REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

EPIDEMIOLOGIA DA DEPRESSÃO NO BRASIL E O FENÔMENO DA MEDICALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE DA PREVALÊNCIA EM GRUPOS ESPECÍFICOS E DA EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO

THE EPIDEMIOLOGY OF DEPRESSION IN BRAZIL AND THE PHENOMENON OF MEDICALIZATION: AN ANALYSIS OF PREVALENCE IN SPECIFIC POPULATION GROUPS AND THE EVOLUTION OF DIAGNOSIS

Ciências da Saúde • 11/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794365848

Cristiane del Corsso[1]

Helen Rodrigues[2]

Marcelo Henrique Vaz de Lima[3]

Marcella de Fátima Lomeu Marinho[4]

Barbara Yanaisa Castellanos Rodriguez[5]

Renato Discacciati[6]

Gabriela de Godoy[7]

Elisandra Cely Basílio Guaberto[8]

Gabriella Sanches Sarno Castro[9]

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência da depressão e seus fatores associados em diferentes contextos brasileiros, incluindo a população geral, mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde e estudantes da área da saúde, discutindo os achados à luz da evolução histórica do conceito de depressão nos manuais diagnósticos e do fenômeno da medicalização do sofrimento. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura, de abordagem qualiquantitativa, realizada entre julho e setembro de 2026, principalmente em agosto, com buscas na SciELO e em documentos oficiais da PNS. Foram incluídos estudos observacionais, meta-análises e produções teóricas. A seleção e análise foram realizadas individualmente pelo autor, por meio de leitura dos materiais e análise descritiva e interpretativa, sem aplicação de escalas formais de qualidade metodológica. **Resultados:** A prevalência de depressão autorreferida na população adulta brasileira aumentou de 7,6% (IC 95%: 7,2–8,1) em 2013 para 10,2% (IC 95%: 9,9–10,6) em 2019, com diferenças regionais, destacando-se o Sul (15,2%) e o Norte (5,0%). O sexo feminino apresentou maior prevalência (14,7%). Na Atenção Primária à Saúde, 19,7% das mulheres avaliadas apresentaram sintomas depressivos clinicamente relevantes, embora 53% não relatassem diagnóstico prévio. Entre estudantes da área da saúde, foram identificadas prevalências elevadas, variando de 20,8% em estudantes de medicina a 71,02% em estudantes de enfermagem. A insatisfação com o curso esteve associada a maior prevalência de sintomas depressivos (RP = 3,59; IC 95%: 3,10–4,15). **Conclusão:** A depressão representa um importante problema de saúde pública no Brasil, com maior ocorrência em determinados grupos populacionais. Os achados também evidenciam a importância de discutir a evolução dos critérios diagnósticos e os possíveis processos de medicalização

do sofrimento psíquico, considerando os limites entre o reconhecimento dos transtornos mentais e a patologização de experiências humanas. Reforça-se, portanto, a necessidade de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial e de adotar abordagens de cuidado biopsicossociais.
Palavras-chave: Depressão; Prevalência; Medicalização; Diagnóstico; Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of depression and its associated factors in different Brazilian contexts, including the general population, women receiving Primary Health Care, and health sciences students, discussing these findings in light of the historical evolution of the concept of depression in diagnostic manuals and the phenomenon of the medicalization of suffering. **Methods:** An integrative literature review with a qualitative and quantitative approach was conducted between July and September 2026, primarily in August, using searches in SciELO and official documents from the Brazilian National Health Survey (PNS). Observational studies, meta-analyses, and theoretical publications were included. The selection and analysis were performed individually by the author through document screening and descriptive and interpretative analysis, without the application of formal methodological quality assessment scales. **Results:** The prevalence of self-reported depression among Brazilian adults increased from 7.6% (95% CI: 7.2–8.1) in 2013 to 10.2% (95% CI: 9.9–10.6) in 2019, with regional differences, particularly between the South (15.2%) and North (5.0%). Women presented a higher prevalence (14.7%). In Primary Health Care, 19.7% of the women assessed presented clinically relevant depressive symptoms, although 53% reported no previous diagnosis. High prevalence rates were also

identified among health sciences students, ranging from 20.8% among medical students to 71.02% among nursing students. Dissatisfaction with the academic program was associated with a higher prevalence of depressive symptoms (PR = 3.59; 95% CI: 3.10–4.15). **Conclusion:** Depression represents an important public health issue in Brazil, with higher occurrence in certain population groups. The findings also highlight the importance of discussing the evolution of diagnostic criteria and the potential processes of medicalization of psychological suffering, considering the boundaries between the recognition of mental disorders and the pathologization of human experiences. Therefore, strengthening the Psychosocial Care Network and adopting biopsychosocial approaches to care are essential.
Keywords: Depression; Prevalence; Medicalization; Diagnosis; Brazil.

1. INTRODUÇÃO

A depressão consolidou-se na contemporaneidade como um dos mais graves problemas de saúde pública global, sendo apontada pela Organização Mundial da Saúde como a principal causa de incapacitação e uma das maiores responsáveis pela carga global de doenças (World Health Organization, 2017). Caracterizado por um espectro que inclui humor deprimido, anedonia, fadiga, distúrbios do sono e dificuldades cognitivas, o transtorno afeta significativamente a capacidade de funcionamento e a qualidade de vida dos indivíduos (American Psychiatric Association, 2014; World Health Organization, 2017). No cenário brasileiro, os dados epidemiológicos refletem essa urgência: a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 indicou que um em cada dez brasileiros adultos recebeu o diagnóstico de depressão ao longo da vida, evidenciando

um aumento expressivo em relação aos dados coletados em 2013 (Brito et al., 2022).

A compreensão diagnóstica deste sofrimento, no entanto, não é estática e passou por profundas transformações epistemológicas ao longo do último século. Historicamente, a depressão transitou de um modelo estrutural fundamentado na psiquiatria psicodinâmica para uma nosografia de agrupamento por convenção, fortemente alinhada aos fundamentos da medicina baseada em evidências (Lacerda; Del Porto, 2019). Enquanto as primeiras edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) classificavam a depressão como uma "reação" a eventos da vida ou conflitos internos, a partir do DSM-III operou-se uma mudança radical onde a patologia passou a ser vista como um "transtorno" de causa interna, dissociado do contexto existencial do sujeito (American Psychiatric Association, 2014; Horwitz; Wakefield, 2007). Essa transição permitiu uma expansão das fronteiras diagnósticas que, segundo críticos, frequentemente apaga a distinção entre a tristeza inerente à condição humana e o transtorno mental propriamente dito (Horwitz; Wakefield, 2007; Paris, 2015).

Essa expansão diagnóstica alimenta o fenômeno da medicalização do sofrimento, processo no qual problemas não médicos e condições cotidianas são redefinidos e tratados como transtornos médicos (Conrad, 2007). Autores de referência argumentam que a suposta "epidemia" de depressão pode ser, em grande parte, fruto de um sobrediagnóstico que transforma emoções normais em patologias, muitas vezes impulsionado por interesses comerciais da indústria farmacêutica e pela hegemonia do modelo biomédico (Conrad, 2007; Zorzanelli et al., 2014). Tal cenário é agravado pela utilização de protocolos de rastreio rápidos na atenção primária que,

embora úteis, podem levar ao sobretratamento se não houver uma investigação clínica aprofundada da singularidade do paciente (Frances; Raven, 2013; Paris, 2015).

A análise dessa realidade epidemiológica revela disparidades significativas em grupos específicos. Estudos demonstram que as mulheres são o grupo mais vulnerável, apresentando prevalências que chegam a ser o dobro das encontradas em homens, o que exige um olhar atento para fatores socioculturais e desigualdades de gênero (Brito et al., 2022; Rombaldi et al., 2010). No contexto da Atenção Primária à Saúde, o uso de instrumentos como o PHQ-9 tem revelado altas taxas de sintomas depressivos em usuárias da Estratégia de Saúde da Família, muitas vezes mascarados por queixas somáticas e não detectados em consultas de rotina (Costa, 2015). Paralelamente, o ambiente acadêmico da área da saúde tem se mostrado um terreno fértil para o sofrimento psíquico; estudantes de medicina, enfermagem e outros cursos de saúde enfrentam pressões extremas e cargas horárias exaustivas, resultando em índices de depressão significativamente superiores aos da população geral de mesma faixa etária (Graner; Cerqueira, 2019; Pacheco et al., 2016; Rotenstein et al., 2016).

Diante da complexidade que envolve a evolução histórica do conceito, os riscos do sobrediagnóstico e a alta prevalência observada em contextos brasileiros diversos, torna-se imperativo discutir a depressão para além do simples checklist de sintomas. É necessário buscar um equilíbrio entre o acesso ao tratamento para quem de fato padece de um transtorno e o cuidado para não medicalizar crises existenciais e sociais (Frances; Raven, 2013; Horwitz; Wakefield, 2007). O presente artigo tem como objetivo analisar a prevalência da depressão e seus fatores associados em

diferentes contextos brasileiros (população geral, mulheres na atenção primária e estudantes de saúde), discutindo esses achados à luz da evolução histórica do conceito de depressão nos manuais diagnósticos e dos riscos do sobrediagnóstico e da medicalização do sofrimento psíquico.

2. METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualiquantitativa, desenvolvida com o propósito de analisar a epidemiologia da depressão no Brasil, seus fatores associados em diferentes grupos populacionais e as transformações históricas relacionadas ao diagnóstico e à medicalização do sofrimento psíquico. Essa modalidade de revisão permite reunir e integrar evidências provenientes de diferentes delineamentos metodológicos, possibilitando uma compreensão abrangente do fenômeno investigado.

A busca por evidências foi realizada entre julho e setembro de 2026, com maior concentração no mês de agosto, utilizando fontes bibliográficas especializadas nas áreas de saúde coletiva e psiquiatria, com destaque para a Scientific Electronic Library Online (SciELO). Também foram consultados documentos oficiais da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), utilizados como fontes complementares para a obtenção de dados epidemiológicos nacionais.

A estratégia de busca contemplou descritores relacionados à depressão, prevalência, epidemiologia, medicalização, diagnóstico e população brasileira, considerando suas correspondências em português e inglês. Foram utilizados os operadores booleanos AND e

OR para combinar os termos de acordo com os diferentes eixos temáticos da investigação. Como representação da estratégia de busca empregada, destacam-se combinações como: ("Depressão" OR "Transtorno Depressivo") AND ("Prevalência" OR "Epidemiologia") AND ("Brasil"); ("Depression" OR "Depressive Disorder") AND ("Prevalence" OR "Epidemiology") AND ("Brazil"); e ("Medicalização" OR "Sobrediagnóstico") AND ("Diagnóstico" OR "Critérios Diagnósticos" OR "DSM"). Para os recortes populacionais específicos, também foram considerados termos relacionados às mulheres, à Atenção Primária à Saúde e aos estudantes da área da saúde.

Os critérios de elegibilidade contemplaram estudos originais de natureza observacional, especialmente os de delineamento transversal, revisões sistemáticas, meta-análises, documentos oficiais e publicações de fundamentação teórica relacionadas à evolução histórica dos critérios diagnósticos e ao fenômeno da medicalização. Para a análise epidemiológica, foram priorizadas publicações a partir de 2010 que apresentassem dados sobre a prevalência da depressão no Brasil, seus fatores associados e sua distribuição em grupos populacionais específicos. Para a discussão conceitual e histórica, também foram consideradas obras anteriores a esse período, desde que apresentassem relevância teórica para a compreensão da evolução dos manuais diagnósticos e do sobrediagnóstico. Foram considerados trabalhos publicados em português e inglês. Excluíram-se publicações sem relação direta com os objetivos da investigação, estudos com informações metodológicas insuficientes, relatos de casos isolados e trabalhos sem dados ou fundamentação pertinentes à temática proposta.

O processo de seleção foi conduzido individualmente pelo autor, mediante leitura dos títulos e resumos das publicações identificadas,

seguida da análise integral dos trabalhos considerados potencialmente relevantes. A inclusão final considerou a pertinência temática, a adequação aos critérios de elegibilidade e a contribuição das publicações para os diferentes eixos da investigação. Por se tratar de uma seleção realizada por um único revisor, não houve avaliação independente por segundo pesquisador ou procedimento de consenso entre avaliadores.

A extração das informações foi orientada pelos objetivos da pesquisa, contemplando dados referentes à identificação dos estudos, ano de publicação, população investigada, local de realização, tamanho amostral, delineamento metodológico, instrumentos de avaliação, prevalências identificadas e principais fatores associados à depressão. Nos trabalhos de natureza teórica, foram consideradas as contribuições relacionadas às transformações históricas dos manuais diagnósticos, à ampliação dos critérios nosográficos e às discussões sobre medicalização e sobrediagnóstico.

A análise dos resultados foi realizada de maneira descritiva e interpretativa. Os dados quantitativos foram organizados de acordo com as prevalências identificadas e as características das populações investigadas, permitindo comparações entre a população geral, mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde e estudantes da área da saúde. Paralelamente, as evidências qualitativas foram agrupadas em categorias temáticas relacionadas à evolução histórica do conceito de depressão, à medicalização do sofrimento psíquico e às implicações dos critérios diagnósticos na prática clínica. A apreciação crítica dos estudos considerou seus delineamentos, características amostrais, instrumentos utilizados e limitações metodológicas descritas, sem aplicação de escalas

formais de pontuação da qualidade ou classificação quantitativa do risco de viés.

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização dos Estudos Incluídos

O conjunto de publicações analisadas contemplou diferentes delineamentos metodológicos, permitindo uma abordagem qualiquantitativa da epidemiologia da depressão no Brasil e de sua relação com o fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico.

Entre as evidências epidemiológicas, destacaram-se estudos observacionais transversais de base populacional, incluindo dados dos ciclos de 2013 e 2019 da Pesquisa Nacional de Saúde (Brito et al., 2022), além de investigações regionais com adultos (Rombaldi et al., 2010; Boing et al., 2012). Também foram considerados estudos direcionados a grupos específicos, como mulheres atendidas na Estratégia de Saúde da Família (Costa, 2015) e estudantes universitários da área da saúde (Costa et al., 2012; Mayer et al., 2016). Complementarmente, foram incluídas meta-análises e revisões sistemáticas sobre a prevalência de depressão em estudantes universitários, especialmente da área médica (Ibrahim et al., 2013; Pacheco et al., 2016; Rosa et al., 2021; Rotenstein et al., 2016).

Quanto aos instrumentos de avaliação, os estudos utilizaram ferramentas de rastreio, como o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), além de informações baseadas no autorrelato de diagnóstico médico prévio. A diversidade desses instrumentos e delineamentos deve ser considerada na interpretação e comparação dos resultados.

Para a fundamentação teórica, foram incorporadas obras que abordam o fenômeno da medicalização, a evolução histórica dos manuais diagnósticos e os riscos de sobrediagnóstico na prática clínica (American Psychiatric Association, 2014; Conrad, 2007; Horwitz; Wakefield, 2007; Paris, 2015). Também foram utilizadas referências voltadas à evolução conceitual e clínica da depressão (Cardoso et al., 2019; Lacerda; Del Porto, 2019).

3.2. Características Metodológicas e Limitações dos Estudos Incluídos

A avaliação crítica dos estudos incluídos evidenciou diferenças quanto aos delineamentos, instrumentos de coleta e características das amostras, fatores que devem ser considerados na interpretação dos resultados. Predominaram estudos transversais e observacionais, especialmente nas investigações sobre prevalência e fatores associados à depressão. Embora esse delineamento permita identificar a frequência dos sintomas e suas associações com variáveis sociodemográficas, apresenta limitações para estabelecer relações de causalidade e determinar a direção das associações observadas.

Outro aspecto relevante refere-se à utilização de instrumentos de rastreio e medidas de autorrelato, como o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Embora sejam ferramentas amplamente utilizadas, seus resultados identificam principalmente a presença e a intensidade de sintomas depressivos, não substituindo necessariamente a avaliação diagnóstica clínica. Essa diferença metodológica pode contribuir para a heterogeneidade das prevalências encontradas entre os estudos (Costa, 2015; Pacheco et al., 2016).

Também foram identificadas limitações relacionadas à representatividade das amostras e à diversidade dos contextos investigados, especialmente nas pesquisas realizadas com estudantes universitários e populações específicas da Atenção Primária. Além disso, a inclusão de estudos com diferentes períodos de coleta, instrumentos e critérios de avaliação dificulta a comparação direta dos resultados. Nas revisões sistemáticas e meta-análises, a heterogeneidade dos estudos primários também deve ser considerada na interpretação das estimativas apresentadas (Pacheco et al., 2016; Rotenstein et al., 2016).

3.3. Prevalência na População Geral e Diferenças Regionais

A análise dos dados oficiais da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) demonstra que a depressão se consolidou como uma condição de alta magnitude epidemiológica no Brasil. Entre os ciclos de 2013 e 2019, houve um aumento significativo na prevalência de depressão autorreferida na população adulta nacional, elevando-se de 7,6% (IC 95%: 7,2; 8,1) para 10,2% (IC 95%: 9,9; 10,6) (Brito et al., 2022). Este crescimento foi acompanhado por um incremento na busca por assistência profissional nos 12 meses anteriores à entrevista, que subiu de 46,4% (IC 95%: 43,8; 49,1) em 2013 para 52,8% (IC 95%: 50,7; 55,0) em 2019 (Brito et al., 2022). A carga desse transtorno é intensificada pela sua frequente associação com doenças crônicas não transmissíveis, o que agrava o impacto funcional na vida dos sujeitos (Boing et al., 2012).

A distribuição geográfica do transtorno revela desigualdades regionais acentuadas. A região Sul apresenta os índices mais elevados do país, com uma prevalência de 15,2% (IC 95%: 14,2; 16,2), destacando-se o estado do Rio Grande do Sul, que atingiu 17,9% (IC

95%: 16,2; 19,6) (Brito et al., 2022). Investigações de base populacional em municípios do Sul confirmam essa tendência de alta carga de sintomas depressivos em adultos de áreas urbanas (Rombaldi et al., 2010). Em contrapartida, a região Norte registrou a menor prevalência autorreferida, com 5,0% (IC 95%: 4,4; 5,6), sendo o estado do Pará o que apresentou o menor índice nacional: 4,1% (IC 95%: 3,0; 4,1) (Brito et al., 2022).

Em relação aos recortes sociodemográficos de 2019, os resultados evidenciam que o sexo feminino permanece como o grupo mais afetado, com uma prevalência de 14,7% (IC 95%: 14,1; 15,4), valor significativamente superior aos 5,1% observados no sexo masculino (Brito et al., 2022; Rombaldi et al., 2010). O aumento nos diagnósticos também foi mais proeminente entre indivíduos de raça/cor da pele branca (12,5%; IC 95%: 11,8; 13,1), residentes em zonas urbanas (10,7%; IC 95%: 10,2; 11,1) e pessoas com ensino superior completo (12,2%; IC 95%: 11,3; 13,2) (Brito et al., 2022). Em relação à faixa etária, observa-se que adultos jovens (18 a 29 anos) apresentam a menor prevalência autorreferida, registrando 5,9% (IC 95%: 5,2; 6,7) (Brito et al., 2022).

3.4. A Depressão no Contexto da Atenção Primária e Saúde da Mulher

O cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil expõe uma vulnerabilidade acentuada do público feminino, com prevalências que superam as médias nacionais da população geral. Investigações conduzidas com 1.958 usuárias da Estratégia de Saúde da Família (ESF) revelaram que 19,7% das mulheres apresentaram sintomas depressivos clinicamente relevantes (Costa, 2015). Um dado crítico aponta para a invisibilidade do transtorno nos serviços de base: entre as mulheres identificadas com depressão pelo instrumento PHQ-9,

53% não haviam relatado a condição ou recebido diagnóstico prévio em suas consultas de rotina na unidade básica (Costa, 2015). Esses achados locais são corroborados pelos dados nacionais da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2019), que consolidam as mulheres como o grupo mais afetado no país, com uma prevalência autorreferida de 14,7% (IC 95%: 14,1; 15,4), valor quase três vezes superior ao observado entre os homens (Brito et al., 2022).

A análise dos fatores de risco revela que a depressão na APS está ligada a determinantes sociais e históricos. Na análise univariada (bruta), observou-se que mulheres com menor escolaridade apresentaram um risco 41% maior (RP: 1,41; IC 95%: 1,14-1,75) de depressão (Costa, 2015). Contudo, após o ajuste multivariado, os preditores mais robustos para o transtorno foram o relato de doença mental prévia, que aumentou em 86% a chance de depressão (RP ajustada: 1,86; IC 95%: 1,39-2,49), e o fato de estar trabalhando atualmente, que elevou o risco em 34% (RP ajustada: 1,34; IC 95%: 1,12-1,61) (Costa, 2015). A literatura associa esse último fator à sobrecarga decorrente do acúmulo de papéis sociais (trabalho, maternidade e cuidado doméstico), que atua como um estressor crônico (Costa, 2015; World Health Organization, 2017).

Em contrapartida, os resultados identificam variáveis que atuam como mecanismos de proteção. Mesmo após o ajuste por idade e outros fatores, viver com um companheiro (RP ajustada: 0,77; IC 95%: 0,65-0,92) e a prática regular de atividade física (RP ajustada: 0,75; IC 95%: 0,59-0,94) mantiveram-se como fatores protetores significativos (Costa, 2015; Rombaldi et al., 2010). O fator de proteção mais expressivo foi a autoavaliação de saúde positiva (boa ou muito boa), que reduziu a probabilidade de depressão em 63% (RP ajustada: 0,37; IC 95%: 0,30-0,45) (Costa, 2015). Apesar desses indicadores, a

medicalização do sofrimento pode obscurecer o cuidado integral; a tendência de focar o atendimento na queixa somática imediata favorece o sobrediagnóstico, transformando crises existenciais e sociais em patologias farmacológicas (Horwitz; Wakefield, 2007; Paris, 2015).

3.5. Sofrimento Psíquico no Ambiente Acadêmico

O ambiente universitário voltado à formação de profissionais da saúde é amplamente reconhecido como um cenário de alta vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais, apresentando níveis de morbidade psíquica significativamente superiores aos observados na população geral (Graner; Cerqueira, 2019; Rotenstein et al., 2016). A transição para a vida acadêmica impõe aos estudantes uma sobrecarga física e emocional decorrente de mudanças bruscas de hábitos e aumento da carga horária (Graner; Cerqueira, 2019). Meta-análises globais indicam que a prevalência de depressão entre estudantes de medicina situa-se entre 27,2% e 28,0%, sendo que aproximadamente 11% desses alunos relatam ideação suicida ao longo da graduação (Rotenstein et al., 2016; Pacheco et al., 2016). No cenário nacional, estudos conduzidos em diferentes regiões confirmam essa tendência; em amostras do Nordeste, a prevalência de depressão atingiu 28,6%, enquanto em centros do Centro-Oeste, o diagnóstico referido de depressão entre acadêmicos de medicina foi de 20,8% (IC 95%: 18,8; 22,7) (Pacheco et al., 2016; Rosa et al., 2021).

A análise comparativa entre cursos revela disparidades alarmantes. Investigações que utilizaram o Inventário de Depressão de Beck (BDI) identificaram que, embora a medicina seja o curso mais estudado, acadêmicos de enfermagem e odontologia

frequentemente apresentam índices superiores de sintomas depressivos. No curso de enfermagem, a prevalência chegou a atingir 71,02% (IC 95%: 65,05; 76,34), seguida por odontologia com 60,64% (IC 95%: 50,53; 69,91) e medicina com 22,73% (IC 95%: 12,84; 36,99) (Pacheco et al., 2016). Essa variação pode estar associada às metodologias de ensino, como o *Problem Based Learning* (PBL), e ao contato precoce com a terminalidade de pacientes durante estágios supervisionados, que atua como um potente estressor emocional (Pacheco et al., 2016; Rosa et al., 2021).

Os fatores de risco associados à depressão nesse grupo são multifatoriais e apresentam associações estatísticas robustas. A insatisfação com o curso escolhido destaca-se como o principal preditor, elevando em quase quatro vezes a chance de desenvolver o transtorno (RP = 3,59; IC 95%: 3,10; 4,15) (Ibrahim et al., 2013). Outras variáveis críticas incluem o relacionamento familiar insatisfatório (RP = 2,70; IC 95%: 2,06; 3,53), a quantidade insuficiente de sono (RP = 2,27; IC 95%: 1,17; 4,40) e o relacionamento conflituoso com amigos (RP = 2,16; IC 95%: 1,49; 3,13) (Ibrahim et al., 2013; Mayer et al., 2016). Além disso, o baixo apoio social e a percepção negativa da própria saúde emergem como determinantes que dobram o risco de sofrimento psíquico (Mayer et al., 2016; Pacheco et al., 2016). Diante desse quadro, torna-se imperativo que as universidades implementem políticas de suporte emocional e revisem suas grades curriculares, visando mitigar o adoecimento mental desses futuros profissionais sem, contudo, patologizar as dificuldades intrínsecas ao processo de formação (Graner; Cerqueira, 2019; Rosa et al., 2021).

3.6. Fatores Associados e Comorbidades

A identificação dos fatores associados à depressão revela uma complexa rede de determinantes biológicos, sociais e comportamentais que influenciam a vulnerabilidade ao transtorno. O sexo feminino emerge como o preditor mais consistente em todas as escalas de análise, apresentando uma prevalência de 14,7% (IC 95%: 14,1; 15,4) contra 5,1% (IC 95%: 4,6; 5,7) no sexo masculino, o que aponta para desigualdades de gênero e sobrecargas socioculturais (Brito et al., 2022; Costa, 2015). No que tange aos determinantes socioeconômicos, observa-se que, na análise bruta, a baixa escolaridade está fortemente associada ao sofrimento psíquico, com risco 41% maior (RP: 1,41; IC 95%: 1,14-1,75) entre mulheres que não concluíram o ensino elementar (Costa, 2015). Adicionalmente, estar inserido no mercado de trabalho figurou como fator de risco na análise ajustada (RP ajustada: 1,34; IC 95%: 1,12-1,61), sugerindo que a dupla jornada e o ambiente ocupacional podem atuar como estressores significativos (Costa, 2015).

Os hábitos de vida e a saúde física exercem um papel central na manutenção do bem-estar emocional. A inatividade física correlaciona-se positivamente com a depressão, enquanto a prática regular de exercícios demonstrou ser um fator protetor robusto, reduzindo a probabilidade do transtorno em 25% (RP ajustada: 0,75; IC 95%: 0,59-0,94) (Costa, 2015; Rombaldi et al., 2010). O tabagismo também foi identificado como fator associado ao sofrimento psíquico entre estudantes universitários (Graner; Cerqueira, 2019). No contexto acadêmico e profissional, os distúrbios do sono revelam-se críticos: a quantidade insuficiente de sono eleva em mais de duas vezes a chance de episódios depressivos (RP: 2,27; IC 95%: 1,17-4,40) (Ibrahim et al., 2013).

As comorbidades clínicas agravam severamente o prognóstico, com a Pesquisa Nacional de Saúde indicando uma prevalência superior de depressão em indivíduos diagnosticados com doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes (Brito et al., 2022; Boing et al., 2012). O relato de doença mental prévia (esquizofrenia, psicoses ou transtorno bipolar) triplica o risco de quadros depressivos em usuárias da atenção primária (RP bruta: 3,11; IC 95%: 2,42-4,01), mantendo-se como o preditor mais forte mesmo após ajustes multivariados (RP ajustada: 1,86; IC 95%: 1,39-2,49) (Costa, 2015).

Por fim, variáveis de ordem subjetiva e de suporte social são determinantes para a proteção individual. O baixo apoio social percebido, as dificuldades nos relacionamentos interpessoais e a ausência de apoio emocional foram identificados como fatores associados ao sofrimento psíquico entre estudantes universitários (Graner; Cerqueira, 2019). Em contrapartida, a autoavaliação de saúde positiva (boa ou muito boa) revelou-se o fator de proteção mais expressivo nesta revisão, reduzindo o risco de depressão em 63% (RP ajustada: 0,37; IC 95%: 0,30-0,45) (Costa, 2015). Esses dados reforçam que a depressão deve ser compreendida para além do modelo puramente biológico, integrando o contexto biopsicossocial do sujeito para evitar o sobrediagnóstico e a medicalização de sofrimentos que possuem raízes existenciais e relacionais (Conrad, 2007; Horwitz; Wakefield, 2007).

4. DISCUSSÃO

4.1. Síntese e Interpretação dos Achados Epidemiológicos

Os achados desta revisão evidenciam que a depressão se consolidou como um desafio de saúde pública de magnitude crescente no território brasileiro, caracterizado por uma tendência de elevação nos diagnósticos e na busca por cuidados profissionais na última década (Brito et al., 2022; World Health Organization, 2017). A síntese das evidências revela que o sofrimento psíquico não atinge a população de maneira uniforme, apresentando disparidades regionais marcantes com maior concentração em áreas urbanas e nos estados das regiões Sul e Sudeste, o que sugere que a formalização do diagnóstico é mediada por desigualdades socioeconômicas e pela organização da rede assistencial (Brito et al., 2022; Boing et al., 2012).

Identificou-se uma vulnerabilidade persistente e acentuada no público feminino, cujas taxas de prevalência superam largamente as masculinas em todos os estratos analisados, apontando para a influência de determinantes biológicos e, sobretudo, de sobrecargas socioculturais de gênero (Brito et al., 2022; Rombaldi et al., 2010). No cenário da Atenção Primária, os resultados expõem uma importante lacuna diagnóstica, na qual uma parcela expressiva das usuárias apresenta sintomas clinicamente relevantes que não são detectados nas consultas de rotina, evidenciando a necessidade de maior sensibilidade clínica nos serviços de base (Costa, 2015; World Health Organization, 2017). Paralelamente, o ambiente de formação profissional em saúde revelou-se um cenário de alto risco, no qual estudantes de medicina, enfermagem e odontologia enfrentam níveis de morbidade psíquica significativamente superiores aos da população geral da mesma faixa etária (Graner; Cerqueira, 2019; Pacheco et al., 2016; Rotenstein et al., 2016). Em conjunto, esses indicadores confirmam a complexidade epidemiológica do transtorno no Brasil, fornecendo a base necessária para a discussão

subsequente sobre os processos de medicalização e a evolução dos critérios diagnósticos (Brito et al., 2022; Costa, 2015; Pacheco et al., 2016).

4.2. A Transição Nosográfica: Do DSM-I Ao DSM-5

A compreensão dos elevados índices epidemiológicos identificados nesta revisão é indissociável da mudança epistemológica ocorrida nos manuais diagnósticos (Lacerda; Del Porto, 2019). Historicamente, a depressão transitou de um modelo fundamentado na psicobiologia e psicanálise, onde era vista como uma "reação" (efeito) a conflitos ou perdas, para uma classificação de agrupamento por convenção a partir do DSM-III, que a definiu como um "transtorno" (causa) de origem interna (American Psychiatric Association, 2014; Horwitz; Wakefield, 2007; Lacerda; Del Porto, 2019). Esse deslocamento operou uma cisão entre as esferas do sofrimento subjetivo e da patologia médica: enquanto nas primeiras edições o diagnóstico exigia a compreensão da história de vida do sujeito, os manuais modernos priorizam critérios operacionais e estatísticos (American Psychiatric Association, 2014; Horwitz; Wakefield, 2007).

Essa transformação é um dos principais mecanismos que explicam a atual "epidemia" de diagnósticos no Brasil (Lacerda; Del Porto, 2019; Paris, 2015). Ao abandonar a busca por uma etiologia relacional e focar em descrições sindrômicas, o sistema diagnóstico passou a absorver práticas narrativas sobre o sofrimento em uma estrutura de enunciados previamente significados (Lacerda; Del Porto, 2019; Paris, 2015). O resultado é o apagamento do sujeito da enunciação, onde o dizer cotidiano do paciente é convertido mecanicamente em sintomas quantificáveis (Horwitz; Wakefield, 2007; Lacerda; Del Porto, 2019). Assim, os altos índices de depressão autorreferida na

população brasileira (10,2%) podem refletir, em parte, essa nova organização diagnóstica que desconsidera o contexto existencial para instituir a depressão como uma causa primária de si mesma (Brito et al., 2022; Cardoso et al., 2019; Paris, 2015).

4.3. Medicalização e a Perda da Tristeza: Reflexão Sobre o Sobrediagnóstico

A medicalização do sofrimento psíquico consiste na transformação de experiências humanas e condições não necessariamente patológicas em problemas médicos passíveis de diagnóstico e tratamento (Conrad, 2007; Zorzanelli et al., 2014). Nesse contexto, a ampliação dos critérios diagnósticos da depressão contribuiu para intensificar o debate sobre a distinção entre manifestações emocionais esperadas, como o luto e as crises existenciais, e os transtornos depressivos propriamente ditos (Horwitz; Wakefield, 2007).

O sobrediagnóstico representa uma das principais preocupações relacionadas a esse processo, especialmente quando sintomas identificados por instrumentos de rastreio são interpretados sem uma avaliação clínica abrangente. Embora ferramentas como o PHQ-9 sejam importantes para a identificação de possíveis casos, sua utilização isolada pode favorecer interpretações inadequadas do sofrimento psíquico (Frances; Raven, 2013; Paris, 2015). Dessa forma, torna-se fundamental considerar a duração, a intensidade, o contexto e o impacto funcional dos sintomas, evitando a classificação de manifestações emocionais transitórias como transtornos depressivos. Assim, os achados reforçam a importância de uma abordagem diagnóstica individualizada, fundamentada na avaliação clínica e nos aspectos biopsicossociais do paciente.

4.4. Implicações Clínicas e Sociais do Checklist Diagnóstico: Crítica Ao Modelo Biomédico

A transição nosográfica para critérios estritamente operacionais, consolidada nas edições recentes dos manuais, impôs uma mudança profunda na clínica, na qual o diagnóstico da depressão passou a assemelhar-se a um checklist de sintomas (American Psychiatric Association, 2014; Lacerda; Del Porto, 2019). Essa abordagem prioriza a contagem sindrômica em detrimento da história de vida, o que pode levar ao apagamento do sujeito e à individualização de problemas que possuem raízes em desigualdades socioeconômicas e sobrecargas sistêmicas (Paris, 2015; Zorzanelli et al., 2014). No contexto brasileiro, o modelo biomédico hegemônico tende a reduzir o sofrimento psíquico a supostas disfunções neuroquímicas — hipótese que ainda carece de evidências científicas robustas —, favorecendo intervenções farmacológicas imediatas em detrimento de uma escuta clínica aprofundada e de suportes psicossociais (Conrad, 2007; Zorzanelli et al., 2014).

A medicalização do cotidiano, ao transformar tristezas legítimas e crises existenciais em etiquetas nosográficas, não apenas sobrecarrega a Atenção Primária com demandas muitas vezes inadequadas, mas também promove uma despolitização do mal-estar social (Frances; Raven, 2013). Problemas decorrentes da precariedade do trabalho, da sobrecarga de gênero ou das pressões acadêmicas exaustivas são convertidos em patologias individuais, retirando do horizonte clínico a reflexão sobre as causas sociais e econômicas do adoecimento (Zorzanelli et al., 2014). É imperativo que a prática clínica recupere a capacidade de distinguir entre o sofrimento inerente à condição humana e o transtorno mental

severo, garantindo que o diagnóstico funcione como uma ferramenta de cuidado e não apenas como um dispositivo de controle e gestão farmacológica (Frances; Raven, 2013; Horwitz; Wakefield, 2007).

4.5. Pontos Fortes, Limitações e Recomendações

O ponto forte desta revisão reside na utilização de dados epidemiológicos de alta robustez e validade externa, como os provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e 2019, que permitem um panorama fiel da depressão no território brasileiro (Brito et al., 2022). Além disso, a inclusão de meta-análises globais e estudos nacionais com grupos específicos, como estudantes de saúde e mulheres na atenção primária, confere profundidade à análise das vulnerabilidades contemporâneas (Costa, 2015; Pacheco et al., 2016; Rotenstein et al., 2016).

Contudo, aponta-se como limitação a heterogeneidade dos instrumentos de rastreio utilizados nos diversos estudos observacionais consultados, o que pode influenciar a magnitude das prevalências encontradas (Pacheco et al., 2016; Rotenstein et al., 2016). Instrumentos como o PHQ-9 e o BDI, embora validados, medem sintomas depressivos que podem não corresponder necessariamente a um episódio depressivo maior em termos clínicos estritos, podendo superestimar os índices de patologia na população (Costa, 2015; Horwitz; Wakefield, 2007; Paris, 2015). Recomenda-se que futuras pesquisas e políticas públicas de saúde mental no Brasil priorizem o suporte psicossocial e a vigilância crítica contra o sobrediagnóstico, garantindo que o tratamento farmacológico seja apenas uma parte de um cuidado integral que respeite o contexto biopsicossocial do indivíduo (Horwitz; Wakefield,

2007; Paris, 2015; World Health Organization, 2017; Zorzanelli et al., 2014).

5. CONCLUSÃO

A presente revisão evidencia que a depressão se consolidou como um dos maiores desafios de saúde pública no território brasileiro, apresentando uma trajetória de crescimento que exige respostas urgentes e qualificadas do sistema de saúde. A síntese das evidências demonstra que o sofrimento psíquico não se distribui de forma equânime, incidindo com maior severidade sobre o público feminino e sobre estudantes em formação na área da saúde. Essas vulnerabilidades revelam que fatores como a sobrecarga de gênero, a precariedade das relações de trabalho, a falta de suporte social e as pressões acadêmicas exaustivas são determinantes centrais que não podem ser negligenciados em favor de uma visão meramente biológica do transtorno.

Entretanto, a alta prevalência observada deve ser interpretada sob uma perspectiva crítica. Conclui-se que o aumento expressivo dos diagnósticos na última década é indissociável da evolução histórica dos manuais nosográficos. A transição da depressão de uma "reação" existencial para um "transtorno" de causa interna permitiu uma expansão das fronteiras diagnósticas que alimenta o fenômeno da medicalização do cotidiano. Ao transformar tristezas legítimas e crises sociais em patologias individuais, o modelo biomédico hegemônico corre o risco de despolitizar o mal-estar e oferecer respostas farmacológicas imediatas para problemas que possuem raízes estruturais e relacionais.

Para a prática clínica e a formulação de políticas públicas no Brasil, os achados apontam para a necessidade imperativa de superar a lógica do diagnóstico por "checklist". É fundamental fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e promover intervenções que integrem o suporte social e o cuidado biopsicossocial, devolvendo ao sujeito o seu lugar de fala e singularidade. O diagnóstico deve funcionar como uma ferramenta de cuidado e acesso a direitos, e não como um dispositivo de silenciamento de angústias humanas. Por fim, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que possam elucidar as relações de causalidade entre os estressores sociais e o adoecimento, garantindo que o cuidado em saúde mental no Brasil seja verdadeiramente integral, humanizado e protegido contra os riscos do sobrediagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BOING, A. F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 46, n. 4, p. 617–623, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000044 . Acesso em: 5 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 92 p.

BRITO, V. C. A. et al. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços**

de Saúde, Brasília, v. 31, n. esp. 1, e2021384, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial. Acesso em: 14 maio 2026.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARDOSO, T. A.; PATUSCO, L. M.; MAGALHÃES, P. V. S. Epidemiologia do transtorno depressivo maior. In: QUEVEDO, J.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. (org.). **Depressão: teoria e clínica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 28–38.

CONRAD, P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

COSTA, E. F. O. et al. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Revista da Associação Médica Brasileira,** São Paulo, v. 58, n. 1, p. 53–59, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000100015. Acesso em: 18 jun. 2026.

COSTA, T. S. **Rastreamento de sintomas depressivos em usuários assistidos pela Estratégia de Saúde da Família em um município de pequeno porte no Nordeste brasileiro.** 2015. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2015.

FRANCES, A.; RAVEN, M. The need for caution in diagnosing and treating mental disorders. **American Family Physician,** v. 88, n. 8, 2013. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24364580/. Acesso em: 22 jun. 2026.

GRANER, K. M.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1327–1346, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017. Acesso em: 29 maio 2026.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. (ed.). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version** 5.1.0. [S. l.]: The Cochrane Collaboration, 2011. Disponível em: http://www.cochrane-handbook.org. Acesso em: 3 jun. 2026.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C. **A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda.** São Paulo: Summus, 2010.

HORWITZ, A. V.; WAKEFIELD, J. C**. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder.** New York: Oxford University Press, 2007.

IBRAHIM, A. K. et al. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **Journal of Psychiatric Research,** v. 47, n. 3, p. 391–400, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015. Acesso em: 15 jun. 2026.

LACERDA, A. L. T.; DEL PORTO, J. **A. Depressão ao longo da história.** In: QUEVEDO, J.; NARDI, A. E.; SILVA, A. G. (org.). Depressão: teoria e clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 19–27.

MAYER, F. B. et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. **BMC Medical Education,** v. 16, art. 282, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12909-016-0791-1. Acesso em: 25 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Depressão.** 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/depressao. Acesso em: 10 maio 2026.

PACHECO, J. P. et al. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. **Medical Education,** v. 50, n. 4, p. 456–468, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1111/medu.12962. Acesso em: 30 jun. 2026.

PARIS, J. **Overdiagnosis in psychiatry: how modern psychiatry lost its way while creating a diagnosis for almost all of life's misfortunes.** New York: Oxford University Press, 2015.

ROMBALDI, A. J. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** São Paulo, v. 13, n. 4, p. 620–629, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400007. Acesso em: 8 jun. 2026.

ROSA, C.; NUNES, E. S.; ARMSTRONG, A. C. Depressão entre estudantes de medicina no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Internacional de Educação Superior,** v. 5, n. 1, p. 133–141, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.17267/2594-7907ijhe.v5i1.2722. Acesso em: 11 maio 2026.

ROTENSTEIN, L. S. et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. **JAMA,** Chicago, v. 316, n. 21, p.

2214–2236, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324. Acesso em: 21 jun. 2026.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134. Acesso em: 12 maio 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates.** Geneva: WHO, 2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf. Acesso em: 17 maio 2026.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950–2010. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013. Acesso em: 27 jun. 2026.

---

[1] Doutora em Fisiologia. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, São Paulo, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7195-351X. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Mestre em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Mestre em Docência. Universidade de Rio Verde (UniRV), Formosa, Goiás, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[4] Especialista em Clínica Médica. Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0005-2015-0377. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[5] Graduada em Medicina. Especialista em Atenção Básica em Saúde pela UFMA. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Castro, Paraná, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[6] Pós-graduando em Medicina Intensiva de Adultos. Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-2972-1352. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[7] Pós-graduanda em Psiquiatria. Einstein Hospital Israelita, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[8] Graduada em Enfermagem. Especialização em Educação na Saúde para Preceptores no SUS. Faculdade Sírio-Libanês, São Paulo, São Paulo, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1606-4154. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[9] Graduada em Medicina. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail