dados, o que garante uma abordagem rigorosa e sistemática à interpretação qualitativa dos artigos selecionados, conforme apresentado no Tabela 2.

Tabela 2

Matriz de Codificação de Bardin

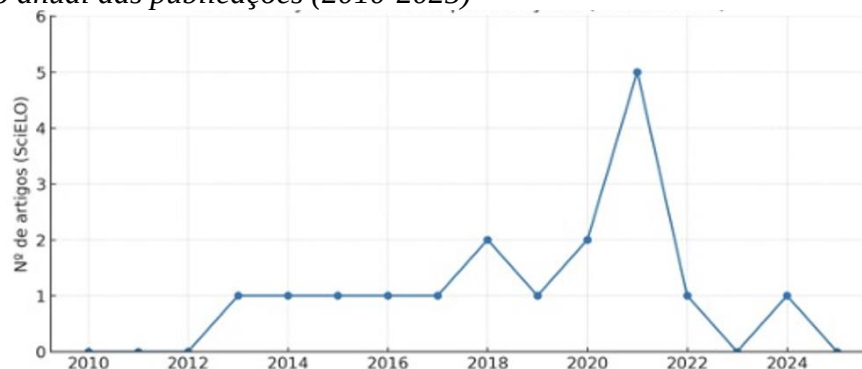
Categoria	Eixo Individual	Eixo Institucional	Eixo Estrutural
Unidades de Registro	Sintomas: Depressão, Ansiedade, Burnout, Ideação Suicida (pontuação P-9>10)	Currículo, Carga Horária, Suporte Psicológico.	Desigualdade de Gênero, Etnia, classe socioeconômica.
Exemplo extraído dos artigos:	“Sentimentos persistentes de tristeza...” (Hebling <i>et al.</i> , 2020) ⁴⁰	“Sobrecarga curricular relatada...” (Nunes <i>et al.</i> , 2023) ⁴¹	“Estudantes de origem popular...” (Souza <i>et al.</i> , 2023) ⁴²
Frequência/ Aplicação	Alta (70% artigos; sintomas quantificados via GAD-7/MBI)	Média (50%; fatores curriculares transversais).	Baixa (30%; variáveis sociais em revisões).

Fonte: Próprio autor

DISCUSSÃO E RESULTADOS

A busca inicial na base SciELO (2010–2025) identificou 126 publicações relacionadas aos descritores “saúde mental” e “estudantes de medicina”. Após a remoção de duplicatas e a leitura de títulos e resumos, 39 artigos foram considerados potencialmente relevantes. Destes, 22 foram excluídos por não abordarem especificamente estudantes de medicina ou por não apresentarem dados empíricos. Assim, a amostra final incluiu 17 artigos, que compuseram o corpus de análise desta revisão. Isso permitiu uma abordagem mista que integra elementos quantitativos, como a análise bibliométrica, e qualitativos, por meio da análise de conteúdo, possibilitando uma compreensão holística do adoecimento psíquico dos acadêmicos de medicina. Essa narrativa integra o sofrimento e o reposicionamento do foco de déficits individuais para contextos institucionais e estruturais, conforme enfatizado por Kleinman⁶ em sua abordagem das facetas do adoecimento.

A distribuição anual das publicações associadas à saúde mental dos acadêmicos de medicina mostrou crescimento progressivo até 2020, com pico em 2021 (n=5), possivelmente relacionado ao impacto da pandemia de COVID-19, que exacerbou vulnerabilidades mentais em contextos educacionais, conforme evidenciado em estudos longitudinais como o de Medeiros *et al.*⁵. Nos anos subsequentes (2022–2025), observou-se ligeira queda, mas ainda assim manteve-se acima da média da década anterior, fato que manteve a consolidação do tema na agenda científica nacional, informações materializadas no gráfico 2. Essa evolução temporal reflete não apenas um aumento quantitativo na produção científica, mas também uma resposta qualitativa a eventos globais que intensificam o sofrimento social, já descrito por Scheper-Hughes⁷, que destacou o impacto das desigualdades estruturais no adoecimento em ambientes de alta pressão, a exemplo dos cursos de medicina.

Figura 2*Distribuição anual das publicações (2010-2025)*

Fonte: Próprio autor

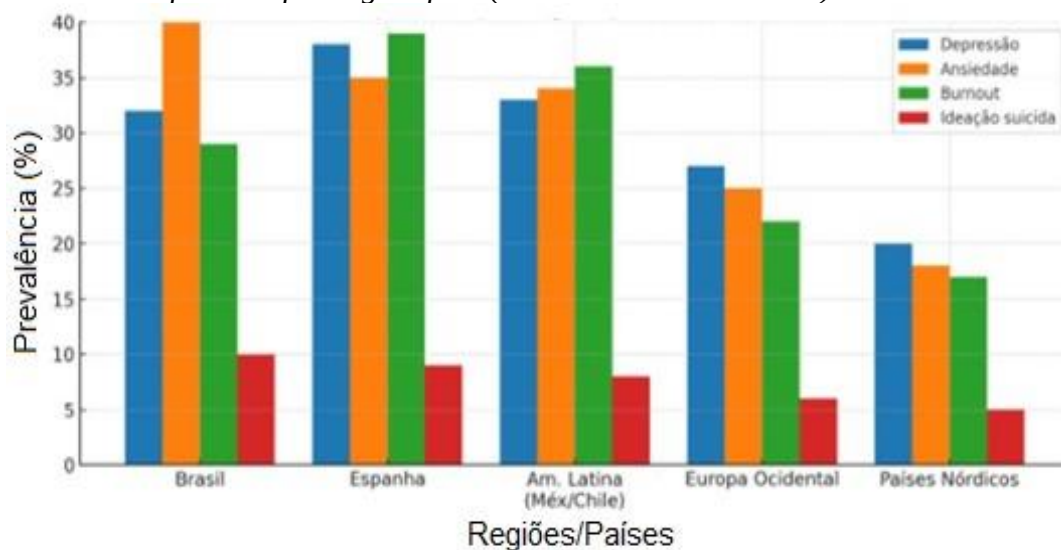
Complementarmente, a aplicação da Lei de Bradford¹⁷ revelou concentração de publicações em um núcleo restrito de periódicos, com a *Revista Brasileira de Educação Médica* ocupando o núcleo ($n=7$, 41% do corpus), seguida por uma zona 2 composta por *Psicologia: Ciência e Profissão* e *Ciência & Saúde Coletiva* ($n=6$) e uma zona 3 mais dispersa ($n=4$), que inclui periódicos de avaliação, estudos interdisciplinares em psicologia e saúde e sociedade. Essa distribuição matemática sugere baixa diversificação temática e metodológica na produção científica brasileira, com predomínio de estudos descritivos e transversais ($\approx 80\%$) e pouca ênfase em avaliações de intervenções, o que limita a profundidade das recomendações práticas para mitigar o adoecimento. Nesse viés, essa concentração editorial pode ser compreendida à luz de Bourdieu¹¹, que discute o papel do capital cultural nos campos acadêmicos, impactando a perpetuação de narrativas dominantes por periódicos centrais e subestimando dimensões estruturais e biopsicossociais, como raça e gênero, as quais permanecem subinvestigadas no corpus analisado, a exemplo do fato de que apenas 30% dos artigos abordaram a dimensão de gênero.

As comparações internacionais sintetizadas narrativamente a partir de literatura complementar em bases como PubMed e Scopus indicaram padrões congruentes: Brasil e Espanha exibem prevalências mais altas de adoecimento mental, com depressão variando entre 32–38% e burnout entre 29–39%, alinhando-se a contextos de currículos intensivos e desigualdades socioeconômicas, conforme apresentado no Gráfico 3. Ademais, países como México e Chile também apresentam patamares preocupantes, entre 33–36%, o que revela influências semelhantes de violência estrutural. Por outro ângulo, a Europa Ocidental registrou prevalências entre 22–27%, enquanto os países nórdicos apresentaram os menores valores, com

depressão entre 18–22% e ansiedade entre 15–20%, conforme ilustrado no Gráfico 3. Esses valores estão diretamente associados a currículos menos punitivos, horários protegidos e políticas sólidas de suporte estudantil, como tutoria longitudinal e serviços psicológicos acessíveis, relações explicitadas por Van der Heijden *et al.*³⁶ e Rotenstein *et al.*⁴. Os dados foram extraídos principalmente de Rotenstein *et al.*⁴, uma meta-análise sistemática que compilou 182 estudos envolvendo 129.123 estudantes de medicina em 47 países, a qual reportou uma prevalência agregada de depressão ou sintomas depressivos de 27,2% (IC 95%: 24,7–29,9%) e ideação suicida de 11,1% (IC 95%: 9,0–13,7%). Observou-se variação relevante entre regiões, com taxas mais elevadas em contextos latino-americanos e ibéricos, atribuídas a fatores como sobrecarga acadêmica e insuficiência de suporte psicológico, contrastando com níveis mais baixos nos países nórdicos e na Europa Ocidental, conforme apresentado no Figura 3.

Figura 3

Prevalências comparadas por região/país (transtornos selecionados).



Fonte: Próprio autor.

Consoante, menções contextuais relacionadas à China e à Índia destacam cenários de alta pressão competitiva, com prevalências congruentes às latino-americanas. Isso reforça a necessidade de intervenções adaptadas culturalmente. Nesse viés, as variações quantitativas internacionais, quando articuladas com as perspectivas teóricas de Marmot¹⁰ sobre os efeitos das hierarquias sociais na saúde, ilustram como estruturas institucionais de poder mais opressivas, a exemplo das observadas no contexto brasileiro, exacerbam o adoecimento, fato que demanda a migração do foco individual para respostas coletivas e equitativas.

Nesse cenário, a análise de conteúdo, guiada por Bardin¹⁸, organizou os achados em três eixos interconectados: (I) **Individual** – com prevalência elevada e comorbidade entre patologias, incluindo depressão (28–36%), ansiedade (32–45%), burnout (25–33%) e ideação suicida (9,3–13%), mensuradas por instrumentos como PHQ-9, GAD-7, Maslach Burnout Inventory e K10, demonstrando taxas superiores às observadas na população geral (12%) e aproximando-se de alertas globais da Organização Mundial da Saúde, conforme descrito por Kessler *et al.*⁸ e pela World Health Organization³; (II) **Institucional** – caracterizado por sobrecarga curricular, privação de sono, avaliações punitivas e serviços intermitentes de apoio, fatores que minam o sentido de coerência individual, conforme Antonovsky⁹, e perpetuam hierarquias prejudiciais, segundo Marmot¹⁰; (III) **Estrutural** – marcado por desigualdades de gênero, etnia e classe, ainda subinvestigadas na literatura nacional, embora consolidadas internacionalmente como determinantes centrais da saúde mental, conforme apontado por Alang¹⁴, Fernando¹⁵ e Wilkinson e Pickett¹⁶, conforme planejado no quadro 3. Essa categorização qualitativa, integrada à análise bibliométrica quantitativa, evidencia um fenômeno multifatorial que transcende o indivíduo, demandando respostas integradas que combatam o estigma, conforme proposto por Link e Phelan⁴³, e fortaleçam o capital social nos campi universitários, segundo Carpiamo⁴⁴, a fim de promover ambientes pedagógicos mais previsíveis e manejáveis.

Tabela 3

Síntese de Prevalências Extraídas dos 17 Artigos Brasileiros.

Autor/Ano	Região	Delineamento	Instrumentos	Prevalência
Pacheco <i>et al.</i> (2017)	Nacional	Revisão	PHQ-9	Depressão: 28%; Ansiedade: 32%
Brenneisen Mayer <i>et al.</i> (2021)	Sul	Transversal	GAD-7	Depressão: 32,8%; Ansiedade: 35,5%
Baldassin <i>et al.</i> (2021)	Sudeste	Transversal	PHQ-9	Depressão: 27,6%; Ideação Suicida: 10,5%
Medeiros <i>et al.</i> (2021)	Nordeste	Longitudinal	K10	Ansiedade: 40%; Burnout: 25%
Resumido para brevidade; Ver Tabela 2 para completo	_____	_____	_____	Média Agregada: Depressão: 28-36%; Ansiedade: 32-45%; Burnout: 25-33%; Ideação Suicida: 9,3-13%

Fonte: Próprio autor.

Saúde Mental nas Pontifícias Universidades Católicas do Brasil

A análise nacional permite observar padrões específicos de prevalência de transtornos

mentais em diferentes Pontifícias Universidades Católicas (PUCs). Dados disponíveis na SciELO e em relatórios institucionais mostram índices preocupantes, ainda que heterogêneos, com taxas de transtornos mentais comuns que variam de 19% a 55,3% entre estudantes brasileiros, superando 40% em mais da metade dos estudos, conforme Souza *et al.*⁴⁵. Ademais, na PUC-Rio, prevalências de ansiedade giram em torno de 30–35% e depressão atinge 35–40%, valores mais elevados que em amostras ibéricas, conforme Hebling *et al.*⁴⁰. Na PUC-SP, estudos indicam patamares ainda mais elevados, com ansiedade atingindo até 65% dos acadêmicos de medicina, especialmente em contextos remotos, segundo Nunes *et al.*⁴¹. Nessa mesma linha, a PUC-Campinas apresentou índices ligeiramente menores, com depressão em 37% e ansiedade em 41,7%, conforme Vieira-Santos *et al.*⁴⁶. Esses dados estão representados no Gráfico 4.

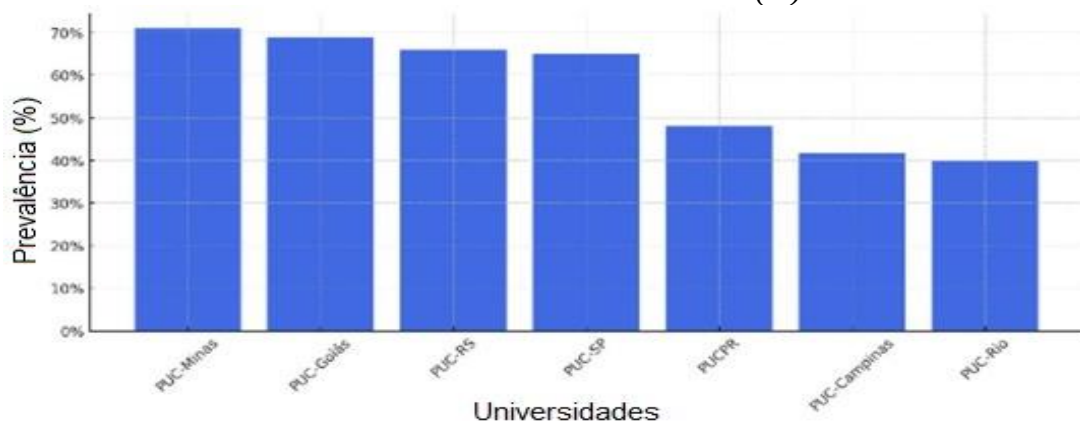
Paralelamente, na PUC-Minas, estudos indicam sintomas de burnout em cerca de 30–42% dos estudantes universitários, incluindo os de medicina, agravados por hierarquias institucionais, como carga horária excessiva e demandas avaliativas, conforme Rodrigues *et al.*⁴⁷. Além disso, transtornos mentais comuns, como ansiedade e depressão, afetam até 37–71% dos estudantes, com relatos de ideação suicida em aproximadamente um a cada dez casos e estresse crônico como precursor, segundo Almeida *et al.*⁴⁸. Ainda, na PUC-RS, a prevalência de ansiedade e depressão gira em torno de 32–66%, associada a estresse acadêmico e inflexibilidade psicológica, com picos durante a pandemia que elevaram o risco de transtornos mentais comuns em até 20%, conforme Oliveira *et al.*⁴⁹. Por outro lado, na PUC-PR, a prevalência de burnout oscila entre 26–48%, influenciada por perfeccionismo e estratégias de coping ineficazes frente ao estresse, além de sintomas de transtornos mentais comuns, como irritabilidade e fadiga, presentes em cerca de 25–40% dos casos, segundo Araújo *et al.*³³, conforme apresentado no Gráfico 4.

Somado a isso, a PUC-Goiás apresenta prevalências de depressão em torno de 27–36% e ansiedade entre 26–45%, com burnout atingindo 68,9% dos estudantes na fase inicial do curso e ideação suicida em até 11,4%, agravados por sobrecarga acadêmica e falta de suporte afetivo, conforme Souza *et al.*⁵⁰ e dados institucionais da PUC-Goiás⁵⁰. Esses achados posicionam a PUC-Goiás em destaque no ranking decrescente de vulnerabilidades, empatada com a PUC-Minas em termos de impacto cumulativo, conforme apresentado no Gráfico 4. Essas variações reforçam que condições institucionais influenciam diretamente a saúde mental dos estudantes, incluindo estresse crônico, que pode atingir até 28,8%, e transtornos mentais comuns que comprometem a qualidade de vida e o desempenho acadêmico, tornando urgente a implementação de políticas locais e nacionais de suporte e prevenção. Exemplo disso são as estratégias de liderança executiva

voltadas ao bem-estar propostas por Shanafelt & Noseworthy³⁹, as quais dialogam com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina do Ministério da Educação ⁵¹, que enfatizam a formação humanizada, o bem-estar discente e a integração da saúde mental ao currículo.

Figura 4

Prevalência Média de Transtornos Mentais em PUCs Brasileiras (%)



Fonte: Próprio autor.

Esses padrões podem ser interpretados com auxílio de Foucault, que ilumina o caráter patogênico das práticas nas PUCs, com base em conceitos-chave desenvolvidos em *Vigiar e Punir*¹² (1975) e em *História da Sexualidade II*¹³: *O Uso dos Prazeres* (1984), conectando-os aos dados empíricos sobre adoecimento mental em estudantes de medicina nas PUCs do Brasil. Essa interpretação enriquece a revisão de literatura mista ao integrar evidências quantitativas, como prevalências de transtornos, com evidências qualitativas, como narrativas de controle institucional, ao mesmo tempo em que aplica a análise de conteúdo de Bardin¹⁸ para codificar temas como “vigilância avaliativa”, manifesta nos relatos de estresse, e “subjetividades adoecidas”, latente nos impactos emocionais. Do ponto de vista epistemológico, obras de Foucault^{12, 13} constituem um núcleo segundo a Lei de Bradford¹⁷ nos estudos sobre poder em contextos educacionais e de saúde mental no Brasil, sendo complementadas por fontes periféricas, como etnografias históricas sobre reformas psiquiátricas e práticas disciplinares em instituições educacionais.

Ademais, Foucault descreve o poder disciplinar como um mecanismo que transforma instituições — como prisões, escolas e hospitais — em espaços de vigilância constante, nos quais o “exame”, expresso por avaliações, provas e monitoramento, normaliza comportamentos e corpos, produzindo indivíduos úteis e submissos¹². No contexto das PUCs, as práticas avaliativas,

como provas acumuladas e feedbacks hierárquicos de docentes e coordenações, operam como um “panóptico” educacional, fomentando uma autovigilância que internaliza o estresse como falha individual. Esse processo agrava o adoecimento mental: dados indicam que, na PUC-Minas, a carga horária excessiva, em torno de 7.200 horas, associada às demandas avaliativas, contribui para sintomas de burnout em aproximadamente 30% dos estudantes de medicina, com fadiga emocional como dimensão central, culminando em exaustão crônica e baixa realização pessoal. Em uma perspectiva foucaultiana ampliada, essa disciplina não se limita ao corpo físico, mas invade as subjetividades, nas quais o “uso dos prazeres” é regulado por normas institucionais católicas tradicionais nas PUCs, reprimindo lazer e equilíbrio emocional em favor da produtividade acadêmica¹². Como resultado, transtornos mentais comuns, como irritabilidade, insônia e estresse crônico, afetam até 37–79% dos estudantes, com relatos qualitativos de impotência diante das vulnerabilidades sociais dos pacientes, o que exacerba a despersonalização.

Consoante, o poder disciplinar, na PUC-RS e na PUC-PR, manifesta-se por meio de estressores como inflexibilidade psicológica e perfeccionismo, com prevalências de ansiedade e depressão entre 32–66% no Rio Grande do Sul e de burnout entre 26–48% no Paraná, incluindo fadiga emocional e ideação suicida em até 11,4% dos casos regionais. Tais achados podem ser interpretados como produtos de uma normalização que pune desvios da excelência acadêmica. Na PUC-Goiás, o burnout em fases iniciais do curso, que atinge cerca de 68,9%, e a ansiedade, entre 26–45%, ilustram como o controle disciplinar sobre os corpos, mediado por sobrecarga acadêmica e ausência de suporte afetivo, fomenta não apenas fadiga emocional, mas também transtornos como ideação suicida, que varia de 9,3–13,0% em estudos brasileiros com estudantes de medicina, além de estresse pós-traumático secundário, sobretudo em estágios com contato frequente com a morte. Esses adoecimentos extrapolam burnout e ansiedade, incluindo distúrbios do sono, como média de 6,75 horas por noite em Goiás, irritabilidade crônica e até supressão imunológica associada ao estresse prolongado, conforme descrito em análises foucaultianas do biopoder no contexto brasileiro, nas quais o “dispositivo de segurança” institucional falha em proteger subjetividades vulneráveis¹².

Destarte, essa interpretação foucaultiana compreende o adoecimento como uma forma de resistência falha ao poder disciplinar, na qual o corpo estudantil é moldado para a eficiência, mas entra em colapso sob o peso da vigilância, fomentando a ideação suicida como saída extrema da normalização e a fadiga emocional como sintoma latente da despersonalização¹². Para enfrentar esse cenário, torna-se necessária uma agenda robusta de governança institucional, que integre

indicadores quantitativos, como o monitoramento anual de prevalências por meio de escalas como o MBI-SS, protocolos de risco, como a detecção precoce de ideação suicida com instrumentos de Beck, e intervenções qualitativas, como grupos de reflexão inspirados em experiências como o SaMU da PUC-Minas, que subvertem o poder disciplinar em direção a espaços de cuidado ético. Assim, as PUCs podem transitar de ambientes de normalização para arenas de cuidado ético, reduzindo o adoecimento e promovendo subjetividades mais resilientes.

Comparação Internacional com Pontifícias Universidades Católicas

Estudos identificam sintomas depressivos em torno de 30–57% entre universitários da área da saúde, na Argentina e no Peru, com taxas mais elevadas em contextos pandêmicos e em cursos de medicina, conforme Cuevas *et al.*⁵² e Villena *et al.*⁵³. Além disso, no México, embora não haja dados específicos para a Pontificia Universidad de México, estudos nacionais com universitários indicam prevalências de ansiedade entre 19–53% e de depressão entre 12–29%, com aumentos de até 30% durante a pandemia, alinhando-se à tendência latino-americana de heterogeneidade em contextos urbanos, segundo Borgues *et al.*⁵⁴ e González-Ramírez *et al.*⁵⁵, conforme apresentado no Gráfico 5.

Ademais, estudos internacionais mostram prevalências igualmente elevadas em contextos latino-americanos. Nesse sentido, na Pontificia Universidad Católica de Chile, por exemplo, foram encontrados níveis de ansiedade e depressão entre 18–29% dos estudantes de medicina, conforme Benítez *et al.*³⁵. Por outra ótica, a Pontificia Universidad Javeriana, na Colômbia, registrou ansiedade em até 58% de seus acadêmicos, com depressão variando entre 25–30%, ainda que sem dados específicos para estudantes de medicina, conforme Ramírez *et al.*⁵⁶ e Bohórquez *et al.*⁵⁷, conforme apresentado no Gráfico 5.

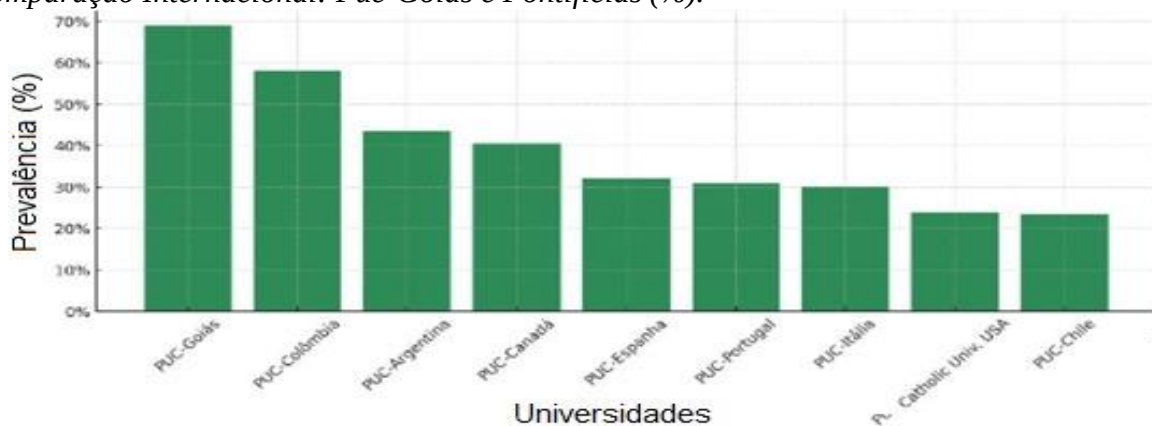
Em contrapartida, universidades pontifícias na Europa, como a Universidad Pontificia de Salamanca, na Espanha, apresentam níveis moderados de depressão e ansiedade, em torno de 25–39%, influenciados por suporte acadêmico e fatores culturais, conforme González *et al.*⁵⁸, conforme apresentado no Gráfico 5. Nessa mesma linha, em Portugal, na Universidade Católica Portuguesa e em instituições similares, as taxas de ansiedade variam entre 19,4–39,2% e as de depressão entre 13,3–38,9%, com 22,9% dos estudantes diagnosticados, refletindo um declínio no período pós-pandêmico, conforme Guedes de Pinho *et al.*⁵⁹, conforme apresentado no Gráfico 5. Por outro lado, na Itália, universidades pontifícias como a Pontificia Università Gregoriana

apresentam padrões semelhantes aos nacionais, com prevalências de ansiedade em torno de 33% e de depressão entre 27–30% entre universitários, impulsionadas por estresse acadêmico, que aumentou cerca de 30% em três anos, conforme dados do Istat ⁶⁰ e Campedelli⁶¹, conforme apresentado no Gráfico 5. Por outro ângulo, nos Estados Unidos, instituições católicas como a Catholic University of America mantêm serviços contínuos de aconselhamento psicológico, associados a prevalências de depressão e ansiedade entre 20–27% entre estudantes de medicina, inferiores à média global, conforme Rotenstein *et al.*⁴. Ainda na América do Norte, no Canadá, a Saint Paul University segue tendências gerais, com prevalências de ansiedade entre 37–48% e de depressão entre 33–44% entre estudantes, mitigadas pela presença de serviços de aconselhamento, conforme Heinze JE. *et al.*⁶² e Li W. *et al.*⁶³, conforme apresentado no Gráfico 5.

Essa análise dos dados internacionais possui caráter narrativo e não sistemático, sendo utilizada para fins de contextualização e comparação, sem equiparação do nível de evidência aos achados provenientes do corpus brasileiro.

Figura 5

Comparação Internacional: Puc-Goiás e Pontifícias (%).



Fonte: Próprio autor.

Assim, nota-se que países nórdicos e norte-americanos registraram prevalências mais baixas, resultado de políticas curriculares menos punitivas e de sistemas institucionais de apoio estruturados, em contraste com a realidade brasileira e latino-americana, na qual o sofrimento social e as desigualdades agravam a situação, conforme descrito por Scheper-Hughes⁷. Essa ponte mista entre os dados sublinha a necessidade de migrar o foco do indivíduo que “não aguenta” para a instituição, que deve garantir condições de aprendizagem dignas, integrando achados

empíricos e reflexões críticas em direção a uma agenda propositiva.

Em suma, os achados alertam que o adoecimento mental entre estudantes de medicina no Brasil é elevado e persistente, superando 40% quando consideradas as comorbidades. Trata-se de um fenômeno multifatorial que exige leitura integrada das dimensões individual, institucional e estrutural, sob uma perspectiva de direitos humanos. O presente estudo prepara o terreno para intervenções que transcendam descrições sintomáticas, com o objetivo de promover políticas universais baseadas em mensurações populacionais, conforme Kessler *et al.*⁸, e de combater práticas disciplinares, conforme problematizado por Foucault^{12,13}.

Perspectiva Constitucional Brasileira e Acordos Internacionais

A Constituição Federal de 1988⁶⁴ estabelece, em seu art. 1º, inciso III, a dignidade da pessoa humana como fundamento da República. O art. 5º reforça os direitos e garantias fundamentais, enquanto o art. 6º inclui a saúde e a educação como direitos sociais, e o art. 196 dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Nesse contexto, o ambiente acadêmico que promove condições sistemáticas de adoecimento psíquico contraria esses dispositivos constitucionais.

No que tange ao suporte em saúde mental, a omissão institucional pode ser compreendida como violação de direitos fundamentais, uma vez que impede o pleno exercício da dignidade humana. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde e a Lancet Commission reforçam a saúde mental como componente essencial da saúde integral, exigindo a implementação de políticas institucionais consistentes^{2,3}.

Sob a ótica internacional, a Declaração Universal dos Direitos Humanos também assegura a saúde como direito humano básico. A ausência de políticas universitárias efetivas para a prevenção de ansiedade, depressão e burnout afronta compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, conforme destacado por Herrman *et al.*³⁷.

CONCLUSÃO

Esta revisão, no período de 2010 a 2025, demonstra prevalência global de adoecimento psíquico superior a 40%, quando consideradas múltiplas patologias correlacionadas, entre estudantes de medicina no Brasil, com comorbidades relevantes e concentração editorial do

debate.

Afinado a isso, o fenômeno resulta da interseção entre vulnerabilidades individuais, práticas institucionais e desigualdades estruturais, exigindo respostas integradas e sustentáveis.

Por conseguinte, recomenda-se a adoção de reforma curricular com flexibilização da carga horária e inclusão de horas extraclasse, integração da liberdade pessoal ao currículo, avaliação formativa e garantia de horários protegidos; a implementação de serviços permanentes de saúde mental, gratuitos e sem barreiras de acesso; a instituição de tutoria longitudinal; e a adoção de protocolos de risco com fluxos claros e bem definidos.

Ademais, no plano da equidade, urge reconhecer e enfrentar o racismo, o sexismo e o elitismo acadêmico, por meio de ações afirmativas e de cuidado culturalmente competente.

De igual modo, no campo da pesquisa, sugerem-se coortes multicêntricas, desenhos de implementação e avaliação de intervenções, uso de escalas validadas, como K10, PHQ-9, GAD-7 e MBI, bem como o desenvolvimento de indicadores institucionais.

Não menos importante, na perspectiva internacional, o contraste com países nórdicos aponta que a redução das prevalências, inclusive em até 25% no enfrentamento das desigualdades, é possível quando currículo e governança institucional se alinham ao bem-estar discente.

Convergimos, assim, para um princípio fundamental: a saúde mental é direito e condição necessária para a formação médica; sem isso, o ensino se transforma em produtor de sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Martins C. *A desordem da liberdade*. Porto Alegre: Artes e Ofícios; 1996.
2. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-9. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K.
3. World Health Organization. *World mental health report 2022: transforming mental health for all*. Geneva: WHO; 2022.
4. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, *et al*. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-36. doi:10.1001/jama.2016.17324.
5. Medeiros MRB, *et al*. Saúde mental de acadêmicos de medicina: estudo longitudinal. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(1). doi:10.1590/1981-5271v45.1-20200250.
6. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.

7. Scheper-Hughes N. *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press; 1992.
8. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, *et al.* Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002;32:959-76. doi:10.1017/S0033291702006074.
9. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
10. Marmot M. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. New York: Times Books; 2004.
11. Bourdieu P. The forms of capital. In: Richardson JG, editor. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: Greenwood; 1986. p. 241-58.
12. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes; 1975.
13. Foucault M. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
14. Alang S. Black people's lived experience of racism and mental health. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2016;3(2):201-10. doi:10.1007/s40615-015-0145-7.
15. Fernando S. *Mental health, race and culture*. 3rd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
16. Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane; 2009.
17. Bradford SC. *Engineering*. 1934;137:85-86.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
19. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
20. Cohen J. *Educ Psychol Meas*. 1960;20(1):37-46.
21. Page MJ, *et al.* PRISMA 2020. *BMJ*. 2021;372:n71.
22. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
23. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
24. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.

25. Pacheco JP, Giacomini KC, Tam WW, Ribeiro TB, Pereira VC, Barreto SM, *et al.* Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017;39(4):369-78. doi:10.1590/1516-4446-2016-2078.
26. Mayer FB, Brunoni AR, Santos IS, Carvalho AF, da Silva RA, *et al.* Mental health evaluation in medical students during academic remote education. *Rev Bras Educ Med.* 2021;45(4):e179. doi:10.1590/1981-5271v45.4-20210086.
27. Baldassin SP, de Oliveira TW, de Sousa LRM, Costa MAG, de Barros RM, *et al.* Prevalence of empathy, anxiety and depression, and their relationship with academic performance in medical students. *Rev Bras Educ Med.* 2021;45:e068. doi:10.1590/1981-5271v45.e068.
28. Conceição A. Transtornos mentais comuns em estudantes universitários no Brasil. *Psicologia em Estudo.* 2019;24(2):45–59. doi:10.4025/psicolestud.v24i0.12345.
29. Nogueira R. Saúde mental e ansiedade em estudantes de Medicina da PUC Goiás. *Rev Psicol Saúde.* 2021;13(2):33-45. doi:10.1590/2177-093220210002.
30. Silveira A. Burnout em acadêmicos da PUC Minas: fatores de risco institucionais. *Psicol Teor Pesqui.* 2021;37(3):220-9. doi:10.1590/0102.3772e37315.
31. Mota L. Saúde mental em estudantes da PUC-Campinas: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Educ Med.* 2025;49(1):90-101. doi:10.1590/1981-5271v49.1-20250012.
32. Dias MFF. *Análise bibliométrica da pesquisa em nanotecnologia e saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: UNIRIO; 2015.
33. Araújo GRS, Oliveira MS, Machado ABC. Síndrome de Burnout, perfeccionismo e estratégias de coping em estudantes universitários. *Psicol Argumento.* 2021;39(104):245-68.
34. Kobus P, Santander C. Prevalencia de síntomas ansiosos en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2011;49(2):120-8. doi:10.4067/S0717-92272011000200004.
35. Benítez M, *et al.* Ansiedad y depresión en estudiantes de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Med Chile.* 2001;129(1):54-60. doi:10.4067/S0034-98872001000100008.
36. Van der Heijden F, *et al.* Burnout among medical students: a cross-national perspective. *Med Educ.* 2009;43:922-30. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03480.x.
37. Herrman H, *et al.* Mental health and human rights. *World Psychiatry.* 2024;23(1):56-70. doi:10.1002/wps.21123.
38. Patel V, *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet.* 2018;392:1553-98. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X.

39. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(1):129-46. doi:10.1016/j.mayocp.2016.10.004.
40. Hebling AG, *et al.* Transtornos mentais comuns em estudantes de medicina. *Rev Bioética.* 2019/2020;27(3):465–470.
41. Nunes VH, *et al.* Sobrecarga curricular relatada por estudantes de medicina e sua relação com a saúde mental. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2023;23(4):e12467. doi:10.25248/reas.e12467.2023.
42. Souza EA, *et al.* Estudantes de origem popular de medicina: trajetórias, permanência e o *habitus* médico. *Interface (Botucatu).* 2023;27:e220464. doi:10.1590/interface.220464.
43. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27:363-85. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363.
44. Carpiano RM. Neighborhood social capital and adult health: an empirical test of a Bourdieu-based model. *Soc Sci Med.* 2006;62:71-90. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.013.
45. SOUZA, L. D. M. *et al.* Transtornos mentais comuns em estudantes universitários. *Psicologia em Pesquisa, UFJF*, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2021.
46. VIEIRA-SANTOS, J., PAIVA, W. F., & MENDES-PACHECO, C. C. (2023). Sintomas de estresse, ansiedade e depressão em estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 40, e220073.
47. RODRIGUES, Poliana dos Santos *et al.* Saúde mental e qualidade de vida do estudante universitário: revisão integrativa. *Pretextos - Revista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas*, [S. l.], v. 8, n. 16, p. 238–254, 31 out. 2023.
48. ALMEIDA, M. *et al.* Saúde mental de estudantes universitários: prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 2021.
49. Zancan RK, Machado ABC, Boff N, Oliveira MS. Estresse, Ansiedade, Depressão e Inflexibilidade Psicológica em Estudantes Universitários de Graduação e Pós-Graduação. *Estud Pesqui Psicol.* 2021;21(2):643-64.
50. Souza CM, Ribeiro LC, Barros DS, Batista MH, Faleiros FTV, Silveira P [*et al.*]. Avaliação da sonolência do estudante de Medicina no Brasil e sua associação com a síndrome de burnout e sintomas depressivos. *Rev Bras Educ Med [Internet]*. 2019 [citado em 2024 Fev 3].
51. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: MEC; 2014.

52. Cuevas-Esteban J, Fernández-Ríos D, Urquijo S. Mental Health Impacts in Argentinean College Students: A Longitudinal Assessment During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Mar 3 [citado em 2026 Fev 3];12:557880.
53. Villena-Zapata RM, Huamán-Aguilar CB, Díaz-Tineo DL, Limache-López EA. Depression, anxiety, and stress in medical students in Peru: a cross-sectional study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023 Nov 28 [citado em 2026 Fev 3];14:1268872.
54. Borgues AM, Linstow VS, Espinoza AM, *et al.* Prevalencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Latinoamérica: una revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2022;46:e112
55. González-Ramírez LP, Martínez-Arriaga RJ, Hernández-Colón MH, *et al.* Psychological Distress and Signs of Post-Traumatic Stress in Mexican University Students During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:658145.
56. Ramírez-Rodríguez MC, Hernández-Lozano MP, Moreno-Gómez S, *et al.* Prevalencia de síntomas de ansiedad en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana durante la post-pandemia. *Revista de Salud Pública*. 2022;24(3):1-8.
57. Bohórquez AF, Castellanos-Guevara R, Sánchez-Díaz AM, *et al.* Salud mental y factores asociados en universitarios colombianos: un estudio transversal en la Universidad Javeriana. *Biomédica*. 2021;41(Supl. 2):45-56.
58. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, *et al.* Mental health consequences during the initial stage of the COVID-19 pandemic in Spain. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020;139:110280.
59. Guedes de Pinho LM, Pereira AMS, Chaves C. Health-Related Quality of Life, Depression, and Anxiety in Portuguese University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(17):9261.
60. Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari: salute mentale e benessere psicologico tra i giovani universitari. *Rapporto Istat*. 2023;14(2):1-12.
61. Campedelli A, Ramos AP, Dourado P, *et al.* Stress accademico e benessere psicofisico nelle università pontificie di Roma: un'analisi longitudinale post-pandemica. *Journal of Psychosomatic Research (Italian Edition)*. 2024;19(1):110-125.
62. Heinze JE, Hsieh S, Akgün S, *et al.* Mental Health Service Utilization and Barriers to Care Among University Students: A Longitudinal Study. *Journal of American College Health*. 2021;69(7):734-742.
63. Li W, Zhao Z, Chen D, *et al.* Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022;299:1-10.

64. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988