



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS  
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**GIOVANA LAYZE PEREIRA ARAÚJO**

**A “DROGADIÇÃO” COMO DETERMINANTE NA MORTALIDADE POR SUICÍDIO  
DE JOVENS BRASILEIROS: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DO SERVIÇO  
SOCIAL**

**MIRACEMA DO TOCANTINS, TO**

**2025**

**Giovana Layze Pereira Araújo**

**A “drogadição” como determinante na mortalidade por suicídio de jovens  
brasileiros: uma análise sob a perspectiva do serviço social**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema do Tocantins para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof. MSC. Janaína Augusta Neves de Souza

Miracema do Tocantins, TO

2025

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- A663" Araújo, Giovana Layze Pereira.  
A "drogadição" como determinante na mortalidade por suicídio de jovens brasileiros: uma análise sob a perspectiva do serviço social. / Giovana Layze Pereira Araújo. – Miracema, TO, 2026.  
60 f.
- Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins –  
Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2026.  
Orientadora : Janaína Augusta Neves de Souza
1. Drogadição. 2. Saúde mental. 3. Juventude. 4. Suicídio. I. Título
- CDD 360**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

GIOVANA LAYZE PEREIRA ARAÚJO

A “DROGADIÇÃO” COMO DETERMINANTE NA MORTALIDADE POR SUICÍDIO DE JOVENS BRASILEIROS: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL.

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema do Tocantins, Curso de Serviço Social foi avaliado para a obtenção do título de Bacharelado e aprovado em sua forma final pelo Orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof. MSC. Janaína Augusta Neves de Souza, Orientadora, UFT

---

Prof. MSC. Maryvalda Melo Santos Costa, Examinadora, UFT

---

Assistente Social Diana Coelho Silva, Examinadora, CRAS

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a mim mesma, pela disciplina, pela persistência e pela coragem de seguir esta trajetória acadêmica, mesmo diante de desafios e momentos de dúvida. Cada obstáculo superado foi uma oportunidade de aprendizado, cada dificuldade enfrentada fortaleceu minha determinação, e cada conquista me lembrou do valor do esforço contínuo.

Gratidão ao universo, que de maneiras sutis e inesperadas, conspirou para que eu pudesse seguir adiante, abrindo caminhos e proporcionando oportunidades que muitas vezes eu sequer percebia.

Manifesto minha sincera gratidão a todos os docentes que integraram esta trajetória formativa. As orientações, o compartilhamento de saberes, as contribuições críticas e as palavras de incentivo ao longo do percurso foram fundamentais para o meu desenvolvimento acadêmico, pessoal e profissional. Agradeço ainda à instituição e a todos os colaboradores que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação. Cada aula, cada debate, cada troca de experiências foi uma peça importante na construção deste aprendizado.

Por fim, registro, mais uma vez, a gratidão por mim mesma por não desistir, por manter a firmeza e a determinação até o final desta caminhada. Que este trabalho seja não apenas uma conquista pessoal, mas também um lembrete do quanto a persistência, a disciplina, a constância, podem transformar esforços em realizações.

## RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), analisa o fenômeno da drogadição por uso de substâncias psicoativas e como determinante na mortalidade por suicídio entre jovens brasileiros, sob a perspectiva do serviço social com enfoque na juventude em situação de vulnerabilidade social. A pesquisa tem como objetivo analisar a drogadição por uso de substâncias psicoativas como fator agravamento da saúde mental e determinante na incidência de suicídio entre jovens em situação de vulnerabilidade social. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, de caráter descritivo e analítico, baseada em revisão bibliográfica e documental. A discussão fundamenta-se no modelo biopsicossocial de saúde, reconhecendo a complexidade do processo saúde/doença e sua relação direta com determinantes sociais, culturais e econômicos. Os resultados apontam que o aumento do consumo de drogas entre jovens brasileiros está associado a vulnerabilidades emocionais, rupturas familiares, exclusão social e ausência de perspectivas de futuro, condições que favorecem o adoecimento mental e potencializam comportamentos autodestrutivos. Observou-se que a maioria dos casos de ideação e tentativas de suicídio decorre de sofrimento psíquico não reconhecido e da falta de suporte emocional e institucional adequado. O estudo evidencia que as políticas públicas existentes, embora relevantes, ainda são insuficientes para conter o avanço desses índices, carecendo de integração intersetorial e de profissionais capacitados para atuar no acolhimento e na prevenção. Destaca-se o papel essencial do Serviço Social enquanto uma profissão inserida na divisão social do trabalho, em que o profissional atua em diversos espaços ocupacionais, principalmente no campo da saúde. Sua articulação entre as redes de proteção, na escuta qualificada e na promoção do fortalecimento de vínculos comunitários e familiares são de grande importância. Conclui-se que os fenômenos drogadição e suicídio são considerados um grande problema de saúde pública. A prevenção e proteção da juventude frente ao suicídio e à dependência e a “drogadição” requer uma abordagem ampla, e estratégias que garantam os direitos sociais e a valorização da vida. A compreensão do fenômeno sob a ótica social reforça que prevenir o suicídio é, sobretudo, promover cidadania e assegurar condições dignas de existência aos jovens.

**Palavras-chave:** Drogadição. Saúde mental. Juventude. Suicídio. Serviço Social

## ABSTRACT

This Undergraduate Thesis (TCC) analyzes the phenomenon of drug addiction resulting from the use of psychoactive substances and its role as a determining factor in suicide mortality among Brazilian youth, from the perspective of Social Work, with a focus on young people in situations of social vulnerability. The research aims to analyze drug addiction related to the use of psychoactive substances as a factor that worsens mental health and as a determinant in the incidence of suicide among socially vulnerable youth. This is a qualitative study of a descriptive and analytical nature, based on bibliographic and documentary review. The discussion is grounded in the biopsychosocial model of health, recognizing the complexity of the health/disease process and its direct relationship with social, cultural, and economic determinants. The results indicate that the increase in drug use among Brazilian youth is associated with emotional vulnerabilities, family breakdowns, social exclusion, and a lack of future prospects—conditions that contribute to mental illness and intensify self-destructive behaviors. It was observed that most cases of suicidal ideation and suicide attempts stem from unrecognized psychological suffering and the lack of adequate emotional and institutional support. The study highlights that existing public policies, although relevant, are still insufficient to curb the rise of these rates, lacking intersectoral integration and adequately trained professionals to provide support and prevention. The essential role of Social Work is emphasized as a profession embedded in the social division of labor, in which professionals operate across various occupational spaces, especially in the field of health. Their coordination among protection networks, qualified listening, and the promotion of stronger community and family ties are of great importance. It is concluded that the phenomena of drug addiction and suicide constitute a major public health problem. The prevention and protection of youth in the face of suicide and substance dependence require a comprehensive approach and strategies that ensure social rights and the appreciation of life. Understanding the phenomenon from a social perspective reinforces that preventing suicide is, above all, about promoting citizenship and ensuring dignified living conditions for young people.

**Keywords:** Drug addiction. Mental health. Youth. Suicide. Social Work.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços Residências Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1</b>	<b>Metodologia.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2</b>	<b>Estrutura da dissertação.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>SAÚDE MENTAL E DROGADIÇÃO – APROXIMAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>A definição de saúde mental na atualidade.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Saúde mental e drogaxão por uso de substâncias psicoativas .....</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>JUVENTUDE, VULNERABILIDADES ESTRUTURAIS E O CONSUMO DE PSICOTIVOS.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>A juventude como categoria social.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>O uso de substâncias psicoativas e a juventude em situação de vulnerabilidade. ....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>DROGADIÇÃO COMO DETERMINANTE NA MORTALIDADE POR SUICÍDIO .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>Suicídio e juventude em situação de drogadição .....</b>	<b>37</b>
<b>4.2</b>	<b>Drogarção, suicídio em serviços social.....</b>	<b>49</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A juventude brasileira vivencia, nas últimas décadas, um cenário marcado pelo agravamento do sofrimento psíquico e pelo aumento expressivo do uso de substâncias psicoativas. O processo de exclusão social, o desemprego, a desigualdade de oportunidades e a fragilidade das políticas públicas configuram um contexto em que muitos jovens se encontram vulneráveis ao adoecimento mental e à dependência química. Nesse panorama, a drogadição entendida como o uso abusivo e recorrente de substâncias psicoativas, deixa de ser julgada como uma escolha individual e passa a ser reconhecida como uma expressão da questão social, vinculada às contradições históricas, econômicas e culturais da sociedade capitalista contemporânea (BEHRING; SANTOS, 2009).

Estudos recentes apontam que o uso problemático de substâncias psicoativas está associada ao aumento de casos de ansiedade, depressão e comportamentos autodestrutivos, ampliando o risco de suicídio (NIDA, 2022; OPAS, 2023).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde (2024) indicam que a taxa de mortalidade por suicídio na faixa etária de 15 a 29 anos tem crescido de forma preocupante, sobretudo entre aqueles inseridos em contextos de vulnerabilidade socioeconômica e baixa escolaridade. Tais dados demonstram que o fenômeno não é apenas de natureza individual ou médica, mas também social e estrutural, envolvendo o enfraquecimento das redes de apoio, a estigmatização e a ausência de políticas efetivas de prevenção e cuidado.

Estudos clínicos e epidemiológicos corroboram essa correlação, ao demonstrarem que o uso continuado de substâncias psicoativas aumenta significativamente a probabilidade de ideação e comportamento autodestrutivo, sobretudo quando associado a quadros de depressão, ansiedade ou histórico de violência familiar.

Nesse sentido, o objetivo geral desta pesquisa é analisar, à luz do Serviço Social, a drogadição por uso de substâncias psicoativas como fator de agravamento do sofrimento psíquico e como determinante na incidência de suicídio entre jovens em situação de vulnerabilidade social. Os objetivos específicos são: entender a relação entre o uso de substâncias psicoativas e a saúde mental de jovens brasileiros em situação de vulnerabilidade social; Identificar os determinantes sociais que contribuem para o uso abusivo de substâncias psicoativas; contribuem para o uso abusivo de

substâncias psicoativas; investigar como a drogadição influencia a mortalidade por suicídio entre jovens, considerando suas vulnerabilidades sociais e psicossociais e compreender o papel do assistente social na atuação frente à drogadição e aos riscos associados à saúde mental juvenil.

Ademais, o presente trabalho propõe uma reflexão sob a perspectiva do Serviço Social, na medida em que reconhece esses fenômenos como resultantes das contradições estruturais da sociedade contemporânea e como demandas presentes no cotidiano profissional do assistente social. Esta reflexão adota o método materialista histórico-dialético, por possibilitar uma interpretação crítica da realidade concreta da juventude brasileira em situação de drogadição e que comete suicídio. Isso implica refletir quais os fatores psicossociais contribuem para o uso de substâncias psicoativas entre jovens (especialmente aqueles inseridos em contextos de maior vulnerabilidade social) e sua correlação com comportamentos suicidas.

A escolha desta temática justifica-se pela pertinência de ampliar o debate acadêmico, sobre o sofrimento psíquico, a dependência química e o suicídio na juventude, bem como de refletir sobre essas expressões enquanto manifestações da questão social as quais demandam atenção relevante no âmbito da proteção social. Refletir criticamente sobre essa realidade, constitui um compromisso ético e político do Serviço Social, uma vez que a profissão atua diretamente junto a populações em situação de vulnerabilidade. Tal compromisso está fundamentado nos princípios da defesa intransigente dos direitos humanos, da promoção da cidadania, da justiça social e do fortalecimento das políticas públicas, conforme orienta o projeto ético-político profissional. Visto que, há uma necessidade de ampliar o debate acerca da perspectiva do Serviço Social sobre o tema, ainda pouco explorada na produção teórica e no âmbito das intervenções profissionais. Ao problematizar essas questões, busca-se contribuir para o aprimoramento das práticas profissionais e para a formulação de respostas coletivas que superem abordagens individualizantes, reconhecendo as determinações sociais que atravessam a juventude contemporânea.

O estudo ancora-se em pesquisa teórica e documental, com base em autores que discutem saúde mental, drogadição, juventude e suicídio, como: Amarante (1995), Bisneto (2007), Degasperri (2013), Behring e Santos (2009), Esteves e Abramovay (2007), Carrano (2003) e Yasbek (2009) —, além de documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e do Ministério da Saúde do

Brasil. A análise considera dados secundários sobre o uso de substâncias psicoativas e taxas de suicídio entre jovens, a partir de observatórios de saúde mental e relatórios nacionais recentes.

Diante desse contexto, torna-se fundamental compreender de que modo a drogadição influencia o comportamento suicida entre jovens brasileiros, considerando as múltiplas dimensões que atravessam suas trajetórias de vida, tais como as relações sociais, culturais e econômicas. Nessa perspectiva, este estudo parte do seguinte problema de pesquisa: De que forma o uso abusivo de substâncias psicoativas atua como fator agravante do adoecimento mental e como elemento determinante na mortalidade por suicídio de determinados grupos de jovens na sociedade brasileira?

A partir dessa problemática, busca-se analisar as conexões entre saúde mental, drogadição e suicídio, identificando os fatores sociais e estruturais que conduzem parcela da juventude a situações extremas de sofrimento psíquico e autodestruição.

Parte-se da hipótese de que o uso nocivo de substâncias psicoativas atua como um fator determinante para o comportamento suicida, não apenas em função de aspectos individuais ou psicológicos, mas também como expressão de questões sociais e estruturais, resultado das contradições históricas da sociedade capitalista.

A pesquisa concentra-se em jovens de 15 a 29 anos, faixa etária adotada por organismos oficiais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil para a categorização da juventude.

Dentro desse universo, o foco volta-se aos sujeitos em situação de vulnerabilidade social, isto é, aqueles expostos à pobreza, à exclusão, à falta de acesso a serviços públicos, à precarização das relações de trabalho e com vínculos familiares fragilizados. A análise privilegia a realidade brasileira, onde se observa um aumento expressivo dos indicadores de uso de substâncias psicoativas e de suicídio juvenil, segundo dados de órgãos públicos de saúde e segurança.

No plano teórico, o estudo apoia-se em uma abordagem qualitativa de caráter teórico-documental, fundamentada no método materialista histórico-dialético, o qual permite interpretar a realidade a partir de suas contradições e determinações sociais. São analisadas produções acadêmicas, relatórios oficiais e dados secundários de instituições como o Ministério da Saúde, o Observatório de Saúde Mental e Drogas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Cumpra ainda destacar, que o escopo da pesquisa não pretende abranger toda a complexidade do fenômeno da drogadição e do suicídio juvenil, mas compreender suas expressões mais evidentes no contexto social brasileiro recente, articulando-as com a atuação do Serviço Social e com as políticas públicas de saúde mental, assistência social e juventude.

### **1.1 Metodologia**

O presente estudo fundamenta-se no método materialista histórico-dialético, por possibilitar uma compreensão crítica da realidade social e das contradições que estruturam o fenômeno investigado, a drogadição como determinante na mortalidade por suicídio entre jovens brasileiros. Tal método parte da concepção de que os fenômenos sociais não podem ser analisados de forma isolada, mas devem ser compreendidos em suas múltiplas determinações históricas, políticas e econômicas (BEHRING; SANTOS, 2009). Assim, busca-se interpretar o objeto de pesquisa em sua totalidade, considerando as relações entre indivíduo, sociedade e Estado.

A aplicação do método materialista histórico-dialético permite desvelar as mediações entre a drogadição, o sofrimento psíquico e as desigualdades sociais, compreendendo o jovem não como um sujeito desviante, mas como expressão de uma realidade marcada pela exclusão e pela negação de direitos. De acordo com Pires (1997), o método dialético parte da análise do concreto como totalidade, permitindo apreender o movimento contraditório dos fenômenos sociais e as mediações entre o individual e o coletivo, o singular e o universal. Nesse sentido, o método orienta a investigação para além da aparência dos fatos, buscando desvelar suas causas estruturais e as relações de poder que os produzem.

A escolha desse método justifica-se pelo fato de que o objeto de estudo, a relação entre drogadição, saúde mental e suicídio juvenil, não pode ser analisado de forma isolada, tampouco reduzido a interpretações moralistas ou biologizantes. O método materialista histórico-dialético permite compreender como as contradições do modo de produção capitalista influenciam as condições de vida da juventude, reproduzindo desigualdades e vulnerabilidades que se expressam no campo da saúde mental e da exclusão social (BEHRING; SANTOS, 2009).

Sob o ponto de vista da natureza, a pesquisa classifica-se como básica, pois busca ampliar o conhecimento teórico sobre o tema, contribuindo para a compreensão

das expressões da questão social no contexto contemporâneo.

Trata-se de uma pesquisa teórica e documental, com caráter qualitativo e exploratório, que tem como finalidade refletir sobre a inter-relação entre juventude, saúde mental e drogadição, situando a problemática no contexto das políticas públicas e do papel do Serviço Social. A pesquisa teórica envolve o levantamento e a análise de produções acadêmicas, livros, dissertações, artigos e documentos institucionais que discutem saúde mental, drogadição e juventude.

A coleta de informações foi realizada por meio de levantamento bibliográfico e documental sistematizado, utilizando como principais descritores os termos juventude, saúde mental, drogadição, suicídio e vulnerabilidade social. A seleção das fontes seguirá critérios de relevância temática, atualidade e rigor científico, priorizando publicações indexadas em bases de dados reconhecidas, como SciELO e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Quanto à forma de abordagem do problema, caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, uma vez que procura interpretar a realidade social a partir de significados, representações e contextos. Conforme Minayo (2014), a abordagem qualitativa é a mais adequada para estudos que envolvem fenômenos complexos, subjetivos e historicamente condicionados, como é o caso da relação entre drogadição e sofrimento psíquico. A ênfase está na análise crítica e interpretativa das condições concretas que determinam a vida dos sujeitos pesquisados, não na quantificação dos dados.

Sob o ponto de vista dos objetivos, o estudo é exploratório e descritivo. É exploratório porque busca aprofundar o conhecimento sobre um fenômeno ainda pouco estudado sob a ótica do Serviço Social, investigando as inter-relações entre juventude, drogadição e suicídio no contexto brasileiro recente. É também descritivo porque pretende caracterizar e sistematizar as principais evidências e interpretações teóricas sobre o tema, a partir de fontes bibliográficas e documentais.

A pesquisa é, portanto, teórico-documental, baseada em revisão bibliográfica e análise de dados secundários obtidos em relatórios oficiais e publicações científicas. A combinação entre o método materialista histórico-dialético e a abordagem qualitativa permite integrar teoria e realidade social, oferecendo uma leitura crítica das condições de vulnerabilidade que afetam a juventude e das respostas institucionais que buscam enfrentar o problema.

A pesquisa bibliográfica constitui na coleta, leitura e análise de obras clássicas

e contemporâneas sobre a saúde mental, drogadição, juventude e suicídio. Foram utilizados livros, dissertações, artigos científicos e relatórios técnicos disponíveis em base de dados como SciELO, PePSIC, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e no repositório institucional da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

A pesquisa documental foi realizada com base em dados secundários extraídos de fontes oficiais, como o Ministério da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e relatórios do Observatório de Saúde Mental e Drogas. A execução da pesquisa seguiu as seguintes etapas estruturadas:

- Definição e delimitação do objeto de estudo, com base na identificação da drogadição como determinante no suicídio juvenil.
- Definição e delimitação do objeto de estudo, com base na identificação da drogadição como determinante no suicídio juvenil. Levantamento bibliográfico e documental, realizado por meio da busca sistemática de fontes acadêmicas e institucionais, com o uso de descritores como juventude, saúde mental, drogadição, suicídio e vulnerabilidade social.
- Leitura crítica e fichamento das obras selecionadas, destacando os conceitos, categorias e evidências empíricas relevantes para a análise teórica.
- Análise dos dados secundários, interpretando os indicadores de saúde mental e mortalidade por suicídio em jovens Qual é o problema que ele irá resolver?
- Sistematização dos resultados em três capítulos analíticos, estruturados de acordo com os objetivos específicos, articulando a discussão teórica às evidências documentais.
- Reflexão crítica e elaboração das considerações finais, apresentando as implicações dos achados para o campo do Serviço Social.

Em termos de planos de trabalho, as etapas foram conduzidas de forma progressiva e integrada, garantindo a coerência entre os objetivos propostos e os resultados alcançados. O primeiro objetivo específico foi contemplado na análise teórica sobre o conceito de saúde mental e sua relação com a drogadição; o segundo, na discussão sobre as vulnerabilidades sociais e o adoecimento mental juvenil; e o terceiro, na análise da drogadição como fator determinante na mortalidade por

suicídio.

Neste sentido, a pesquisa propõe devolver seus resultados à sociedade por meio da disseminação científica e social do conhecimento produzido. O retorno será realizado por intermédio da apresentação do trabalho à comunidade acadêmica da Universidade Federal do Tocantins (UFT), e, potencialmente, pela disponibilização dos resultados às redes de atenção psicossocial (RAPS) e aos serviços públicos de saúde mental do estado do Tocantins, contribuindo para o aprimoramento das práticas profissionais e das políticas públicas voltadas à juventude em situação de vulnerabilidade

## **1.2 Estrutura da dissertação**

O trabalho está organizado em três capítulos correlacionados, além da Introdução e das Considerações Finais, de modo a garantir clareza, coerência e progressão lógica na apresentação do estudo.

O Capítulo 1 – Aborda a relação saúde mental e “drogadição” por uso de substâncias psicoativas, apontando conceito de saúde mental na atualidade.

Capítulo 2 – Este capítulo discute a relação entre a juventude brasileira em situação de vulnerabilidade social e a drogadição decorrente do uso de substâncias psicoativas, bem como identifica os determinantes sociais que conduzem os jovens ao uso abusivo dessas substâncias. São analisados os fatores de vulnerabilidade e exclusão social que contribuem tanto para o consumo problemático de substâncias psicoativas quanto para o adoecimento mental, destacando-se a não homogeneidade da categoria juventude. Desse modo, o capítulo responde ao segundo objetivo específico da pesquisa ao evidenciar como as situações de vulnerabilidade social condicionam os processos de adoecimento mental entre jovens brasileiros.

O Capítulo 3 – Este capítulo analisa a relação entre a drogadição, entendida como o consumo abusivo de substâncias psicoativas, enquanto manifestação de comportamentos autodestrutivos, assim como, o comportamento suicida entre jovens brasileiros. Aborda-se o conceito de suicídio e suas dimensões sociais, psicológicas e culturais, articulando essa discussão à perspectiva do Serviço Social.

O capítulo busca compreender de que forma a drogadição pode se

configurar como um determinante ou fator de agravamento do risco de morte por suicídio, relacionando fatores individuais, familiares, comunitários e estruturais que condicionam o adoecimento mental e os comportamentos autodestrutivos entre jovens em situação de vulnerabilidade social.

## 2 SAÚDE MENTAL E DROGADIÇÃO – APROXIMAÇÕES INICIAIS

De acordo com Sevalho (1993), nas civilizações mesopotâmicas predominava uma explicação mágico-religiosa das enfermidades, entendidas como manifestações provocadas por entidades sobrenaturais, às quais o homem era impotente para resistir. Posteriormente, a noção de doença passou a integrar o campo das crenças religiosas, sendo interpretada como um castigo ou determinação dos deuses. Esse padrão começou a se modificar com os egípcios, que introduziram uma compreensão mais naturalista do adoecimento, embora ainda combinada a crenças espirituais e rituais mágicos.

Entre os gregos, reconhecidos pelo avanço de seu pensamento filosófico e pela busca de compreender a natureza humana, prevaleceram inicialmente explicações mítico-religiosas. A doença era vista como resultado da vontade divina, e a cura, como um processo de purificação espiritual (TOSCANO JR., 2001). Essa perspectiva começou a ser superada com o surgimento das ideias de Hipócrates, que rompeu com a visão sobrenatural e introduziu uma interpretação naturalista da doença. Para ele, o equilíbrio dos quatro humores corporais sangue, bílis amarela, bílis negra e fleuma, seria essencial à manutenção da saúde. O desequilíbrio entre esses elementos, por excesso ou deficiência, originaria o adoecimento, e a cura dependeria da restauração dessa harmonia (CAIRUS; RIBEIRO, 2005). A medicina hipocrática, portanto, trouxe uma preocupação com o corpo individual e com a manutenção de um estado equilibrado entre natureza e organismo.

A consolidação da escola hipocrática, conforme destacam MacRae (2001) e Toscano Jr. (2001), representou uma mudança significativa na compreensão da medicina, que passou a enxergar as doenças e a cura como processos naturais. Surge, nesse contexto, o uso do *pharmakón*, termo grego que designava tanto o remédio quanto o veneno, conceito que expressava a dualidade das substâncias medicinais. Para os gregos, o efeito de uma droga dependia essencialmente de sua dosagem, podendo curar ou causar dano, conforme o modo de administração. Essa mesma concepção foi adotada pelos romanos, que, influenciados pela cultura grega, também consideravam as drogas como os elementos neutros, no qual seu efeito benéfico ou prejudicial variável de acordo com a quantidade de uso (MACRAE 2001; TOSCANO JR.,2001).

Com o declínio da Antiguidade e a ascensão da Idade Média, o pensamento

religioso retomou protagonismo, e a doença voltou a ser entendida como fenômeno sagrado ou punitivo, expressão da intervenção divina. Contudo, permanecia também a concepção de que o adoecimento refletia alterações no equilíbrio entre o corpo, o ambiente e o espírito (QUEIROZ, 1986). Nesse período, os hospitais assumiram o papel de instituições de acolhimento e isolamento, funcionando simultaneamente como espaços de caridade e exclusão social (SEVALHO, 1993).

O poder da Igreja Católica teve grande influência na forma como o uso de drogas foi compreendido na Idade Média. Certas plantas medicinais passaram a ser associadas à feitiçaria e condenadas como “diabólicas”, o que levou à perseguição de curandeiros e à proibição de práticas terapêuticas não reconhecidas pela doutrina cristã (TOSCANO JR., 2001). O uso de substâncias naturais com fins curativos chegou a ser equiparado à heresia, uma vez que o sofrimento era interpretado como caminho de aproximação a Deus (MACRAE, 2001). Assim, o conhecimento empírico sobre as drogas foi reprimido, e a medicina medieval consolidou uma visão moral e espiritualizada da doença, subordinada ao poder religioso.

Durante a Idade Média, o Cristianismo exercia forte influência sobre as concepções de saúde, doença e cura. Nesse contexto, o vinho (por seu simbolismo religioso associado ao sangue de Cristo), era a única substância aceita pela Igreja como droga lícita (TOSCANO JR., 2001). Qualquer outro tipo de preparação, como poções, unguentos ou ervas, era condenado como prática herética, e seus usuários eram perseguidos e punidos severamente pelos tribunais da Inquisição, muitas vezes com tortura e morte (MACRAE, 2001).

Mesmo sob intensa repressão, persistiram práticas populares e saberes transmitidos oralmente, voltados ao uso terapêutico das plantas. De acordo com Toscano Jr. (2001), essa tradição resultou em um importante acúmulo de conhecimentos herbários, alquímicos e empíricos, que, embora marginais ao poder eclesiástico, contribuíram para o desenvolvimento posterior da farmacologia.

O final da Idade Média foi marcado pela Peste Negra, epidemia de peste bubônica que devastou a Europa e acentuou o medo coletivo da doença e da morte. Esse evento colocou em xeque os princípios da medicina galênica, dominante até então, abrindo espaço para novas concepções sobre a natureza das enfermidades. O médico Thomas Sydenham, inspirado pelo empirismo de Bacon e Locke, introduziu uma perspectiva observacional e classificatória, distinguindo doenças agudas e crônicas, método que permanece como base da medicina moderna (ORNELLAS,

1999).

Com o advento do Renascimento (séculos XV e XVI), a influência da Igreja Católica começou a declinar e a cultura europeia passou a se abrir para o intercâmbio com civilizações orientais, nas quais os saberes farmacológicos haviam se preservado. Esse contato permitiu a retomada gradual do uso de drogas, agora com ênfase científica e terapêutica (MACRAE, 2001). Paralelamente, o período foi marcado pelo fortalecimento do pensamento científico e laico, culminando no nascimento da ciência moderna, que se baseava na observação sistemática, na descrição empírica e na classificação racional dos fenômenos (ORNELLAS, 1999).

A partir do século XVII, a medicina evoluiu acompanhando o avanço das ciências naturais, especialmente da biologia, que consolidava uma visão mecanicista da vida. Inspirado por esse paradigma, René Descartes formulou o conceito de dualismo mente-corpo, concebendo o corpo humano como uma máquina passível de ser estudada e reparada (CAPRA, 1982). Essa concepção rompeu com a noção medieval de sacralidade do corpo e o transformou em objeto de estudo científico. A doença passou, então, a ser interpretada como uma falha no funcionamento das “peças” dessa máquina, e a medicina assumiu a função de intervir técnica e quimicamente para restaurar o equilíbrio (ORNELLAS, 1999; SEVALHO, 1993).

Essa mudança representou uma ruptura epistemológica, pois a medicina deixou de ser uma arte prática de cura para se tornar uma disciplina científica organizada em torno do conhecimento das doenças. O foco deslocou-se do sujeito para o corpo biológico, e a atenção médica passou a concentrar-se na disfunção orgânica, desconsiderando fatores psicológicos, sociais e ambientais (CAPRA, 1982). Nascia, assim, o modelo biomédico, base conceitual da medicina moderna, que dominaria o campo da saúde por aproximadamente quatro séculos.

Com a consolidação desse modelo, o sintoma físico ganhou centralidade como sinal de patologia. Desenvolveu-se uma classificação anatomopatológica, que vinculava a doença à lesão orgânica e reduzia o processo de cura à eliminação dos sintomas. O corpo passou a ser objetivado como sede das doenças, e a medicina adquiriu prestígio e poder, tornando-se a principal autoridade sobre a saúde (ORNELLAS, 1999).

Segundo Queiroz (1986), com a Revolução Industrial (século XVIII), consolidou-se uma ruptura entre saúde e medicina, com a hegemonia desta última e a conseqüente separação entre corpo e mente, indivíduo e sociedade. Essa visão

simplista ignorava os impactos das condições de vida, como jornadas extenuantes, pobreza e urbanização, sobre o adoecimento da classe trabalhadora (SEVALHO, 1993).

No que se refere ao uso de drogas, o século XVIII marcou a redução da perseguição religiosa e a reintegração de seu uso médico e recreativo, impulsionada pelos avanços científicos da época (MACRAE, 2001). A medicina começou a reconhecer o papel das substâncias químicas na terapêutica, inserindo-as no debate sobre as causas e os tratamentos das doenças.

Já no século XIX foi caracterizado pela ascensão do positivismo, corrente que influenciou eminentemente o método científico. Conforme Ornellas (1999), o positivismo defendia que todo conhecimento deveria ser baseado na observação objetiva e na neutralidade do pesquisador. Essa perspectiva reforçou o paradigma funcionalista, levando a medicina a considerar a saúde como um processo de equilíbrio funcional e a doença como a ruptura desse equilíbrio.

Nesse mesmo período, cientistas conseguiram isolar princípios ativos de diversas plantas, o que possibilitou a produção de fármacos como morfina, codeína, cafeína, cocaína e barbitúricos, além do uso anestésico de substâncias como éter, clorofórmio e óxido nitroso (MACRAE, 2001; TOSCANO JR., 2001). O século XIX também assistiu ao surgimento da psiquiatria como especialidade médica, fortemente influenciada pelo modelo biomédico. A busca por causas orgânicas para os transtornos mentais levou à valorização da lesão cerebral como explicação central do adoecimento psíquico (CAPRA, 1982).

Essa visão reducionista legítima prática de internação e exclusão social, com a proliferação de hospitais psiquiátricos destinados não apenas a pessoas com transtornos mentais, mas também a indivíduos marginalizados, como pobres, usuários de drogas e doentes crônicos, reforçando mecanismos de controle social (CRAPA 1982).

No final do século XIX e início do XX, os avanços da biologia e da tecnologia médica impulsionaram a consolidação da medicina científica, com progressos significativos na fisiologia, microbiologia e imunologia. Descobertas como a penicilina (1928) e a criação de medicamentos psicoativos a partir da década de 1950 conferiram à medicina maior prestígio e poder técnico (CAPRA, 1982). No entanto, esse progresso também intensificou a especialização e fragmentação do saber, restringindo a visão integral do ser humano e reforçando o domínio do padrão

biomédico sobre as demais áreas da saúde (QUEIROZ, 1986).

Assim, a medicina moderna consolidou-se como prática científica dominante, orientada por um modelo individualista e centrado na doença, enquanto as dimensões sociais e psicológicas do adoecer permaneceram secundarizadas. Essa análise histórica explica as bases sobre as quais se estruturaram tanto as políticas atuais de saúde quanto as formas de entendimento do uso de drogas e da saúde mental.

Portanto, este capítulo tem por objetivo analisar a relação saúde mental e “drogadição” por uso de substâncias psicoativas, apontando conceito de saúde mental na atualidade e sua relação com o uso de substâncias psicoativas, com ênfase nos autores: Munduruku (2009), Tassinari e Albuquerque (2012), Dorrico (2021), Oliveira (2001) e Bergamaschi (2023), Monsores et al., (2025), Inaba e Cohen (1991).

## **2.1 A definição de saúde mental na atualidade**

O entendimento contemporâneo de saúde mental resulta de um processo histórico, político e social que ultrapassa o campo biomédico e se consolida como uma dimensão essencial da cidadania e dos direitos humanos. Ao longo das últimas décadas, o conceito foi progressivamente ampliado, passando a considerar não apenas a ausência de transtornos mentais<sup>1</sup>, mas também as condições de bem-estar psicológico, social e relacional do indivíduo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde mental não é apenas ausência de transtornos mentais. Ademais, consiste em um estado de bem-estar emocional, psicológico e social no qual o sujeito é capaz de reconhecer suas habilidades, lidar com as tensões cotidianas, trabalhar de maneira produtiva e contribuir com sua comunidade (OMS, 2005). Essa definição desloca a centralidade do olhar clínico para uma visão integral e positiva da saúde, que inclui aspectos afetivos, sociais e culturais, enfatizando que não há saúde sem saúde mental. A OMS também destaca que o cuidado deve estar baseado em princípios de dignidade, liberdade e inclusão, reafirmando a necessidade de combater o estigma e as práticas

---

<sup>1</sup> Segundo a OMS, um transtorno mental corresponde a uma alteração relevante nos processos de pensamento, na forma como a pessoa lida com as emoções ou em seus comportamentos. Em geral, essa condição provoca sofrimento e interfere de maneira importante na vida diária. Há diversos tipos de transtornos mentais como, deficiências psicossociais e outros estados que produzem grande sofrimento, comprometem o funcionamento cotidiano ou aumentam o risco de comportamentos autolesivos.

de exclusão historicamente estruturadas.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS, defendem a saúde mental como direito humano fundamental, essencial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconômico. Além disso, explica que a saúde mental abrange tanto os transtornos mentais quanto as deficiências psicossociais, assim como outras situações que podem gerar sofrimento intenso, limitações no funcionamento cotidiano ou risco de comportamentos autodestrutivos. As pessoas que vivenciam essas condições tendem a apresentar um bem-estar mental reduzido.

A visão ampliada da saúde mental permite reconhecer que o sofrimento psíquico não se restringe a diagnósticos clínicos, mas relaciona-se às condições sociais, econômicas e culturais que atravessam a vida dos indivíduos. Fatores como desigualdade social, exclusão, precarização das condições de vida e fragilização dos vínculos sociais podem intensificar situações de adoecimento mental e potencializar comportamentos autodestrutivos.

No contexto brasileiro, a forma como a saúde mental é abordada na atualidade está profundamente vinculada às transformações trazidas pela Reforma Psiquiátrica, movimento que, conforme destaca Amarante (1995), emergiu nas décadas de 1970 e 1980 como uma reação crítica ao modelo hospitalocêntrico e excludente que predominava até então. Essa reforma representou não apenas uma mudança nas práticas excludentes e assistenciais, mas também uma transformação epistemológica e ética na forma de entender o sofrimento psíquico. Para o autor, a Reforma Psiquiátrica constituiu-se como um processo histórico e social de desconstrução das instituições asilares, buscando substituir a lógica da internação pela do cuidado em liberdade, que se baseia na busca de uma convivência comunitária e de reconstrução dos laços sociais. Trata-se de “[...] um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 87).

O autor defende a ampliação do entendimento da saúde mental para além da dimensão médica, inserindo-a no campo da política pública e dos direitos humanos, no qual o sujeito é reconhecido como portador de cidadania e, portanto, detentor de direitos, devendo ser considerado protagonista de sua própria história e participante ativo na construção de sua trajetória social. Ademais, ressalta que o processo de desinstitucionalização não se limita à desospitalização física, mas implica uma

mudança cultural profunda, sendo necessário romper com a perspectiva estigmatizante que reduz o indivíduo a objeto do saber psiquiátrico e afirmar sua autonomia, sua subjetividade e seu direito de viver plenamente em sociedade.

No Brasil, existe uma base legal composta por leis e políticas que asseguram que pessoas com transtornos mentais sejam tratadas com respeito, cuidado adequado e dignidade, no qual refletem mudanças dos entendimentos sociais e médicos sobre a saúde mental. Em contraponto ao modelo de tratamento excludente da antiguidade, essa proteção jurídica prioriza os direitos humanos, a autonomia dos indivíduos e uma forma de cuidado mais humanizada, realizada dentro da comunidade, e não em isolamento (Monsores et al., 2025).

A Constituição Federal de 1988 é reconhecida como uma base importante que orienta as legislações relacionadas à saúde e à saúde mental. Seu Artigo 5º assegura os direitos à vida, à liberdade e à igualdade, entendidos como elementos essenciais para práticas de cuidado livres de discriminação. Em seu artigo 196, define a saúde como um direito social e responsabilidade do Estado por meio de políticas públicas, abrangendo a saúde mental não apenas como cura de doenças, mas também como promoção e proteção (MONSORES et al., 2025).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, art. 196-197).

A Lei nº 10.216/2001 conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, é entendida como o principal marco na mudança do modelo de atenção em saúde mental, ao orientar a substituição dos manicômios por uma rede de serviços que buscam promover um atendimento próximo à comunidade, trabalhando de forma conjunta com os demais serviços de saúde para oferecer um cuidado contínuo e acolhedor. O artigo 2º assegura o direito ao tratamento preferencialmente em serviços de caráter aberto para a comunidade. O Artigo 4º estabelece a vedação à criação de novas instituições asilares e determina que os hospitais psiquiátricos existentes se ajustem a práticas mais humanizadas. Já o Artigo 6º introduz o princípio do consentimento informado, garantindo que a pessoa em tratamento participe das decisões que lhe dizem respeito, salvo em situações de risco grave, nas quais medidas protetivas temporárias podem

ser adotadas (MONSORES et al., 2025).

O Ministério da Saúde (MS) enfatiza que, o bem-estar do indivíduo não está relacionado apenas a fatores emocionais ou psicológicos, mas envolve também condições básicas, como a saúde física, o suporte social e as condições de vida. Assim, a saúde mental é influenciada não só por aspectos pessoais, mas também por fatores sociais, econômicos e ambientais. Entender a saúde mental como resultado da integração entre corpo, emoções e relações sociais, permite reconhecer que o cuidado com o bem-estar é uma responsabilidade coletiva, que envolve tanto o autocuidado quanto o apoio mútuo entre as pessoas.

A política de saúde mental no Brasil é organizada por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) <sup>2</sup>integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Essa rede reúne diferentes pontos de atenção que atuam de forma articulada para atender pessoas em sofrimento psíquico e aquelas com necessidades relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Os atendimentos são ofertados principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde os usuários recebem acompanhamento multiprofissional e intervenções terapêuticas adequadas às suas necessidades. Conforme definido pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, a RAPS é formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), CAPS, Unidades de Acolhimento (UA), Serviços Residências Terapêuticas (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Unidades de Pronto Atendimento (UA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura.

O Estado brasileiro estrutura essa política pública com o propósito central de assegurar acesso equitativo a serviços de saúde mental qualificados e fortalecer o cuidado psicossocial. Suas diretrizes seguem os princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social. Assim como, o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas, equidade, combate ao estigma, acesso de qualidade, cuidado integral, humanização e estratégias de Redução de Danos (RD) são valores essenciais na prestação de serviços de saúde mental.

As ações previstas devem contribuir para reduzir o estigma e a discriminação associados ao sofrimento mental e promover a reinserção psicossocial das pessoas

---

<sup>2</sup> Informações disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/sus-e-a-saude-mental>. Acesso em Setembro, 2025.

atendidas pela RAPS. Todo esse conjunto se fundamenta no princípio do “Cuidar em Liberdade”, no qual orienta que o cuidado seja oferecido de forma digna, respeitosa e preservando a autonomia das pessoas. Assim, reafirma-se o compromisso de garantir que a saúde mental seja acessível a todos os cidadãos.

Dessa forma, a definição de saúde mental na atualidade envolve uma concepção ampliada, política e cidadã, que reconhece a complexidade do sujeito e suas interações com o meio social. A partir das contribuições da OMS e dos autores que analisam o contexto brasileiro, observa-se que a saúde mental deixou de ser vista como um problema individual e passou a ser considerada como um direito coletivo, cuja efetivação depende da integração entre as políticas públicas, da valorização da autonomia dos sujeitos e da superação do estigma social.

## **2.2 Saúde mental e drogaxão por uso de substâncias psicoativas**

Inicialmente, torna-se pertinente apresentar uma aproximação conceitual sobre o termo “drogadição”. A drogadição, uma tradução direta do termo em inglês drug addiction, que também poderia ser traduzido por adição às drogas, empregada para designar o consumo de substância psicoativa quando ele se dá de forma problemática (Schimith; Murta; Queiroz, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o termo droga refere-se a “qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo” (OMS, 1981). Atuam sobre o cérebro, modificando o seu funcionamento, podendo provocar alterações no humor, na percepção, no comportamento e em estados da consciência, sejam elas lícitas (tabaco, álcool e medicações) ou ilícitas (maconha, cocaína e o crack). Estudos indicam que, ao serem consumidas de forma abusiva, podem provocar impactos significativos na saúde física, mental e social do sujeito. A dependência pelas citadas substâncias, está associada a mais de 200 problemas de saúde, além de ser um fator de risco para violência e acidentes.

A relação entre saúde mental e drogadição por uso de substâncias psicoativas, pode ser analisada a partir de uma perspectiva abrangente e dualmente complexa, que considera as múltiplas determinações sociais, econômicas e subjetivas envolvidas no consumo nocivo de substâncias psicoativas. O uso de drogas não se restringe a um comportamento individual, mas reflete processos de exclusão,

desigualdade e sofrimento psíquico que atravessam a vida dos sujeitos, especialmente aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

O uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade ao longo do tempo, assumindo variadas formas, funções e significados conforme os contextos culturais. Esse uso se relaciona a diferentes fatores, entre eles o desejo humano de alterar o próprio estado de consciência, experimentar sensações emocionais distintas, elevar ou ajustar o humor, buscar algum tipo de compreensão espiritual, intensificar percepções ou ainda facilitar a convivência social, além de tentar aprimorar o rendimento em determinadas atividades (NUNES et al., 2010).

No entanto, quando são utilizadas repetidamente de forma “abusiva”, é perceptível que pode ocasionar inúmeros danos à saúde física e mental, como doenças, desabilidade e até a morte. Algumas pesquisas indicam que essas substâncias quando usadas de forma exagerada, podem causar Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno Depressivo Maior (TDM), psicoses, danos cerebrais permanente, além de patologias como o aumento no risco de infartos, arritmias e outras complicações cardiovasculares graves. Os desequilíbrios emocionais como consequência desse comportamento podem levar a ideação suicida, acompanhadas do planejamento e tentativas, como iremos analisar no capítulo II desta pesquisa. Entre pessoas que já convivem com transtornos mentais, há uma tendência de agravamento dos sintomas, podendo ocorrer intensificação de crises de pânico, episódios depressivos e outros desajustes psicológicos.

De acordo com o National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2018), a relação entre o uso de drogas e os transtornos mentais é bidirecional: a dependência pode ser tanto causa quanto consequência do sofrimento psíquico. Indivíduos com histórico de depressão, ansiedade ou traumas apresentam maior propensão ao uso abusivo de substâncias, ao mesmo tempo em que o consumo prolongado intensifica os sintomas desses transtornos. Essa interdependência demonstra que o fenômeno da drogadição está intrinsecamente ligado à saúde mental e requer intervenções integradas, que unam tratamento clínico, acolhimento psicossocial e suporte social contínuo.

A OMS (2005) define o uso nocivo de substâncias psicoativas como o consumo recorrente de drogas lícitas ou ilícitas capaz de comprometer a autonomia e o bem-estar do indivíduo.

Tais substâncias podem alterar o funcionamento cerebral e interferir nas emoções, percepções e comportamentos, produzindo efeitos de prazer momentâneo,

mas também de dependência e impactos físicos e mentais. Segundo estudos, esse comportamento se configura como transtorno por uso de substâncias (dependência), considerados condições crônicas e recorrentes. Esses transtornos se manifestam por uma forte necessidade de consumo e pela dificuldade de controlar o uso, mesmo diante de prejuízos ocasionados à saúde, às relações pessoais e familiares, financeiras e até à vida jurídica do sujeito.

O contato com as substâncias muitas vezes se inicia com o uso experimental de uma droga recreativa em momentos de socialização, no qual para algumas pessoas, o uso se torna mais frequente. Estudos realizados por Inaba e Cohen (1991), descrevem as drogas psicoativas como substâncias que alteram o funcionamento do sistema nervoso central, modificando a percepção, o humor e o comportamento. Esses efeitos, embora inicialmente associados à sensação de prazer e euforia, podem provocar alterações cognitivas e emocionais que comprometem o desenvolvimento psicossocial do indivíduo. Em muitos casos, o consumo é motivado por fatores como curiosidade, influência de pares, busca por pertencimento social ou tentativa de aliviar tensões emocionais decorrentes de contextos familiares e comunitários fragilizados.

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas, publicado anualmente pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), estima-se que, em 2020, aproximadamente 284 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos tenham feito uso de substâncias recreativas. Dentro desse cenário, os jovens se destacam por apresentarem índices de consumo superiores aos observados em gerações anteriores. Pesquisas realizadas em países de baixa e média renda indicam que indivíduos com menos de 35 anos constituem a maior parte do público em tratamento relacionado ao uso prejudicial de substâncias psicoativas. Diante desse quadro, a OMS reconhece que os transtornos decorrentes do uso ou da dependência de drogas configuram-se uma doença e representam uma questão desafiadora de saúde pública.

O Relatório Global sobre o Estado do Álcool e a Saúde e o Tratamento dos Transtornos por uso de Substâncias (2024), destaca que 0,6 milhão de mortes por ano, estão relacionados ao uso de drogas psicoativas e a maior parte ocorreu entre pessoas do sexo masculino. O relatório indica que o consumo de álcool é responsável por aproximadamente 2,6 milhões de mortes anuais em escala global, das quais cerca de 2 milhões ocorrem entre a população masculina. Quando considerado em conjunto com o uso de outras drogas psicoativas, o número de óbitos

ultrapassa 3 milhões por ano, evidenciando a expressiva carga dessas substâncias sobre a saúde pública mundial.

Observa-se ainda que esse impacto incide de forma mais acentuada sobre a população jovem, especialmente na faixa etária de 20 a 39 anos. Esse cenário evidencia uma maior vulnerabilidade desse grupo aos danos associados ao consumo de substâncias, a qual pode estar relacionada a fatores socioculturais, comportamentais e estruturais, como a maior exposição a padrões de consumo de risco, a normalização social do uso de substâncias entre indivíduos do sexo masculino e a menor procura por serviços de saúde e estratégias preventivas. Ademais, normas de gênero que valorizam comportamentos de risco tendem a agravar os impactos do uso de drogas, refletindo-se em maiores taxas de morbimortalidade nessa população.

Segundo Rodrigues (s.d), os comportamentos frequentemente associados ao uso problemático de substâncias psicoativas incluem:

- Oscilações intensas de humor, com mudanças bruscas entre irritabilidade, agitação, apatia ou tristeza intensa;
- Tendência ao isolamento social, afastamento de familiares, amigos e redes de apoio;
- Dificuldades para manter rotinas e cumprir responsabilidades cotidianas, como estudo, trabalho e tarefas diárias;
- Frequência maior de conflitos interpessoais, prejuízo na convivência e enfraquecimento de vínculos afetivos;
- Busca constante pela substância, com priorização do consumo em relação a outras áreas da vida;
- Negligência com o autocuidado, como alimentação, higiene, sono e saúde;
- Reações emocionais exacerbadas, como crises de ansiedade, pânico ou episódios depressivos intensificados.

Portanto, a relação entre drogadição e saúde mental reflete não apenas a presença de transtornos individuais, mas também o impacto das condições sociais que produzem sofrimento e vulnerabilidade. O cuidado integral deve articular intervenções clínicas, psicossociais e comunitárias, valorizando a singularidade de cada trajetória e reconhecendo que o processo de recuperação envolve tempo, escuta e reconstrução dos laços sociais.

### **3 JUVENTUDE, VULNERABILIDADES ESTRUTURAIS E O CONSUMO DE PSICOTIVOS**

As substâncias psicoativas (drogas lícitas e ilícitas) estão inseridas no ambiente social e costumam aparecer com maior frequência na vida das pessoas durante a adolescência e o início da juventude. Nesses períodos, o contato tende a ocorrer como forma de experimentação vinculada a rituais de passagem, à reprodução de comportamentos vistos nos adultos e à busca pela formação da própria identidade (FIGUEREDO, 2011).

Para a análise da relação entre juventude e “drogadição” por uso abusivo de substâncias psicoativas, é necessário que se faça uma observação fundamentada nos determinantes sociais que estruturam situações de vulnerabilidade e desproteção social. No campo do Serviço Social e das ciências sociais críticas, entende-se que tais fatores não se restringem às características individuais, mas decorrem das condições materiais de existência, das relações sociais e das mediações institucionais, os quais incidem de maneira desigual sobre os sujeitos, portanto, da dinâmica social da sociedade/sociabilidade capitalista contemporânea.

Nessa perspectiva a homogeneidade da juventude é desconsiderada, pois não se caracteriza como um grupo único ou uniforme. Observa-se que existem diferentes realidades vivenciadas pelos jovens nas condições de vida e nas formas de organização familiar, e nas experiências em diversos contextos. Soares (2007), explica isso sob a lógica marxiana, no qual aponta que juventude não pode ser tratada como um grupo padrão, mas sim como um conjunto de jovens situados em diferentes posições de classe. O que implica reconhecer a existência de várias formas de ser jovem, determinadas pelas condições concretas, circunstâncias e materiais em que vivem. Ainda que façam parte do mesmo período geracional, suas vivências e caminhos se distinguem em vários aspectos. Nesse contexto, alguns acabam mais expostos a situações que favorecem o uso problemático de substâncias lícitas ou ilícitas, enquanto outros enfrentam menor vulnerabilidade.

Desse modo, este capítulo tem como objetivos entender a relação da juventude brasileira que vivem em situação de vulnerabilidade social e a drogadição por uso de substâncias psicoativas, além de identificar os determinantes sociais que levam os jovens ao uso abusivo dessas substâncias.

Foram apresentados os seguintes tópicos: a juventude como categoria social

e sua relação com a drogadição por uso de substâncias psicoativas, com ênfase nos autores: Souza e Paiva (2012), Dumke (2013), Carlini et al. (1996), Carlini et al. (1996), Santos e Soares (2013), Soares (2007), Toscano Jr. (2001), Figueiredo, Cayres e Ciliberti de Benetti et al. (2007) e Morais e Amparo (2012) e Carlini et al. (2002).

### **3.1 A juventude como categoria social**

A juventude constitui uma categoria social marcada pela transição entre a infância e a vida adulta, período em que ocorrem importantes mudanças biológicas, sociais e culturais. Essas transformações, contudo, variam conforme as sociedades, culturas, classes sociais, gênero e pertencimento étnico-racial de cada contexto histórico (UNESCO, 2006).

No Brasil “[...] a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ) e o Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE), órgãos que representam o marco oficial do surgimento de uma preocupação estatal com a juventude brasileira [...]” (SOUZA E PAIVA, 2012, p. 354), definem a juventude como a faixa etária de 15 (quinze) a 29 (vinte e nove) anos, assim como um grupo de cidadania plena sendo titular de direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Juventude (EJ), que dispõe sobre os direitos dos jovens como cidadãos.

A literatura sobre juventude, entende esse grupo, para além da faixa etária. Nas ciências sociais, “juventude” é tratada como uma categoria de sujeitos construída, em contextos sociais, culturais e históricos em que está inserido, e não se limitando a visão biológica. Na sociedade contemporânea, a identidade juvenil se caracteriza por um processo contínuo de experimentação, sendo constantemente formada e reformada em meio à incerteza, às rápidas transformações sociais e às tensões entre expectativas e frustrações. Essa construção ocorre nos diferentes espaços de convivência e formação social, como, no ambiente familiar, comunitários e institucionais; onde os jovens elaboram diferentes formas de representação de si mesmos. A identidade, portanto, emerge e se redefine nas relações com outras pessoas, nas trocas cotidianas e nos desafios do mundo (DUMKE, 2013).

Segundo Esteves e Abramovay (2007), a juventude é composta por múltiplos grupos, cada qual com características próprias e influências multiculturais, marcados por distintos níveis de oportunidades, desafios, recursos e modos de inserção nas relações de poder da sociedade. Esses grupos, além disso, encontram-se

atravessados por dinâmicas próprias de um contexto globalizado.

[...] a juventude, por definição, é uma construção social, ou seja, a produção de uma determinada sociedade originada a partir das múltiplas formas como ela vê os jovens, produção na qual se conjugam, entre outros fatores, estereótipos, momentos históricos, múltiplas referências, além de diferentes e diversificadas situações de classe, gênero, etnia, grupo, etc (ESTEVES; ABRAMOVAY, 2007, p. 21).

Diante do exposto, entende-se que a juventude não pode ser vista de forma única nem definida apenas pela idade, pois é composta por diferentes realidades sociais, históricas, culturais e econômicas. Reconhecer os jovens como sujeitos de direitos exige considerar suas diversas trajetórias de vida, experiências e formas de participação na sociedade, assim como as desigualdades que influenciam suas condições de existência. Dessa forma, ao tratar da juventude, é fundamental superar visões estereotipadas baseadas apenas em aspectos biológicos, adotando uma abordagem que reconheça a diversidade juvenil e valorize seu papel ativo na sociedade.

### **3.2 O uso de substâncias psicoativas e a juventude em situação de vulnerabilidade**

A abordagem da droga edição por uso de substâncias psicoativas entre jovens brasileiros requer uma análise que considere os fatores históricos, culturais e sociais que moldaram o consumo de substâncias psicoativas no país. O uso de drogas acompanha a trajetória Humana desde a antiguidade mas na contemporaneidade, assume dimensões mais complexas em virtude da globalização, da ampliação das redes de tráfego e da fragilidade das políticas públicas voltadas à prevenção e ao tratamento. Nas últimas décadas, o Brasil passou a um aumento significativo no consumo de substâncias lícitas e ilícitas, especialmente entre adolescentes e jovens adultos. O primeiro Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado por Carlini, Galduróz, Noto e Napo (2002), revelou que o uso de álcool e tabaco se mantém como o mais prevalente entre a população jovem, seguido por substâncias como maconha, inalantes e cocaína. Os dados apontam também para o início precoce do consumo, frequentemente antes dos 18 anos, o que eleva o risco de dependência e agravos à saúde mental. Mesmo sendo um estudo de início dos anos 2000, suas conclusões permanecem coerentes com o cenário vigente no país.

A partir dos estudos relacionados à drogadição, entre jovens no Brasil, observa-se, que tal dinâmica vai além do simples ato de consumir drogas. Pois envolve uma articulação que se insere e se relaciona com a vida social contemporânea, marcada por fatores culturais e econômicos. Soares (2007), observa que, em certos contextos, o uso de drogas entre jovens aparece como uma resposta ativa e intencional frente às dificuldades e tensões sociais; em outros, porém, esse consumo está relacionado a processos de alienação e a condições marcadas pela falta de proteção social.

Nesta direção, para Toscano Jr. (2001), o uso dessas substâncias deve ser entendido como um fenômeno social e histórico, atravessado por transformações nas estruturas de poder e nas relações econômicas. O autor observa que o consumo antes vinculado a rituais e práticas culturais, foi incorporado às dinâmicas de mercado e à lógica do prazer imediato, características da sociedade contemporânea. Tal mudança afeta de modo particular os jovens, que se tornam mais suscetíveis às pressões por consumo na busca imediata de prazer, status ou alívio emocional, bem como à necessidade de aceitação social e às tensões geradas pelas contradições que marcam a vida moderna.

Por meio disso, ao analisar o fenômeno “drogadição” por uso de substâncias psicoativas na sociedade, não basta pensar apenas no indivíduo (aquele que faz o uso abusivo), é preciso olhar para a estrutura social, ou seja, para o modo como a sociedade funciona econômica, cultural e historicamente. Assim, para entender esse processo social, é necessário enxergar a “droga” como uma mercadoria que gera lucro, seja legal ou ilegal, e reconhecer que sua produção e circulação integram a lógica do capitalismo contemporâneo. A vida social acaba sendo moldada por esse modelo dominante centrado na lógica de mercado altamente lucrativo, orientado pela acumulação de capital. O resultado é a manifestação contínua e latentes das múltiplas expressões da questão social próprias de uma sociedade globalizada, marcada pela competitividade e pela desigualdade estrutural. É nesse contexto que as substâncias psicoativas apresentam-se de forma ambígua: ao mesmo tempo em que são mercadorias lucrativas, também funcionam como recursos simbólicos e materiais utilizados por seus consumidores potentes para amenizar as tensões, frustrações e necessidades geradas pelo próprio sistema que as produz e dissemina. Isso se fundamenta nas observações feitas por Santos e Soares (2013), no qual o sistema global das drogas consolidou sua configuração contemporânea ao se infiltrar em múltiplas esferas da vida social, abrangendo desde os processos de produção até as

dinâmicas de comércio e consumo.

Neste sentido, ao situar as substâncias psicoativas na forma-mercadoria, significa entender que elas são tratadas como produtos do mercado, feitas para gerar consumo e lucro, atendendo necessidades criadas pelo próprio sistema e contribuindo para o aumento do uso abusivo. Pois como destaca Santos e Soares (2013), na sociedade atual, o uso de psicoativos passa a expressar formas de reação dos indivíduos diante de novas demandas sociais que emergem com o avanço da sociedade capitalista.

De acordo com Marx (1867), o valor de uma mercadoria decorre do trabalho humano, trabalho esse que é convertido e materializado no produto que é destinado ao consumo, suprimindo assim, diversas necessidades humanas. Na atualidade o consumismo se torna o maior de todas as necessidades humana, a forma como tudo é transformado em produtos, valores de troca e relações mediadas pelo mercado, é onde se expressam as contradições da sociedade.

Na análise de Santo e Soares (2013), as substâncias psicoativas produzem o chamado “efeito fetiche” quando um objeto (a droga) parece ter poder por si só, um “poder imaginário”, como se tivesse “magia”, algo que não está apenas em sua composição química, mas nos significados sociais que as pessoas atribuem a ele.

Quando o consumidor vê essa relação como algo espontâneo ou natural sem reconhecer que ela resulta de construções sociais, como pressões externas, significados culturais, hábitos aprendidos, formas de lidar com sofrimento, entre outros determinantes; a partir disso ocorre a alienação, na medida em que o indivíduo deixa de perceber os fatores sociais e psicológicos que influenciam e orientam seu comportamento. (SANTOS; SOARES, 2013).

É inegável, tanto pela experiência histórica do homem como por algumas evidências da psicofarmacologia, que o consumo de uma substância psicoativa produz efeitos concretos de alteração da psicoatividade. Mas o poder de aprisionamento no objeto não se resume a essa experiência sensorial e sim ao efeito fetiche que mistura componentes “místicos” (e não é a toa que várias frentes que lançam enunciados contra as drogas têm vertente religiosa) ao seu estatuto de mercadoria com o concomitante temor da perda da razão e da liberdade, ficando o sujeito à mercê do impulso e da experiência emocional, como se fossem incontroláveis. (SANTOS; SOARES, 2013, p. 46)

Diante disso, as abordagens feitas buscam apresentar que a relação juventude e “drogadição” (os excessos, abusos e problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas), não se limita apenas pela lógica que coloca o foco exclusivo

na droga (entendida popularmente como substância “perigosa” apenas pelos seus efeitos psicoativos) ou simplesmente no sujeito (o consumidor potente), visto como portador de alguma fragilidade genética ou familiar. Pois se trata de uma visão simplista que tende a responsabilizar exclusivamente a droga ou o sujeito, deixando de considerar as dinâmicas sociais, culturais e econômicas que configuram esse uso compulsivo de drogas.

Essa interpretação reforça o que Soares (2007) problematiza ao determinar que o encontro do jovem com a droga não pode ser lido fora das condições estruturais que moldam suas experiências. Na sociedade vigente, marcada pelo neoliberalismo e pela globalização, a precariedade e a insegurança que atravessam a vida das famílias de diferentes classes, em meio a rápidas mudanças sociais e geracionais, têm produzido as mais diversas reações. Entre elas, destaca-se a procura recorrente por substâncias psicoativas ou outros objetos, como uma espécie de “válvula de escape”, permitindo que os indivíduos se afastem ou aliviem a pressão da realidade.

Há que se reconhecer pelos critérios científicos, [...] que essas substâncias desencadeiam determinados estados mentais que propiciam aos usuários múltiplas vivências de sensações prazerosas, de êxtase e de alívio de sofrimento mental em níveis diversos de intensidade (SANTOS; SOARES, 2013, p. 44).

Quanto às condições que moldam as experiências desses jovens, no viés das desigualdades estruturais, pode-se considerar, que a experiência juvenil assume formas bastante distintas conforme a classe social em que se encontram. Essa distinção evidencia desigualdades significativas no acesso a recursos e oportunidades, uma vez que parcela expressiva desses jovens encontra-se afastados do capital cultural, apresenta capital social fragilizado e dispõe de limitado capital econômico. Como consequência, muitos permanecem à margem desses meios, enfrentando maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho, prolongando a dependência familiar e vivenciando restrições à autonomia financeira. Mesmo quando conseguem ingressar no mercado de trabalho, muitos jovens ocupam funções precarizadas, vivenciam relações afetivas instáveis e acabam atribuindo a si mesmos a responsabilidade pela ausência de boas condições de vida, oportunidades e mobilidade social (SOARES, 2007).

Para além das dimensões sociais e afetivas, é necessário reconhecer a demanda pelo consumo de drogas na atualidade tem raízes econômicas e culturais. A inserção desigual dos jovens no mercado de trabalho, o desemprego estrutural e a

precarização das relações laborais intensificam a sensação de impotência e exclusão. Conforme apontam os estudos recentes do Instituto de Saúde (2023), a falta de oportunidades e a instabilidade econômica atuam como fatores que ampliam o uso abusivo de substâncias, especialmente em regiões periféricas.

De acordo com Figueiredo, Cayres e Ciliberti (2023), a intensificação dos transtornos mentais, transtorno por uso de substância na juventude está diretamente associada à precarização das condições de vida, ao desemprego, à violência e à falta de acesso a políticas públicas integradas. Essas condições reforçam o sentimento de desvalorização pessoal, o isolamento e a perda de sentido coletivo, contextos em que a droga passa a exercer função de anestesia emocional frente às frustrações e desigualdades.

Outras pesquisas nacionais apontam que o sofrimento mental entre adolescentes e jovens brasileiros está fortemente associado a múltiplos fatores de risco, como pobreza, violência, fragilidade dos vínculos familiares, desigualdade de acesso à educação e trabalho, além da ausência de políticas públicas eficazes de promoção da saúde mental. Esses elementos, quando somados ao uso abusivo de substâncias, potencializam sintomas de ansiedade, depressão, ideação suicida e comportamentos autodestrutivos.

Para Toscano Jr. (2001), ao consumir substâncias psicoativas, os jovens expectativamente buscam por sentido e identidade diante de contexto social fragmentado. A modernidade, marcada pela aceleração do tempo e pelo imediatismo das relações, favorece comportamentos de risco e reforça a cultura do prazer instantâneo. O consumo de drogas, nesse cenário, pode ser interpretado como uma tentativa de lidar com o vazio existencial e com as pressões de uma sociedade cada vez mais competitiva e desigual.

Carlini et al. (2002) apontam que o consumo de substâncias psicoativas, está fortemente relacionado à desestruturação familiar, à evasão escolar e à falta de oportunidades profissionais. O ambiente urbano, caracterizado pela violência, desemprego e carência de políticas de lazer e cultura, agrava esse cenário, transformando o uso de drogas em um recurso simbólico de sobrevivência ou resistência social.

Os estudos de Benetti et al. (2007) e Moraes e Amparo (2012) indicam que o sofrimento psíquico juvenil está intrinsecamente ligado ao modo como o jovem se percebe na sociedade. A ausência de reconhecimento social e o sentimento de

invisibilidade agravam quadros de ansiedade e depressão, ampliando o risco de uso abusivo de substâncias psicoativas. Essa correlação evidencia a importância de se compreender a saúde mental não apenas como ausência de doença, mas como expressão de bem-estar, participação social e autonomia existencial.

Todos esses fatores que expressam um contexto de vulnerabilidade estrutural ajudam a explicar o porquê determinados grupos de jovens podem: consumir mais, consumir de modo mais arriscado, e até mesmo se inserir em determinados circuitos do mercado de drogas. Essas condições acabam produzindo um significativo desgaste psíquico e emocional.

Portanto a relação entre juventude e drogadição por consumo abusivo de substâncias psicoativas deve ser vista como um fenômeno social complexo, historicamente construído e profundamente determinado pelas condições estruturais da sociedade capitalista contemporânea. O consumo de drogas entre jovens não se explica por características individuais, escolhas isoladas ou supostas fragilidades morais, mas pela inserção desigual desses sujeitos nas esferas do trabalho, da educação, da cultura e da proteção social. Nesse cenário, as substâncias psicoativas assumem funções que extrapolam seus efeitos farmacológicos, operando como mercadorias inseridas na lógica do mercado e, simultaneamente, como recursos simbólicos utilizados para lidar com frustrações, inseguranças, etc.

Assim, este capítulo reafirma a necessidade de uma leitura crítica que situe a drogadição no âmbito da questão social, reconhecendo-a como expressão das contradições estruturais da sociabilidade capitalista e como desafio central para a atuação do Serviço Social, especialmente no campo da saúde mental e da juventude.

#### **4 DROGADIÇÃO COMO DETERMINANTE NA MORTALIDADE POR SUICÍDIO**

O suicídio trata-se de um fenômeno complexo que abrange diferentes formas de ações e comportamentos por meio dos quais o indivíduo, consciente ou inconscientemente, contribui para sua própria morte. Nessa perspectiva, amplia-se a compreensão do suicídio para além do evento final, reconhecendo-o como um processo que envolve práticas autodestrutivas frequentemente naturalizadas ou invisibilizadas no cotidiano social. Neste sentido, o suicídio assim como a drogadição pode ser considerado um grande problema de saúde pública em todo o mundo.

Este fenômeno configura-se como uma problemática multifacetada, não passível de explicação a partir de uma causa única ou isolada. Sua ocorrência decorre da articulação de diversos fatores, que incluem aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, cuja interação varia conforme o contexto e a trajetória de cada indivíduo. Dessa forma, torna-se complexo identificar os motivos pelos quais determinadas pessoas recorrem ao suicídio, enquanto outras, mesmo diante de condições semelhantes ou mais adversas, não o fazem. Ainda assim, a OMS (2000), ressalta que a maioria dos casos de suicídio pode ser evitada por meio de ações preventivas adequadas.

A OMS (2005) reconhece que os jovens estão expostos a múltiplos fatores de vulnerabilidade, entre os quais se destacam a depressão, a ansiedade, os transtornos de conduta e alimentares, as psicoses e o abuso de substâncias. Entre esses fatores, o consumo de drogas e a ideação suicida aparecem como condições que frequentemente se entrelaçam e exigem atenção especial das políticas públicas de saúde mental.

A problemática do suicídio juvenil associada ao uso abusivo de substâncias psicoativas constitui uma das expressões mais dramáticas do sofrimento psíquico contemporâneo. A situação reflete o entrelaçamento de fatores individuais, sociais e estruturais, em que a drogadição atua como elemento desencadeador e, ao mesmo tempo, consequência do adoecimento mental. No Brasil, os indicadores recentes apontam crescimento significativo dos índices de ideação suicida, tentativas e mortes por suicídio entre adolescentes e jovens, revelando a urgência de políticas públicas integradas de prevenção e cuidado em saúde mental.

#### 4.1 Suicídio e juventude em situação de drogadição

O suicídio, conhecido de forma geral como a morte provocada pelo próprio indivíduo, constitui um fenômeno conceitualmente complexo. O termo, derivado do latim *sui* (a si mesmo) e *caedere* (matar), foi empregado pela primeira vez em 1737 por Desfontaines para designar a ação voluntária de pôr fim à própria vida. Na literatura contemporânea, o suicídio não é compreendido como expressão de coragem ou de fraqueza moral, mas como manifestação extrema de desespero diante de um sofrimento psíquico vivido como insuportável (Assumpção Júnior, 2018; Solomon, 2018). Trata-se, assim, de um ato intencional e deliberado, sustentado pela crença de que a morte representa a única possibilidade de cessação definitiva da dor e do conflito interno.

A morte por sua vez, pode ser entendida sob a perspectiva biomédica como encerramento das funções vitais do corpo humano, manifestando-se pela cessação da atividade cardíaca, respiratória e reflexa, resultado de um processo de falência orgânica irreversível (Enciclopédia Barsa, 2009). No entanto, [...] “a morte não é somente um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais” (BRÊTAS; OLIVEIRA; YAMAGUTI, 2006, p. 478).

Conforme Kovács (2003), a morte configura-se como um fenômeno de difícil apreensão simbólica, uma vez que escapa à possibilidade de ser plenamente descrita, nomeada ou compreendida por meio da linguagem. A morte possui múltiplos significados para o homem, cada pessoa tende a relacioná-la a palavras e conceitos que refletem crenças, valores e construções imaginárias, como “fim”, “passagem”, “encontro”, “paraíso”, “Deus” ou “reencarnação”, na tentativa de elaborar explicações possíveis. Ainda assim, tais expressões mostram-se insuficientes para abarcar a totalidade do que se imagina e do pouco que se conhece acerca da morte.

Questões relacionadas à morte tendem a provocar desconforto e resistência, sendo, em geral, pouco abordadas de maneira natural tanto no âmbito individual quanto nas organizações e na sociedade como um todo. Esse mal-estar se intensifica quando a morte decorre de uma decisão do próprio sujeito, uma vez que o suicídio costuma ser associado a sentimentos coletivos de incapacidade social e a uma profunda percepção de fracasso diante da impossibilidade de evitar tal desfecho (FREITAS, 2011).

O termo suicídio é utilizado desde o século XVI e, ao longo do tempo, passou a receber diferentes definições. De modo geral, essas conceituações apresentam um

núcleo comum relacionado ao ato de pôr fim à própria vida, ao qual se associam elementos complementares ligados à motivação, à intencionalidade e ao grau de letalidade do ato. Além disso, alguns autores incluem na discussão a presença de comportamentos autodestrutivos manifestos em diversas situações da vida cotidiana, como o uso de tabaco, o consumo abusivo de álcool, a dependência de substâncias psicoativas, o abandono de tratamentos médicos e determinados estilos de vida que, embora não tenham como objetivo direto a morte, podem contribuir para o aumento da mortalidade por causas consideradas naturais (WERLANG; BOTEGA, 2004).

A amplitude do termo suicídio permite incluir, além do autoextermínio deliberado, situações nas quais a morte decorre da exposição reiterada a comportamentos de risco, da negligência sistemática com a própria saúde ou ainda de intoxicações e overdoses associadas ao uso de substâncias psicoativas (Minayo, 2010). Tal complexidade evidencia que nem sempre é possível estabelecer fronteiras objetivas entre o que se convencionou classificar como suicídio e outras formas de morte por causas externas.

Do ponto de vista médico-legal e epidemiológico, a dificuldade de classificação se intensifica quando estão presentes fatores inconscientes, transtornos mentais ou condicionantes socioculturais relevantes. Nessas circunstâncias, torna-se inviável identificar um único evento discreto e plenamente quantificável que possa ser inequivocamente registrado como suicídio (BOTEGA, 2015). Por essa razão, consolidou-se, de maneira convencional, a definição segundo a qual o suicídio corresponde às situações em que o próprio indivíduo, de modo voluntário e consciente, realiza um ato que acredita ser suficiente para provocar a própria morte (MINAYO, 2010).

Entretanto, a noção de voluntariedade e consciência, longe de ser inequívoca, mostra-se atravessada por ambivalências. Conforme destaca Botega (2015), a pessoa em sofrimento suicida frequentemente oscila entre o desejo de viver e o desejo de morrer, e o desfecho do ato depende de uma combinação de fatores como o método empregado, a possibilidade de resgate, as condições físicas e o estado psíquico no momento da tentativa. Ademais, em quadros de grave comprometimento mental, como estados confusionais, delírios ou alterações importantes do afeto, a capacidade de julgamento e de avaliação das consequências pode encontrar-se significativamente prejudicada.

Nesse contexto, Stengel (1970) propõe uma definição mais abrangente, ao

conceituar o suicídio como um “dano fatal infligido a si mesmo, de forma intencional e consciente, ainda que de maneira ambígua e imprecisa”. Embora essa formulação amplie o alcance do conceito, ela não elimina completamente as limitações relacionadas à inclusão de comportamentos nos quais os determinantes inconscientes são predominantes, os quais, por sua própria natureza, escapam à mensuração estatística direta (MINAYO, 2010).

No que se refere aos comportamentos suicidas que não resultam em morte, as dificuldades conceituais tornam-se ainda mais evidentes. Muitos sobreviventes relatam incerteza quanto às próprias intenções ou descrevem o ato como resultado de um estado de confusão emocional, no qual não se distinguia claramente entre o desejo de morrer, de fugir da realidade ou simplesmente de cessar o sofrimento psíquico (BOTEGA, 2015).

Por esse motivo, a literatura especializada passou a trabalhar com os conceitos de intencionalidade, que se refere ao grau de desejo de morrer, e de letalidade, que diz respeito à gravidade médica das consequências do ato, sem confundir este último com o uso epidemiológico do termo (BOTEGA, 2015).

A partir desses parâmetros, descreve-se uma sequência de comportamentos autodestrutivos, que vai desde manifestações vagas e verbais sobre a morte, passando pela ideação suicida, ameaças e gestos, até as tentativas ambivalentes, as tentativas deliberadas e, por fim, o suicídio consumado (MINAYO, 2010; BOTEGA, 2015). O chamado “gesto suicida” caracteriza-se pela predominância de uma função comunicativa, enquanto as tentativas ambivalentes revelam a coexistência conflituosa entre o desejo de viver e o de morrer. Já nas tentativas deliberadas, embora a intenção pareça mais definida, a experiência clínica demonstra que a ambiguidade nunca está totalmente ausente (BOTEGA, 2015).

Importa ressaltar que essa classificação não está isenta de limitações, uma vez que, em muitos casos, a distinção entre gesto, tentativa e suicídio consumado depende de fatores circunstanciais externos, como a rapidez do socorro ou a intervenção de terceiros. Além disso, a noção de “manipulação” deve ser empregada com cautela, sem juízos morais, sendo mais adequada sua compreensão como expressão de sofrimento psíquico e de dificuldades relacionais que demandam investigação clínica e acolhimento especializado (MINAYO, 2010; BOTEGA, 2015).

Em perspectiva complementar, alguns autores utilizam o termo parassuicídio para caracterizar condutas autolesivas que reproduzem o comportamento suicida,

mas que não resultam em morte, ainda que possam apresentar elevada gravidade clínica, sem que isso implique, necessariamente, uma intenção inequívoca de morrer (MINAYO,2010). Esse conceito mostra-se particularmente útil em estudos epidemiológicos, pois sua definição operacional exige apenas a verificação de que o indivíduo deu início a um ato de autodano.

Em determinados casos, é possível identificar uma progressão que vai da ideação suicida ao gesto, à tentativa e, finalmente, ao suicídio consumado. Todavia, sob a ótica epidemiológica, o suicídio e a tentativa de suicídio constituem fenômenos que incidem, em grande medida, sobre população distintas, com perfis sociodemográficos e clínicos diferentes (BOTEGA, 2015).

O suicídio consumado apresenta maior prevalência entre homens, especialmente idosos ou indivíduos de meia-idade, ocorrendo em proporção aproximadamente três vezes superior à observada entre mulheres. Em contrapartida, as tentativas de suicídio são mais frequentes entre mulheres jovens, estimando-se uma razão de 20 a 30 tentativas para cada óbito por suicídio (MINAYO, 2010; BOTEGA, 2015). Além disso, diferem tanto os métodos empregados quanto os conflitos psíquicos e os quadros psicopatológicos subjacentes.

Entre os casos de suicídio consumado, observa-se maior presença de quadros melancólicos e psicóticos, ao passo que, entre aqueles que tentam o suicídio, as definições diagnósticas tendem a ser menos precisas. De modo geral, o suicídio consumado frequentemente ocorre na primeira tentativa, enquanto, no grupo dos que realizam tentativas, é comum a existência de episódios prévios. Ainda que muitas dessas tentativas não resultem em morte, o risco permanece significativo e cumulativo ao longo do tempo (BOTEGA, 2015).

Do ponto de vista psicopatológico, observa-se que a maior proporção de suicídios ocorre entre indivíduos com transtornos depressivos, sobretudo aqueles vinculados aos transtornos afetivos. Revisão da literatura internacional indica a presença de depressão em aproximadamente 35,8% dos casos de suicídio, seguida pelo uso de substâncias psicoativas (22,4%) e pela esquizofrenia (10,6%) (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2004). Esses dados evidenciam a estreita relação entre sofrimento psíquico grave, transtornos mentais e comportamento suicida.

As estatísticas oficiais sobre suicídio, por sua vez, costumam apresentar subnotificação. Fatores culturais, religiosos e emocionais frequentemente interferem no correto preenchimento das declarações de óbito, e muitos casos acabam sendo

classificados como acidentes ou intoxicações de causa indeterminada. No Brasil, os dados indicam taxas consideradas baixas em comparação internacional, cerca de 6,5 por 100 mil habitantes em 2020, sendo 10,0 entre homens e 3,1 entre mulheres, padrão semelhante ao observado em diversos países do sul da Europa e da América Latina (World Population Review, 2020). No que se refere à população jovem, evidências científicas têm demonstrado uma associação consistente entre o uso abusivo de substâncias psicoativas e o comportamento suicida, sobretudo em contextos marcados por vulnerabilidade social. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar indicam que 8,5% dos adolescentes brasileiros relataram já ter pensado em tirar a própria vida e 6% afirmaram ter realizado ao menos uma tentativa, sendo que esses percentuais se mostram mais elevados entre aqueles que referem consumo recente de álcool, tabaco ou drogas ilícitas (BRASIL, 2019).

Estudos clínicos e epidemiológicos corroboram essa correlação, ao demonstrarem que o uso continuado de substâncias psicoativas aumenta significativamente a probabilidade de ideação e comportamento autodestrutivo, sobretudo quando associado a quadros de depressão, ansiedade ou histórico de violência familiar (OMS, 2024). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde destaca que o suicídio figura entre as principais causas de morte na faixa etária de 15 a 29 anos, sendo o consumo de drogas reconhecido como importante fator de risco.

A literatura também ressalta que, durante a juventude, o uso de drogas frequentemente se vincula a impulsividade, baixa autoestima e dificuldades de adaptação social, funcionando como tentativa de alívio imediato da angústia emocional. Paradoxalmente, esse mecanismo de fuga tende a intensificar a instabilidade psíquica e a ampliar a vulnerabilidade ao comportamento suicida (Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2000).

Estudos internacionais e nacionais (JUAN et al., 2010; SOUZA, 2010) apontam correlação significativa entre o consumo de substâncias psicoativas e o surgimento de pensamentos suicidas, demonstrando que ambos os fenômenos compartilham determinantes sociais e emocionais semelhantes.

Observa-se que, o ato intencional de tirar a própria vida, pode sofrer influência de múltiplas dimensões sociais presentes na sociedade capitalista contemporânea. Nesse contexto, as dinâmicas sociais e econômicas são fortemente marcadas pela competitividade e pela valorização do sucesso material, o que impõe constantes exigências aos indivíduos, principalmente para determinada categoria jovem.

As doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inócua e insuficiente, as falsas amizades, os amores traídos, os acessos de desânimo, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, o desgosto de uma vida monótona, um entusiasmo frustrado e reprimido são muito seguramente razões de suicídio para pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável. (MARX, 2006, p.24).

O suicídio refere-se à decisão de interromper a própria existência, representando a negação da continuidade da trajetória de vida e o enfraquecimento das possibilidades percebidas de futuro e de esperança. “É um ato revestido de muita violência e por tratar-se de uma ação autodestrutiva coloca, de forma drástica, a existência humana em xeque” (WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 59).

Segundo Bertolote, Mello e Botega (2010), indivíduos que se encontram em situação de risco para o suicídio tendem a apresentar três aspectos recorrentes: a ambivalência, a impulsividade e a rigidez cognitiva. A ambivalência diz respeito à coexistência de desejos opostos, nos quais o desejo de morrer convive com a vontade de continuar vivendo. Outrossim, a pessoa pode expressar pensamentos opostos, ao mesmo tempo que deseja interromper a própria vida, também fica na expectativa de receber ajuda, cuidado ou proteção.

O consumo de substâncias psicoativas e os pensamentos suicidas estão frequentemente relacionados, desmostrando que ambos compartilham determinantes sociais e emocionais semelhantes.

O consumo e o uso abusivo de drogas entre jovens figuram entre os principais fatores de risco relacionados ao comportamento suicida. Pesquisas indicam que entre 25% e 50% dos usuários de substâncias psicoativas já realizaram ao menos uma tentativa de suicídio, sendo tais episódios frequentemente associados a quadros de depressão, impulsividade, agressividade e baixa autoestima (GONZÁLEZ-FORTEZA et al., 2015). Conforme analisam Penso e Conceição (2018), o uso abusivo de drogas pode ser compreendido como uma estratégia de enfrentamento autodestrutiva diante de situações de sofrimento intenso, nas quais o sujeito não consegue vislumbrar alternativas para a resolução de seus conflitos existenciais.

Braga e Dell’Aglio (2011) desenvolveram um estudo que identificou variáveis preditoras para ideação e tentativas de suicídio entre adolescentes e jovens, entre as quais se destacam o sexo feminino, a exposição à violência intra e extrafamiliar, eventos estressores e o uso de drogas. Essa combinação de fatores demonstra que o comportamento suicida é multifacetado e atravessado por desigualdades de gênero,

sociais e emocionais.

A articulação entre gênero, uso de substâncias psicoativas e ideação suicida constitui um eixo analítico fundamental para a compreensão das múltiplas vulnerabilidades que atravessam a juventude contemporânea. As diferenças de gênero não incidem apenas sobre a forma como o adoecimento psíquico se manifesta, mas também sobre os modos de expressão do sofrimento e de busca por ajuda. De modo geral, observa-se que meninas tendem a apresentar padrões mais internalizados de sofrimento, com maior prevalência de quadros depressivos e comportamentos de automutilação, enquanto entre os meninos são mais frequentes manifestações externalizadas, associadas à impulsividade, agressividade e condutas de risco (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

Esses elementos articulam-se em um circuito complexo de vulnerabilidade, no qual o uso de drogas pode assumir, simultaneamente, a função de estratégia precária de enfrentamento do sofrimento e de fator intensificador das angústias preexistentes. O resultado é a consolidação de um cenário de fragilidade emocional e social que demanda respostas interdisciplinares, capazes de considerar as especificidades de gênero e de reconhecer os jovens como sujeitos de direitos, e não como meros alvos de intervenções punitivas ou moralizantes (ASSUMPTÃO JÚNIOR, 2018).

Os meios empregados para o autoextermínio variam de acordo com o gênero e com os condicionantes socioculturais. Ribeiro e Moreira (2018) indicam que, entre os homens, predominam métodos de maior letalidade, como armas de fogo, armas brancas e enforcamento, ao passo que, entre as mulheres, são mais frequentes os casos envolvendo intoxicação medicamentosa ou ingestão de substâncias tóxicas.

Além dessas formas diretas, existem modalidades indiretas de autodestruição, caracterizadas pela exposição contínua a riscos, como o abuso de álcool e outras drogas, a adoção de comportamentos perigosos e a negligência persistente com a própria saúde, condutas que, embora nem sempre se configurem como tentativas

explícitas de suicídio, podem expressar um desejo inconsciente de interrupção do sofrimento (MINAYO, 2010).

Por isso é importante destacar que, tradicionalmente, o suicídio e as tentativas de suicídio são entendidos como formas diretas de autodestruição, ou seja, ações explícitas e imediatas voltadas contra a própria vida. No entanto, essas práticas também podem ser expressão de uma autodestrutividade indireta, que é mais lenta, crônica e menos evidente. Autodestrutividade indireta ou crônica refere-se a padrões

psicológicos e comportamentais persistentes que, ao longo do tempo, colocam a pessoas em risco, mesmo sem uma intenção consciente e imediata de morrer. A autodestrutividade crônica refere-se a um padrão contínuo de comportamentos em que a pessoa tende a se envolver em ações (ou omissões) que, ao longo do tempo, aumentam a chance de resultados negativos no futuro e/ou diminuem a possibilidade de experiências positivas (TSIRIGOTIS et al., 2010).

Os comportamentos de risco, o uso abusivo de substâncias psicoativas, negligências contra própria saúde, são umas das formas indiretas e menos intensas de autodestruição, que se manifestam de maneira mais cotidiana e discreta. Essas práticas, embora também prejudiquem a vida ou reduzam sua qualidade ao longo do tempo, não são percebidas imediatamente como autodestrutivas. Isso acontece porque são frequentes na vida social e muitas vezes interpretadas como “normais” ou aceitáveis.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o suicídio figura entre as principais causas de morte em escala global, superando, inclusive, o número de vítimas de guerras e conflitos armados. Estima-se que aproximadamente 800 mil pessoas morram por suicídio todos os anos, o que corresponde a um óbito a cada 40 segundos. Entre indivíduos com idades entre 15 e 29 anos, trata-se de uma das principais causas de mortalidade, ficando atrás apenas das mortes por violência interpessoal (OMS, 2018).

O mesmo relatório aponta que a maior parte dos casos está associada a transtornos mentais, como depressão e alcoolismo, bem como a fatores contextuais, a exemplo de crises econômicas, rupturas familiares, experiências de discriminação, situações de abuso e processos de exclusão social (OMS, 2018). Esses dados reforçam a compreensão do suicídio como fenômeno multifacetado, que articula dimensões psíquicas, sociais e culturais.

No contexto brasileiro, dados da Organização Mundial da Saúde indicam que o país ocupa a oitava posição mundial em número absoluto de suicídios. Lideram esse ranking países como Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão e Paquistão, o que evidencia tanto a amplitude global do fenômeno quanto sua centralidade enquanto problema de saúde pública de alcance internacional (OMS, 2014).

Os dados oficiais relativos aos suicídios e às tentativas de suicídio permanecem significativamente subdimensionados. Conforme assinala Botega (2010), existe uma expressiva distância entre os números registrados e a realidade empírica, uma vez

que uma parcela considerável das tentativas não é notificada, o que compromete a fidedignidade das estatísticas. Estima-se que, para cada óbito por suicídio, ocorram entre dez e vinte tentativas, o que amplia substancialmente a magnitude do problema e evidencia sua relevância enquanto questão de saúde pública.

As consequências emocionais do suicídio também se estendem para além da vítima direta. De acordo com Gonçalves, Freitas e Sequeira (2011) e Cantão e Botti (2016), cada morte por autoextermínio afeta, em média, cerca de 60 pessoas do círculo social do indivíduo, incluindo familiares, amigos e colegas. Ademais, estudos indicam que aproximadamente 40% a 60% das pessoas que vieram a cometer suicídio haviam buscado algum tipo de atendimento em serviços de saúde no mês que antecedeu o ato, o que reforça a urgência de práticas assistenciais mais preventivas, sensíveis e humanizadas.

No contexto brasileiro, as estatísticas revelam que a maioria dos suicídios consumados ocorre entre homens, que representam cerca de 79% dos casos, embora as tentativas sejam mais frequentes entre mulheres (BRASIL, 2018). Essa assimetria sugere que, enquanto as mulheres tendem a expressar o sofrimento por meio de tentativas menos letais, os homens, com maior frequência, recorrem a métodos mais violentos e de maior letalidade, o que torna indispensável a incorporação da categoria gênero na análise do fenômeno.

Outro elemento que compromete a confiabilidade dos dados diz respeito aos próprios mecanismos de registro. Angerami (2013) observa que numerosos casos de suicídio são classificados como “mortes por causas externas”, tais como acidentes ou homicídios, nos atestados de óbito e prontuários hospitalares, em razão do estigma social e da dificuldade coletiva de lidar com o tema. No caso das tentativas, a subnotificação tende a ser ainda mais acentuada, visto que muitos pacientes omitem a intencionalidade do ato ou fornecem dados incorretos de identificação, o que dificulta o acompanhamento clínico e epidemiológico.

Diante desse cenário, de acordo Angerami (2013), torna-se evidente que o suicídio não pode ser interpretado apenas como expressão de um drama individual, mas deve ser analisado como fenômeno social. O sofrimento que culmina na autodestruição reflete fraturas mais amplas no tecido social, que fragilizam os vínculos e comprometem os referenciais identitários, sobretudo entre os jovens. Nessa perspectiva, o suicídio juvenil pode ser interpretado como um apelo coletivo por reconhecimento e cuidado, revelando falhas estruturais e emocionais de uma

sociedade que não tem conseguido oferecer condições simbólicas e relacionais suficientes para sustentar o desejo de viver.

Uma meta-análise dedicada ao exame de diagnósticos psiquiátricos associados ao suicídio identificou que 87,3% dos indivíduos que vieram a óbito apresentavam algum transtorno mental previamente diagnosticado. Entre esses casos, verificou-se a predominância dos transtornos do humor (43,2%), seguidos pelos transtornos relacionados ao uso de substâncias (25,7%), pelos transtornos de personalidade (16,2%) e pelos transtornos psicóticos (9,2%). Os resultados indicaram ainda que 74,4% dos suicídios ocorreram durante o primeiro episódio de depressão grave, enquanto 18,8% estavam vinculados ao segundo episódio e 6,5% a quadros recorrentes, o que evidencia a severidade das manifestações iniciais da doença (CHACHAMOVICH et al., 2009).

Esses resultados reforçam a associação entre transtornos mentais, uso de substâncias e elevação do risco de suicídio entre jovens, indicando que a fragilidade emocional e comportamental costuma estar vinculada à insuficiência de suporte social e às limitações na oferta de cuidados em saúde mental. Esses elementos permitem afirmar que o suicídio pode ser considerado como um desfecho de um processo contínuo de adoecimento psíquico e social. Ele se configura como manifestação de dor, desamparo e desesperança, em que o indivíduo, incapaz de enfrentar o sofrimento por outros meios, passa a perceber a morte como única possibilidade de escape.

No cenário brasileiro, as iniciativas voltadas à prevenção do suicídio tiveram início em 2006, com a edição da Portaria nº 1.876, que estabeleceu as diretrizes nacionais e publicou o Manual de Prevenção do Suicídio destinado aos profissionais de saúde (BRASIL, 2006). Posteriormente, em 2011, a Portaria nº 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estruturando o cuidado às pessoas em sofrimento mental em todos os níveis de atenção, da atenção básica aos serviços hospitalares e de urgência, sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2011). Essa política representou um avanço relevante ao ampliar o escopo do cuidado para além dos serviços especializados e integrar a atenção às redes comunitárias.

Apesar desses progressos, apenas em 2014 a Portaria nº 1.271 passou a incluir as tentativas de suicídio e os suicídios consumados na Lista Nacional de Notificação Compulsória, possibilitando maior visibilidade e aprimoramento da vigilância

epidemiológica (BRASIL, 2014). Em 2017, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde 2017–2020 (BRASIL, 2017). Em 2019, a promulgação da Lei nº 13.819 consolidou a participação articulada do Estado, da sociedade civil e das instituições privadas nas ações de prevenção do suicídio e da automutilação, reforçando a compreensão de que o enfrentamento do problema exige cooperação intersetorial e corresponsabilidade social.

Tais iniciativas representam avanços relevantes, pois, conforme argumenta Solomon (2018), inserir o suicídio no debate público significa romper com o silêncio e com a estigmatização, favorecendo a construção de políticas baseadas no acolhimento, na escuta e na valorização da vida.

A dimensão simbólica da prevenção também se expressa por meio de campanhas de conscientização. Em 2003, a Organização Mundial da Saúde instituiu o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, celebrado em 10 de setembro, adotando a cor amarela como emblema. Essa escolha remete à história de Mike Emme, jovem norte-americano que restaurou um Mustang 1968 amarelo e cuja trajetória inspirou amigos a difundirem fitas dessa cor com a mensagem “Se você precisar, peça ajuda”. A iniciativa se disseminou amplamente e deu origem ao Movimento Fita Amarela, que passou a simbolizar o compromisso coletivo com o acolhimento, a escuta e o apoio às pessoas em sofrimento psíquico.

De acordo com Isabel Quental (2017), reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública e social é um passo essencial para romper o silêncio que historicamente o envolve, proporcionando maior visibilidade ao tema e ampliando as possibilidades de enfrentamento coletivo. Essa compreensão permite que o fenômeno seja abordado de maneira intersetorial, mobilizando não apenas os serviços de saúde, mas também as instituições educacionais, familiares e comunitárias, que exercem papel decisivo na prevenção e no acolhimento.

Embora avanços institucionais tenham sido alcançados nas últimas décadas, persistem lacunas estruturais e operacionais nos processos de prevenção. A ausência de protocolos unificados, a escassez de profissionais capacitados e a descontinuidade das políticas públicas dificultam a efetividade das ações, especialmente quando se trata de jovens em situação de vulnerabilidade social, afetiva e psíquica.

Entretanto, o cumprimento das portarias e diretrizes legais transcende o campo da obrigação normativa. Leis e regulamentos não se sustentam sem o

comprometimento humano e ético dos profissionais envolvidos. Para que as políticas de prevenção sejam realmente eficazes, é indispensável que os agentes públicos compreendam o contexto social contemporâneo, marcado pela insegurança, pela fragmentação dos vínculos e pela desesperança que afeta amplos segmentos da juventude brasileira.

Compreender o suicídio juvenil sob a ótica da saúde pública implica reconhecer que o sofrimento que conduz a esse ato é, antes de tudo, socialmente produzido. A ausência de políticas contínuas, o enfraquecimento dos laços comunitários e a dificuldades das instituições em acolher a Juventude cria um cenário de solidão e desesperança. Diante disso, o desafio não se limita à formulação de programas ou leis, mas a efetiva transformação das práticas sociais e institucionais, tornando o cuidado um princípio ético presente nas relações humanas.

O enfrentamento do suicídio demanda ações integradas entre saúde, educação, assistência social e cultura, capazes de oferecer à juventude espaços de escuta, expressão e reconstrução simbólica da vida.

Nesse processo, a atuação do assistente social é estratégica, sua função vai além do encaminhamento técnico: envolve o reconhecimento das dimensões subjetivas e sociais do sofrimento, a mediação entre o indivíduo e as políticas públicas, e a criação de vínculos que resgatem o sentimento de pertencimento e dignidade. O compromisso ético-político da profissão com a defesa da vida e dos direitos humanos torna o Serviço Social uma ferramenta decisiva na reconstrução de trajetórias interrompidas pela exclusão e pela desesperança. É de grande relevância a formação contínua dos profissionais, da ampliação do acesso aos serviços e da valorização das redes comunitárias de apoio.

Para além das formulações conceituais e dos dados apresentados, torna-se fundamental situar o fenômeno do suicídio e sua relação com o uso abusivo de substâncias psicoativas nas experiências concretas vivenciadas pelos jovens em seus contextos familiares, educacionais e sociais. As relações familiares, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, encontram-se frequentemente atravessadas por tensões econômicas, fragilização dos vínculos afetivos, ausência de diálogo intergeracional e sobrecarga emocional, elementos que limitam a capacidade da família de exercer uma função protetiva.

No âmbito acadêmico e educacional, observa-se que muitos jovens enfrentam trajetórias marcadas por dificuldades de permanência, baixo rendimento escolar,

evasão e descontinuidade dos estudos, frequentemente associadas à necessidade de inserção precoce no mercado de trabalho, à precarização das condições de vida e à ausência de políticas institucionais de apoio psicossocial. A escola e a universidade, que poderiam atuar como espaços de acolhimento, escutam e fortalecimento subjetivo, nem sempre conseguem reconhecer ou responder adequadamente às demandas emocionais e sociais desse público, contribuindo para a intensificação de sentimentos de fracasso, inadequação e invisibilidade.

Nessas condições, o jovem pode vivenciar experiências de desamparo, incompreensão e solidão, que contribuem para o agravamento do sofrimento psíquico e para a adoção de estratégias precárias de enfrentamento, como o uso de substâncias psicoativas. Observa-se ainda que muitos jovens e suas famílias, ao vivenciarem essas situações, desconhecem os serviços já existentes no âmbito das políticas institucionais de apoio psicossocial, os quais, por diferentes razões, acabam sendo pouco acessados ou socialmente invisibilizados. Os desafios enfrentados por esses jovens se expressam também na dificuldade de projetar o futuro, na instabilidade das relações sociais, na exposição à violência cotidiana e na percepção da escassez de oportunidades reais de mobilidade social. Nesse cenário, o uso de substâncias psicoativas pode assumir a função de anestesia emocional frente às frustrações acumuladas, ao mesmo tempo em que aprofunda a vulnerabilidade ao comportamento suicida.

também na dificuldade de projetar o futuro, na instabilidade das relações sociais, na exposição à violência cotidiana e na percepção da escassez de oportunidades reais de mobilidade social. Nesse cenário, o uso de substâncias psicoativas pode assumir a função de anestesia emocional frente às frustrações acumuladas, ao mesmo tempo em que aprofunda a vulnerabilidade ao comportamento suicida.

## **4.2 Drogarção, suicídio em serviços social**

O Serviço social brasileiro se insere na divisão sociotécnica do trabalho como uma profissão que intervém diretamente na realidade concreta tendo como objeto de estudos e intervenção a Questão social. A sua constituição está profundamente vinculada às transformações históricas, econômicas e políticas que marcaram o desenvolvimento do capitalismo no país, no qual inicialmente tinha uma atuação

conservadora e com o tempo passou a adotar uma postura crítica diante dessas transformações, especialmente com o Movimento de Reconceituação. A ação (fazer”, atender, intervir.) direta antes feita como função central do trabalho do assistente social passou a ser acompanhada pela construção de uma fundamentação teórica, crítica e metodológica à medida que a profissão se desenvolveu. Com isso, o Serviço Social firmou-se como um campo de produção de conhecimento, superando a visão restrita de prática assistencial e afirmando-se como uma área intelectual e científica capaz de analisar e intervir na realidade de forma qualificada.

Mota (2013), analisa o Serviço Social a partir de duas dimensões: como profissão e como uma área de conhecimento das ciências sociais aplicadas. Essas dimensões podem ser entendidas como uma unidade teoria e prática que é sustentada pelo Projeto Ético-Político da profissão, uma base teórica que direciona e qualifica a prática profissional. É por meio do conhecimento teórico que os problemas concretos da realidade (antes apenas “objetos de intervenção”) são considerados em objetos de estudo e análise crítica. Com essa base teórica, o profissional passa a direcionar sua prática de forma fundamentada e consciente.

Nesta direção, os meios que estruturam o processo de trabalho do Assistente Social articulam duas dimensões fundamentais: a teórico-metodológica e a técnico-operativa. A primeira corresponde ao conjunto de teorias, conceitos e métodos como peça central na atuação profissional do assistente social, por oferecer suporte à compreensão crítica da realidade e orientar suas intervenções, que possibilitam a leitura crítica da realidade social e das expressões da questão social. Já a segunda reúne os instrumentos, técnicas e procedimentos utilizados no cotidiano para materializar a intervenção, como entrevistas, relatórios, visitas, articulações e estratégias institucionais. Ambas as dimensões são indissociáveis, pois é a partir da fundamentação teórica que se orienta a prática, e é na prática que a teoria ganha concretude na direção social assumida pelo Serviço Social (FONSECA, 2008).

Neste sentido, ao analisar a drogadição por uso de substâncias como determinante da mortalidade por suicídio de jovens brasileiros em situação de vulnerabilidade, o Serviço Social busca interpretar essa dinâmica a partir de suas bases estruturais e históricas das expressões da Questão Social que não devem ser entendidos isoladamente, uma vez que os/as assistentes sociais estão inseridos em diversos espaços institucionais, como unidades de atenção à saúde mental, entre outros locais vinculados às políticas sociais formuladas na interlocução entre Estado

e sociedade, onde desenvolvem ações voltadas ao fortalecimento dos vínculos sociais e comunitários, bem como à criação de espaços de escuta e diálogo.

Os/as assistentes sociais ao se colocarem como profissionais que trabalham nos serviços ofertados pelas políticas sociais (cunhados a partir da relação Estado e sociedade com vistas ao enfrentamento das expressões da questão social) precisam dar respostas a demandas relacionadas à questão das drogas. Diante desse contexto, o Serviço Social assume papel estratégico na construção de respostas éticas e humanizadas, orientadas pelos princípios da universalização de direitos, da equidade e da defesa da vida, articulando às redes de proteção social e as políticas intersetoriais de saúde, educação e assistência social (CFESS, 2012; BRASIL, 2018).

A intervenção profissional deve ultrapassar a dimensão meramente técnica, assumindo uma perspectiva emancipatória, que reconheça o jovem como sujeito de direitos e protagonista de seu processo de cuidado, promovendo sua autonomia, autoestima e reinserção social (IAMAMOTO, 2007; Yazbek, 2009).

Segundo o conselho Federal de Serviço Social (CFSS), ao atuar de forma articulada a diferentes processos de trabalho, o/a assistente social destaca-se como um/a dos/as profissionais habilitados/as a elaborar análises consistentes e a responder de maneira qualificada às demandas apresentadas pelas/os usuárias/os das diversas políticas sociais, sempre sob a perspectiva da garantia de direitos.

O uso de substâncias psicoativas atravessa cotidianamente as demandas, requisições institucionais e normativas presentes nos espaços sócio-ocupacionais em que o Serviço Social está inserido, configurando-se como um elemento transversal da intervenção profissional. Dessa forma, independentemente do campo de atuação, cabe à/ao assistente social contribuir para o enfrentamento de estigmas e abordagens moralizantes, que frequentemente resultam na negação ou violação dos direitos das/os usuárias/os de substâncias psicoativas (CFESS, 2011).

As abordagens relacionadas ao uso de substâncias psicoativas no exercício profissional do/a assistente social são fundamentadas no conhecimento científico, na ética profissional e na garantia de direitos. Trata-se de uma temática que atravessa diferentes políticas sociais e envolve múltiplas determinações sociais, econômicas e culturais, o que demanda uma leitura ampliada e crítica da realidade. Nesse contexto, a prática profissional se orienta por referenciais teóricos e ético-políticos que possibilitam intervenções qualificadas, voltadas à superação de estigmas e à efetivação dos direitos dos/as usuários/as, considerando as particularidades de cada

área de atuação.

A reflexão acerca do consumo de drogas envolve o reconhecimento de sua complexidade enquanto prática social. Essa complexidade relaciona-se às múltiplas determinações, tanto objetivas quanto subjetivas, associadas ao uso de substâncias, bem como às diferenças existentes entre os diversos tipos de drogas no que se refere aos impactos sociais e à saúde. Soma-se a isso o contexto cultural em que o consumo ocorre e a diversidade de padrões e motivações que marcam a relação estabelecida entre o indivíduo e a substância. Tal perspectiva permite abordar o consumo de drogas a partir de sua pluralidade e de suas múltiplas dimensões, afastando interpretações simplificadoras (CFESS, 2011).

Cabe ressaltar que o uso de drogas não se confunde, necessariamente, com a dependência. O consumo pode estar relacionado a indicações cientificamente reconhecidas, à autoadministração ou ocorrer de maneira esporádica, ocasional, recreativa, abusiva ou dependente, conforme as diferentes formas de relação estabelecidas entre o sujeito e a substância (CFESS, 2016). No contexto da lógica mercantil, as drogas passam a ser inseridas no circuito de produção e circulação de mercadorias, configurando-se também como uma importante fonte de lucro, o que contribui para a ampliação e diversificação de seus usos na sociedade contemporânea (BRITES, 2018).

[...] o debate contemporâneo sobre os usos de drogas na realidade brasileira tem profunda relação com o debate sobre a questão social, daí a importância de um posicionamento fundamentado e coerente com o projeto profissional do Serviço Social diante do uso de drogas como prática social e das respostas formuladas pela sociedade brasileira à essa prática. O CFESS manifesta apoio ao debate público sobre a legalização das drogas, não somente da maconha, por compreender que o debate público favorece, a nosso ver, a transparência e o caráter democrático necessários à construção de respostas no campo da saúde pública para a realidade de consumo de drogas em nossa sociedade. Legalizar não significa estimular ou liberar de forma irrestrita o consumo, mas criar regras transparentes e democráticas que assegurem o controle público sobre a produção, o comércio e o consumo (CFESS, 2011, P. 02).

Do ponto de vista profissional, a análise do uso de drogas se orienta pela compreensão de seu caráter histórico e social, afastando interpretações mistificadoras e estigmatizantes frequentemente presentes nas concepções do senso comum. Essa perspectiva favorece uma leitura crítica da realidade, alinhada aos princípios defendidos pelo Serviço Social e às reflexões produzidas pelo CFESS.

Martins (2013, apud RIBEIRO E SILVA, 2024), as drogas, inseridas na

dinâmica de acumulação capitalista, assumem caráter contraditório ao expressarem a questão social por meio do uso abusivo, o que incide diretamente sobre a prática profissional do assistente social. Essa realidade exige uma intervenção orientada por princípios ético-políticos e por uma leitura da totalidade das relações sociais, evitando abordagens fragmentadas que isolam indivíduos e famílias de seus determinantes estruturais. Nesse contexto, a temática das drogas convoca os assistentes sociais ao engajamento político e à defesa de políticas públicas ampliadas, capazes de reconhecer os processos de produção e circulação das drogas e de superar estratégias meramente repressivas voltadas aos usuários e aos segmentos mais vulneráveis do tráfico, enfrentando o papel das drogas na reprodução das relações sociais capitalistas.

No que se refere à problemática do suicídio, relatórios do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) ressaltam a relevância de práticas interventivas orientadas à garantia de direitos e ao fortalecimento das redes de apoio. Esses documentos evidenciam o papel do assistente social na formulação e no desenvolvimento de estratégias voltadas à prevenção, ao acolhimento e à proteção dos sujeitos em situação de vulnerabilidade.

De acordo com Barroco (2011), a presença da ideologia conservadora no interior das instituições tende a reforçar práticas de caráter coercitivo, convocando os assistentes sociais a desempenharem atividades predominantemente burocráticas, pragmáticas e fragmentadas, o que pode limitar o desenvolvimento de posicionamentos críticos e de engajamento político. Embora o Serviço Social possua uma vinculação histórica com o conservadorismo, a profissão também construiu um compromisso ético-político com a defesa da classe trabalhadora, da qual os próprios profissionais fazem parte. Tal compromisso se expressa nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que orientam o exercício profissional e devem estar claramente afirmadas na produção do conhecimento, de modo que a formação e a prática profissional, sustentadas pela atitude investigativa, sejam conduzidas por reflexões e ações politicamente e eticamente alinhadas ao projeto ético-político do Serviço Social.

Conforme o Código de Ética do/a Assistente Social (CFESS, 1993, apud RIBEIRO E SILVA, 2024), os princípios que orientam o Serviço Social estão fundamentados na defesa da liberdade, dos direitos humanos, da cidadania, da democracia, da equidade e da justiça social, bem como no enfrentamento de todas as

formas de preconceito, na garantia do pluralismo e no compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

À luz desses princípios, o Serviço Social é convocado a apreender criticamente a complexidade dos usos de drogas e a analisar como as respostas do Estado e da classe burguesa incidem de forma desigual, sobretudo sobre a população periférica, pobre e negra.(RIBEIRO E SILVA , 2024).

Em síntese, a perspectiva do Serviço Social sobre a relação entre drogas, juventude e suicídio é fundamental por possibilitar uma análise crítica que ultrapassa explicações individualizantes e moralizantes, situando tais fenômenos no âmbito das determinações sociais, econômicas, políticas e culturais da sociedade capitalista. Ao reconhecer que o uso abusivo de drogas e o suicídio entre jovens expressam múltiplas faces da questão social, o Serviço Social reafirma a centralidade da garantia de direitos, do fortalecimento das redes de proteção e da construção de respostas coletivas e intersetoriais. Nessa direção, a atuação profissional orientada pelo projeto ético-político contribui para o enfrentamento das desigualdades, da violência estrutural e da negação de direitos que incidem de forma mais intensa sobre a juventude, especialmente a pobre, periférica e negra, consolidando práticas interventivas comprometidas com a prevenção, o acolhimento e a emancipação social.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Presente estudo teve como objetivo refletir sobre a relação entre juventude, saúde mental e drogadição, destacando como a drogadição por uso de substâncias psicoativas pode atuar como determinante na mortalidade por suicídio da juventude brasileira, com ênfase na realidade daqueles que vivem em situação de vulnerabilidade social. A análise realizada ao longo do capítulo permitiu entender que a drogadição e o suicídio são considerados um grande problema social de saúde pública, Problema é esse que não se reduz ao indivíduo ou ao fenômeno propriamente dito.

Verificou se que o consumo abusivo de drogas está intimamente ligado às condições de vulnerabilidade social e emocional, e que o sofrimento psíquico dos jovens muitas vezes inviabilizados, encontra na automedicação e no uso de substância psicoativas uma forma de alívio imediato. Entretanto, essa tentativa de escape tende a agravar os transtornos mentais, intensificando comportamentos autodestrutivos e elevando o risco de suicídio. O suicídio, por sua vez, para além de um ato individual de desistência da vida , configura-se a expressão extrema de um sofrimento social e existencial, que reflete as falhas nas redes de proteção, nas políticas públicas e nas relações comunitárias .

A pesquisa evidenciou ainda que, apesar dos avanços institucionais, como a criação do RAPS, e a promulgação de portarias e leis voltadas à saúde mental, persistem lacunas estruturais que dificultam o acesso da Juventude aos serviços de cuidado. A carência de políticas contínuas, o preconceito em relação à dependência química e insuficiência de profissionais capacitados em saúde mental tornam a prevenção e mitigação da drogadição e do suicídio juvenil um desafio constante.

Nesse cenário , o serviço social se consolida como uma área estratégica para a efetivação dos direitos humanos e a promoção da vida. A atuação do assistente social deve ir além da resposta técnica: É uma prática política e ética , comprometida com a emancipação humana e com a reconstrução de vínculos sociais fragilizados. O profissional é chamado a intervir de forma interdisciplinar , articulando saúde, educação e assistência social, para garantir o cuidado integral o acolhimento e o acesso às políticas públicas.

Entre as principais contribuições do serviço social destacam-se a escuta qualificada, a linguagem profissional, o fortalecimento das redes de apoio, a atuação

comunitária e o trabalho preventivo junto às escolas e famílias. Essas ações são fundamentais para identificar precocemente sinais de sofrimento psíquico, evitar recaídas e promover protagonismo juvenil. Ao reconhecer o jovem como sujeito de direitos e não como objeto de controle, o serviço social reafirma sua função de mediador entre o indivíduo e o Estado e sociedade, fortalecendo dimensão humana e coletiva do cuidado.

Neste contexto, conclui-se que a drogadição por uso de substâncias psicoativas que podem levar à mortalidade por suicídio de jovens em situação de vulnerabilidade social, exige uma resposta social integrada, humanizada e contínua . Não basta intervir sobre os sintomas ou sobre o indivíduo isolado: É preciso transformar as condições sociais que produzem um sofrimento, investindo em educação, trabalho cultura, lazer políticas de inclusão . Somente por meio de uma abordagem intersetorial , fundamentada nos princípios da dignidade, da solidariedade e da justiça social será possível reconstruir esperanças e reafirmar o direito à vida especialmente entre jovens que hoje vivem à margem da sociedade.

Assim, o presente trabalho contribui para o fortalecimento do debate sobre saúde mental e juventude, ressaltando que previu um suicídio é também promover a cidadania. O compromisso ético-político do serviço social se revela, portanto, como um instrumento indispensável na construção de uma sociedade mais justa, acolhedora e comprometida com a vida humana em todas as suas dimensões. O papel do assistente social não se limita à execução de políticas ou encaminhamentos burocráticos; ele envolve a reconstrução simbólica do cuidado , pautada na escuta sensível, no reconhecimento da singularidades e na articulação entre os sujeitos e suas redes de apoio.

Em síntese , o estudo reafirma que a promoção da saúde mental da Juventude é tarefa coletiva e permanente o Serviço Social, ao articular a teoria e prática, representa uma das principais forças de transformação dessa realidade, pois sua atuação é guiada pela defesa dos direitos humanos, pela valorização da vida e pela construção de novas formas de convivência e solidariedade. A prevenção da morte auto provocada entre jovens, nesse sentido não é apenas uma demanda técnica é um imperativo ético e civilizatório, que convoca a sociedade a se comprometer com a existência digna de suas novas gerações.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; PILLON, S. C. O uso de drogas e o papel do enfermeiro: Reflexões para a prática profissional. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 944-950, 2005.
- ALBANO, R. M. S.; CARVALHO, R. M. Gênero e identidade na adolescência: Um estudo sobre papéis sociais. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 13, n. 2, p 21-32, 2011.
- AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Suicídio e omissão social: a invisibilidade da dor psíquica**. São Paulo: Pioneira, 2013.
- ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary Garcia (Coords.). **Juventude, juventudes: o que une e o que separa**. Brasília: UNESCO, 2006.
- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização como expressão da ética no cuidado da enfermagem. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006.
- BAPTISTA, M. V. **Juventude e vulnerabilidade social**. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. **Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo, Cortez, 2007.
- BOTEGA, N.J. **Crise suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BRAGA, L. de L.; DELL'AGLIO, D. D. Ideação e tentativas de suicídio em adolescentes: modelo preditivo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre v. 24, n. 3, p. 439-447, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Inclui osuicídio e as tentativas na Lista Nacional de Notificação Compulsória. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017–2020**. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. Edição nº 13. Brasília: Fevereiro de 2025.

BUCHER, Richard. Drogas e sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 239–246, 1992.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARRANO, Paulo César Rodrigues. **Juventudes e escolarização**: entre o risco e a esperança. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: CEBRID/SENAD/UNIFESP, 2002.

CARTANA, M. H. F.; SANTOS, M. A.; FENILI, R. M.; SPRICIGO, J. S. Drogadição: um problema psicossocial. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 343–351, 2004.

CHACHAMOVICH, E.; STEFANELLO, S.; BOTEAGA, N. J.; TURECKI, G. Revisão de literatura sobre suicídio: aspectos epidemiológicos, clínicos e preventivos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 49–54, 2009.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. **Avances en Enfermería**, v. 35, n. 2, p. 148–158, 2017. DOI: 10.15446/av.enferm.v35n2.61014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **CFESS Manifesta**: Dia Internacional de Combate às Drogas – O debate contemporâneo sobre os usos de drogas. Brasília: CFESS, 26 jun. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **O estigma do uso de drogas**. Texto de Cristina Brites. Brasília: CFESS, 2016. (Série Assistente Social no combate ao preconceito, caderno 2).

DEGASPERI, Nínive. **Drogas, políticas sociais e Serviço Social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ESTEVES, Luiz Carlos Gil; ABRAMOVAY, Miriam. **Juventude, Juventudes**: pelos outros e por elas mesmas. [S. l.], 2005.

FERREIRA, L. A.; LUÍS, M. A. A. Assistência ao dependente químico: desafios da prática hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 204–212, 2004.

GONÇALVES, A. M. C.; FREITAS, C. C.; SEQUEIRA, A. C. Tentativas de suicídio e acompanhamento médico: uma análise descritiva. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 67–72, 2011.

INABA, B. S.; COHEN, W. E. **Drogas**: estimulantes, depressores e alucinógenos – efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

JUAN, A. et al. Substance use and suicidal ideation among adolescents: a national survey. **Journal of Adolescent Health**, v. 47, n. 4, p. 364–371, 2010.

KALINA, E.; cols. **Drogadição e sociedade**: um olhar psicanalítico. Buenos Aires: Paidós, 1999.

LIMA, R. C. C. **Mundialização e políticas públicas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas**: o caso brasileiro. Rio de Janeiro: ESS/UFRJ, 2004.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital. Tradução de Rubens Enderle. [São Paulo: Boitempo, 2013].

MACRAE, Edward. **A cultura das drogas e o paradigma biomédico**. Salvador: EDUFBA, 2001.

MACHADO, Martha Toledo. **A proteção constitucional de crianças e adolescentes e os direitos humanos**. São Paulo: Manole, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.  
MOTA, Ana Elizabete. Serviço Social brasileiro: profissão e área do conhecimento. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 17-27, 2013.

MISSE, Michel. **Crime e violência no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Livro de recursos sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**: cuidar, sim – excluir, não. Genebra: OMS, 2005.

ORES, L. et al. Transtornos mentais e risco de suicídio em jovens de 18 a 24 anos: estudo de base populacional. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 173–181, 2012.

PENSO, M. A.; CONCEIÇÃO, M. I. S. O uso de drogas como expressão de sofrimento psíquico: dimensões sociais e emocionais. **Revista Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 23, n. 4, p. 552–565, 2018.

PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a educação. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 1, n. 1, p. 83–94, 1997.

QUEIROZ, M. S. Saúde e doença: um enfoque antropológico. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 309–314, 1986.

RIBEIRO, M.; MOREIRA, M. E. **Suicídio e contemporaneidade**: múltiplos olhares. Belo Horizonte: UFMG, 2018.

ROSA, L. M.; CAVICCHIOLI, M. G.; BRETÃS, A. C. P. Reflexões sobre o conceito de saúde: entre a utopia e a realidade. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 577–589, 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico** [recurso eletrônico]: lesão autoprovocada e suicídio. Elaboração de Cláudia Weyne Cruz et al. Porto Alegre: CEVS/SES, 2025. 32 p. ISBN 978-65-88447-21-5.

RAMOS, Maria Conceição Viana. **Jovens: a relação com o álcool e drogas na cidade de São João da Mata - MG**. 2014. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Polo Campo Gerais, 2014.

SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio-dia**: uma anatomia da depressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

Souza, M. R.; Souza, C. R.; Daher, C. M. S.; Calais, L. B. **Juventude e drogas**: uma intervenção sob a perspectiva da Psicologia Social. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(1), São João del-Rei, janeiro/junho 2015

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B. O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 38-54, 2013. ISSN 2178-7085.

SOARES, Cássia Baldini. **Consumo contemporâneo de drogas e juventude**: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva. 2007. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SOUZA, C.; PAIVA, I. L. de. Faces da juventude brasileira: entre o ideal e o real. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n. 3, p. 353-360, set./dez. 2012.

TOSCANO JUNIOR, A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JUNIOR, A. (orgs.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

TSIRIGOTIS, Konstantinos; GRUSZCZYNSKI, Wojciech; TSIRIGOTIS-WOLOSZCZAK, Marta. Autodestruição indireta (crônica) e modos de tentativas de suicídio. **Archives of Medical Science**, v. 6, n. 1, p. 111–116, 2010. DOI: 10.5114/aoms.2010.13517.

YASBEK, M. C. **Pobreza, desigualdade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2009.