







Análise da saúde emocional de adolescentes escolares

Analysis of the emotional health of school adolescents

Como citar este artigo:

Félix IRS, Ribeiro AJS, Campos DS, Souza ARL, Morais MS, Santos Junior DF, et al. Analysis of the emotional health of school adolescents. Rev Rene. 2024;25:e93121. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20242593121>

-  Izabella Rodrigues da Silva Félix¹
-  Ana Julya Santos Ribeiro¹
-  Debora da Silva Campos¹
-  Amanda Ribeiro Lopes de Souza¹
-  Mariany Santos Morais¹
-  Darci Francisco dos Santos Junior¹
-  Marina Noll Bittencourt¹

¹Universidade Federal de Mato Grosso.
Cuiabá, MT, Brasil.

Autor correspondente:

Darci Francisco dos Santos Junior
Segunda Avenida, Universidade, 995,
CEP: 68903-415, Macapá, AP, Brasil.
E-mail: darcijr.contato@gmail.com

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

RESUMO

Objetivo: analisar a saúde emocional de adolescentes escolares. **Métodos:** estudo misto paralelo incrustado concomitantemente de modelo dominante com ênfase quantitativa, realizado em uma escola pública de referência, com uma amostra de conveniência de 55 adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos. Os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva, e os qualitativos por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** encontrou-se que 80% dos adolescentes se dizem ansiosos, 47,2% são tristes e 32,7% já se automutilaram ou tentaram suicídio, e as falas colocam a tristeza devido à história de vida, ao medo de rejeição e à baixa autoestima; e 70,9% se sentiam sozinhos e relataram que humor depressivo os levava ao isolamento. **Conclusão:** é perceptível a tristeza pela história de vida, medo de rejeição e a baixa autoestima, problemas com sono devido à ansiedade, solidão pelo medo de sofrer *bullying*, pela dificuldade de se fazer compreender e pelos sintomas depressivos. **Contribuições para a prática:** esse estudo possibilitou o levantamento de necessidades e determinantes sociais de saúde mental importantes de serem trabalhados na prática de promoção da saúde mental do enfermeiro.

Descritores: Saúde Mental; Adolescente; Comportamento do Adolescente; Serviços de Saúde Mental Escolar.

ABSTRACT

Objective: to analyze the emotional health of school adolescents. **Methods:** a parallel mixed study embedded concomitantly in a dominant model with a quantitative emphasis, carried out in a public school of reference, with a convenience sample of 55 adolescents aged between 13 and 19. The quantitative data was analyzed descriptively, and the qualitative data was analyzed through content analysis. **Results:** it was found that 80% of the adolescents said they were anxious, 47.2% were sad, and 32.7% had already self-harmed or attempted suicide. They said their sadness was due to their life story, fear of rejection, and low self-esteem, and 70.9% felt lonely and reported that their depressed mood led them to isolate themselves. **Conclusion:** sadness due to life history, fear of rejection and low self-esteem, sleep problems due to anxiety, loneliness due to fear of being bullied, difficulty in making themselves understood, and depressive symptoms are noticeable. **Contributions to practice:** this study made it possible to identify the needs and social determinants of mental health that are important to work on in nurses' mental health promotion practice.

Descriptors: Mental Health; Adolescent; Adolescent Behavior; School Mental Health Services.

Introdução

A saúde mental é um estado de bem-estar, em que o indivíduo consegue desenvolver suas habilidades pessoais, conseguir lidar com as adversidades e mudanças do dia a dia, ser produtivo e participar ativamente na sociedade⁽¹⁾. Entretanto, o desequilíbrio emocional, principalmente na adolescência, colabora para o aparecimento de doenças mentais, como a depressão, a qual interfere diretamente no comportamento, no rendimento escolar e nas relações interpessoais dos adolescentes, afetando significativamente a qualidade de vida do indivíduo⁽²⁾.

Logo, nota-se que a fase da adolescência é um período de diversas mudanças físicas, emocionais e sociais, que impactam na relação que este tem com o mundo e na maneira como lida com os conflitos pessoais, questionamentos sobre a vida e sobre sua identidade. Assim, é de suma importância que haja um reconhecimento precoce de sintomas psicopatológicos apresentados por crianças e adolescentes, incluindo comportamentos de risco como o uso nocivo de álcool e/ou drogas⁽³⁾.

Com isso, a ideia de promoção em saúde durante a adolescência é apresentada de maneira positiva e vantajosa. O aperfeiçoamento de políticas públicas e a construção de estratégias voltadas para a promoção nessa população podem prevenir agravos e disfunções sociais na vida adulta, com discussões e repercussões importantes, principalmente no que se refere à saúde mental. Observa-se um aumento, em âmbito mundial, de sintomas psicológicos e comportamentos de risco nos adolescentes⁽⁴⁾.

Dentre os principais agravos psicossociais destacam-se os transtornos mentais, prevalecendo nesta população: a ansiedade, que interfere diretamente no desenvolvimento psicoafetivo e emocional; e a depressão, a maior causadora de incapacidades nessa fase, sendo os transtornos mentais os responsáveis por 16% das causas de lesões e doenças em adoles-

centes no mundo, precocemente observadas com início aos 14 anos, mas não são detectadas ou tratadas adequadamente⁽⁵⁾. Já os sintomas psicopatológicos que possuem maior recorrência em adolescentes são a irritabilidade, raiva excessiva, explosões emocionais, que possuem correlação com sintomas psicossomáticos como dor de cabeça, dor de estômago e náuseas⁽⁶⁾.

Dessa maneira, dentre os achados em escala nacional, identifica-se que a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil se apresenta com tendência de crescimento entre a faixa etária de 10 a 14 anos de 2011 a 2020. Além disso, tem oscilação nas taxas de óbitos por suicídio entre as regiões do Brasil, no entanto, a região Centro-Oeste apresenta-se em segundo lugar com a maior taxa⁽⁷⁾. Ademais, a violência autoprovoçada por adolescentes também se apresenta com aumento na escala nacional, retratada como os fatores de risco à presença de transtornos mentais como a depressão, a ansiedade, o uso de álcool e outras drogas, como também a violência e a dificuldade de lidar com as emoções⁽⁸⁾.

Desse modo, sabe-se que a escola é uma importante precursora no desenvolvimento social dos adolescentes^(3,8). A interação entre escola e família promove o fortalecimento emocional do adolescente, além de proporcionar um acolhimento e escuta qualificada, viabilizando a redução dos riscos de desenvolvimento dos transtornos psicossociais e promovendo a quebra dos paradigmas com relação à saúde mental^(3,9).

Com esse reconhecimento inicial, poderemos refletir sobre possíveis estratégias de redução dos danos causados por graves psicossociais, minimizar o sofrimento das famílias e tornar os profissionais de saúde e educação mais vigilantes aos possíveis sinais de risco. Esse esforço é fundamental para a promoção da saúde mental, permitindo a identificação precoce de jovens com risco de desenvolver transtornos mentais ou de recorrer ao uso abusivo de álcool e/ou drogas. Frente ao exposto, objetivou-se analisar a saúde emocional de adolescentes escolares.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo misto paralelo incrustado concomitantemente de modelo dominante com ênfase quantitativa⁽¹⁰⁾. No final da pesquisa, os resultados quantitativos e qualitativos são combinados para identificar pontos em comum e/ou divergências entre eles. Para isso, realizou-se um estudo transversal quantitativo e uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. Com isso, a utilização do método misto é justificada pela oportunidade de obter uma compreensão mais aprofundada e minuciosa do objeto de estudo, ao integrar as abordagens quantitativa e qualitativa⁽¹¹⁾.

Assim, foram abordados dados quantitativos, números, porcentagem e valores, assim como dados qualitativos, que consideram as falas e conteúdos trazidos nas falas dos adolescentes na entrevista. Para garantir a precisão e confiabilidade do estudo, foram empregados o instrumento *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) foi utilizado para avaliar e relatar adequadamente os estudos quantitativos, enquanto o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foi aplicado para os estudos qualitativos. Além disso, para os estudos que utilizaram uma abordagem mista, foram adotadas as recomendações do *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) para assegurar a validade metodológica. Essas diretrizes, juntamente com as recomendações da Rede Equator, foram seguidas para garantir um alto nível de rigor metodológico em todas as etapas do estudo.

Local do estudo

O presente estudo foi realizado em uma escola pública de ensino médio da capital do Mato Grosso, Cuiabá, e a escolha da escola se deu pelo fato de ser referência por ser escola integral, com horário estendido e atividade extracurricular. A coleta de dados deste estudo ocorreu entre outubro e dezembro de 2021.

População e amostra

A escola selecionada tinha 283 alunos matriculados em 2021. Para calcular o tamanho amostral, foi considerado um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, chegando à necessidade de uma amostra de 164 alunos. Porém, considerando o período da pandemia, a dificuldade de retorno dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados pelos responsáveis, e a instabilidade da internet para a realização das entrevistas online, pois a maioria participava pelo celular, a amostra final de conveniência foi de 55 alunos.

Critério de seleção

Foram incluídos os alunos que tinham de 12 a 18 anos, que estivessem regularmente matriculados na escola, e estiveram presentes no dia em que os pesquisadores foram à escola realizar o convite para a participação do estudo.

Coleta de dados

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados concomitantemente. A coleta de dados deste estudo ocorreu de forma presencial e *online* para ser possível abranger mais participantes. No meio presencial, foi disponibilizada uma sala privativa para a realização das entrevistas, e a equipe responsável pelas coletas efetivou a entrega dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para os adolescentes maiores de idade e para os que fossem menores de 18 anos, foi necessário a assinatura dos responsáveis.

Outro meio para aplicação das entrevistas aconteceu de forma *online*, devido à crise sanitária mundial da COVID-19, por meio do contato de *WhatsApp* indicando informações sobre o encontro, com o *link* para o acesso na sala do *Google Meets*. As entrevistas foram gravadas, através de um aplicativo de gravador de voz instalado em um smartphone, com duração de aproximadamente 1 hora. Mais adiante foram transcritas pelo pesquisador, com auxílio do *software WebCap*.

tioner, e integrantes do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM), uma vez que, para assegurar a descrição dos entrevistados, estes foram codificados numericamente.

Para coleta de dados, foi empregado o instrumento de investigação internacional *Youth Self-Report* (YSR) para coletar as informações a partir da perspectiva do próprio adolescente de 11 a 18 anos. Esse instrumento é um aprimoramento do *Child Behavior Checklist* (CBCL), e sua linguagem é de fácil entendimento, coerente com a compreensão do público-alvo. As questões possuem alternativas simplificadas, com itens 0 a 2 (nunca, algumas vezes e sempre). O instrumento envolve itens acerca das competências, atividades, interesse e interação social do adolescente, e itens sobre questões comportamentais, como: ansiedade, depressão, sintomas somáticos, comportamento de agressividade e impulsividade, autoestima, problemas de atenção, problema do pensamento, comportamentos delinquentes, violação de regras, e problemas de sociabilidade⁽¹²⁾.

Variáveis do estudo

Para este estudo, foram avaliados os itens relacionados às questões comportamentais do instrumento, divididos em categorias chamadas de síndromes no *Youth Self-Report*. Para a categoria Ansiedade/depressão, os itens: Sou infeliz, triste ou deprimido?; Sou apreensivo, aflito ou ansioso demais?; Tento me machucar de propósito?; Penso em me matar?; Já tentei me matar?; Para a categoria Queixas Somáticas, o item: Tenho problemas com o sono?; Para a categoria Problemas de sociabilidade, o item: Se sente sozinho?; Para a categoria Retraimento/depressão, o item: Prefiro ficar sozinho do que na companhia dos outros?.

Tratamento e análise dos dados

Em relação aos dados quantitativos, o *Google Forms* — utilizado para a coleta de dados — gerou uma planilha no Excel com os dados coletados, que

foram analisados por meio do software SPSS, versão 22.0, sendo calculadas as porcentagens de respostas aos itens selecionados do instrumento.

Em relação aos dados qualitativos, quando os adolescentes respondiam positivamente aos itens das categorias já supracitadas, o pesquisador indagava “Me fale mais sobre isso?”, sendo assim, essas falas analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo⁽¹³⁾, na qual as temáticas foram orientadas pelos sintomas psicopatológicos selecionados.

Os dados quantitativos e qualitativos foram combinados por meio de um processo de união que ocorre convergentemente durante a coleta, análise e discussão. Isso envolve constantemente comparar, confrontar e/ou corroborar os achados. Para facilitar essa integração, utilizou-se a estratégia de apresentação conjunta dos resultados, chamada de *joint display*, a qual é uma maneira visual de ilustrar e organizar dados de integração da pesquisa qualitativa e quantitativa⁽¹⁴⁾.

Além disso, com o intuito de manter o anonimato, os depoentes foram codificados seguindo a ordem de participação na pesquisa.

Aspectos éticos

No decorrer da pesquisa, foram mantidos os princípios da confidencialidade, anonimato, não maleficência, sem exposição dos participantes da pesquisa a riscos à saúde, segundo a resolução n.º 466/2012, e os participantes tiveram a liberdade de participar ou não da pesquisa, podendo retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e obtinham o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Área da Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso com número 4.466.951/2020 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 38241420.4.0000.8124.

Resultados

Este estudo teve uma amostra de 55 participantes, sendo a maioria do sexo feminino (61,8%) e a maior parte com 16 anos (25,5%). Em relação ao tratamento psiquiátrico, 41,8% dos adolescentes responderam que algum familiar o fazia, e 40% responderam que algum familiar fazia uso abusivo de substâncias psicoativas. Além disso, 38,2% dos adolescentes consumiam bebidas alcoólicas com frequência de uma a duas vezes por mês.

A Figura 1 apresenta alguns itens da escala em que mais da metade dos adolescentes apresentou res-

postas positivas, e itens que representam sintomas que necessitam atenção e acompanhamento por especialistas. Os itens relacionados a sintomas de Ansiedade/Depressão envolvem falas de tristeza devido à história de vida, ao medo de rejeição e à baixa autoestima; o item relacionado a Queixas somáticas tem falas que apontam a insônia causada pela ansiedade; o item que representa os Problemas de sociabilidade, evidencia o medo de sofrer *bullying* e a dificuldade de se fazer compreender como fatores que levam à solidão/isolamento; e o item relacionado ao Retraimento/Depressão apresenta o humor depressivo como o gerador do isolamento.

Itens*	Ocorrência (%)	Discursos dos adolescentes
Tenho problemas com o sono?	Às vezes: 23,6 Sempre: 40	<i>Quando eu estou ansiosa tenho insônia... Dependendo da minha ansiedade, ultimamente estou dormindo às 20h, mas quando estou com ansiedade durmo 2h da manhã para acordar 3:30h da manhã (A2). De vez em quando, porque tem vezes que fico até 3-4 horas da manhã acordada e de manhã eu durmo o dia todo... é por tristeza ou preocupação (A4).</i>
Sou infeliz, triste ou deprimido?	Às vezes: 32,7; Sempre: 14,5	<i>Sinto-me muito deprimida e infeliz por conta da minha história (A2).</i>
Prefiro ficar sozinho do que na companhia dos outros?	Às vezes: 47,2; Sempre: 20	<i>Sinto-me bastante sozinho, mesmo estando com meus amigos, quando estou com eles, fico feliz, mas do nada fico triste e começo a ficar nos cantos, isso é do nada... (A3).</i>
Sou apreensivo, aflito ou ansioso demais?	Às vezes: 34,5; Sempre: 45,5	<i>Prefiro ficar sozinho do que na companhia de outras pessoas... choro muito por conta da ansiedade... não me sinto bem comigo mesma, às vezes são coisas que as pessoas falam que ficam na minha cabeça, aí eu penso demais sobre isso e acabo chorando muito (A4).</i>
Penso em me matar?	Às vezes: 25,4; Sempre: 9,1	<i>Já pensei em me matar..., tenho medo, muito medo de altura, medo de me matar no alto e não conseguir me matar, e então, aí penso no remédio, mas acho que não vai funcionar, porque acredito que remédio não funciona, aí fico tipo pensando muito sobre isso... Eu ficava pensando nessas coisas para chamar atenção do meu namorado, com medo dele ir embora e achar alguém melhor... (A1).</i>
Já tentou se machucar de propósito ou se matar?	Às vezes: 25,4; Sempre: 7,3	<i>Sim, eu já tentei e tento, para aliviar a dor... é a dor daqueles meus pensamentos... eu acho que eu tirando a minha própria vida vai aliviar a dor das outras pessoas e também a minha dor... que é como um peso (A3). No enterro do meu pai tentei me matar, mas não consegui porque fui literalmente drogada para não tentar fazer alguma coisa e bom, hoje em dia ainda me corto, choro ainda por ele, quando acontece alguma coisa que me lembra, tento me matar..., eu me machuco regularmente por conta da morte do meu pai e por conta do bullying, já tentei me jogar na frente do carro (A2). Já tentei me machucar, fazia isso escondida no meu quarto..., os cortes, há um ano que eu não faço isso..., corto-me para trazer alívio, às vezes mordo o lábio para não fazer essas coisas... (A1).</i>
Se sente sozinho?	Às vezes: 49,1; Sempre: 21,8	<i>Sinto-me sozinha praticamente sempre... Sofri muito bullying, eu era muito excluída das coisas, é a primeira vez que consigo manter essa relação com algumas pessoas da minha sala sem brigar, ou sofrer bullying nem nada, que não seja uma brincadeira sabe... machucava muito o que as pessoas falavam para mim..., eu lembro das coisas ruins que já fizeram comigo, que já tacaram pedra em mim porque achavam que eu era feia... tenho a sensação que vai acontecer tudo isso de novo e, como tenho medo disso, evito ficar perto das pessoas..., Fico muito aflita quando está chegando perto da data do dia que meu pai morreu, choro demais, desmaio, tenho crises, tenho pânico, tudo gerava ataque em mim, tenho raiva ao mesmo tempo, só quero gritar (A2). Às vezes... senti-me sozinha na pandemia... é que de vez em quando é saudade, solidão, falta de carinho, sempre me senti sozinha... sinto-me sozinha quando estou com alguém mas consigo compartilhar, só que sinto que não consigo expressar tudo o que quero (A1).</i>

*Com alto índice de respostas positivas e que necessitam de atenção e acompanhamento de especialistas

Figura 1 – Relação de Itens, Ocorrências e Discursos de adolescentes. Cuiabá, MT, Brasil, 2023

Discussão

Como observado neste estudo, a insônia se enquadra como uma queixa somática da ansiedade. Evidenciou-se num estudo longitudinal realizado com quase 7.000 adolescentes chineses, que a principal causa para o desenvolvimento de problemas no sono é o estresse da vida como: reprovação em testes, acidentes, e conflitos com colegas e/ou pais, comparando ainda com este causador, a ansiedade/depressão. Tais fatores, prospectivamente relacionados, acabam sendo mediadores um dos outros, apontando que quando a ansiedade/depressão aumenta devido ao estresse de vida, há um aumento da insônia e vice-versa⁽¹⁵⁾. Dessa forma, é levantada a necessidade de, ao avaliarmos e intervirmos com os adolescentes na escola, atentarmos para a saúde mental e para o sono, intrinsecamente relacionados⁽¹⁶⁾. Nessa perspectiva, a enfermagem tem um papel essencial nesse processo, ao compor a equipe de Saúde na Escola, e pode atuar com estratégias de promoção à saúde que respondam a essas demandas⁽¹⁷⁾.

Outro sintoma importante que este estudo apontou foi que a tristeza dos adolescentes estava relacionada à história de vida destes. Assim, as situações de vida que geram vulnerabilidades sociais, como violência e pobreza, associam-se ao estresse precoce, e aumentam o risco no desenvolvimento de transtornos depressivos maiores, que se manifestam antes dos 18 anos⁽¹⁸⁾. Concomitante a isso, evidências apontam que os maus tratos sofridos na infância são potencializadores para o desenvolvimento da depressão na fase adulta, condição na qual se vincularia a estresses agudos durante a vida, corroborando para o início do transtorno⁽¹⁹⁾.

Paralelamente a isto, foi evidenciado o medo de rejeição e a baixa autoestima relacionados aos sintomas de ansiedade e depressão, e percebe-se que esses sintomas se entrelaçam enquanto os adolescentes, no seu período transicional, são expostos a condições que favorecem a percepção negativa de si e do outro. A literatura evidencia que o sentimento de rejeição e

solidão contribuem para a baixa autoestima, que se constitui como fator causal para o surgimento da depressão no início da adolescência⁽²⁰⁾. Observa-se que a necessidade de pertencimento é um fator importante nas relações sociais, uma vez que a autoestima possibilita a percepção de como as pessoas lidam com a rejeição e aceitação, implicando expectativas frustradas, corroborando a clarificação/concretização da baixa autoestima⁽²¹⁾.

Ainda, conforme os dados do estudo, os problemas de sociabilidade e retraimento/depressão podem ser observados no cotidiano de adolescentes que vivenciaram o *bullying*. Autores apontam o *bullying* como uma violência causadora de impactos psicossociais prejudiciais à vida do adolescente que podem perdurar até a vida adulta; quando não identificados implicam em comportamentos agressivos, atos de violência, consumo de substâncias psicoativas, comportamentos delinquentes e de risco, interferindo diretamente nas relações sociais e emocionais, assim como problemas interpessoais de autoconfiança, autoimagem e autopercepção⁽²²⁻²³⁾.

Paralelamente a isto, sabe-se ainda que a adolescência é uma fase caracterizada por múltiplas mudanças, especialmente o início, em que mudanças biológicas, psicológicas, sociais e educacionais estão ocorrendo. A avaliação do estado emocional desses adolescentes, especialmente os que se encontram em maior vulnerabilidade, possibilita a descoberta de sinais que podem ser preditivos de sofrimento emocional, como: baixa sensação de bem-estar e problemas com a autoestima, além de associar a história de vida, a baixa autoestima, e o medo de rejeição como geradores de ansiedade e depressão, implicando queixas somáticas como insônia e evidenciando o *bullying* como propulsor para problemas de sociabilidade e retraimento dos adolescentes⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Desta forma, este estudo possui limitações, já que não alcançou o cálculo amostral para fortalecimento dos dados quantitativos, sendo representado por uma amostra de conveniência. A saturação dos dados foi alcançada na fase quantitativa, ressaltando que

se trata de um estudo em que houve o fornecimento de dados à escola para que pudessem realizar e informar atividades de promoção da saúde mental desses adolescentes na escola. Levou-se, assim, à construção de três cartilhas cuidativo-educacionais em parceria com alunos e professores.

Limitações do estudo

Este estudo possui limitações por ser realizado com uma amostra representativa de uma escola, impossibilitando que os dados sejam generalizados, além disso, por se tratar de uma área ainda pouco explorada na literatura brasileira, houve uma limitação da discussão com dados provenientes da realidade brasileira e local.

Contribuições para a prática

Em relação às contribuições para a prática de Enfermagem, esse estudo possibilitou o levantamento de necessidades e determinantes sociais de saúde mental importantes de serem trabalhados na prática de promoção da saúde mental do enfermeiro que compõe os serviços da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente a atenção primária. Permitirão que o enfermeiro, com o apoio de outros profissionais e professoras, desenvolva estratégias informadas por evidências, contribuindo para a recém-aprovada Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.

Além disso, o trabalho permite ressaltar a importância de estratégias que busquem contemplar o contexto biopsicosocioespiritual do adolescente. A inter-relação da escola com a família e com a rede de saúde e os profissionais que a compõem precisam ser norteados por uma perspectiva holística sobre este jovem e para os possíveis sinais de risco que ele apresenta. Possibilitar-se-á, assim, a diminuição dos agravos psicossociais associados, fortalecendo os vínculos e promovendo a saúde mental desses jovens.

Conclusão

Os dados apontaram que a maioria dos alunos tinha sintomas de ansiedade, tristeza, preferência ficar sozinho e se sentia sozinho, sendo que 32,7% já haviam se automutilado ou tiveram uma tentativa de suicídio. Ademais, nas falas, é perceptível que os adolescentes relataram tristeza pela história de vida, medo de rejeição e baixa autoestima, problemas com sono devido à ansiedade, solidão pelo medo de sofrer *bullying*, pela dificuldade de se fazer compreender e devido aos sintomas depressivos.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Félix IRS, Ribeiro AJS, Campos DS, Bittencourt MN. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, Aprovação final da versão a ser publicada e Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito: Félix IRS, Ribeiro AJS, Campos DS, Souza ARL, Morais MS, Santos Junior DF, Bittencourt MN.

Referências

1. World Health Organization. Mental health [Internet]. 2022 [cited Feb 12, 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
2. Oliveira WAD, Silva JLD, Andrade ALM, Micheli DD, Carlos DM, Silva MAI. Adolescents' health in times of COVID-19: a scoping review. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):e00150020. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150020>
3. Bittencourt MN, Moreira RP, Júnior DFS, Freitas BHBM, Rezio LA, Marcon SR, et al. Psychopathological symptoms in schoolchildren: Analysis in a sample from a state in the Brazilian Amazon. *J Pediatr Nurs*. 2021;1(21):96-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.026>
4. Souza TT, Almeida AC, Fernandes ADSA, Cid MFB. Adolescent mental health promotion in Latin American countries: an integrative literature

- review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(7):2575-2586. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021267.07242021>
5. World Health Organization. Mental health of adolescents [Internet]. 2021 [cited Feb 12, 2024]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
 6. Tardivo LSLPC, Rosa HR, Ferreira LS, Chaves G, Pinto Júnior AA. Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. *Bol Acad Paul Psicol* [Internet]. 2019 [cited Feb 12, 2024];39(97):159-69. Available from: <http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/bapp/v39n97/a02v39n97.pdf>
 7. Soares FC, Stahnke DN, Levandowski ML. Trends in suicide rates in Brazil from 2011 to 2020: special focus on the COVID-19 pandemic. *Rev Panam Salud Publica*. 2022:e212-e212. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.212>
 8. Brito FAM, Moroskoski M, Shibukawa BMC, Oliveira RR, Higarashi IH. Self-inflicted violence in adolescents in Brazil, according to the means used. *Cogitare Enferm*. 2021;26:e76261. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.76261>
 9. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Saúde mental de adolescentes [Internet]. 2021 [cited Feb 5, 2024] Available from: <https://www.unicef.org/brazil/saude-mental-de-adolescentes>
 10. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MDPB. *Metodologia de pesquisa*. Porto Alegre: Penso; 2017.
 11. Creswell JW, Creswell JD. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Penso; 2021.
 12. Bordin IA, Rocha MM, Paula CS, Teixeira MCTV, Achenbach TM, Rescorla LA et al. Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(1):13-28. doi: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100004>
 13. Sousa JR, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesqu Debate Educ*. 2020;10(2):1396-41. doi: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>
 14. Fetters MD, Guetterman TC. Development of a joint display as a mixed analysis. In: Onwuegbuzie AJ, Johnson RB. *The Routledge reviewer's guide to mixed methods analysis*. New York: Routledge; 2021. p. 259-76.
 15. Yang Y, Liu X, Liu ZZ, Tein JY, Jia CX. Life stress, insomnia, and anxiety/depressive symptoms in adolescents: a three-wave longitudinal study. *J Affect Disord*. 2023;1(322):91-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.002>
 16. Vieira FHM, Alexandre HP, Campos VA, Leite MTS. Impactos do bullying na saúde mental do adolescente. *Ciênc ET Praxis* [Internet]. 2020 [cited Mar 20, 2024];13(25):91-104. Available from: <https://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/4354>
 17. Carvalho KN, Zanin L, Flório FM. Percepção de escolares e enfermeiros quanto às práticas educativas do programa saúde na escola. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2325. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2325](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2325)
 18. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: exposure to early life stress and risk for depression in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(7):842-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.011>
 19. Rousson AN, Fleming CB, Herrenkohl TI. Childhood maltreatment and later stressful life events as predictors of depression: a test of the stress sensitization hypothesis. *Psychol Violence*. 2020;10(5):493-500. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/vio0000303>
 20. Santos-Vitti L, Faro A, Baptista MN. Fatores de risco e proteção e sintomas de depressão na adolescência. *Psico* [Internet]. 2020 [cited Mar 20, 2024];51(4):e34353. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/34353>
 21. Zhou J, Li X, Tian L, Huebner ES. Longitudinal association between low self-esteem and depression in early adolescents: the role of rejection sensitivity and loneliness. *Psychol Psychother*. 2020;93(1):54-71. doi: <https://doi.org/10.1111/papt.12207>

22. Kallman J, Han J, Vanderbilt DL. What is bullying?. *Clin Integr Care*. 2021;5:100046. doi: <https://doi.org/10.1016/j.intcar.2021.100046>
23. Manguiera LFB, Negreiros RAM, Diniz MFFM, Sousa JK. Saúde mental das crianças e adolescentes em tempos de pandemia: uma revisão narrativa. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2020;12(11):e4919. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4919.2020>
24. Silva DS, Schröder NT, Gedrat DC. Promotion of mental health: care for adolescents with depressive symptoms in a school clinic. *Res Soc Dev*. 2022;11(2):e50811225980. doi: <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25980>
25. Katsantonis I, McLellan R, Marquez J. Development of subjective well-being and its relationship with self-esteem in early adolescence. *Br J Dev Psychol*. 2023;41(2):157-71. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/bjdp.12436>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons