

Saúde mental e cuidado de adolescentes que estudam em escolas rurais

Mental health and care for adolescents attending rural schools

Salud mental y atención a adolescentes que estudian en escuelas rurales

Francieli Franco Soster^I ; Andressa da Silveira^I ; Leila Mariza Hildebrandt^I 
Keity Laís Siepmann Soccol^{II} ; Fernanda Beheregaray Cabral^{II} ; Zaira Letícia Tisott^{III} 

^IUniversidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, RS, Brasil; ^{II}Universidade Franciscana. Santa Maria, RS, Brasil;

^{III}Instituto Federal Farroupilha. Santo Ângelo, RS, Brasil

RESUMO

Objetivo: conhecer as demandas de saúde e cuidados de adolescentes que estudam em escolas rurais. **Método:** estudo qualitativo descritivo-exploratório. Dados foram coletados em 2023, em sete escolas municipais localizadas na região Noroeste do Sul do Brasil, por meio de entrevista semiestruturada com adolescentes da zona rural, matriculados em escolas participantes. As enunciações foram transcritas na íntegra e submetidas à análise temática indutiva. Seguidos os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos. **Resultados:** participaram 27 adolescentes, com demandas de saúde mental relacionadas à ansiedade, lesão autoprovocada, suicídio, sofrimento mental devido ao luto, bullying e a redução das atividades de lazer. **Cosiderações finais:** as demandas de saúde e cuidados de adolescentes que estudam em escolas rurais relacionam-se à saúde mental, principalmente vinculados aos episódios de ansiedade, lesão autoprovocada, tentativa de suicídio e bullying. Observa-se que essas demandas podem estar intensificadas quando os adolescentes vivenciam o luto, a desestrutura familiar e problemas de convivência na escola. **Descritores:** Enfermagem; Saúde do Adolescente; Promoção da Saúde em Ambiente Escolar; Zona Rural.

ABSTRACT

Objective: to know the health and care requirements in the case of adolescents attending rural schools. **Method:** a qualitative, descriptive and exploratory study. The data were collected in 2023 by means of semi-structured interviews with adolescents living in the rural area and enrolled in seven participating municipal schools located in the Northwest region from southern Brazil. The statements were transcribed in full and subjected to inductive thematic analysis. All ethical precepts involving research studies with human beings were followed. **Results:** the participants were 27 adolescents with mental health requirements related to anxiety, self-inflicted injuries, suicide, mental distress due to grief, bullying and fewer leisure activities. **Final considerations:** the health and care requirements in the case of adolescents attending rural schools are related to mental health, mainly linked to episodes of anxiety, self-inflicted injuries, attempted suicide and bullying. It is noticed that these requirements can be intensified when the adolescents are grieving or undergoing family de-structuring and coexistence problems at school.

Descriptors: Nursing; Adolescent Health; School Health Services; Rural Areas.

RESUMEN

Objetivo: comprender las demandas de salud y cuidado de adolescentes que estudian en escuelas rurales. **Método:** estudio cualitativo descriptivo-exploratorio. La recopilación de datos se llevó a cabo en 2023, en siete escuelas municipales ubicadas en la región noroeste del sur de Brasil, mediante entrevistas semiestructuradas con adolescentes de zonas rurales, inscriptos en las escuelas participantes. Las declaraciones se transcribieron íntegramente y se sometieron a análisis temático inductivo. Se siguieron los preceptos éticos de la investigación con seres humanos. **Resultados:** participaron 27 adolescentes, con demandas de salud mental relacionadas con ansiedad, autolesiones, suicidio, distrés mental debido al duelo, acoso escolar y reducción de actividades de ocio. **Consideraciones finales:** las demandas de salud y cuidado de los adolescentes que estudian en escuelas rurales están relacionadas con la salud mental, principalmente vinculadas a episodios de ansiedad, autolesiones, intentos de suicidio y *bullying*. Se observa que estas demandas pueden intensificarse cuando los adolescentes experimentan duelo, desintegración familiar y problemas de convivencia escolar.

Descriptoros: Enfermería; Salud del Adolescente; Servicios de Salud Escolar; Medio Rural.

INTRODUÇÃO

O processo de adolecer corresponde a complexidade das experiências diversificadas, as quais são influenciadas por características individuais, socioculturais, de gênero, classe social e região geográfica. Para a delimitação do período da adolescência, o critério cronológico é fortemente utilizado na identificação dos parâmetros para a investigação epidemiológica e elaboração de políticas públicas¹. À vista disso, evidencia-se como marco legal no Brasil a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual caracteriza a população até os 12 anos de idade incompletos como crianças e, dos 12 aos 18 anos como adolescentes².

Autora correspondente: Francieli Franco Soster. E-mail: ffsoster@gmail.com
Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Ivone Evangelista Cabral

No entanto, o limiar temporal utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência, entre dez e 19 anos, 11 meses e 29 dias, sendo esse um critério também adotado pelo Ministério da Saúde (MS)³. A delimitação da adolescência se encontra relacionada a critérios cronológicos, físicos, sociais e culturais, sendo esse um período marcado por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento. Adolescentes são indivíduos participantes de um processo histórico e social, desta forma é relevante compreender as singularidades de saúde dessa população. Visto que a saúde do adolescente implica em analisar os diversos modos de viver a adolescência, assim como repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade⁴.

A população adolescente apresenta demandas de saúde específicas e complexas, as quais requerem intervenções com foco na integralidade do cuidado. Entre as principais demandas de saúde identificadas na população adolescente merece destaque a prática do sexo seguro, saúde mental e uso de álcool e outras drogas⁵. Estudos⁶⁻⁸ destacam a susceptibilidade dos adolescentes frente ao desenvolvimento de agravos de saúde, relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), miséria, violência, uso abusivo de drogas, gravidez na adolescência, homicídio, bem como a privação da convivência familiar e comunitária. Achados de um estudo realizado no Maranhão com adolescentes revelou o padrão de consumo nocivo e excessivo de álcool, uso de drogas ilícitas e risco para suicídio⁹.

Nessa perspectiva, compreender as demandas de saúde da população adolescente é fundamental para o planejamento e a implementação de ações de promoção da saúde, com enfoque no indivíduo e em seus contextos social e ambiental, visando à integralidade do cuidado¹⁰. No entanto, as ações de saúde voltadas para adolescentes enfrentam obstáculos em áreas rurais, principalmente devido ao acesso limitado e às precárias condições de infraestrutura, como estradas e transporte, o que compromete a oferta qualificada dos serviços¹¹. Os territórios rurais apresentam particularidades em sua organização e funcionamento, e a distinção entre o urbano e o rural, antes percebida como rígida, na realidade representa um processo dinâmico de interconexões e sobreposições. O espaço urbano não se encerra onde o rural começa; ambos coexistem e se entrelaçam em múltiplas escalas, formando padrões de ocupação e uso do solo que refletem dinâmicas sociais, econômicas e culturais¹².

Esse fenômeno pode ser compreendido como um continuum em que características urbanas e rurais se entrelaçam e se transformam, configurando territórios híbridos que transcendem a dicotomia simplista entre campo e cidade. Tal interação dá origem a novas formas de organização espacial e a práticas socioculturais emergentes, desafiando classificações tradicionais e exigindo uma abordagem analítica sensível à complexidade e à diversidade dos territórios contemporâneos. Nessa perspectiva, o espaço rural deixa de ser concebido apenas como local de produção material, assumindo também o papel de produtor de valores, significados e práticas socioterritoriais relevantes¹³.

Autores têm discutido o surgimento das chamadas "novas ruralidades", processo de ressignificação do espaço rural que incorpora dinâmicas multifacetadas, muitas vezes articuladas com o urbano. Tais dinâmicas incluem a expansão de atividades não agrícolas, a intensificação da mecanização, o crescimento das pluriatividades, a valorização do setor terciário, o fortalecimento de fluxos e redes, bem como a revalorização da biodiversidade e das raízes culturais locais, demonstrando a interdependência entre os espaços urbano e rural^{14,15}. Nesse contexto, torna-se imprescindível compreender as especificidades do meio rural para a formulação e implementação de políticas públicas eficazes, sobretudo na área da saúde. Essa compreensão deve considerar os fatores culturais, sociais e ambientais que influenciam diretamente os processos de cuidado e promoção da saúde da população rural¹¹.

No que tange aos adolescentes residentes em áreas rurais, a promoção da saúde requer uma análise aprofundada das particularidades territoriais e das dinâmicas locais, com vistas à elaboração de estratégias de cuidado que respeitem as especificidades dessa população. Para tanto, a articulação intersetorial entre a escola e a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um eixo fundamental na rede de cuidado e proteção social, uma vez que o ambiente escolar se apresenta como espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de saúde abrangentes, que alcancem de forma efetiva o público adolescente¹⁶.

A fim de estruturar e qualificar a atuação integrada da saúde e a escola, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Essa política pública visa à promoção da saúde no ambiente escolar, contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre saúde e educação e estimulando o protagonismo de adolescentes em prol de sua autonomia e autocuidado¹⁷.

Considerando que a adolescência é uma fase marcada por profundas transformações físicas, emocionais e sociais, torna-se essencial reconhecer as especificidades dessa etapa do ciclo vital, bem como identificar as demandas de saúde que emergem nesse contexto. Tal compreensão é fundamental para subsidiar o planejamento de ações que promovam o desenvolvimento saudável e integral desse grupo populacional⁵. Diante desse cenário, emerge a seguinte questão de pesquisa: "Quais as demandas de saúde e cuidados de adolescentes que estudam em escolas rurais?"

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo conhecer as demandas de saúde e cuidados de adolescentes que estudam em escolas rurais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A redação do artigo seguiu as diretrizes da Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). A pesquisa qualitativa busca compreender a realidade a partir das percepções, significados e experiências dos sujeitos, considerando a complexidade dos fenômenos sociais e a subjetividade que os permeia. Essa abordagem estabelece uma relação dialética entre os referenciais teóricos e a realidade empírica, priorizando a interpretação das interações e relações sociais vivenciadas pelos participantes^{18,19}.

O delineamento descritivo permitiu retratar e caracterizar detalhadamente a população investigada, fornecendo subsídios para a análise das particularidades e dos fatores associados ao fenômeno em estudo¹⁸. Já o enfoque exploratório mostrou-se apropriado por tratar-se de uma temática ainda pouco abordada na literatura, permitindo aprofundar o conhecimento sobre o objeto investigado e compreender o fenômeno em seu contexto específico¹⁹.

O cenário do estudo compreendeu sete escolas municipais de ensino fundamental situadas na zona rural de um município localizado na região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Para a realização do estudo, inicialmente foi feito contato com a Secretaria Municipal de Educação, seguido de reunião virtual com as equipes diretivas das escolas, com o objetivo de apresentar os propósitos e a metodologia da pesquisa.

No município, a população adolescente corresponde a 3.131 indivíduos. Dentre as sete escolas participantes, três estavam inseridas no PSE. No que se refere ao funcionamento, cinco escolas operavam em turno integral e duas ofertavam ensino nos turnos da manhã (5º ao 9º ano) e da tarde (pré A ao 4º ano), outras duas atendiam em turno integral (pré-A ao 5º ano).

Foram incluídos na pesquisa adolescentes com idade entre 10 e 18 anos, com capacidade de comunicação verbal, residentes na zona rural e regularmente matriculados em uma das escolas participantes. Ao todo, 140 adolescentes preenchiam os critérios de inclusão. A seleção dos participantes ocorreu por meio da técnica de amostragem por adesão voluntária. A definição do número final de participantes respeitou o critério de saturação teórica, sendo interrompida a coleta no momento em que novas entrevistas deixaram de trazer contribuições relevantes ao aprofundamento da compreensão do fenômeno investigado^{18,19}, assim o corpus final da pesquisa foi constituído por 27 adolescentes.

A coleta de dados foi realizada entre abril e outubro de 2023, por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas com base em um roteiro previamente elaborado, composto por perguntas de caracterização e 40 questões abertas relacionadas à temática do estudo. As entrevistas foram previamente agendadas, ocorreram em ambiente escolar privativo, com o tempo médio de 45 minutos. As enunciações dos adolescentes foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra no Programa *Microsoft Word*[®], e identificadas por códigos alfanuméricos (A1, A2, A3...A27), garantindo o anonimato dos participantes.

Os achados foram submetidos à análise temática indutiva, que se fundamenta na identificação, codificação e interpretação de padrões emergentes a partir do material empírico²⁰. O processo analítico seguiu seis etapas: (1) familiarização com os dados – por meio da leitura e releitura das transcrições; (2) geração de códigos iniciais – atribuindo significados a trechos relevantes do corpus; (3) busca por temas – por meio da organização visual e conceitual dos códigos; (4) revisão dos temas – com análise da coerência interna e distinção entre eles²⁰; (5) definição e nomeação dos temas – visando captar a essência de cada unidade temática²⁰; e (6) produção do relatório – com elaboração da análise final e seleção de trechos representativos do discurso dos participantes.

O estudo e respeitou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e pela Resolução nº 14.874/2024. A submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi realizada.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 27 adolescentes de escolas rurais, com faixa etária entre dez aos 14 anos de idade. Desses, 15 correspondem ao sexo masculino e 12 ao sexo feminino. Com relação a autodeclaração de raça/cor, oito adolescentes não sabiam, três preferiram não declarar, seis se autodeclararam brancos, uma negra e nove pardos.

A respeito do ano escolar, destacam-se que nove estudantes pertenciam ao 6º ano do ensino fundamental. No que se refere às pessoas que residem no domicílio, este variou de um a seis, sendo mais frequente três pessoas. Quando questionados sobre quais pessoas que residiam com os adolescentes, mais frequentemente relatado foi o pai, mãe e irmãos(as). Quanto aos familiares responsáveis pelos cuidados dos adolescentes, houve destaque para mãe e pai.

A partir da análise das entrevistas emergiu a categoria intitulada: “Demandas de saúde mental de adolescentes de escolas rurais”, descrita a seguir.

Demandas de saúde mental de adolescentes de escolas rurais

A análise das enunciações dos adolescentes evidenciou demandas de saúde mental relacionadas à ansiedade, lesão autoprovocada, suicídio e sofrimento mental devido ao luto. Em relação à ansiedade, identifica-se que os adolescentes apresentam dificuldade de compreensão e nomeação dos sentimentos, ao mesmo tempo que revelam experiências vinculadas a essa temática, descritas pelas manifestações emocionais e físicas associadas a essa condição.

Às vezes dá crises de choro... (A1, 10 anos)

Eu sou meio ansiosa, mas não sei do que eu tenho ansiedade, porque eu nunca percebi que eu tenho ansiedade, mas a minha vó sempre diz “tu és bastante ansiosa.” (A2, 10 anos)

Ansiedade é tipo problemas que você não consegue se segurar, fica meio triste. Sei lá, eu não entendo muito. (A3, 11 anos)

Já me senti ansiosa, me senti meio triste, eu não queria fazer nada, eu queria ficar só trancada no meu quarto, eu não queria falar com ninguém, ninguém podia vir perto de mim que eu não queria, eu chorava a noite inteira, o dia inteiro, no banho, toda hora. (A5, 14 anos)

Já me senti ansioso quando não sabia fazer uma coisa e não fiz. (A7, 11 anos)

A ansiedade, se tu não saber lidar com ela, ela te leva a um ponto extremo que não consegue lidar consigo mesmo. Ela toma conta de você e não é mais você no corpo, quando ela toma conta ela te prejudica bastante, dependendo da ansiedade, depressão, pode perder sua vida por causa dela [...] de uns tempos pra cá, tenho me sentido assim [...] o que me deixou um pouco ansiosa foi que eu perdi meu avô paterno. Como éramos muito próximos, isso me traumatizou um pouco [...] A relação com o meu pai, a minha mãe não ficar muito em casa e entre outras coisas também me deixaram ansiosa, não me deixaram bem. (A22, 14 anos)

Ficar ansioso com algo que vai acontecer ou que você vai fazer. Sim, já fiquei ansiosa com alguma prova, aí eu fiquei nervosa. (A23, 14 anos)

Ansiedade, tipo a pessoa fica ansiosa, pensa demais nos problemas, isso que eu penso. Sim, já me senti assim, inclusive agora pouco estava roendo minhas unhas. Tudo que me acontece de ruim eu já fico aflita, quando gritam comigo, quando não posso ir em tal lugar que eu tanto queria ir. (A24, 14 anos)

Os achados destacam a complexidade da experiência da ansiedade na adolescência, evidenciando a interconexão entre fatores emocionais, sociais e individuais que contribuem para o surgimento e a intensificação dessa condição.

Ademais, a partir das falas dos adolescentes a lesão autoprovocada surge, principalmente, como uma resposta ao sofrimento psicológico, frequentemente desencadeada por sentimentos de ansiedade, estresse e sensação de insuficiência. A autolesão atua como um recurso de enfrentamento da angústia mental, em que a dor física serve para interromper a recorrência de pensamentos dolorosos.

É, uma vez eu fiz (autolesão), faz dois dias. Eu peguei a faca e me cortei bem perto da veia, do braço aqui, tem marca! (A3, 11 anos)

Elas (pessoas que realizam autolesão) devem estar sofrendo, ou passando por alguma coisa. Sim, já senti vontade de fazer isso, mas não cheguei a fazer. (A15, 11 anos)

Como eu já tive ansiedade, eu já me cortei. Você tem que sofrer uma dor para você esquecer aquilo, daí você se machuca. Porque sabe que se machucar, você vai sentir dor e vai parar de pensar naquilo, quando você se corta, se machuca é porque quer fugir do assunto. [...] Quando me cortei eu queria sumir! (A22, 14 anos)

Eu acho que se eu fosse me cortar por algum motivo seria por me sentir insuficiente, por pensar “nossa tenho que me mata porque eu não mereço isso, porque não tenho aquilo” [...] em me machucar de propósito já pensei, tipo bater minha cabeça, alguma coisa assim, mas me cortar nunca pensei. (A24, 14 anos)

Se machucar, morder os dedos. Acontece (autolesão) porque fica um pouco depressivo, nervoso, estressado. Me machuquei já, comecei a morder as pontas dos dedos. (A25, 11 anos)

As enunciações dos adolescentes participantes revelam que a autolesão é um reflexo de questões emocionais complexas, como ansiedade, depressão e uma auto percepção negativa, surgindo como uma tentativa de enfrentamento para a dor emocional, muitas vezes substituindo a angústia psicológica por uma dor física tangível, que momentaneamente parece oferecer alívio.

Quando questionados sobre o suicídio, os adolescentes relataram a presença de pensamentos autodestrutivos, em que expressam o desejo de escapar do sofrimento e uma profunda sensação de desamparo, tanto no contexto familiar quanto no social.

Eu sei o que é, eu já passei por isso! É quando a pessoa quer se matar, que sempre se isola, que não gosta muito de conversar. Às vezes me sinto assim [...] no verão uma vez eu pulei (na piscina) sem a mão no nariz [...] eu sei nadar,

mas eu queria morrer. E outra vez eu peguei uma faca e olhei pra ela (faca), mas daí eu também não tive coragem (A3, 11 anos).

Uma vez meu pai e minha mãe estavam brigando muito e a gente estava andando de carro a noite. Meu pai estava bêbado e a mãe estava dirigindo. Ai eles começaram brigar muito e eu fico com vontade de acabar com aquilo lá, de dar um fim naquilo, porque foi horrível. [...] Eu fiquei muito mal, só queria que acabasse aquilo, só queria morrer. Eu tive medo de acontecer alguma coisa, e minhas irmãs estavam junto, então a gente se abraçou e começou chorar e falamos para eles se acalmarem e não brigar. [...] (A5, 14 anos)

Vontade de morrer uma vez só. Eu acho que por causa da ansiedade, pensei que ninguém gostava de mim, que eu perdi alguém por minha culpa e que me abandonaram por que eu era culpada. Eu perdi várias coisas por que eu fui culpada. Eu me culpei bastante. (A22, 14 anos)

Os adolescentes revelam o sofrimento emocional marcado por temas de isolamento, angústia, autoimagem negativa e pressões contextuais derivadas tanto do ambiente familiar, quanto social.

Dentre os aspectos relacionados ao sofrimento mental entre os adolescentes, as falas de alguns participantes abordaram a profundidade e a complexidade do processo de luto nesta população, revelando a maneira como a perda de entes queridos impacta o desenvolvimento emocional e a construção de mecanismos de enfrentamento.

Meu pai é falecido. Me senti triste quando ele faleceu, hoje em dia isso é ruim (começa a chorar), sinto falta dele! (A7, 11 anos)

Meu pai faleceu há quatro meses...[...] (A11, 14 anos)

Eu era próximo dele (avô paterno), foi ruim a morte dele, me senti triste. Ele morreu antes da covid. Eu tentei superar esquecendo, mas ainda me deixa um pouco triste. (A12, 12 anos)

Eu fui numa psicóloga ano passado por causa da morte da minha avó e da minha bisavó. Foi bem ruim, nós éramos bem próximas! (A15, 11 anos)

[...] Meu irmão faleceu quando eu tinha três anos, meu vínculo era bem forte, e até hoje eu sempre me lembro dele, sinto saudade. Meu pai também faleceu há dois anos, ficou doente, no outro dia ele já foi pro hospital e ele morreu. Lodo depois eu fiz aniversário [...] eu tenho medo é da morte, depois que aconteceu as mortes lá de casa. (A16, 12 anos)

Quando meu avô morreu eu fiquei mal e triste, faz uns seis anos. Para superar fui esquecendo. [...] (A18, 12 anos)

Meu pai morreu em janeiro e minha avó em outubro. Vai fazer um ano que ela faleceu, eu chorei muito quando ela faleceu [...] ainda não superei muito. Quando meu pai faleceu eu quase desmaiei, [...] Eu fiquei praticamente um mês sem vir pra escola quando eles morreram. É triste perder alguém da família! (A21, 13 anos)

Os depoimentos enaltecem que o luto na adolescência é uma experiência multifacetada, com repercussões profundas no desenvolvimento emocional desses indivíduos. A vivência prolongada da dor e o surgimento de novos medos, como o temor de outras perdas iminentes, refletem a complexidade em elaborar mecanismos adaptativos de enfrentamento diante da morte.

As enunciações desvelam ainda situações vivenciadas na escola que prejudicam a socialização, sobretudo, episódios de bullying, os quais estão relacionados a agressões físicas, verbais e psicológicas. A partir dos depoimentos, é possível identificar que os episódios de bullying ocorrem não apenas no ambiente escolar, mas também em contextos familiares.

[...] Ele brigou comigo, uma vez me deu um soco na perna e ficou roxo. Já me chamaram de palito na escola. (A2, 10 anos)

Do meu pai eu sempre estou sofrendo bullying, porque ele me chama de gordo e eu não gosto. Se eu sou gordo ou magro, ele não tem nada o que ver, sou eu, não ele! Uma menina também fez bullying físico comigo, sempre me batia. Dois colegas também, eu os odeio! (A3, 11 anos)

Uma coisa horrível, eu já sofri, eu já fiz e já vivenciei. Horrível, não desejo pra ninguém, foi na escola. Porque como eu estou na puberdade está nascendo espinhas e coisas assim e meu colega começou falar mal de mim, que eu sou feia, que eu sou negra, que meu cabelo é feio e me deixou muito mal. (A5, 14 anos)

O meu colega me chama de "banana que mija na cama. (A10, 10 anos)

Bullying eu acho que é falta de caráter, porque eles não entendem, que o corpo é da pessoa. Eu odeio o racismo! Tem coisas que eu vejo, até mesmo aqui (escola) e na rua assim. (A11, 14 anos)

É que geralmente as pessoas (colegas) brigam comigo (voz chorosa), na aula de educação física, porque geralmente vou no gol, e se eu não ataco o gol elas brigam comigo. Elas me xingam de monte, bocó, eu faço meu melhor, só que pra elas não é nada. (A14, 11 anos)

Já sofri bullying, foi bem ruim. Foi pela forma do meu corpo, porque no passado eu tinha um cabelo bem grande, e daí eu tive que até cortar ele por causa que as pessoas falavam que eu parecia a Rapunzel, eu me sentia bem mal. Eu chorava bastante escondido da minha mãe, mas no dia que eu não aguentei, eu fui lá e contei pra ela. Já

presenciei, as pessoas começaram a criticar o cabelo da minha colega, começaram a chamar de Tarzan. (A15, 11 anos)

Uma menina aqui da escola falou do meu cabelo, eu não levei isso a sério porque eu sabia que isso não fazia sentido, que eu ia me prejudicar mais [...] aqui na escola tinha uma menina e chamavam ela de baleia e eu acho isso errado e ainda que foi meus amigos que falaram isso e eu não apoio isso, posso até perder uma amizade, mas isso não apoio! (A16, 12 anos)

[...] Me batem na sala de aula quando a professora saiu, ficavam me provocando, me apelidando. Eles também me roubam, pegam minhas coisas [...] Me sinto triste, com raiva, mas eu não faço nada, só ignoro, mas enquanto não dá uma resposta, eles continuam. Me sinto péssimo no dia-a-dia. Às vezes começam a me xingar, ficam falando da minha vida, da minha mãe...[...] (A19, 11 anos)

Já sofri bullying por causa da minha aparência na escola...[...] (A24, 14 anos)

Só porque os outros me chamam de “quatro olhos”, me senti um pouco mal, mas ah! Eu nem dou muita bola, deixo passar. (A25, 11 anos)

Ela só fez eu abaixar (as calças) e chamou as pessoas pra ver... (A26, 11 anos)

As falas fornecem uma visão detalhada de como os adolescentes enfrentam o bullying, com diversas formas de agressões, desde físicas até psicológicas. O impacto emocional é significativo, repercutindo em sentimentos de tristeza, raiva, e baixa estima, embora alguns consigam lidar com as agressões de maneira mais passiva.

DISCUSSÃO

A análise temática das enunciações dos adolescentes evidencia a complexidade dos fenômenos que afetam sua saúde mental, entre os quais se destacam a ansiedade, o luto e o bullying. Esses fatores, entrelaçados em um contexto rural muitas vezes marcado por fragilidades estruturais e limitações de acesso a serviços especializados, impactam diretamente o desenvolvimento emocional, social e identitário dos jovens. Tais vivências não apenas revelam vulnerabilidades individuais, mas também indicam uma rede de relações sociais e institucionais que contribuem para a construção — ou desconstrução — da saúde mental na adolescência.

Para os adolescentes participantes desta pesquisa, fatores como perdas significativas, pressão escolar, conflitos familiares e sociais destacam-se como gatilhos para a ansiedade. Dados internacionais também demonstram a magnitude da questão, estudo realizado no México revelou que quase metade dos adolescentes relataram sentimentos frequentes de tristeza, ansiedade e pensamentos negativos². A ansiedade nessa faixa etária está intimamente ligada ao desempenho escolar. Situações como a expectativa antes de uma prova, dificuldades na assimilação de conteúdos e o medo da reprovação intensificam a percepção de incapacidade e frustração, contribuindo para quadros de sofrimento psíquico, ampliando o impacto da ansiedade no ambiente escolar²².

Ainda nesse sentido, pesquisa desenvolvida com adolescentes da zona urbana e rural do México, evidenciou que 47,8% dos entrevistados sentiram-se tristes, nervosos, ansiosos, estressados ou tiveram pensamentos negativos²³. Nesse contexto, é possível observar a vulnerabilidade da população adolescente no que tange ao desenvolvimento de transtornos psicológicos. A nível global, a OMS estima que aproximadamente 14% dos adolescentes enfrentam dificuldades relacionadas à saúde mental²⁴.

Estudo internacional realizado na Índia aponta para taxas mais elevadas de depressão entre adolescentes de zonas rurais (39,3%), enquanto a ansiedade se mostra ligeiramente mais presente em áreas urbanas (50,6%). No entanto, o estresse, frequentemente associado a fatores contextuais e familiares, é mais incidente entre adolescentes rurais, o que sugere uma influência significativa das condições socioeconômicas, da rigidez nas normas familiares e da escassez de suporte psicossocial nesses territórios. Além disso, o estresse foi mais frequentemente relatado por adolescentes rurais (16,6%) do que por seus pares urbanos (14,6%). Tais diferenças podem ser atribuídas a fatores como renda familiar mensal, práticas parentais, pressões acadêmicas e níveis de autoestima, que emergem como determinantes significativos da saúde mental^{24,25}.

Neste estudo, a autolesão foi identificada como estratégia de enfrentamento ao sofrimento emocional, sobretudo em situações de sobrecarga psíquica. Tal comportamento é interpretado, na literatura, como um mecanismo de regulação das emoções negativas, frequentemente relacionado à presença de sintomas depressivos, dificuldades nos relacionamentos e controle emocional parental inadequado. É importante destacar que a automutilação, longe de ser um fenômeno isolado, pode indicar risco aumentado para comportamentos suicidas, funcionando como marcador clínico de gravidade emocional. Estudo evidencia que a motivação predominante para a realização de autolesão é a regulação das emoções negativas, sendo este comportamento um mecanismo para lidar com sentimentos de tristeza e ansiedade. Fatores de risco como sexo feminino, sintomas depressivos, ansiedade, estresse e dificuldades nos relacionamentos interpessoais aumentam a probabilidade desses comportamentos²⁶.

Nesta conjuntura, o presente estudo revela que adolescentes rurais demonstram, ainda, maior vulnerabilidade a formas graves de autolesão, incluindo o uso de armas de fogo, o que pode estar relacionado à maior disponibilidade desses instrumentos e à menor vigilância institucional nessas localidades. Dados de pesquisa com adolescentes gaúchos revelam uma correlação expressiva entre autolesão e ideação suicida: 85% daqueles que se automutilaram referiram pensamentos suicidas, 40% desejaram morrer e 70% efetivaram tentativas de suicídio. Esses achados reforçam a urgência de políticas públicas que garantam atenção contínua à saúde mental de jovens em áreas remotas²⁷⁻²⁸. Tais percentuais sugerem uma relação intrínseca entre a autolesão e a emergência de comportamentos suicidas subsequentes, indicando que, além de ser uma forma de externalizar um sofrimento psíquico profundo, a autolesão pode funcionar como um indicativo precoce da progressão para tentativas de suicídio.

Ressalta-se que os adolescentes deste estudo mencionaram a ocorrência de pensamentos suicidas, nos quais revelam o anseio de escapar do sofrimento e uma sensação de desamparo, manifestada no contexto familiar e social.

O suicídio entre adolescentes é um fenômeno multifatorial, cujo enfrentamento exige ações integradas. No Brasil, entre 2000 e 2015, mais de 11 mil mortes por lesões autoprovocadas foram registradas entre jovens de 10 a 19 anos, com maior incidência entre os de 15 a 19 anos. Esses dados evidenciam a necessidade de intervenções preventivas que se antecipem aos sinais de sofrimento^{29,30}.

A análise das falas dos adolescentes depoentes enfatiza ainda episódios de bullying, frequentemente vivenciado na escola. A violência simbólica, expressa em zombarias, exclusão e apelidos pejorativos, impacta negativamente a autoestima, a motivação e a percepção de pertencimento. Estudo brasileiro evidenciou correlação significativa entre a vitimização por bullying e a ideação suicida entre adolescentes do ensino fundamental e médio. Além disso, pesquisas indicam que o bullying é fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos e queda no rendimento escolar³¹.

No contexto do bullying, a escola enquanto espaço fundamental para o desenvolvimento e socialização de crianças e adolescentes, assume um papel central na formação dos indivíduos em seus aspectos cognitivo, social, emocional e moral. Contudo, é também nesse ambiente que, muitas vezes, se perpetuam práticas negativas, como apelidos, zombarias, preconceito, racismo e desrespeito em geral. Esses comportamentos, comumente associados ao fenômeno do bullying escolar^{32,33}.

Os participantes deste estudo relataram uma gama de repercussões emocionais decorrentes das experiências de bullying, destacando-se a baixa autoestima, sentimentos de tristeza, raiva e vergonha. Esses achados encontram respaldo na literatura, que identifica o bullying como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de tristeza persistente, desmotivação, queda no desempenho acadêmico, conflitos familiares e percepção reduzida de suporte social³⁹. Ademais, estudos indicam uma correlação significativa entre a vivência de bullying na adolescência e o surgimento de sintomatologias depressivas, evidenciando o impacto desse fenômeno no bem-estar psicológico e no desenvolvimento socioemocional³⁴⁻³⁶.

A escola, enquanto espaço formativo e relacional, desempenha um papel crucial como agente de prevenção de tais comportamentos de risco em adolescentes, transformando o desenvolvimento integral dos adolescentes, ao proporcionar um ambiente de acolhimento e orientação, a escola pode fortalecer a autoestima e atuar em prol de estratégias de enfrentamento de problemas, promovendo a resiliência emocional dos estudantes³²⁻³⁴. A escola adquire papel estratégico como agente protetivo, especialmente por meio de programas intersetoriais com destaque para o PSE, considerando que este Programa articula ações entre saúde e educação, promove espaços de escuta, acolhimento e promoção da saúde mental, fundamentais para o enfrentamento dos fatores de risco e para o fortalecimento das redes de cuidado. Deste modo, ações de educação em saúde no ambiente escolar, podem ser consideradas estratégias de promoção da saúde de adolescentes¹⁷.

O luto se configura como outra vivência central nas enunciações dos adolescentes. A perda de entes queridos, quando vivenciada sem suporte emocional adequado, compromete o equilíbrio psíquico e pode desencadear sentimentos de desesperança e isolamento. A literatura aponta que adolescentes enlutados tendem a apresentar menor desempenho acadêmico, aspirações profissionais reduzidas e maior dificuldade em estabelecer vínculos afetivos saudáveis³⁵⁻³⁷. A expressão aberta da dor e a possibilidade de compartilhar o sofrimento, em contextos seguros, são aspectos fundamentais para a elaboração do luto e para o fortalecimento da resiliência. Além disso, observa-se um menor apego aos pares, o que sugere uma diminuição no suporte social e nas interações sociais saudáveis, fatores cruciais para o desenvolvimento emocional e escolar dos adolescentes^{36,37}.

Dessa forma, os achados deste estudo reafirmam a adolescência como uma fase de intensas transformações, em que as vivências emocionais e sociais são determinantes para a construção subjetiva dos indivíduos. Em contextos rurais, marcados por desigualdades estruturais e escassez de serviços especializados, torna-se ainda mais necessário o desenvolvimento de estratégias que promovam o cuidado integral, valorizando o território, a cultura e os vínculos locais.

O fortalecimento da rede intersetorial, o investimento em políticas públicas contínuas e a escuta qualificada são caminhos possíveis para mitigar os efeitos do sofrimento psíquico e promover a saúde mental dos adolescentes em sua integralidade.

Limitações do estudo

Os desafios encontrados para a coleta de dados estavam associados ao tempo de deslocamento a cada escola, o qual correspondia em torno de 50 minutos, assim como as péssimas condições das estradas rurais e as fortes chuvas que atingiram o Rio Grande do Sul, o que prolongou o período da produção de dados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciam que as demandas de saúde de adolescentes de escolas rurais estão fortemente ancoradas na saúde mental, com destaque para manifestações de ansiedade, autolesão, tentativas de suicídio e experiências de bullying. Esses indicadores, por si só alarmantes, tornam-se ainda mais críticos quando associados a vivências de luto, rupturas nos vínculos familiares e dificuldades nas relações escolares.

A adolescência é um período particularmente sensível, marcado por intensos processos de desenvolvimento biopsicossocial. Nesse contexto, a dificuldade dos adolescentes em compreender, nomear e expressar adequadamente suas emoções, somada à carência de estratégias adaptativas de enfrentamento, favorece a emergência de quadros de sofrimento psíquico. Isso se agrava ainda mais em comunidades rurais, onde há escassez de serviços especializados, menor visibilidade das demandas de adolescentes, bem como o forte estigma social em torno das questões de saúde mental.

Sugere-se que as atividades que fomentem o diálogo intergeracional, a escuta acolhedora e a valorização das trajetórias de vida de cada adolescente. Acredita-se que uma abordagem intersetorial, contínua e culturalmente sensível contribui significativamente para a promoção da saúde do adolescente. Recomenda-se ainda, o fortalecimento do vínculo entre adolescente, família e escola a partir do incentivo a participação familiar, por meio de atividades que contribuam para a socialização e dialogicidade. Ademais, sugere-se que as políticas de saúde dialoguem com a sociedade sobre a importância da saúde mental de adolescentes e as estratégias disponíveis para atenção e cuidado dessa população. Por fim, este estudo denota sobre a necessidade de discorrer sobre a saúde mental de adolescentes, de modo transversal, nas consultas de saúde do adolescente e nas práticas de educação em saúde na escola.

REFERÊNCIAS

1. Naveel TH, Gul S, Sadaf F, Bokhari SWA, Afzal S, Mahmood AW. Prevalence and treatment of HIV/AIDS in Pakistani population: A retrospective study. *J Pak Med Assoc.* 2023 [cited 2023 Dec 20]; 73(12):2447-9. DOI: <https://doi.org/10.47391/JPMA.6564>.
2. Kawuki J, Gatasi G, Sserwanja Q, Mukunya D, Musaba MW. Comprehensive knowledge about HIV/AIDS and associated factors among adolescent girls in Rwanda: a nationwide cross-sectional study. *BMC Infect Dis.* 2023 [cited 2023 Dec 20]; 23:382. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08187-y>.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022 [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Global Report shows that the AIDS pandemic could end by 2030 and outlines the path to achieving this goal. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://unaids.org.br/2023/07/relatorio-global-do-unaids-mostra-que-a-pandemia-de-aids-pode-acabar-ate-2030-e-descreve-o-caminho-para-alcancar-esse-objetivo/>.
5. Ministério da Saúde (Br). Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>.
6. Ministerio de Salud (Cl). Instituto de Salud Pública de Chile. Resultados confirmación de infección por VIH. Chile, 2010 - 2022. Chile: Ministerio de Salud; 2023 [cited 2024 Jan 20] Available from: <https://www.ispch.cl/boletin/resultados-confirmacion-de-infeccion-por-vih-chile-20102022/#:~:text=e!%20a%C3%B1o%202010%2C%20hasta%2037,la%20tasa%20del%20a%C3%B1o%202016>.
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. United Nations member states adopt new Political Declaration to tackle inequalities and end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://unaids.org.br/2021/06/estados-membros-das-nacoes-unidas-adoptam-nova-declaracao-politica-para-enfrentar-desigualdades-e-acabar-com-a-aids/>.
8. Organização das Nações Unidas. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. ONU; 2024 [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://unaids.org.br/ods/>.
9. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável: construindo um novo amanhã. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 may 21]. Available from: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/diretrizes-nacionais-do-programa-brasil-saudavel>.

10. Ministerio de Salud (Cl). Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018–2019. Santiago: Ministerio de Salud; 2019 [cited 2025 May 21]. Available from: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.06.12_PLAN-NACIONAL-VIH-SIDA-E-ITS.pdf.
11. Silocchi C, Junges JR, Martino A. Comparative study of innovations on chronic conditions in primary health care in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, and Ferrara, Italy. *Saúde Soc.* 2020 [cited 2024 Feb 05]; 29(1):e190633. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190633>.
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine.* 2014 [cited 2024 Feb 05]; 89(9):1245-51. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011 [cited 2024 Jan 17]; 377(9779):1778–97. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8).
15. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2024 Jan 20]. Available From: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
16. Monteiro SS, Brigueiro M, Vilella WV, Mora C, Parker R. Challenges facing HIV treatment as prevention in Brazil: an analysis drawing on literature on testing. *Ciênc saúde colet.* 2019 [cited 2024 Mar 25]; 24(5):1793-807. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>.
17. Fondo Nacional de Salud. Chile. Fonasa. Chile: Fondo Nacional de Salud. Chile; 2024 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.chileatiende.gob.cl/instituciones/AO004>.
18. Ministerio de Salud (Cl). Orientaciones para la planificación y programación en red 2021. Subsecretaría de redes asistenciales. Chile: Ministerio de Salud; 2021 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://capacitacionesonline.com/wp-content/uploads/2021/05/ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED.pdf>.
19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2024 Fev 19]; 549. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
20. Observatorio Chileno de Salud Pública. Estructura organizacional del sistema de Salud. Chile: Observatorio Chileno de Salud Pública; 2020 [cited 2023 Dec 01]. Available from: <https://www.ochisap.cl/estructura-organizacional-del-snss/>.
21. Bastias G, Valdivia GS. Reforma de salud en Chile; El plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución. Chile: Boletín Escuela de Medicina; 2007 [cited 2024 Mar 10]; 32(2). Available from: https://www.researchgate.net/publication/267222777_REFORMA_DE_SALUD_EN_CHILE_EL_PLAN_AUGE_O_REGIMEN_DE_GARANTIAS_EXPLICITAS_EN_SALUD_GES_SU_ORIGEN_Y_EVOLUCION.
22. Rossi AM, Albanese SPR, Vogler IH, Pieri FM, Lentine EC, Birolim MM et al. HIV Care Continuum from diagnosis in a Counseling and Testing Center. *Rev Bras Enferm.* 2020 [cited 2024 Apr 26]; 73(6):e20190680. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0680>.
23. Martín-Roldán DS, Díaz-Calzadilla P, Soto-Zárate A, Calzadilla-Núñez A, Díaz-Narváez VP. Tendencias de la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Chile, según edad y género 2010-2017. *Rev Salud Pública.* 2023 [cited 2024 Feb 10]; 21(5):506-12. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n5.80949>.
24. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [cited 2024 Jan 05]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao-a-saude/view>.
25. Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO). Recomendações inovadoras da OMS para testagem de HIV buscam ampliar cobertura do tratamento. PAHO: 2019 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/29-11-2019-recomendacoes-inovadoras-da-oms-para-testagem-hiv-buscam-ampliar-cobertura-do>.
26. Rossi AM, Albanese SPR, Kuriaki AT, Birolim MM, Monroe AA, Arcêncio RA, et al. Positividade para HIV e fatores associados em um centro de aconselhamento e testagem. *Cien Cuid Saúde.* 2021 [cited 2024 Apr 10]; 20:e50495. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.50495>.
27. Pinheiro PNC, Kendall BC, Kerr LRFS, Pickett KM, Luna IT, Costa MIF, et al. The south american context of diagnostic disclosure of adolescents infected by HIV/AIDS: a systematic literature review. *Rev Assoc Med Bras.* 2020 [cited 2024 May 25]; 66(8):1139–45. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.8.1139>.
28. Velásquez MR, Meirelles BHS, Suplici SER. Health promotion before the hiv/aids epidemic in primary care in punta arenas. *Texto Contexto Enferm.* 2020 [cited 2024 May 10]; 29:e20190350. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0350>.
29. Araújo WJ, Quirino EMB, Pinho CM, Andrade MS. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. *Rev Bras Enferm.* 2018 [cited 2024 Apr 25]; 71(1):631-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>.
30. Fondo Nacional de Salud. Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita. Chile: Departamento de Estudios y Estadísticas; 2020 [cited 2024 Jan 20]. Available from: https://adjuntos.fonasa.gob.cl/sites/adjuntos/adjuntos/Informe_caracterizacion_poblacion_asegurada.
31. Souza HC, Mota MR, Alves AR, Lima FD, Chaves SN, Dantas RAE, et al. Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm.* 2019 [cited 2024 Feb 24]; 72(5):1295-303. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115>.
32. Zitko P, Hojman M, Sabato S, Parenti P, Cuini R, Calanni L, et al. Antiretroviral therapy use in selected countries in Latin America during 2013–2017: results from the Latin American Workshop in HIV Study Group. *Int J Infect Dis.* 2021 [cited 2024 Apr 17]; 113:288-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.09.047>.

33. Bahia MF, Araujo AJ, Martins G, Rebouças M, Góis JA, Murta S, et al. Efetividade do esquema de primeira linha baseado em dolutegravir: dados de vida real do centro de referência de salvador, brasil no período de 2017 a 2020. *Braz J Infect Dis*. 2022 [cited 2024 May 12]; 26(102124). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102124>.
34. Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO). OMS lança relatório de 2021 sobre resistência a medicamentos para HIV. Washington: PAHO; 2021 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/24-11-2021-oms-lanca-relatorio-2021-sobre-resistencia-medicamentos-para-hiv>.
35. Alves AM, Santos AC, Kumow A, Sato APS, Helena ETS, Nemes MIB. Beyond access to medication: the role of SUS and the characteristics of HIV care in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2023 [cited 2024 Apr 07]; 57:26. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004476>.
36. Ministério da Saúde (Br). Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2024 Jan 05]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2019>.

Contribuições dos autores

Concepção, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. e Z.L.T.; metodologia, F.F.S., A.S. e L.M.H.; validação, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. e Z.L.T.; análise formal, F.F.S., A.S. e L.M.H.; curadoria de dados, F.F.S., A.S. e L.M.H.; redação, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. e Z.L.T.; revisão e edição, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. e Z.L.T.; visualização, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. e Z.L.T.; supervisão, A.S. e L.M.H.; administração do projeto, A.S. e L.M.H. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão submetida do manuscrito.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

Os autores declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito "*Saúde mental e cuidado de adolescentes que estudam em escolas rurais*".