



*Melanie Moura Abreu*

**(RE) APRENDER A VIVER. RECONSTRUÇÃO SOCIOEDUCATIVA DE  
TOXICODPENDENTES PORTADORES DE HIV/SIDA  
EM CONTEXTO HOSPITALAR**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
2012





Melanie Moura Abreu

**(Re) Aprender a Viver. Reconstrução Socioeducativa de  
Toxicodependentes Portadores de HIV/Sida em contexto  
hospitalar.**

*Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação  
da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Ciências da  
Educação.*

Sob orientação do Professor Doutor José Manuel Peixoto Caldas

## Resumo

A pesquisa aqui apresentada foi desenvolvida no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação no domínio de Risco, Vulnerabilidade e Violência.

Desta forma, no estudo que se segue ter-se-ão em conta fatores de ordem social, pessoal e educativa na medida em que pretende estudar o papel da educação formal, informal e não-formal nas trajetórias de vida dos sujeitos com hábitos aditivos portadores de HIV/Sida.

O propósito da investigação passa essencialmente por procurar compreender o lugar dos processos educativos nos percursos de vida apresentados, apontando particularmente para o entendimento que destes atores sociais acerca das redes educativas a que estão ou estiveram expostos, tentando compreender e explorar analiticamente os impactos reconstrutivos na sua vida em sociedade.

Na realização da pesquisa contou-se com a colaboração de indivíduos portadores de HIV/Sida com registo de hábitos aditivos. Todos os intervenientes frequentam diariamente uma Unidade Hospitalar da cidade do Porto, responsável pelo tratamento de substituição e pela administração de medicação antirretroviral.

Com o intuito de esclarecer as questões que promovem a investigação, foram aplicados inquéritos por questionário aos atores acima referidos, sendo um dos objetivos a realização de um enquadramento que possibilitasse um melhor entendimento acerca desta população. Por sua vez foram também realizadas entrevistas semiestruturadas aos membros da população descrita com o objetivo de apreender os sentidos atribuídos à educação no decorrer da sua vida. Toda a investigação empírica realizada é traduzida na (re)construção de trajetórias de vida, apresentadas em sínteses conclusivas da temática supracitada.

**Palavras-chave:** Comportamento aditivo e desviante; HIV/Sida; Estigma; Educação formal/informal e não-formal; Exclusão.

## Résumé

La recherche présentée ici a été développée dans le cadre du Master of Science de l'éducation dans le domaine des risques, la vulnérabilité et la violence. Ainsi, l'étude qui suit ne sera prise en compte des facteurs d'ordre social, personnel et éducatif en ce sens qu'elle vise à étudier le rôle de l'éducation formelle, éducation informelle et non formelle dans le cadre de vie des individus avec les transporteurs additifs habitudes VIH/SIDA. Le but de cette enquête vise essentiellement à comprendre la place des processus éducatifs dans les chemins de la vie présenté, montrant en particulier pour la compréhension de ces acteurs sociaux sur les réseaux d'enseignement qui sont ou ont été exposés, en essayant de comprendre et d'explorer analytiquement l'impact sur son reconstructive la vie en société. Pour cette recherche s'est appuyée sur la collaboration de personnes atteintes du VIH/SIDA habitudes d'additifs inscrits. Tous les joueurs participant à une unité d'hôpital de jour de Porto, le remplacement du contrôleur et de l'administration des médicaments antirétroviraux. Afin de clarifier les questions qui favorisent la recherche de questionnaires, enquêtes ont été appliqués à des acteurs mentionnés ci-dessus, l'un des objectifs de réalisation d'un cadre qui permettrait une meilleure compréhension de cette population. À leur tour ont été également mené des entrevues structurées avec des membres de la population décrite dans le but de comprendre les significations assignées à l'éducation dans le cours de sa vie. Toutes les recherches empiriques se traduit dans la (re) construction des trajectoires, des résumés présentés concluants dans le thème ci-dessus.

**Mots-clés:** additifs et les comportements déviants, le VIH/SIDA, la stigmatisation, l'exclusion formelle / informelle et non formelle.

## Abstract

This research was developed for the masters' degree in Sciences of Education taking the Risk, Vulnerability and Violence as the main domain. Thus, the study that follows links social, personal and educational factors in that it aims to study the role of formal and/or informal education in the life path of subjects with addictive behaviors with HIV/AIDS.

The purpose of this investigation is essentially trying to understand the place of certain educational processes in the life paths presented, narrated by the participants themselves. The completion of the study points particularly to the understanding that these social actors predict about the educational networks in which they are or have been exposed, trying to locate and explore analytically the results applied to their life in society.

For the research it was selected a sample of individuals with HIV/AIDS and registered addictive habits. All intervenients daily attend an Hospital unit of the city of Porto, responsible for the replacement treatment and for administrating the antiretroviral medication.

In order to clarify the issues that promote research, surveys per questionnaire were applied to the subjects mentioned above. One of the goals being the establishment of a fitting pattern that enables a better understanding of this population. In turn, semi structured interviews were also conducted to sample members with the objective of learning the meanings given to the education during their life span. All of this investigation is shown through the reconstruction of ways of life, by conclusive summaries of the above mentioned theme.

**Keywords:** Deviant behavior; HIV/AIDS; Stigma, Formal / informal education; Exclusion.

## **Agradecimentos**

Para agradecer condigna e suficientemente ao meu orientador, Professor Doutor José Caldas, não bastariam todas as páginas desta dissertação.

O meu sincero e sentido OBRIGADO por todas as opiniões, sugestões e orientações que me prestou ao longo desta construção.

À minha família, pai, mãe e tias, por serem isso mesmo: A minha família.

Aos participantes da investigação que permitiram a recolha e o levantamento dos dados. Sem vocês, não teria sido escrita uma única linha desta dissertação.

Ao Cosmin por toda a ajuda e compreensão. Pela troca de opiniões, leituras e análises. Pelo suporte emocional perante as adversidades, sempre com uma palavra de conforto nas alturas de maior dificuldade.

Ao Vasco, pela paciência e pelo apoio que sempre demonstrou.

À Professora Cristina Rocha, pela disponibilidade e pela ajuda na elaboração da dissertação.

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	14
<b>“RISCO E VULNERABILIDADE(S)”</b> .....	14
1. Comportamento Aditivo, Desviante e Risco .....	15
2. Toxicodependência e HIV/Sida .....	20
3. Vulnerabilidade, estigma e exclusão social .....	26
4. Educação formal / informal e não-formal – A pertinência destes conceitos .....	30
<b>OPÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	34
<b>“O RUMO DA INVESTIGAÇÃO”</b> .....	34
1. A investigação em Ciências da Educação.....	35
2. Objetivo da investigação .....	36
3. Opções metodológicas .....	36
<b>(Re) Aprender para viver. O percurso acidentado de uma investigação</b> .....	37
3.1. “ A valentia com os fracos só cobardia revela” .....	37
3.2. “Cada um vê mal ou bem, consoante os olhos que tem.” .....	38
3.3. “Mais vale um pássaro na mão, do que dois a voar” .....	39
3.4. “Onde fores ter, faz como vires fazer” .....	39
3.5. “ A pobreza não é vileza, nem a riqueza nobreza” .....	40
3.6. “ A palavra é de prata e o silêncio é de ouro” .....	40
<b>“CONTRIBUTOS PARA UMA REFLEXÃO SOBRE PERSPETIVAS SOCIOEDUCATIVAS”</b> .....	43
1. Caracterização da população.....	44



2. Enquadramento e caracterização sociodemográfica da população em estudo	45
3. Dimensões emergentes.....	52
3.1. Universo Familiar.....	53
3.2. Amigos ou grupo de pares .....	55
3.3. Universo educativo: “ O que eu aprendi foi mesmo na escola da vida” .....	56
3.4. Percursos aditivos e Saúde: “O meu corpo é um involucro que não interessa.” .....	58
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	66
<b>ANEXOS</b> .....	69

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1 e Gráfico 2</b> – Origem Familiar; Tipo de Residência .....	46
<b>Gráfico 3 e Gráfico 4</b> – Início de Consumo de Substâncias; Modo de Consumo	47
<b>Gráfico 5 e Gráfico 6</b> – Data de Diagnóstico HIV/Sida; Modo de Transmissão..	49
<b>Gráfico 7 e Gráfico 8</b> – A escola foi para eles...; Habilitações acadêmicas .....	50

## **Abreviaturas**

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**Sida** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**RVCC** – Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências

**EFA** – Educação e Formação de Adultos

**AIDS** – Acquired Immunodeficiency Syndrome

**ARC** – Aids Related Complex

# ( INTRODUÇÃO )

O estudo de dimensões ligadas à temática da toxicodependência em simultâneo com a infeção por HIV/Sida tem vindo a assumir uma gradual importância em debates e discussões públicas dedicadas ao seu impacto e consequência social. Apesar de todo o trabalho desenvolvido subjacente à exploração deste construto, é notória a escassez de pesquisas mais direcionadas que efetivamente desconstruam todos os pareceres identitários dos sujeitos que reúnem estas duas condições. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo uma exploração mais focalizada procurando salientar o papel da educação em todo o percurso de vida de sujeitos portadores de HIV/Sida com registo de hábitos aditivos.

Desta feita, torna-se pertinente que sejam apresentadas de uma forma sucinta as premissas que impulsionaram o desenvolvimento desta pesquisa de forma a possibilitar o seu entendimento, clarificando a sua justificativa prática.

A intenção de explorar e melhor compreender algumas dimensões comuns a atores sociais que apresentam tais características, é resultado de um trabalho desenvolvido de forma continuada na Unidade Hospitalar que aplica a terapêutica anti-retrovírica e tratamento de substituição aos indivíduos implicados no presente estudo. Esse trabalho, de caráter académico e curricular, facilitou a perceção de algumas vicissitudes que influem na condução social dos sujeitos, na medida em que são capazes de suprimir ou evidenciar dimensões imperativas na sua própria reintegração e inclusão social.

Neste seguimento, a presente investigação encontra-se dividida em três partes distintas, não obstante à convergência de temas e conteúdos explorados.

Assim, a primeira parte explora as questões teóricas que sustentam a temática global, especificando as suas variáveis em subcapítulos internos. É portanto realizada uma súpula teórica que reúne todos os conceitos considerados essenciais aquando de uma investigação que visa não só a procura de novas dimensões relacionais mas também a reflexão acerca dos construtos que pautam determinadas condições.

No segundo capítulo são apresentadas as opções metodológicas que conduziram todo o processo de investigação, justificando a sua pertinência com a aplicação no estudo em epígrafe. Através da explanação dos procedimentos metodológicos

é possível depreender a forma como foram aplicados os métodos e qual seriam os seus objetivos na construção de uma base reflexiva de resultados concretos. Acentua-se uma opção predominantemente qualitativa no âmbito da qual se justificam as técnicas de recolha de dados: entrevista semiestruturada, observação participante e como forma exploratória adicional, o recurso aos inquéritos por questionário.

Na terceira parte estarão em análise todos os processos pelos quais passou a presente investigação. É o narrar de todos os resultados obtidos através da pesquisa e é neste espaço reflexivo que se espera a apreensão desconstrutiva dos conteúdos, articulados com as questões relacionadas com as dimensões analisadas.

As considerações finais permitem a análise do contexto hospitalar encarado como espaço educativo, salientando o seu papel enquanto organização que promove a educação.

É o espaço reservado à reflexão sobre as vantagens e os contributos da instituição hospitalar enquanto órgão que auxilia à reintegração pessoal e social dos indivíduos.

***I PARTE***

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO-**  
***“RISCO E VULNERABILIDADE(S)”***



## **1. Comportamento Aditivo, Desviante e Risco**

No sentido de contextualizar a pertinência da investigação em análise, importa antes de mais, explorar a justificativa prática para a sua inclusão no capítulo que agora se inicia.

Assim, falar em hábitos de adição e condutas não normativas traduz parcialmente o que se entende em termos conceptuais por risco, vulnerabilidade e comportamento desviante.

Deste modo, como refere Gilberto Velho (1999: 11), “o indivíduo desviante tem sido encarado a partir de uma perspetiva médica preocupada em distinguir o “são” do “não-são” ou do “insano”.” Nesse sentido, focalizar a índole do problema traduzir-se-ia em aceitar que o processo marginal estaria localizado no próprio indivíduo, fenómeno que estaria certamente ligado a causas “endógenas ou hereditárias” (*ibidem*: 12). Contudo, também não seria correto justificar o desvio condutivo com fatores de ordem meramente social, na medida em que “se a sua estrutura restringe algumas disposições para agir, cria outras” (Merton, 1970, *in* Velho, 1999: 12).

Desta feita, e transportando este construto para a investigação proposta, o mais certo seria talvez considerar uma combinação destes dois pressupostos, assumindo que o seguimento vivencial de cada participante foi influenciado por contextos pessoais associados a vetores de ordem social presumivelmente responsáveis por determinados atos ou comportamentos.

No seguimento desta ideia, Dias (2002) salienta a redução das capacidades individuais dos sujeitos em consequência da rígida divisão social que formata os atores para determinadas tarefas e funções. É neste campo exploratório que o desvio de comportamentos normativos induz a negativa categorização social, experienciada pelos participantes desta pesquisa.

Por sua vez, o comportamento desviante pode ser encarado não só como uma infração cometida ao acaso mas sim como “um comportamento que infringe determinada norma para a qual a pessoa está orientada” (Lakatos, 1987, *cit in* Dias, 2002: 39).

Assim, ao analisar o contexto desta investigação, cedo se pode concluir, até por questões ligadas à prática do senso comum, que os desvios da normatividade social estão fortemente marcados por comportamentos intrusivos protagonizados por determinadas estruturas sociais.

É nessa ordem dispositiva que o desvio é definido “como o estado do membro de um grupo que se afasta, pelos seus valores, opiniões ou comportamentos das normas do grupo, para além do que ele tolera” (Stoetzel, 1976, *in* Dias, 2002: 39).

*“A ideia do desvio, de um modo ou de outro, implica a existência de um comportamento “médio” ou “ideal”, que expressaria uma harmonia com as exigências do funcionamento do sistema social.” (Velho, 1999: 17).*

Deste modo, vários fatores são facilmente associados ao comportamento desviante como é o caso do consumo e abuso de substâncias. Devido a esta constante associação, Agra (2008) propõe uma nova denominação que apelida de “desviância latente”. No fundo, esta diretiva traduz-se num cômputo categorial constituído por dimensões de ordem individual, interaccional, contextual e temporal. Segundo o mesmo autor, a manifestação deste comportamento é observada essencialmente na fase da adolescência, onde são comuns registos de desvio como é o caso do consumo de drogas, furtos, conflitos familiares e acima de tudo, o absentismo escolar (*ibidem*, 75). Este último fator silencia toda a eventual crítica à relação entre hábitos de consumo e percursos escolares que, ademais, são aspetos que traduzem o foco da presente investigação.

Todas estas linhas de análise surgem em paralelo com o conceito de “cultura” na medida em que a mesma pode traduzir um espaço multicultural e multifacetado, dando lugar a uma panóplia de entendimentos possíveis face à estrutura do desvio. Velho (1999) aposta numa desapropriação do sistema de cultura, capaz de estabelecer uma relação entre o indivíduo e o sistema cultural. Quer isto dizer que “com um conceito de cultura menos rígido, pode-se verificar que não é que o “inadaptado” veja o mundo “essencialmente sem significado”, mas sim que veja nele um significado diferente do que o captado pelos indivíduos “ajustados”. (*ibidem*: 21).

Já Parsons (1974, *in* Dias 2002) defende que é a própria estrutura cultural que pode influenciar o indivíduo a optar por um comportamento “socialmente desviado” registado por pessoas integrantes dessa mesma estrutura social.

É importante não esquecer que ao falar de desvio, fala-se sempre num conceito dicotómico na medida em que o mesmo pressupõe um pilar de relativização inerente. É neste sentido que se considera que o desvio é relativo em relação ao grupo em que ocorre pois algumas características deste construto podem ser “disfuncionais para alguns indivíduos e subgrupos, enquanto funcionais para outros.” (Lakatos, s/d, *cit in* Dias, 2002: 39).

As características do desvio esbarram de certa forma na percepção do senso comum acerca da integração ou transgressão da norma. Assim, são os próprios grupos sociais que estabelecem regras que, quando quebradas, automaticamente constituem uma conduta desviante (Velho, 1999).

*“O desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa faz, mas sim a consequência da aplicação por outrem de regras e sanções ao “transgressor”.” (Velho, 1999: 24).*

Desta forma, o comportamento é sempre passível de ser avaliado enquanto conduta transgressora mediante as normas sociais que vigoram em determinadas sociedades. É a partir desta relatividade que se estabelece o limite do comportamento normativo e não normativo.

O que acontece habitualmente nas sociedades modernas é uma constante penalização que recai sobre o indivíduo “desviante”, sendo assim registada uma pressão por parte de grupos e comunidades sobre quem comete o “desvio”.

Desta forma, são muitos os fatores que contribuem para a ocorrência do desvio como é o caso da ausência ou falha no processo de socialização (Lakatos, 1987, *cit in* Dias, 2002: 40). Como exemplo corroborativo deste facto, a população aqui estudada apresenta falhas consideráveis nos referidos hábitos de socialização, agindo na maioria das vezes como seres isolados da comunidade, mantendo contactos limitados com o respetivo grupo de pares. Esta característica está, por sua vez, associada a outra tendência facilitadora do desvio defendida pela autora

supracitada. É o caso da “legitimação subcultural do desvio” que acontece normalmente quando a ação desviante é encorajada pelo próprio grupo de pertença do indivíduo. O grupo desviante exerce pressão para que o indivíduo opte pela conduta não normativa, enaltecendo o sentimento de lealdade para com o próprio grupo. (*ibidem*: 40).

Os desvios estabelecidos no interior do seio grupal assumem um carácter limitativo que permite aos indivíduos a orientação da sua conduta bem como o delineamento da sua própria identidade. (Erikson, s/d, *in* Dias, 2002).

É nesta linha de pensamento orientado e sequencial que surge a dicotomia entre a normatividade e a desviância (Agra, 2008).

Quando se fala em normatividade (por oposição à desviância) é possível observar que o sistema de vida dos indivíduos é pautado por ideologias e condutas próprias do sistema cultural e social dos atores que intervêm nessa estrutura. Por outro lado, os contornos da desviância são marcados por formas de vida com características próprias inerentes às subculturas *desviantes*, sendo assim marcadas por comportamentos opostos à maioria normativa (*ibidem*: 76).

“ A adesão a subculturas desviantes equivale à “escolha” de um meio ou de um “mundo” próprio.” (Agra, 2008: 76).

Morris (1978, *in* Dias, 2002) segue linhas orientadoras semelhantes. O autor também considera que o construto associado à normalidade é por hábito referente àquilo que a sociedade espera e aceita em virtude de determinados atos ou comportamentos. Quando se registam situações transgressoras, como é o caso do consumo de substâncias, existe de imediato uma reprovação social porque, efetivamente, estes comportamentos “põe em causa um conjunto de valores aceites como necessários e bons para a sociedade.” (*ibidem*: 43).

É neste seguimento que convém salientar a relação que efetivamente existe entre o desvio e o registo de hábitos aditivos, emparelhando esta ligação com o propósito da pesquisa. Neste sentido, prevalece ainda na sociedade moderna o estereótipo de toxicodependente como aquele que protagoniza atos de vandalismo e marginalidade. Esta representação social que é construída por membros da esfera cultural padece “de uma avaliação superficial e não exata

deste fenómeno social.” (Dias, 2002: 46). A partir deste facto, talvez devessem ser considerados dois fundos analíticos para o fenómeno, surgindo o comportamento aditivo como um campo alheio às eventuais consequências transgressoras deste ato. Quer isto dizer que, se os construtos usufruíssem de uma análise individual, alcançar-se-ia talvez um plano justificativo adequado às considerações necessárias para o seu entendimento.

Devido à constante fusão destes conceitos, explicada pela falha do seu entendimento, o “desviante” está quase sempre associado a esferas de existência próprias, complexas no seu significado. Habitualmente, o seu meio social prediz um local estigmatizado, alvo de exclusão social e é normalmente este ambiente que o indivíduo adota como integrador da sua diferença.

*“O desviante (...) é um indivíduo que não está fora da sua cultura mas que faz uma leitura “divergente”.” (Velho, 1999: 27).*

Na sequência do construto explorado em epígrafe, é inevitável que o mesmo seja associado a pressupostos ligados à questão do risco.

Assim sendo, numa sociedade de indivíduos, caracterizada pelo reconhecimento individual, independente da pertença a um grupo ou outro, é indeclinável falar de “risco social”, sendo este definido por Castel (2005: 27) como “ um evento que compromete a capacidade dos indivíduos de assegurar por si mesmo a sua independência social.”

Associando tais denominações às linhas orientadoras da pesquisa em análise, é perentório o paralelo emergente entre o risco e os comportamentos que a ele estão associados. Neste segmento, é possível agregar uma outra ideia defendida por Beck (in Castel, 2005) que antevê a presença do chamado risco invisível que, como o próprio nome sugere, se traduz num risco implícito e inerente a uma determinada situação.

Atualmente assiste-se a uma constante individualização não só de valores mas também de ações e comportamentos (resultado da interpretação desses mesmos valores). É talvez por isso que a conjuntura atual não permite que os comportamentos tomem como base uma cultura de proximidade, fazendo com que se assista cada vez mais a uma individualização consumada a todos os níveis de uma vida em sociedade (Castel, 2005).

Com o aumento constante do processo de individualização, as situações de risco passam a existir nos mais variados cenários e nos mais diferentes contextos. Estes fatores constituem uma situação denominada “situação de risco”.

Transportando esta premissa para o vínculo em análise, o mesmo autor salientou aquilo a que se pode chamar de resultado do sistema.

Quer isto dizer que, os indivíduos que estão na condição aditiva de substâncias partilham de um mesmo resultado: uma progressiva individualização que se opõe à igualdade de acesso a oportunidades, sendo esta uma característica que devia pautar as sociedades modernas. As diversas situações de dependência há muito que são revestidas por fatores de risco, fazendo sentido a intervenção feita por Castel (2005) quando este menciona a formação progressiva não só de uma sociedade de indivíduos mas de uma sociedade de semelhantes.

De uma forma conclusiva, pode considerar-se que a individualização funcionou como um fio condutor para o resultado a que hoje se assiste: indivíduos dependentes, vulneráveis à sua própria condição.

## **2. Toxicodependência e HIV/Sida**

Após a explanação referente ao caminho percorrido por atores sociais “desviantes”, é necessário compor o leque caracterizante da amostra usada na pesquisa em análise. É sabido que a questão do HIV/Sida surge em jeito de denominador comum a todos os participantes do estudo, fator que emerge aliado a práticas de consumo de substâncias.

É imperativo que, num primeiro momento, sejam referidos aspetos meramente conceituais para que seja possível um enquadramento da temática e conseqüente compreensão teórica da problemática.

Neste sentido, “Sida” (referida como AIDS na terminologia inglesa), é a abreviatura utilizada para designar “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”. (Guerra, 1998: 13). É uma doença viral, infecciosa recentemente crónica.

A penetração no organismo pelos vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana, na nomenclatura portuguesa), propicia a destruição do sistema imunológico do

indivíduo, aumentando a suscetibilidade a uma panóplia imensa de infecções. (*ibidem*: 13).

É sabido que o indivíduo atravessa diferentes estádios clínicos aquando da contração do vírus. É imprescindível que se estabeleça uma resumida explanação desta premissa para que se possam enquadrar clinicamente os atores participantes do estudo em epígrafe.

Segundo Guerra (1998) existem três estádios a ser considerados: **a)** O portador assintomático ou seropositivo que, apesar de ter contato com o vírus, não apresenta sintomas, possibilitando o não desenvolvimento da doença, não obstante da sua transmissão; **b)** O doente com ARC (Aids Related Complex) que já sendo seropositivo apresenta sintomatologia frequente. Esta fase é caracterizada pela ausência de manifestações sintomáticas fazendo com que o indivíduo transite da fase de seropositividade para a fase de Sida; **c)** O doente com Sida que apresenta uma supressão do sistema imunológico grave (causada pelo HIV) (*ibidem*: 14).

Desta feita, a pertinência da explanação acima mencionada assume um caráter identificativo, na medida em que todos os intervenientes da pesquisa se enquadram no primeiro quadro assintomático descrito. Apesar do estigma social inerente a esta condição, baseado somente na versão física do construto, os constituintes da amostra são efetivamente indivíduos infetados que, apesar disso, realizam todas as tarefas normais intrínsecas a uma vida societal.

*“ Em sentido rigoroso, SIDA (...) não é o nome de nenhuma doença. É o nome de uma situação clínica, cujas consequências incluem uma variedade de doenças.” (Sontag, 2009: 111).*

Se por um lado o estádio de seropositividade é comum a toda a amostra populacional estudada, é certo que também por outro, a toxicodependência ou a conduta habitual de consumo aditivo de substâncias surge como característica corrente a todos os atores sociais da pesquisa.

Neste sentido, é imperativo que se considere a adição de substâncias não só como dependência de caráter químico e farmacológico mas também como um fator de ordem psicológica e social agregado a uma trajetória de vida com enquadramento sociológico. Quer isto dizer que é necessário que se trabalhe

sobre o ponto de vista psicossocial do sujeito adicto considerando também fatores de ordem social, económica e educacional que eventualmente possam justificar o percurso dependente.

Autores como Dias (2002) corroboram esta diretriz ao considerar que o fenómeno da toxicoddependência é um construto multifatorial, não se devendo esquecer nunca as condições pessoais dos sujeitos influenciadas pela organização da sociedade.

Assim, ao abordar o fenómeno de consumo abusivo de substâncias, é necessário tomar em consideração a interação entre a droga, o sujeito e o contexto (Zinberg, 1984, *in* Díaz, 2000).

É imprescindível que se proclame a relação estabelecida entre os indivíduos e as drogas não como um ato isolado mas sim “ como um itinerário composto por uma série de comportamentos diferentes e de relações estruturais que se modificam, que se redefinem ao mesmo tempo que se desenvolve esta relação.” (*Ibidem*: 32). É portanto possível desconstruir o fenómeno da adição de substâncias se forem considerados fatores como: **a)** o próprio indivíduo **b)** o produto relacionado com a dependência; **c)** a família, estrutura que forneceu ao sujeito valores, “normas de conduta e noção de papéis sociais”; **d)** os grupos de pares responsáveis pela influência de comportamentos e ações; **e)** a escola onde, por um lado terá recebido a base da educação formal, mas por outro terá provavelmente apreendido outras regras sociais opostas à matriz familiar.

Ralet (2000) dá conta de outra diretriz fundamental aquando da abordagem do fenómeno aditivo. O problema da droga e a própria noção da mesma podem variar segundo as representações culturais de uma determinada sociedade. Esta ideia permite traçar o histórico aditivo que classifica os sujeitos da pesquisa, na medida em que estes estão subordinados aos padrões categoriais vigentes na sociedade ocidental.

*“A dependência é um fenómeno em virtude do qual se desencadeiam uma serie de forças fisiológicas, bioquímicas, psicológicas, sociais e ambientais que predispoem o ser humano a estabelecer uma relação com objetos, substâncias e até pessoas, de uma forma continuada.”*  
(Hokfelt, 1981, *cit in* Martí, 2000: 62).



Os comportamentos aditivos têm assumido diversas conotações ao serem analisados como um fenómeno emergente. Em Portugal algumas decomposições feitas acerca da temática ocupam posições contraditórias. Por vezes, o fenómeno é visto como uma “opção livre e consciente” aliada à ideia de avanço e modernidade social, apelidada de doença que carece de proteção. Outras vezes é encarada com conformidade assumindo um carácter normativo da vida em sociedade. (Dias, 2002).

Assim sendo, a adição afeta diretamente a intenção do sujeito uma vez que o mesmo assume uma procura incessante pela retribuição imediata, deixando de projetar planos e aspirações futuras.

Assiste-se assim, à crescente deterioração das relações interpessoais do sujeito adicto, uma vez que as diretivas do mesmo assumem crescentemente um carácter individualista, sendo as relações de pares restritas às necessidade aquisitivas de “matéria aditiva”. Toda a estrutura emocional e afetiva é suprimida pelo propósito de consumo alunando o papel da família, amigos e sociedade. (Dias, 2002).

Elaborando um pequeno parêntesis comparativo, todas as dimensões supracitadas parecem assumir-se como o reflexo que caracteriza a amostra estudada, confirmando os padrões estruturais teórico-práticos.

Ao longo dos tempos, o fenómeno da adição alterou o seu carácter dimensional, na medida em que passou de um comportamento privado, reservado apenas a alguns grupos estigmatizados, para um fenómeno “eminente social”. (*ibidem*: 50)

Desta feita, foram então demarcadas algumas dimensões de carácter social que auxiliam à justificativa do percurso de consumo de substâncias. Dias (2002) especifica e explana de forma concreta as diferentes premissas constituintes desta análise.

Primeiramente, explorando a dimensão acima mencionada, o fenómeno da toxicodpendência padeceu de uma mudança ao nível da *visibilidade social* devido à exposição que diferentes organismos e instituições levaram a cabo relativamente a este construto. O comportamento aditivo passa então de um ato isolado para um ato público considerado de interesse geral da sociedade.

Por sua vez, assiste-se também a uma definição genérica dos estratos sociais ao serem consideradas as múltiplas variantes envolvidas nos processos de

consumo. Quer isto dizer que devem ser salientados todos os envolvidos na estrutura aditiva, desde o consumidor, ao produtor e ao distribuidor. Se perante essa estrutura forem adicionadas as organizações familiares e profissionais, o resultado é traduzido em diferentes níveis de *estrutura social*.

Outra esfera a ser tomada em consideração diz respeito ao ambiente que envolve as práticas de consumo, nomeadamente o *espaço social* onde ocorrem esses comportamentos. Neste sentido, é apresentada uma dicotomia relativa aos espaços sociais destas práticas, uma vez a toxicodependência reside no âmbito pessoal e íntimo do próprio sujeito, sendo também visível nos locais onde os hábitos aditivos são consumados.

Segue-se uma outra dimensão, não menos importante do que aquelas já referidas.

O *tempo social* dos percursos aditivos traduz o significado das variáveis que contornam este fenómeno. Não se trata apenas do tempo cronológico, clássico, mas sim do tempo espacial existente quando são registados estes fenómenos. Servem de exemplos as políticas assistenciais, as estratégias de intervenção e organizações de solidariedade, entre outras.

Segue-se uma vertente de igual forma importante que engloba todas as *consequências sociais* implicadas no processo de consumo. As práticas de adição não estão limitadas a efeitos meramente físicos ou psicológicos. Estes efeitos são alargados à família, aos amigos, à comunidade e a todas as estruturas relacionadas com o sujeito ocorrendo portanto uma mudança ao nível relacional e afetivo. Normalmente aliada a esta dimensão está a *mobilidade social* implícita ao processo de adição. A toxicodependência é um fenómeno que promove a interação entre os vários agentes implicados no processo. Neste domínio estão incluídos os consumidores, aqueles que produzem a própria substância, aqueles que a negociam, os agentes económicos implícitos, a família do próprio consumidor e até os responsáveis pela conduta terapêutica. A importância desta dimensão reside na multiplicidade de intervenientes que uma só conduta pode desencadear.

Desta forma, a *reflexividade* constitui uma outra área dimensional justificativa do fenómeno presentemente analisado. As abordagens relativas ao tema da toxicod dependência têm vindo a ganhar assiduidade nas discussões públicas e, em consequência começam a surgir opiniões divergentes relativamente a esta prática. No fundo, são fomentadas opiniões reflexivas para que o sujeito adote uma posição mais argumentativa.

Por vezes, os meios de comunicação (jornais, revistas, entre outros) vinculam uma linguagem estereotipada sobre o fenómeno da toxicod dependência.

Por último, a reflexão, intervenção e prevenção deste fenómeno gera tendencialmente *múltiplos sistemas de conhecimento* que funcionam como radiografia social para o seu entendimento. Prediz-se portanto o conhecimento estrutural do problema, prevendo um comportamento que lhe está associado (Dias, 2002: 51, 52, 53).

De uma forma generalista, todas as dimensões que acima foram apresentadas são categoricamente explícitas quando transportadas para a compreensão da população estudada. Com uma taxa de incidência por vez mais, por vezes menos visível, são localizadas as diferentes variáveis apresentadas, podendo-se presumir que a leitura das mesmas corrobora com a produção científica explanada.

Como complemento adicional de análise do fenómeno aditivo, não se pode nunca considerar que o mesmo seja um resultado da convergência de fatores unicamente sociais, devendo por isso ser ressaltado o cariz individual (pessoal) e familiar do sujeito vulnerável à descrição desta conduta.

Deste modo, a *curiosidade* associada à *necessidade de pertença a um grupo* é o motor que eventualmente poderá despoletar a iniciação num percurso dependente. Raras vezes estes fatores estão alheios a fortes procuras de expressão individual do sujeito, registando-se frequentemente a busca pela integração no sistema aditivo dominante.

Por fim, a pressão exercida por fatores externos ao indivíduo faz com que o mesmo procure alcançar um estado ilusório de *bem-estar e satisfação interior*, alimentado pela necessidade de autoafirmação perante o grupo que o recebe e integra (Dias, 2002).

Desta feita, para além das questões identitárias supracitadas, outras construções de ordem familiar devem ser tomadas em conta. O mesmo autor considera que a *demissão dos progenitores na educação do sujeito* influencia a trajetória de cada indivíduo nas tomadas de decisão relativas à sua própria conduta.

A norma parental é também determinante na análise da dependência, na medida em que a *ausência de equilíbrio nas relações com o sujeito* pode influenciar a sua escolha quanto ao percurso a adotar. Esta condição pode ser dicotomicamente analisada. Quer isto dizer que, ao adotarem comportamentos demasiado permissivos ou, por outro lado, demasiado autoritários, as figuras parentais de autoridade influenciam aleatoriamente o percurso que será assumido pelo sujeito, exercendo uma pressão constante face a expectativas demasiado elevadas.

É neste sentido que Baratta (1994) colmata o construto acima explanado ao defender que o sistema compositor de substâncias aditivas é um bom exemplo daquilo que se considera como “subsistema fechado”, sendo o condicionamento recíproco dos atores uma das suas principais características. “A este condicionamento positivo, subtrai-se unicamente um grupo de atores: o que é constituído pelos sujeitos adictos. A presença deste único grupo “desviado”, neste caso os sujeitos adictos (*desviados* em relação ao sentido da realidade aceite pelos demais), reforça o sistema fechado, aumentando a sua capacidade de autorreprodução.” (*ibidem*: 24).

### **3. Vulnerabilidade, estigma e exclusão social**

Nesta etapa exploratória, torna-se imperativo a abordagem a determinados conceitos que completam o quadro estrutural de análise da amostra subjacente à pesquisa em epígrafe.

Deste modo, são emparelhados vários construtos independentes que, por partilharem a mesma ordem categorial, se assemelham enquanto vetores caracterizantes dos sujeitos adictos. Assim, devido à integração implícita em grupos “desviantes”, como ademais foi referido e explorado numa fase anterior do capítulo apresentado, o ambiente social que engloba os sujeitos adictos é negativamente afetado pela estigmatização. Neste caso, o construto estigmatizado assume por sua vez uma dupla dimensão, na medida em que o

grupo desviado apresenta percursos dependentes, ao mesmo tempo que regista uma condição patológica (infecção por HIV/Sida). Assiste-se portanto a uma associação de significados registada pelo estigma que envolve a doença, afetando inicialmente os grupos sociais já por si rejeitados, como é o caso dos sujeitos dependentes. (Guerra, 1998).

*“ As repercussões da doença Sida no mundo, e as características dos principais grupos infetados, suscitaram de imediato uma resposta da sociedade aos comportamentos, social e moralmente, julgados como desviantes.” (Guerra, 1998: 23).*

Devido às trajetórias protagonizadas pelos sujeitos adictos e infetados, a sociedade orchestra uma justificativa culpabilizante para os comportamentos destes atores sociais transgressores da norma. A maioria normativa considera a infecção pelo HIV/Sida como uma punição pelo percurso dependente e pelos comportamentos que daí advêm.

Por definição, alheia a qualquer enquadramento situacional, um estigma é “ uma classe especial de relação entre o atributo e o estereótipo” (Goffman, 1989). É neste sentido que o mesmo autor considera a existência de três tipos de estigma na aplicação prática vigente em sociedade. De entre estes três pressupostos, apenas um assume uma diretriz específica aquando da aplicação à pesquisa apresentada. O estigma prevalece como critério indiscutível e essencial aquando da análise de determinados grupos sociais que padecem de características específicas cotadas negativamente em toda a sua estrutura.

Apesar da associação de construtos não normativos assumidos por grupos simultaneamente dependentes e infetados, é determinantemente visível o carácter estigmatizado com que os demais se apropriam deste grupo específico, assumindo comportamentos que automaticamente julgam estes participantes na esfera social que aqui se apresenta.

*“O normal e o estigmatizado no são só pessoas, mas também perspetivas. Estas geram-se em situações sociais durante contactos mistos, em virtude de normas não verificadas (...) ”. (Goffman, 1989: 160).*

Em sequência da análise conceptual baseada em construtos ligados ao estigma, torna-se imprescindível relacionar este conceito com a estrutura presente nas representações sociais, normalmente estabelecidas numa perspetiva convergente entre estas duas designações.

Neste sentido, quando se fala em patologias como a infeção por HIV/Sida é imperativo que sejam elaboradas representações sociais que estão diretamente relacionadas com o conhecimento “socialmente utilizado para orientar as respostas sociais perante este fenómeno.” (Páez, *et al*, 1991).

Perante determinações negativamente cotadas infligidas aos grupos “desviantes”, compostos por sujeitos “desviados”, as representações sociais funcionam como uma barreira limitadora de convergência e interação grupal. Anulam portanto qualquer facilitador comunicacional e interativo que se possa eventualmente estabelecer entre a sociedade (geral) e o grupo estigmatizado.

Esta perspetiva é confirmada pela conceção de representação social defendida por Moscovici (1988). O autor define sucintamente o conceito, ao referir-se à representação social como “ uma elaboração cognitiva de um objeto social feita pelo grupo, com o objetivo de comunicar e atuar sobre ele (Moscovici, 1988, *cit in* Páez, *et al*, 1991: 99).

*“As funções das representações sociais orientam-se para a defesa da identidade social dos sujeitos, para a integração de novos fenómenos, para a orientação da conduta e para a facilitação da comunicação.”*  
(Páez, 1991: 91).

Desta feita, a junção de fatores impeditivos de interação e coesão da esfera societal resultam num estado obsoleto e estagnado de progressão das sociedades modernas. Assim, devido à sobreposição de diversos fatores sociais, pessoais e contextuais, a trajetória individual de cada sujeito é pautada por fatores que propiciam o isolamento, a unanimidade e conseqüentemente arrastam o indivíduo para uma situação de exclusão social.

De uma forma sucinta, os grupos “marginalizados”, são caracterizados neste caso pela sua patologia e adição, experienciam a exclusão em todas as suas formas. Quer isto dizer que, primeiramente é registada a exclusão do tipo económico

através da múltipla privação afeta à ausência de vários recursos. “É caracterizada por más condições de vida, baixos níveis de instrução e qualificação profissional, emprego precário e atividade no domínio da economia informal.” (Bruto da Costa 1998: 21).

Aliada a este estado de privação, os pertencentes a grupos “estigmatizados” partilham também a chamada exclusão do tipo social. Neste domínio, as restrições e falhas estruturais são registadas ao nível dos laços afetivos e sociais, e interação intergrupar com membros pertencentes à maioria dita normativa. “É uma situação de privação do tipo relacional, caracterizada por isolamento e por vezes, associada à falta de autossuficiência e autonomia pessoal”. (Bruto da Costa, 1998: 22).

No caso do estudo apresentado, o que acontece na esmagadora maioria das vezes, é o registo de uma convergência da exclusão do tipo económico com a exclusão do tipo social, que resulta numa dupla dimensão de estruturas, anulando as hipóteses remotas de integração na esfera de uma sociedade cultural.

Através de uma cadeia condutora de privação pode dizer-se os membros “excluídos” padecem ainda de uma outra forma de exclusão, envolta numa descrição sublime mas que provoca danos muitas vezes difíceis de retificar.

Trata-se portanto da exclusão do tipo cultural que, em termos práticos, promove a separação da normatividade e da desviância. Assenta numa premissa de natureza cultural, levando a sociedade a dificultar a integração social daqueles que transgridem a norma, como é o caso dos sujeitos adictos e com registo de patologia associada.

Por fim, assiste-se também à exclusão social resultante da prática de comportamentos autodestrutivos. É neste estágio que são registadas situações de auto-exclusão devido a condutas negativas protagonizadas pelos sujeitos “transgressores”. Tratam-se, na sua maioria, de comportamentos relacionados com a toxicodependência e hábitos de adição (Bruto da Costa, 1998:23).

#### **4. Educação formal / informal e não-formal – A pertinência destes conceitos**

Ainda nesta linha de análise da conduta até agora descrita, é novamente imperativo que sejam abordadas determinadas diretrizes com o intuito não só de justificar a pertinência da presente investigação como também de clarificar o fio condutor que guiou e direcionou a pesquisa.

*“Educação formal é uma aprendizagem oferecida normalmente por um centro de educação ou formação, com caráter estruturado (segundo objetivos didáticos, duração e suporte) e que se conclui com uma certificação.” (Barreiro, s/d).*

Posto isto, devido à importância redutora que as unidades escolares estruturais assumem nos percursos de vida da grande parte dos sujeitos “excluídos”, surge o aparecimento de determinadas organizações que tendem a colmatar a ausência das falhas existentes na educação destes indivíduos. Deste modo, a existência de organizações estatais ou privadas emergem no quotidiano destes atores sociais, na medida em que, dependendo do propósito de cada uma, atuam numa linha regeneradora e inclusiva perante aqueles que dela usufruem.

Neste sentido, ressalva-se a importância da abordagem a outro tipo de educação que corrobora esta linha de compreensão. Fala-se portanto na educação não formal (considerando a diferença entre este construto e a educação informal).

Associando a existência de organizações que primam pela administração de uma educação não formal à linha conceptual subjacente a este domínio, é imperativo que o resultado não transgrida os propósitos da população aqui estudada. Assim sendo, é plausível a análise de uma organização que, por um lado imprima o seu trabalho no acompanhamento de sujeitos adictos e dependentes, mas que por outro, seja pautada pela administração e aplicação de significados alicerçados à educação não formal.

Neste sentido, “a educação não formal dá-se em contextos que, existindo uma intencionalidade educativa e uma planificação das experiências de ensino-aprendizagem, estas ocorrem fora do âmbito da escolaridade obrigatória.”



(Barreiro, s/d). Por este motivo, é então justificada a pertinência da análise de uma instituição que complemente os aspetos supracitados.

Devido à frequência diária que os sujeitos adictos com patologia associada registam numa Unidade Hospital do Sistema Nacional de Saúde, é pertinente que sejam brevemente explorados alguns contornos para que seja possível o entendimento da justificativa desta interação. Por um lado, o tratamento e acompanhamento dos sujeitos referidos, e por outro, a transmissão vinculativa de conceções subordinadas à educação não formal.

*“A educação não formal inclui instituições, associações, organizações e grupos – sejam eles religiosos, públicos ou organizados pela sociedade civil – que atuam com a educação, tendo a sua atuação uma forma diferenciada da escola.” (Benzaquen, 2007: 78)*

As reproduções transmitidas pela dinâmica da entidade hospitalar funcionam, neste caso, como ferramentas que potenciam a absorção de trâmites de educação não formal na medida em que “a transmissão de conhecimento acontece de forma não obrigatória e sem a existência de mecanismos de repreensão em caso de não aprendizagem.” (Benzaquen, 2007: 78).

Pode, no entanto, ser registada uma maior rigidez em termos de valores internos dentro da própria instituição não formal do que nas organizações de educação formal. Não obstante, o papel principal passa a ser protagonizado pelos participantes e não pelo educador. O sentido voluntário de participação por parte dos utitários contrasta com o sentido e obrigatoriedade imposto pela educação formal, entenda-se, escolar (*ibidem*: 78).

*“Admite-se que a educação não formal pretende ser um espaço relacional e também servir como um espaço de expressão e discussão de valores e aceitação de compromissos ideológicos, normas de conduta e códigos de responsabilidade.” (Benzaquen, 2007: 78).*

Simson, Park e Fernandes, (2001: 11, *cit in* Benzaquen, 2007: 78) resumem de forma sucinta o entendimento daquilo que deve ser encarado como a educação formal, neste caso, no contexto específico da adição e dependência.

As autoras defendem que este tipo de educação deve “proporcionar elementos para a socialização e a solidariedade, visar ao desenvolvimento social, evitar formalidades hierárquicas, favorecer a participação coletiva, proporcionar a investigação e, sobretudo, proporcionar a participação dos membros do grupo de forma descentralizada.”

## ***II PARTE***

***OPÇÕES METODOLÓGICAS -  
“O RUMO DA INVESTIGAÇÃO”***

## **1. A investigação em Ciências da Educação**

Antes de explorar qualquer assunto relacionado com as opções metodológicas a usar nesta pesquisa, é importante perceber de uma forma sucinta os contornos associados à investigação em Ciências Sociais, salientando a importância da conduta a utilizar quando investigamos em Educação.

*“ No que respeita à investigação social, (...) importa, acima de tudo, que o investigador seja capaz de conceber e de pôr em prática um dispositivo para a elucidação do real, isto é, no seu sentido mais lato, um método de trabalho.” (Quivy & Campenhoudt, 2008: 15).*

Assim, é natural que uma investigação socioeducativa assuma variadas formas e determinações, sendo assim conduzida em diversos e múltiplos contextos (Bogdan & Biklen, 1994).

No caso concreto da presente investigação, a mesma poderá ser considerada como uma investigação maioritariamente qualitativa (não obstante do seu resumido parêntesis quantitativo), significando que os dados recolhidos para análise são dotados de pormenores descritivos relativos “a pessoas, locais e conversas” (Bogdan & Biklen, 1994)

Assim, como defendem Quivy e Campenhoudt (2008), ao investigar em Ciências Sociais é possível compreender melhor todos os contornos de um determinado acontecimento, isto é, tornamo-nos capazes de situar a problemática, refletir acerca da mesma e determinar quais as representações feitas relativamente à situação a ser estudada.

Ainda no segmento desta ideia, Maria Isaura Queiroz (2001: 18) defende que “em todas as Ciências Sociais (incluindo as Ciências da Educação) o material ora se expressa em algarismos, colhidos pelas técnicas quantitativas, que se valem da enumeração (...); ora é colectado a partir da observação directa e da utilização de documentos”.

Moreira (2007: 13) corrobora toda a informação em epígrafe quando refere que investigação social “diz respeito ao conhecimento do universo humano”

## **2. Objetivo da investigação**

É certo que todas as pesquisas e investigações são, de certa forma, movidas por interesses pessoais ou profissionais inerentes à prática do próprio investigador.

Não sendo exceção, o presente estudo procura determinar e compreender o lugar da educação no percurso de vida de sujeitos com hábitos aditivos portadores de HIV/Sida.

### **Hipótese de trabalho**

**Analisando em profundidade, todo o processo de investigação procurou compreender qual o peso que a educação formal/ informal e não formal teve na vida destes atores sociais, ou seja, se estes três vetores educacionais estiveram presentes/ ausentes nos seus trajetos de vida e/ou de que forma se repercutiram nas suas decisões.**

## **3. Opções metodológicas**

Devido ao carácter multidimensional da investigação em curso, é plausível pensar que a melhor opção a tomar no campo metodológico será a combinação das duas dimensões de análise: caracterização dos cenários vivenciais e sociodemográficos. Assim sendo, a presente investigação apresenta uma metodologia qualitativa, privilegiando instrumentos de recolha de dados específicos como a observação participante, a entrevista semiestruturada (ver guião da mesma em anexo **D**) e complementarmente o inquérito por questionário (ver em anexo **C**)

*“Os métodos qualitativos visam o estudo dos significados intersubjetivos, situados, construídos e usados (repetidos)” (Moreira, 2007: 50).*

## ***(Re) Aprender para viver. O percurso acidentado de uma investigação***

### **3.1. “ A valentia com os fracos só cobardia revela”**

É ainda no decorrer do ano passado que se iniciam as diligências subjacentes a uma pesquisa que fazia prever algumas dificuldades de execução e aplicação.

Entenda-se antes de mais que, sem uma autorização para entrada e investigação a desempenhar em espaço hospitalar, o desejo de ver desenvolvida e concluída uma pesquisa como aquela que aqui se apresenta, torna-se assim comprometido. Desta forma, seria chegada a altura de contrariar as adversidades e insistir naquilo que se acreditava poder ser um resultado não só surpreendente como útil tanto para a formação que compunha a pesquisa como para quem dela participava.

Neste sentido, e graças à relação previamente estabelecida com os participantes da investigação através de um estágio curricular integrante da conclusão da Licenciatura em Serviço Social, foi possível a abordagem direta com os utentes deste espaço hospitalar, anulando desde logo qualquer impedimento burocrático.

Assim, não mais bastou que um telefonema informal para obter uma resposta positiva quanto à participação destes atores sociais na pesquisa que se propôs desenvolver.

É através desta simples mas avassaladora atitude que se contraria o que normalmente se pronuncia aquando de um afastamento físico inerente a situações que implicam um início e um fim de uma determinada atividade.

Quer isto dizer, que apesar de um distanciamento físico que ocorreu depois do término do estágio, foi automaticamente realizada uma promessa entre partes, traduzida num acordo que extrapola uma simples relação profissional. Estava então posta de parte qualquer dúvida relativamente à relação que foi e continuaria a ser estabelecida, fator este que viria a ser o único elo que permitiu uma pesquisa numa fase posterior. Reforça-se aqui a ideia de que, apesar de convívios esporádicos que eventualmente ocorriam, a ligação estabelecida foi constante e continuada.

Desta forma, torna-se importante salientar que, apesar da atitude por parte da

instituição hospitalar caracterizada pela superioridade e uma certa altivez, a investigação tomou o rumo que a mesma propôs seguir, sendo a instituição incapaz de impedir o desenvolvimento de uma pesquisa. Não deve nunca tratar-se aqueles que estão em situações mais vulneráveis em função daquilo que aparentemente são as suas condições e estruturais sociais, devendo entender o outro como gostaríamos que nos entendessem a nós.

### **3.2. “Cada um vê mal ou bem, consoante os olhos que tem.”**

Em virtude da relação que se foi estabelecendo, tanto ao longo do percurso curricular como nas relações “extra espaço hospitalar”, torna-se importante ressaltar a natureza de proximidade que pautou praticamente todos os espaços de interação que tiveram lugar tanto dentro como fora da instituição hospitalar.

A relação “técnica – utente” rapidamente se consolidou como “confidente – pessoa” permitindo que fosse possível olhar e avaliar determinadas situações rematadas com conselhos ou por outro lado, advertências que permitissem uma melhor condução dos atores sociais.

É relevante que este aspeto seja incluído na atual justificação metodológica pois sem esta ligação, tornar-se-ia impossível uma aproximação que é indispensável para abordagens desta natureza. Os temas explorados na presente pesquisa envolvem não só sentimentos como perceções demasiado pessoais que, quando revisitadas, são suscetíveis de produzir emoções e reproduções variadas e nem sempre as mais positivas.

Desta forma, o passo formal e por vezes incómodo da realização do inquérito e da entrevista foi automaticamente ultrapassado, sendo que todo o processo de investigação ocorreu sem inibições relacionais que, caso contrário, estariam inevitavelmente presentes.

Assim, deve ter-se em conta a maneira como olhamos o outro, tentando anular a existência de ideias preconcebidas quando se julga uma determinada pessoa. Na realidade, basta que seja feito um esforço para entender as situações de maneira diferente, sendo que neste caso, estes indivíduos devem ser olhados como pessoas e não como sujeitos “outsiders” do sistema.



### **3.3. “Mais vale um pássaro na mão, do que dois a voar”**

É certo que indivíduos protagonistas de determinadas condições, como é o caso da população aqui apresentada, requerem de antemão uma abordagem cuidadosa quando lhes é proposta a participação em atividades que pressupõem concentração e disponibilidade temporal.

Desta forma, ao adicionar a estas dimensões a predisposição psicológica para a realização de qualquer atividade é necessário que se tenha em conta que os atores sociais implicados realizam tratamento de substituição com metadona que influencia integralmente o seu próprio estado fisiológico e social.

Perante esta condicionante torna-se imperativo não só um conhecimento acerca das implicações da administração desta substância como também se torna necessário que se conheça a forma como os indivíduos estão relacionados com esta prática.

Quer isto dizer que, ao ter conhecimento de que na grande maioria das vezes os sujeitos não são capazes de interagir sob domínio total das suas faculdades enquanto não efetuarem a toma da referida substância, deve ter-se a capacidade de escolher o momento certo para realizar qualquer tipo de atividade que implique recurso a memórias e discursos muitas vezes complexos.

Deste modo, foi também necessário estudar e determinar os momentos exatos para a realização tanto dos questionários como das entrevistas, mesmo que esta situação implicasse algum tipo de atraso na elaboração da investigação. É imprescindível que se ganhe consciência que é preferível esperar pela altura apropriada para o efeito proposto em vez de forçar uma situação que, à partida, não devolve o resultado esperado.

### **3.4. “Onde fores ter, faz como vires fazer”**

Sabendo-se *à priori* que o conhecimento e capacidade de interpretação dos participantes nem sempre possibilita uma clareza de compreensão necessária para as respostas aos inquéritos por questionário, optou-se por um questionamento direto. É importante que se tenha um grau de confiança elevado que possibilite a leitura e o conseqüente registo de respostas devido ao caráter essencialmente pessoal que este tipo de método implica.

Aliada a esta questão, está a dificuldade na compreensão de algumas questões por parte dos sujeitos o que leva a que nem sempre as respostas correspondam exatamente à realidade.

Assim, ao ter conhecimento desta dificuldade que poderia eventualmente condicionar a veracidade das respostas, o inquérito por questionário foi administrado individualmente, em dias diferentes com cada um dos sujeitos implicados. Através do conhecimento prévio que foi obtido por observação de outras pesquisas desenvolvidas com os sujeitos referidos, poder-se-á inferir que apenas agindo desta forma se consegue alcançar o objetivo proposto, não devendo tentar alterar a “zona de conforto” que os sujeitos apresentam.

### **3.5. “ A pobreza não é vileza, nem a riqueza nobreza”**

A observação participante pautou desde logo todo o processo de investigação. Com o objetivo de aprofundar e ainda melhor conhecer a população com que se propôs trabalhar, foi feito um acompanhamento nas atividades “extra espaço hospitalar” como por exemplo os jogos de futebol que estes sujeitos realizam no âmbito de um projeto denominado “Liga para a Inclusão Social”.

Se por um lado, estes momentos informais de convívio se revelam ricos em conhecimentos relevantes para o decurso da pesquisa, por outro confirmaram os discursos de exclusão e estigmatização social que a maioria exerce sobre indivíduos com estas características. Contudo, enquanto pesquisador, a envolvimento com o contexto deve ser efetuada ao mais alto nível, eliminando qualquer possibilidade de influência por estereótipos ou ideias preconcebidas. É neste sentido que se deverá enaltecer o propósito para o qual estamos a trabalhar, ignorando por vezes determinadas situações que resultam do pouco conhecimento que se tem acerca de populações específicas.

Desta forma, o julgamento prévio é totalmente reprovável sempre e quando estão subjacentes aos direitos humanos.

### **3.6. “ A palavra é de prata e o silêncio é de ouro”**

Devido à natureza da ligação com os participantes que acima foi mencionada, é incrivelmente recompensador observar a delicadeza e a preocupação que os

mesmos transmitem aquando da realização das tarefas inerentes ao desenvolvimento da pesquisa.

Torna-se enternecedor verificar que, mesmo sendo sujeitos com alguns *handicaps* (de expressão verbal e / ou motora) resultantes das suas vivências toxicológicas, para falar sobre si mesmos, estes mostraram sempre abertura para participar e dialogar. Os seus silêncios eram palavras não ditas mas expressadas. Através deste facto pode assegurar-se que mesmo sujeitos com algumas dificuldades fazem esforços para obter resultados satisfatórios, por vezes traduzidos em silêncios que são impossíveis de “ler” durante esta pesquisa. O facto de quererem que a investigação fosse bem-sucedida, fez com que procurassem adaptar o seu discurso às expectativas.

***III PARTE***

**“CONTRIBUTOS PARA UMA  
REFLEXÃO SOBRE  
PERSPETIVAS  
SOCIOEDUCATIVAS”**

É após todo um complexo processo de relacionamento entre temáticas e procedimentos exploratórios, que emergem os dados conclusivos de todo um tracejado empírico até à data desenhado.

É imperativo salientar que os pressupostos teóricos e metodológicos abordados nos capítulos precedentes encontram aqui a sua justificativa, no sentido em que os seus conteúdos estarão iminentemente presentes nas dimensões de análise que se seguem. Todas as diretivas de cariz teórico serão abordadas sob uma perspetiva prática, uma vez que todas elas coincidem com a natureza categorial da matéria abaixo apresentada.

Assim, numa primeira fase de explanação dos resultados obtidos através da pesquisa proposta, importa que a sua análise seja considerada sob contornos de investigação predominantemente quantitativa, na medida em que a apropriação das características subjacentes à amostra utilizada possa assumir um carácter facilitador para o entendimento implícito num domínio sociodemográfico e biopsicossocial. Da aplicação do inquérito por questionário obtiveram-se dados numéricos, traduzidos e apresentados graficamente, de modo a permitir uma conceção imediata daquilo que são as características gerais dos sujeitos implicados no estudo.

Em sequência, a segunda fase da exploração dos resultados será pautada pela análise de conteúdo das entrevistas realizadas, possibilitando a compreensão da premissa emergente da investigação.

## **1. Caracterização da população**

Não obstante a toda a estrutura proposta para o desenvolvimento do capítulo presentemente explanado, é essencial que, antes de qualquer evolução demonstrativa dos resultados, seja caracterizada em termos genéricos a população constituinte da amostra estudada.

Nesse sentido, a descrição será apresentada sucintamente.

A população alvo estudada é constituída exclusivamente por indivíduos do género masculino, com idades compreendidas entre os 27 e os 50 anos.

Todos apresentam registos de hábitos aditivos de substâncias ilícitas, e são portadores de HIV/Sida, resultantes dos comportamentos de risco.

Importa salientar que a representação desta população assume uma justificativa corroborativa se for tido em conta o levantamento do Grupo de Trabalho para a Harmonização da Recolha de Dados nas Unidades de Desabituação Públicas. Quer isto dizer que os padrões que caracterizam a população em análise na presente pesquisa se assemelham na totalidade com os dados resultantes da investigação levada a cabo por este grupo de trabalho.

Desta forma, fazendo uma síntese alusiva aos resultados convergentes entre as referidas pesquisas, é perceptível a similitude existente por exemplo no fator “género”.

Segundo o relatório deste grupo de trabalho, em 2010 o perfil dos usuários de substâncias tóxicas identifica-os como sendo, na sua maioria, indivíduos do sexo masculino (85%). Na presente proposta de investigação, pode salientar-se concordantemente a ausência de participantes do sexo feminino.

Por outro lado e segundo o mesmo relatório, a média de idades é semelhante àquela que se apresenta nos resultados obtidos através da análise da pesquisa corrente, fator que infere novamente a analogia entre as amostras estudadas.

Através deste pequeno parêntesis comparativo, é encontrada a justificativa para a natureza dos dados que de seguida serão apresentados sendo que as características da população se enquadram numa perspetiva de perfis comuns ao cenário de consumo nacional.

Foram então administrados inquéritos por questionário, como estratégia complementar à observação participante, no sentido de melhor caracterizar o universo sociodemográfico desta população.

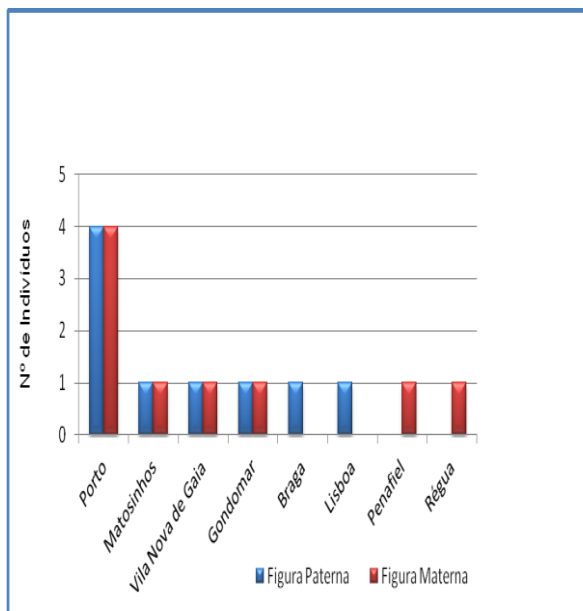
Recorde-se que todas as análises extensivas que se apresentam adjacentes aos gráficos representativos das variáveis são resultado não só do conhecimento prévio estabelecido com os sujeitos mas também da convergência de informações obtidas através da observação participante.

## ***2. Enquadramento e caracterização sociodemográfica da população em estudo***

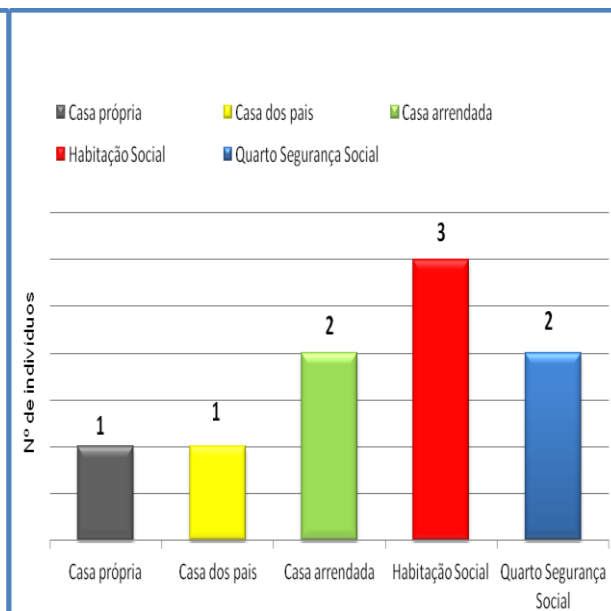
Desta forma importa primeiramente explorar a naturalidade das figuras parentais sob o objetivo de contextualizar os vetores implícitos ao local de origem dos

familiares mais diretos, suscetíveis de exercer influência sob os indivíduos em estudo.

**Gráfico 1 – Origem Familiar**



**Gráfico 2 – Tipo de Residência**

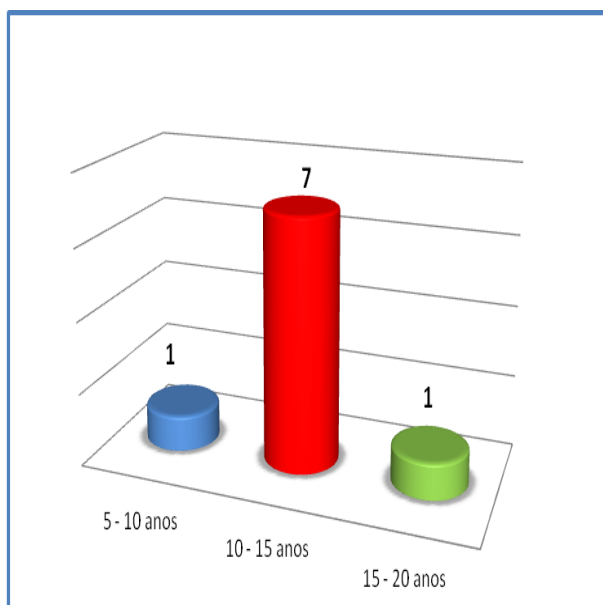


O processo de exposição de dados referentes à proveniência de ambas as figuras parentais assenta numa justificativa de componentes de aculturação. Assim sendo, é possível antever que aqueles com proveniência direta de grandes centros urbanos apresentam uma maior tendência a manifestar condutas aditivas, assim como o background aditivo dos próprios pais (drogas e álcool). Segundo Cordeiro (1994) “ainda numa outra perspectiva, sendo os pais os primeiros modelos dos filhos, se eles são consumidores de drogas, geralmente legais, como é o caso do tabaco ou álcool, fornecem um modelo de consumismo que os filhos tendem a seguir. Efectivamente, as crianças aprendem mais com o que vêem os pais fazer, ou seja, a forma como se educa os filhos é provavelmente o mais importante.” Ainda nesta linha importa ressaltar o contexto residencial quer das figuras parentais quer dos indivíduos como potencialmente favorecedores de maior vulnerabilidade para estes comportamentos, assim os meios socialmente desfavorecidos, como bairros de habitação social, ilhas residenciais entre outros podem desencadear maior predisposição para estes comportamentos ditos de risco.

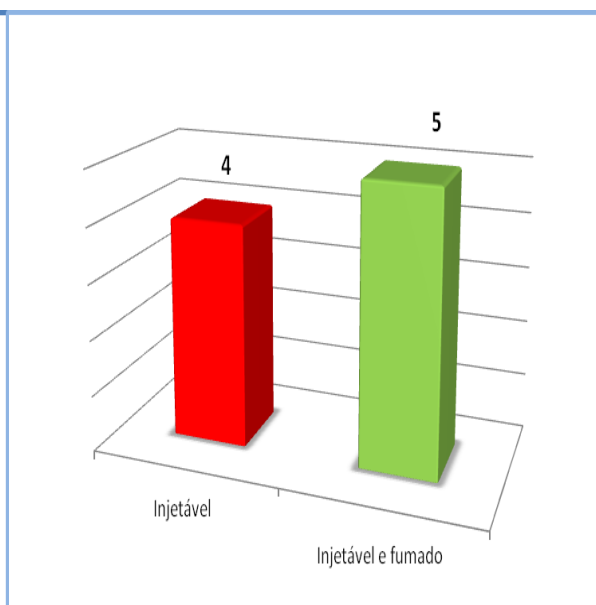


*“No que diz respeito ao alojamento das populações economicamente mais desfavorecidas, (...) se viram remetidas para alojamentos extremamente precários do tipo barracas e afins, a lógica de marginalização toma uma faceta de agravamento adicional que convém explicitar. As conotações negativas atribuídas ao território tendem a afectar o valor dos moradores na escala de prestígio social, o que, associado à acumulação de pessoas que partilham características muito idênticas, gera fenómenos interactivos com implicações muito sérias sobre a socialização, em particular sobre a dos mais jovens.” (Queiroz e Gros, 2002:126)*

**Gráfico 3 – Início de Consumo de Substâncias**



**Gráfico 4 – Modo de Consumo**



Num cômputo geral, é importante que não se ignore a relação que existe entre o local físico, capaz de produzir influência direta sobre os sujeitos, e as condutas que os próprios assumem como condutores da sua vida em sociedade

A trajetória de consumos ilícitos é registada na maioria dos indivíduos em simultâneo com o período de iniciação ao consumo tabágico, durante a adolescência (80%). Este fator pode sugerir o peso da influência interpares nesta faixa etária.

Neste sentido, é perceptível a preponderância dos contextos e a sua interação com os indivíduos com tendência a condutas desviantes, traduzindo-se assim numa iniciação precoce de substâncias, delimitadora de um futuro social do indivíduo.

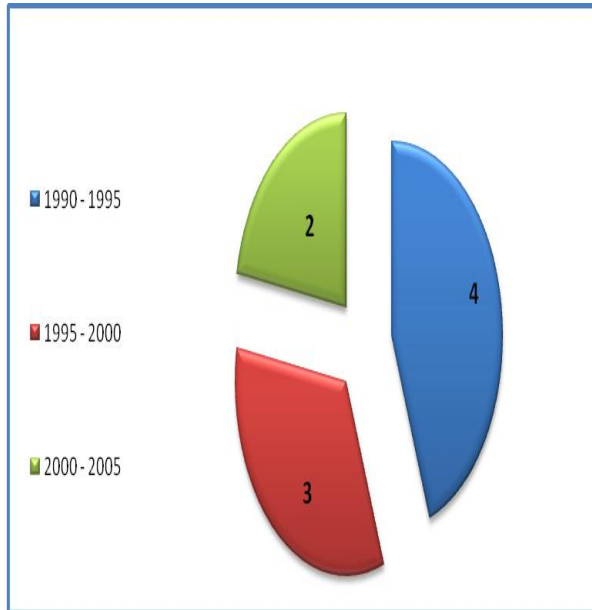
Não obstante, o início deste contacto com consumos efetivos é registado numa idade de frágil maturação, onde as escolhas condutivas são fortemente influenciadas pelos grupos de inserção do sujeito.

No que concerne à iniciação aditiva, e tendo em conta todos os fatores que a ela possam estar associados, é pertinente uma análise ao modo como foram consumados os comportamentos de adição. Neste sentido, os sujeitos que apresentam um consumo efetivo por via injetável registam semelhanças no que respeita às suas características pessoais.

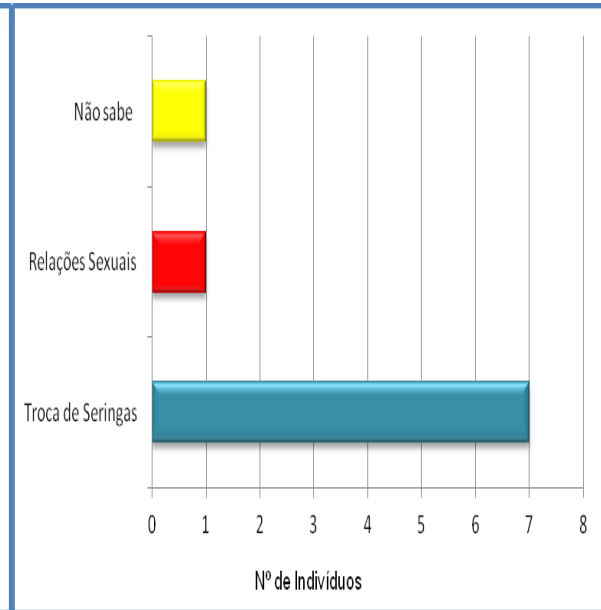
Por outro lado, a combinação de consumos sob a forma fumada e injetável é comum aos sujeitos que nasceram e viveram grande parte da infância e adolescência em grandes áreas urbanas, efetuando os consumos sob orientação de grupos de influência direta, nomeadamente elementos provenientes de locais marginalizados e estigmatizados.

Depois de conhecido o modo de consumo e administração de substâncias, torna-se perentória uma análise que recaia sobre o período de diagnóstico da patologia associada a esse mesmo consumo. Importa antes de mais salientar que a data do diagnóstico clínico de infeção pelo HIV/Sida pode não coincidir com a data da contração da mesma, podendo o utente já estar infetado mesmo antes de o ser confirmado clinicamente. Assim, correlacionando o momento da confirmação sorológica com todas as variáveis até agora analisadas, são passíveis de traçar determinadas configurações.

**Gráfico 5 – Data de Diagnóstico HIV/Sida**



**Gráfico 6 – Modo de Transmissão**



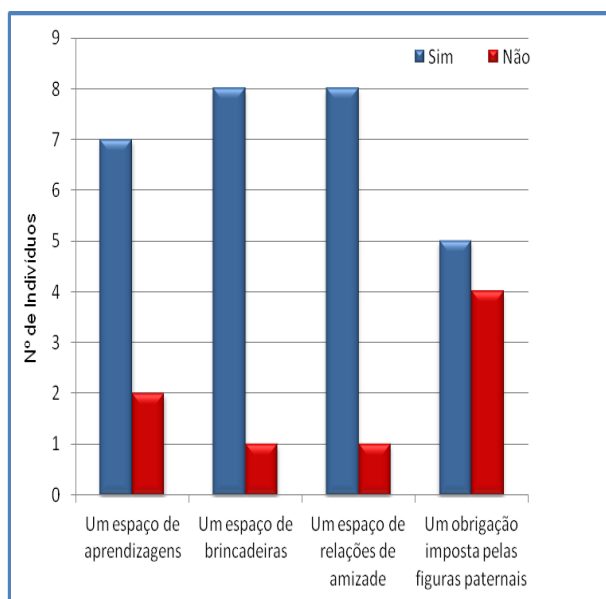
É neste sentido que importa, desde já, ressaltar a posição daqueles que foram diagnosticados numa linha temporal mais tardia, ou seja, entre os anos de 2000 e 2005. Curiosamente, os indivíduos implicados neste parêntesis cronológico são aqueles que mais precocemente registam um início de práticas aditivas, podendo isto sugerir que a consumação destas mesmas práticas ocorreu seguramente aliada de preocupações que eventualmente adviessem das consequências destes comportamentos *desviantes*. Deste modo, o diagnóstico apenas surge como necessidade de despiste de HIV/Sida, em função do ingresso no programa de substituição.

Outro fator que deve ser salientado é aquele que melhor traduz um percurso desviante potencialmente marginal. Neste caso, o indivíduo mais velho do presente estudo é aquele que primeiramente toma conhecimento da sua condição sorológica, resultado de uma diligência obrigatória aquando da inclusão em meios prisionais.

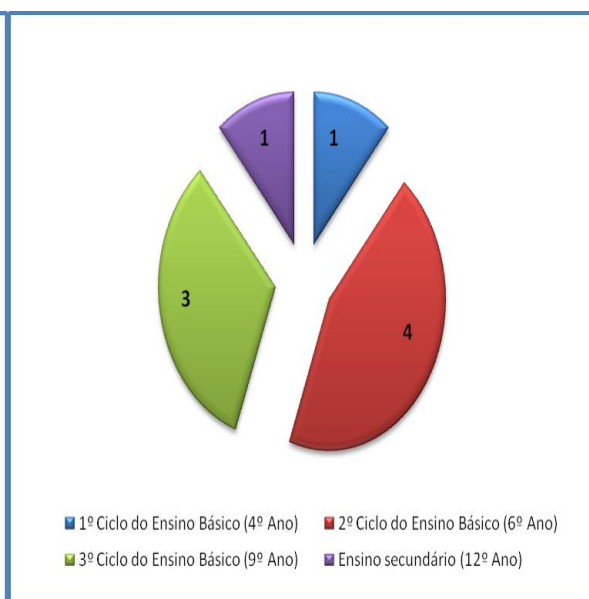
Após a exploração de trâmites ligados ao momento de diagnóstico de HIV/Sida subjacente a todos os indivíduos implicados na investigação, é pertinente que sejam analisados os contornos que propiciaram o estabelecimento da infeção, com intuito de ser possível explorar os contornos sociais que estão ligados a esta condição.

A análise gráfica desta variável confirma que a prática de comportamentos de risco resultantes do uso partilhado de seringas, é possivelmente o fator que maior peso adquire quando se fala em atores sociais com registo de hábitos de adição a substâncias.

**Gráfico 7 – A escola foi para eles...**



**Gráfico 8 – Habilitações académicas**



Sabendo que o percurso social protagonizado pelos sujeitos referidos é em parte resultado de diferentes processos de socialização, importa que sejam analisadas as bases que constituem a esfera de competências transmitidas.

Nesse sentido, é pertinente que seja explorado o grau académico que ambas as figuras parentais apresentam, com intenção enquadrar o possível percurso traçado pelos sujeitos nas redes educativas a que estiveram expostos.

Assim, a maioria dos pais destes indivíduos interrompeu a frequência da rede educativa antes de concluir o 9º ano de escolaridade. É necessário fazer-se alusão à época temporal em que este acontecimento teve lugar, salientando que a norma reportada à época específica não ultrapassava, por hábito, este grau académico.

Neste sentido, é pertinente analisar a dimensão que a Escola representou para os sujeitos, na altura da frequência em redes educativas. É de salientar que a perceção que os mesmos adquirem em relação ao corpo educativo, é em parte, marcada pela representação transmitida pela ação das figuras parentais.

É através da análise desta variável que se verifica um resultado dicotômico pois, apesar do término precoce da trajetória educacional dos pais, os mesmos apelam à continuidade da frequência escolar dos filhos, fazendo-o em jeito de obrigatoriedade.

É no espaço e no contexto escolar que são vinculadas as primeiras relações de amizades que estruturam gradualmente a construção social e pessoal do sujeito. A maioria defende que a escola foi um lugar de emergência de relações aos mais diversos níveis.

É através da percepção idealizada pelos próprios indivíduos sobre a sua compreensão acerca do espaço e significância escolar que se torna possível analisar o seu percurso educativo em termos de grau de escolaridade.

A maioria dos indivíduos terminou este mesmo percurso concluindo apenas o 2º ciclo do Ensino Básico, ou seja, o 6º ano de escolaridade. Este fator pode sugerir um seguimento dos percursos das figuras parentais correspondentes, em convergência com a “anulação” de projetos ao nível pessoal e profissional.

Por outro lado, não deve ser esquecido o caso de três dos nove inquiridos em análise, que completaram um grau subsequente de qualificação através da medida política Novas Oportunidades, no âmbito do processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências.

Verificou-se que dois indivíduos terminaram o 9º ano de escolaridade com 35 e 41 anos através desta modalidade formativa.

O terceiro indivíduo completou o ensino secundário com 48 anos através da mesma política educativa, no âmbito dos Cursos de Educação e Formação de Adultos (EFA).

Esta modalidade formativa permite um outro tipo de aprendizagem através de experiências profissionais com especial ênfase para a componente prática.

Por fim, é analisada a percepção atual que os mesmos sujeitos descrevem acerca da evolução do papel da Escola no momento presente.

A mudança mais significativa que resulta da evolução social e pessoal dos sujeitos é traduzida no sentido de obrigatoriedade da frequência escolar, contrastada pelo ingresso voluntário em cursos de equivalência depois da idade adulta.

De um modo geral, a percepção de mudança relativamente ao modelo escolar sofreu algumas alterações que resultaram de constantes processos de ressocialização e adaptação às novas redes educativas.

Segundo Dias (2000) “ a toxicodependência constitui-se, assim, num fenómeno síntese, resultante da circularidade de influências internas e externas, como sintoma de sofrimento e de desorganização pessoal e familiar, mas também como causadora de sofrimento e de desorganização familiar e social. Por isso, o estudo dos padrões de comunicação na família do toxicodependente mais não é do que um meio de diagnóstico, quer do que se passa no seu interior que do que ocorre na sociedade.”

*“ De uma coisa podemos, pois, ter a certeza: a toxicodependência advém de uma diversidade de fatores pessoais, familiares e sociais, sendo que a família, por se encontrar numa zona de confluência, é a parte mais atingida do problema, e os padrões de comunicação patológica são, precisamente, os indicadores desse mesmo problema.”*  
(Dias, 2000)

### **3. Dimensões emergentes**

É nesta fase de investigação que a conjugação entre os inquiridos e os entrevistados sofre uma ligeira alteração, na medida em que, devido à indisponibilidade de alguns dos participantes no inquérito para a posterior realização da entrevista, apenas foi possível a concretização da mesma a quatro dos nove inquiridos. Apesar da riqueza na dimensão das suas histórias de vida, os seus dados apenas constaram da análise de carácter quantitativo, conteúdo trabalhado no tópico anterior. Assim sendo, importa também acrescentar que a análise das entrevistas serviu de reforço aos resultados acima apresentados. Neste sentido, é através das categorias estabelecidas *à priori* que a análise das entrevistas reforça as dimensões previamente descritas, assumindo um carácter complementar relativamente à apresentação e exploração dos resultados.

Assim sendo, esta análise é pautada pelas categorias que emergiram ao longo da análise das entrevistas.


O foco destas categorias passa então por assuntos e análises descritivas de dimensões como:


<b>Família</b>	Pretende salientar-se o seu papel no percurso de vida do indivíduo em dimensões de vida: educação, saúde, família, entre outros.
<b>Amigos</b> ou grupo de pares	Inferir sobre a influência destas relações no desvio e sua importância na recuperação dos indivíduos.
<b>Educação</b> formal, não-formal ou informal	- De que forma a educação formal permitiu aos indivíduos alterações nas suas perceções em relação à Escola?  - De que forma esta evolução da perceção à Escola pode alterar os seus trajetos de vida?
<b>Trajetos aditivo e condição de saúde</b>	- De que forma o Centro Hospitalar em contexto funciona como pilar de (re) aprendizagem no trajeto de vida dos indivíduos?

### **3.1. Universo Familiar**

Assim, após a apresentação das categorias a serem exploradas através das entrevistas semiestruturadas, iniciar-se-á então a análise da categoria **família**, referida subtilmente pelos sujeitos implicados na pesquisa.

Ao serem analisadas as dimensões familiares dos quatro indivíduos entrevistados, ressalta-se a dicotomia que traduz por um lado o abandono de pelo menos uma das figuras parentais, e por outro, a perseverança e insistência de ambas no que respeita aos diferentes períodos da construção social dos sujeitos.

 “ O meu pai biológico desapareceu e eu ainda não tinha nascido. Abandonou a minha mãe.” (André, 51 anos)

 “ O meu pai abandonou-nos quando eu tinha 6 anos.” (João, 35 anos)

Neste sentido, o abandono da figura paterna sugere um marco decisivo na trajetória de vida dos sujeitos. O abandono por parte do progenitor possibilita o acentuar da orientação do indivíduo para o risco, tanto a nível escolar como pessoal.

Por outro lado, é ainda registada uma outra condição que pode influir no trajeto pessoal do sujeito. Nos casos em estudo, a conjuntura económica e financeira da estrutura familiar auxilia na caracterização desta mesma dimensão, sugerindo a instabilidade contextual favorável à ocorrência de determinados acontecimentos *de risco*.

A natureza dos contextos atua sobre a trajetória social dos indivíduos, se for tido em conta a multiplicidade de fatores que podem influenciar a sua conduta. O desenvolvimento e crescimento dos indivíduos ocorre maioritariamente em locais estigmatizados e marginalizados, pautados por carências sociais que conduzem os sujeitos a práticas alheias à maioria normativa.

Por outro lado, dicotomicamente, a estrutura familiar assume também contornos de assistência e reintegração social na medida em que, para alguns dos indivíduos, funciona como suporte de carácter emocional relativamente à posição integrante numa complexa esfera social.

Não obstante, o entendimento que os próprios inferem sobre o papel das figuras parentais é valorizado aquando do desenvolvimento em fases de ausência de autonomia, nomeadamente na infância.



*✍️ “Foi uma infância que eu considero muito inocente mas ao mesmo tempo muito feliz” (André, 51 anos)*

*✍️ “Sou de uma família humilde, trabalhadora... nunca me faltou nada dentro de casa, graças aos meus pais...” (...)  
Os meus pais nunca me faltaram com nada.” (Pereira, 39 anos)*

*✍️ “Se estou aqui neste momento a muitas pessoas o devo mas os principais suspeitos são o meu pai, a minha mãe e o meu irmão” (Gomes, 37 anos)*

### **3.2. Amigos ou grupo de pares**

A inclusão em grupos de pertença automaticamente influencia as condutas dos indivíduos, sendo precocemente registada numa fase inicial de construção de identidades.

*✍️ “A vida foi-me demonstrando que eu tinha algumas capacidades de liderança... de me afirmar dentro dos grupos (...) A minha liderança foi-se conseguindo... foi-se consolidando na minha personalidade. (...) Pertencer a um grupo de pessoas que não faz parte da maioria era “cool”. Pertencia a um grupo que ouvia música que as pessoas não ouviam... vestia-se de uma forma que as pessoas não se vestiam... usava cabelos compridos... calças afuniladas...” (...)  
Comecei a liderar o meu próprio grupo... e ainda mais importante me sentia.” (André, 51 anos)*

*✍️ “Naquela altura, a droga já estava implantada no bairro de Aldoar onde eu morava e então eu ia com uns amigos mais velhos... alguns drogavam-se, outro não...” (Pereira, 39 anos)*

*✍️ “Lá na rua éramos um grupo... e eu era sempre o mais novo e ia atrás (...)  
Uma pessoa na droga não tem amigos...” (João, 35 anos)*

Por sua vez, a integração e pertença a grupos de pares com registo frequente de condutas de risco sugere ainda uma outra premissa. É certo que, na grande maioria das vezes, a iniciação em percursos aditivos é despoletada pela enorme pressão exercida sobre os sujeitos, que automaticamente são influenciados no seguimento da conduta adotada pelos membros da organização grupal. “ O adolescente que não tenha família ou escola onde se reveja, procurará a aprovação de um grupo de amigos que, provavelmente será constituído por adolescentes mais velhos mas com os mesmos problemas, e sempre com a mesma alternativa: o consumo de drogas.” (Fleming, 1995).

Desta forma, em períodos de maior exposição à influência de comportamentos *desviantes*, como é o caso da adolescência, o sujeito vê deturpada sua condição ideológica no sentido em que, para se sentir integrado no seio grupal, é imperativo que adquira todas as componentes condutivas subjacentes ao funcionamento do grupo.

*✍ “ A adolescência é um período complicado por natureza... nós estamos sujeitos a muitas influências... e de muitas maneiras... Queremos ser mais do que somos, julgamos saber mais do que sabemos...” (André, 51 anos)*

*✍ “ Com influência dos amigos eu também tive que experimentar...” (Pereira, 39 anos)*

*✍ “ O meu irmão chegou a bater aos colegas deles por me darem drogas...” (João, 35 anos)*

### **3.3. Universo educativo: “ O que eu aprendi foi mesmo na escola da vida”**

Assim sendo, é possível ressaltar a dimensão educativa que vem influenciar todo o percurso pessoal e social do próprio na medida em que a sua maior ou menor valorização, dita os ganhos ou perdas que se registam ao longo da vida.

Quer isto dizer que a educação é considerada pelos indivíduos como um fator determinante na condução dos seus trajetos, se inicialmente for tido em conta a natureza com que os processos educativos são encarados.

*✍ “ A educação ajudou-me imenso... deu-me vivências boas e más... não interessa pesá-las porque foram as minha vivências... não interessa pesá-las porque isso traz arrependimento e arrependimento não traz avanço.” (André, 51 anos)*

*✍ “ Se eu não tivesse estudado e aprendido talvez fosse um ignorante. Agora tenho ideias de estudar, de ir para a frente... de ser útil para a sociedade uma vez que ela me aceite... eu estou cá para ajudar se precisarem de mim (...) Para sabermos estar na vida a educação é essencial.” (Pereira, 39 anos)*

*✍ “ Reprovei um ano, reprovei dois, reprovei três... ao terceiro ano que tinha reprovado abandonei a escola... (...) A educação é um dos pilares da nossa vida.” (...) Hoje reconheço que a escola fundamental...” (Gomes, 37 anos)*

*✍ “ A escola para mim tornou-se numa obrigação. Até mais do que isso... era um espaço de sofrimento... Não tinha motivação... não era que não quisesse saber mas não estava com paciência. Não tinha quem me incentivasse (...) mas na verdade depois do que vivi penso que é na escola que aprendemos a viver.” (João, 35 anos)*

Posto isto, é necessário pesar as diferentes formas de administração de educação, no sentido em que são registadas duas e diferentes correntes igualmente importantes para os sujeitos. Por um lado a educação formal, traduzida fisicamente no papel da escola e nos conhecimentos que advém da sua frequência. Por outro, a educação informal que adquiriu igual importância na formação social do sujeito por influir diretamente nas suas escolhas enquanto ser pertencente a uma sociedade.

*✍ “ A escola para mim foi uma passagem. O que eu aprendi foi mesmo na escola da vida. (...) As aulas ajudaram-me a aprender a ler, a compreender... mas de resto foi tudo pela escola da vida mesmo...” (João, 35 anos)*

### **3.4. Percursos aditivos e Saúde: “O meu corpo é um involucro que não interessa.”**

A iniciação de hábitos aditivos é talvez a dimensão que maior importância assume quando é realizada uma retrospectiva do percurso de vida dos indivíduos.

É desta forma que se pode concluir que esta conduta influencia fortemente todo o trajeto protagonizado pelos indivíduos, limitando e anulando premissas que, de outra forma, tenderiam a estar presentes na vida dos próprios indivíduos. O começo precoce de uma trajetória de dependência de substâncias está, na grande maioria das vezes, inteiramente relacionada com a constante pressão exercida pelos membros do grupo de pares. Esta relação nada teria de extraordinário, não fosse a convergência de fatores como a idade e o tipo de substância. Quer isto dizer que os sujeitos administraram as chamadas “drogas pesadas” (como os próprios apelidam) numa altura demasiado vulnerável se for tido em conta a baixa média de idades.

*✍ “Injetei heroína a primeira vez com 17 anos de idade... e posso dizer-te que fiquei imediatamente viciado...” (André, 51 anos)*

*✍ “ A ajuda de um amigo ou outro... experimenta hoje... experimenta amanhã até que gostei... comecei a injetar-me.” (Pereira, 39 anos)*

*✍ “ Tinha 13 anos e comecei a consumir drogas pesadas... com 13 anos comecei a consumir heroína...” (Gomes, 37 anos)*

Com a prática de comportamentos de risco associados aos consumos diários de substâncias psicotrópicas, as probabilidades de contração de infeções e

outras patologias aumenta. Como os próprios ressaltam, a esfera temporal deve ser um fator levando em conta, aquando da análise desta dimensão, na medida em que, reportando à data dos acontecimentos, a reduzida oferta de informação suprimia a possibilidade de um consumo liberto de graves consequências.

*✍ “Não se sabia o que eram comportamentos de risco, não se sabia o que era o HIV, não se sabia nada de doenças que pudessem transmitidas pelo uso e partilha de seringas ou de outra forma qualquer. (...) fui preso e tive de fazer análises ao sangue. Foi-me informado que eu era seropositivo mas de uma forma muito dura... “Tu tens Sida, duras mais dois anos e morres...” (...) Nessa altura falava-se em Sida mas não se sabia o que era nem como se apanhava. Se vinha do ar, se vinha do chão, se era dado, se era de borla, se era comprado...o que era...” (André, 51 anos)*

*✍ “ Soube que era portador de HIV tinha 20 anos.” (Gomes, 37 anos)*

Após a descoberta da infeção por HIV/Sida, devido aos comportamentos de risco ocorridos como resultado das práticas aditivas, são imediatamente despoletadas algumas reações que influenciam a forma como o próprio sujeito encara a sua condição. As distintas reações podem sugerir uma apropriação das consequências dos seus próprios atos e comportamentos e, ao mesmo tempo, o indivíduo pode encarar a contração da infeção como uma punição pela prática continuada desses mesmos comportamentos.

*✍ “ Eu nunca vou ser pai... nunca vou poder doar sangue, nunca vou poder doar os meus órgãos...(...) O meu corpo é um invólucro que não interessa...(...) Saí da cadeia e fui para casa... a minha mãe deu-me um talher, uma toalha, um copo, um prato, ou seja, comecei a ter utensílios diferentes dos da família...”(André, 51 anos)*

*✍ “ A minha primeira reação [quando soube que era seropositivo] foi logo saber como é que me ia aproveitar da doença para tentar arranjar dinheiro... foi logo o primeiro pensamento que me ocorreu...” (Gomes, 37 anos)*

Em jeito de conclusão, independentemente do tipo de Educação (formal/informal e não formal) mais prevalente na trajetória de vida de cada indivíduo é possível afirmar, mediante a informação recolhida, que qualquer que tenha sido a vertente educativa, esta assume um carácter decisivo no modo como guiam o seu trajeto pessoal e social, bem como na forma como os indivíduos encaram a sua situação de vida.

# 〔 CONSIDERAÇÕES FINAIS 〕

*O que é aprender?*

*Aprender é  
muito mais  
do que frequentar um curso,  
decorar conteúdos...*

*Aprender é,  
antes de tudo,  
agir e construir  
os próprios conhecimentos*

*É...  
transformar-se  
e com o mundo interagir!*

*Jussára C Godinho*



Resta assim, encerrar a reflexão da premissa principal de toda a investigação, sobre o que se entende por *aprender a viver*. De acordo com Freire (2005) aprender a viver “é aprender que a vida tem diversos caminhos e que a educação tradicional que consente que os excluídos/marginalizados da sociedade permaneçam no estado de consciência ingênuo e de alienação que não responde às suas necessidades.” Deste modo, a aprendizagem ao longo da vida pode ser apenas validada por ações vividas e experienciadas. Importa salientar que nem sempre as vivências e os comportamentos experienciados se revelam positivos, como foi possível constatar nos relatos em primeira pessoa referentes aos atores sociais aqui estudados.

É neste momento que se manifesta uma outra qualidade do indivíduo: a flexibilidade para se (re) construir como indivíduo ativo do tecido social. É com base nas reflexões que os próprios indivíduos fazem acerca das suas opções e escolhas, que se aprende realmente a viver.

É certo que se a Escola visasse “ensinar o aluno a ler o mundo” para saber também interpretá-lo, possivelmente os implicados na investigação teriam percecionado a Escola e as práticas educativas de uma forma distinta. Teriam provavelmente desenhado outras trajetórias de vida, encarando a Educação como um processo de mudança social. Apesar disso, muitos deles iniciaram agora esse processo.

Pode ainda associar-se o que Navarro (2000: 17) defendeu acerca do conceito “educação” definindo-o como “o processo que visa desenvolver as capacidades cognitivas, afetivas, psicomotoras e sensoriais, e as competências sociais dos indivíduos por forma a que estes se possam relacionar positivamente com o meio, modificando-o quando necessário”. Desta forma, o conceito apresentado surge como um significado prático daquilo a que se assistiu no desenvolvimento empírico do estudo apresentado, uma vez que a instituição hospitalar frequentada pelos sujeitos em causa assume um carácter educacional capaz de promover todos os contornos basilares da Educação.

Quer isto dizer que, o contexto hospitalar promove de certa forma todas as vicissitudes inerentes ao ato de educação não-formal (regras, limites, responsabilidades). Através dela, os indivíduos encontram formas de integração social, e pessoal.

O Centro Hospitalar frequentado pela população em estudo inclui os indivíduos no tratamento antirretroviral em simultâneo com tratamento de substituição (administração de metadona). Se por um lado auxilia à recuperação clínica, a sua adesão subentende um conjunto de normas que podem ser negociadas com os utentes.

“ A família, como sempre, tem uma influência primordial na motivação do toxicodependente para o tratamento e para a reabilitação, devendo orientar-se novamente por manter a disponibilidade, negociação, disciplina e o encorajamento.” (Fleming, 1995)

Em jeito de conclusão pode-se afirmar que a educação formal teve um real impacto na trajetória de vida dos indivíduos, dado que existe uma consciencialização do valor da Escola. Verifica-se uma evolução ao longo da vida da perspetiva educativa sendo reconhecidos novos intuitos que a escola fornece: espaço de aprendizagem, de criação de laços afetivos e de reconhecimento de competência. Contudo não se pode descurar a existência de indivíduos que permanecem com uma perceção da escola como sendo uma obrigação. O Centro Hospitalar representou para o conjunto dos indivíduos estudados uma das fontes básicas educativas, pela sua capacidade de envolvê-los disciplinarmente nas normas sociais e rotinas terapêuticas, essenciais ao convívio e integração. O papel da instituição que os apoiou, tanto na fase do tratamento como na sua reinserção, foi indispensável. Mas a sua determinação e força de viver, foram sem dúvida o que os levaram a estar hoje onde estão e a poderem partilhar a sua história de vida. É ainda nesta linha que a Técnica de Serviço Social tem papel de destaque pois permite a intervenção da família para o papel de suporte no processo de encaminhamento, tratamento, acompanhamento e (re) integração do toxicodependente, avaliando a perceção que as famílias têm do problema (causas, consequências e soluções); acompanhando a família em todo o processo de recuperação, tendo um papel de mediador entre a família e o toxicodependente e educando e sensibilizando para estilos de vida saudáveis, numa perspetiva de redução de riscos.” (Fleming, 1995).

Cada indivíduo é portador de uma história e deve ser reconhecido como única e pessoal, e dela retiradas todas as aprendizagens que ao longo da vida se obtém.

*Aprender não é acumular certezas  
Nem estar fechado em respostas  
Aprender é incorporar a dúvida  
e estar aberto a múltiplos encontros.*

*Aprender não é dar por consumida uma busca  
Aprender não é ter aprendido  
Aprender não é nunca um verbo no passado  
Aprender não é um acto findo  
Aprender é um exercício constante de renovação*

*(...)*

*É descobrir de repente uma pequena flor inesperada  
É aprender também novos rumos*

*onde parecia morrer a esperança*

*Aprender é construir e reconstruir pacientemente  
uma obra que não será definitiva  
porque o humano é transitório*

*Aprender não é conquistar, nem apoderar-se*

*mas peregrinar*

*Aprender é estar sempre caminhando*

*não é reter, mas comungar*

*Tem que ser um acto de amor  
para não ser um acto vazio.*

**Paulo Freire**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, Cândido (2008). *Entre droga e crime*. Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Baratta, Alessandro (1994). Introdução a uma sociologia da droga. In Fábio Mesquita & Francisco Bastos (Orgs.), *Drogas e Adis: Estratégias de redução de danos* (pp. 21 – 43). São Paulo: Editora Hucitec.
- Benzaquen, Júlia (2007). *A socialização para cooperação: Uma análise de prática de educação não – formal*. Recife: Edições Bagaço.
- Biklen, Sari & Bogdan Robert (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bruto da Costa, Alfredo (1998). *Exclusões sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.
- Castel, Robert (2005). *A insegurança social. O que é ser protegido?* Lisboa: Editora Vozes.
- Cordeiro, José (1994). *A Saúde mental e a vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Dias, Fernando (2002). *Sociologia da Toxicodependência*. Lisboa: Piaget Editores
- Dias, Fernando (2000). *Padrões de comunicação na família do toxicodependente*. Lisboa: Instituto Piaget
- Fleming, Manuela (1995). *Família e toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Freire, Paulo (2005). *Educação e mudança*. São Paulo: Edição Paz e Terra.
- Goffman, Erving (1989). *Estigma – La identidade deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Guerra, Marina (1998). *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.

Martí, Oriol (2000). El estudio de las drogas en distintas sociedades. In Miguel Díaz & Oriol Romaní (Coords.), *Contextos, sujetos y drogas: Un manual sobre drogodependencias* (pp. 61 – 74). Madrid: Institut Municipal de Salut de Barcelona.

Moreira, Diogo (2007). *Teorias e práticas de investigação*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Navarro, M (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos fundamentais para novas práticas. In Precioso, J. et al (Orgs.) *Educação para a saúde*, (pp. 13 – 28). Braga: Departamento de Metodologias da Educação – Universidade do Minho.

Páez, D. et al (1991). *Sida: Imagen y prevención*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Pereira de Queiroz, Maria (2001) Problemas na proposição de pesquisas em Ciências Sociais. In Alice Lang (Org.), *Desafios da pesquisa em Ciências Sociais* (pp. 10-29). São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos, NAP- CERU.

Dias, Fernando (2002). *Sociologia da toxicodependência*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ralet, Oliver (2000). El estudio de las drogas en distintas sociedades. In Miguel Díaz & Oriol Romaní (Coords.), *Contextos, sujetos y drogas: Un manual sobre drogodependencias* (pp. 43 – 51). Madrid: Institut Municipal de Salut de Barcelona.

Sontag, Susan (2009). *A doença como metáfora – A Sida e sus metáforas*. Lisboa: Quetzal Editores.

Velho, Gilberto (1999). *Desvio e divergência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

# ( ANEXOS )

## Anexo A – Caracterização biopsicossocial dos participantes

O Entrevistado 1 (E.1) nasceu no Porto no ano de 1969. Completou o 9º ano de escolaridade aos 41 anos (através do programa RVCC) e reside atualmente em regime de habitação social. Está neste momento desempregado tendo já desempenhado funções como pintor, talhante e chapeiro. Em idade escolar considerava a escola como um local de conhecimento e aprendizagem. Iniciou consumos tabágicos e toxicológicos aos 15 anos de idade, estando neste momento a realizar tratamento ARV e de substituição com Metadona. O diagnóstico de HIV/Sida data de 1997, desconhecendo-se o modo de transmissão. Os seus pais são naturais do Porto e ambos completaram o 4º ano de escolaridade. Se pudesse voltar atrás, tinha prosseguido os estudos e teria adotado outra postura perante a escola.

O Entrevistado 2 (E.2) nasceu em Lisboa no ano de 1985. Completou o 6º ano de escolaridade aos 13 anos, encontra-se no momento desempregado e a residir num quarto cujo pagamento é assegurado pelo Instituto da Segurança Social. Já desempenhou funções como empregado de balcão e pintor. Em idade escolar encarava a escola como um espaço favorável ao conhecimento e aprendizagem do mundo. Iniciou os consumos tabágicos e toxicológicos aos 9 anos de idade estando neste momento em tratamento ARV e de substituição com Metadona, salientando-se a alta dosagem de que ainda necessita. Foi-lhe diagnosticado HIV/Sida no ano de 2002, tendo como modo de transmissão a prática de relações sexuais com parceiras infetadas. O pai é natural de Lisboa e a mãe da Régua sendo que a última completou o 6º ano de escolaridade. Se pudesse voltar atrás tinha continuado o seu percurso escolar e gostaria de ingressar na universidade.



O Entrevistado **3** (E.3) nasceu no Porto no ano de 1970. Completou o 9º ano de escolaridade aos 18 anos estando atualmente desempregado e a residir em casa própria. Já desempenhou funções como animador de recreio desportivo e empregado de balcão e armazém. Em idade escolar não considerava a escola como algo indispensável para uma vida em sociedade. Iniciou os consumos tabágicos e toxicológicos aos 11 anos de idade estando neste momento a realizar tratamento ARV e de substituição com Metadona. O diagnóstico de HIV/Sida data de 2005 sendo o modo de transmissão a troca de seringas utilizadas para consumo. O pai é natural de Braga e a mãe de Penafiel, sendo que o pai concluiu o 9º ano e a mãe o 4º ano de escolaridade. Se pudesse voltar a atrás tomaria as mesmas opções educativas e não teria prosseguido os estudos.

O Entrevistado **4** (André) nasceu no Porto no ano de 1962. Completou o 12º ano de escolaridade com 48 anos (através do programa EFA) e reside atualmente em habitação social. Está atualmente reformado já tendo desempenhado funções como fotógrafo, empregado de escritório e operador de máquinas. Em idade escolar considerava a escola como um local de conhecimento nutrindo grande gosto pelo ato de estudar. Iniciou os hábitos tabágicos aos 12 anos de idade e os toxicológicos aos 16 estando neste momento a realizar tratamento ARV e de substituição com Metadona. O diagnóstico de HIV/Sida data de 1990, descoberto quando se encontrava detido no Estabelecimento Prisional de Custóias. Desconfia que o modo de transmissão terá sido a troca de seringas para atos de consumo. Ambas as figuras parentais são naturais do Porto e terão

O Entrevistado **5** (Pereira) nasceu em Matosinhos no ano de 1973. Tem o 6º ano incompleto e reside atualmente em casa arrendada. Está reformado já tendo desempenhado funções como funcionário na lota e na construção civil. Em idade escolar considerava a escola como um local de aprendizagem e de relações de amizade. Iniciou os hábitos tabágicos com 14 anos e os toxicológicos com 15 estando neste momento a realizar tratamento ARV e de substituição com Metadona. O diagnóstico de HIV/Sida data de 1998 sendo o modo de transmissão a troca de seringas aquando dos atos de consumo. Tanto o pai como a mãe são igualmente naturais de Matosinhos, tendo o pai concluído o 4º ano e a mãe o 3º ano de escolaridade. Se pudesse voltar atrás tinha continuado o seu percurso escolar e tinha aproveitado o que a escola tem para oferecer.

O Entrevistado **6** (Gomes) nasceu em Vila Nova de Gaia no ano de 1974. Completou o 9º ano de escolaridade com 35 anos (através do programa de RVCC) e reside atualmente em casa dos pais. Está no momento desempregado já tendo desempenhado funções como repositor e empregado de balcão. Em idade escolar considerava a escola como um local de aprendizagem e disciplina. Iniciou os hábitos tabágicos com 10 anos e os toxicológicos com 13 anos de idade estando neste momento a realizar tratamento ARV e de substituição com Metadona. O diagnóstico de HIV/Sida data de 1992 e o modo de transmissão terá sido a troca de seringas em atos de consumo. Ambas as figuras parentais são igualmente naturais de Vila Nova de Gaia e ambos concluíram o 6º ano de escolaridade. Se pudesse voltar atrás tinha prosseguido os estudos, ter-se-ia aplicado mais e não cometeria os mesmos erros.

O Entrevistado 7 (João) nasceu no Porto no ano de 1976. Completou o 6º ano de escolaridade com 15 anos de idade. Está atualmente reformado já tendo desempenhado funções como pintor e picheleiro de construção civil. Reside de momento em regime de habitação social. Em idade escolar considerava a escola como uma obrigação e não dedicava muito tempo aos estudos. Iniciou os hábitos tabágicos aos 6 anos e os toxicológicos aos 14 anos de idade, estando de momento a realizar tratamento ARV e de substituição com Metadona. O diagnóstico de HIV/Sida data de 1996 sendo a troca de seringas utilizadas para consumo o modo de transmissão da doença. Ambas as figuras parentais são naturais de Gondomar tendo completado o 4º ano de escolaridade. Se pudesse voltar atrás tinha continuado o seu percurso escolar tentando terminar o ensino secundário.

O Entrevistado 8 (E.8) nasceu no Porto no ano de 1966. Completou o 6º ano de escolaridade com 16 anos de idade e reside de momento em casa arrendada. Está atualmente reformado já tendo desempenhado funções como pintor e cantoneiro de limpeza. Em idade escolar considerava a escola como uma obrigação, dispensando maior interesse para as atividades lúdicas que este espaço oferece. Iniciou os hábitos tabágicos e toxicológicos aos 14 anos de idade estando de momento apenas a realizar tratamento ARV. O diagnóstico de HIV/Sida data de 1993 sendo a troca de seringas para consumo o modo de transmissão da doença. Ambas as figuras parentais são igualmente naturais do Porto tendo completado o 4º ano de escolaridade. Se pudesse voltar atrás tinha continuado os estudos e aproveitado de melhor forma o que a escola tem para oferecer.

O Entrevistado **9** (E.9) nasceu no Porto no ano de 1964. Conclui o 4º ano de escolaridade com 14 anos de idade. Está atualmente desempregado e a residir num quarto cujo pagamento é assegurado pelo Instituto da Segurança Social. Já desempenhou funções como mecânico e pintor. Em idade escolar considerava a escola como um local de pouco estudo, preservando essencialmente as brincadeiras e as amizades que estabeleceu. Iniciou os hábitos tabágicos aos 8 anos de idade e toxicológicos aos 12 estando de momento apenas a realizar tratamento ARV. O diagnóstico de HIV/Sida data de 1993 realizado no âmbito de um programa promovido pela Câmara Municipal do Porto. O modo de transmissão terá sido a troca de seringas utilizadas para consumo. Ambas as figuras parentais são igualmente naturais do Porto, tendo o pai concluído o 4º ano de escolaridade, desconhecendo-se a mesma situação relativamente à mãe. Se pudesse voltar atrás tinha investido na sua formação e teria concluído pelo menos o 9º ano de escolaridade.

## Anexo B

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

#### **Designação do Estudo:**

*“(Re) Aprender a viver. Reconstrução socioeducativa de toxicodependentes portadores de HIV/Sida em contexto hospitalar.”*

Eu, abaixo assinado, \_\_\_\_\_  
compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se pretende realizar e para a qual foi pedida a minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e obtive respostas satisfatórias para todas elas.

Sei que o estudo tem como objetivo principal compreender e perceber o lugar que a educação (formal ou informal) teve no percurso de vida de pessoas portadoras do vírus do HIV quer tenham registos de consumos positivos ou não.

Tomei conhecimento que, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, e o eventual desconforto que determinadas perguntas podem provocar.

Além disso, foi-me informado que tenho o direito a decidir livremente aceitar ou recusar a qualquer momento a minha participação neste projeto. Sei que se recusar participar não haverá qualquer prejuízo para a minha segurança e na assistência que sempre me foi prestada. Os dados pessoais que forneço e que me podem identificar serão usados unicamente para o contacto posterior desta equipa de investigação, e não serão divulgados. As minhas informações serão apenas usadas para fins científicos, estando o meu anonimato assegurado, nomeadamente o meu nome, que aparecerá em forma de “nome fictício”.

Foi-me dado o tempo que necessitei para refletir acerca da proposta de participação neste projeto. Nestas circunstâncias, e tendo em conta a informação que me foi disponibilizada, decido livremente aceitar participar nos projetos de investigação acima mencionados, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura do participante:**

\_\_\_\_\_

Data de preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do utente: \_\_\_\_\_

Nome fictício a ser adotado: \_\_\_\_\_

---

### **I. IDENTIFICAÇÃO**

Na primeira parte do questionário é necessário recolher alguns dados que permitam reunir informações suficientes para conseguir realizar a caracterização da população – alvo.

#### **1. Relativamente aos seus pais:**

##### **1.1. De onde são naturais?**

Pai: Concelho: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

N/S

Mãe: Concelho: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

N/S

##### **1.2. Ainda estão vivos?**

Pai                      Sim                       Não                       N/S

Mãe                      Sim                       Não                       N/S

#### **2. Qual a sua data de nascimento? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

3. De onde é natural? N/S

Concelho: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

4. Género: F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

5. Vive no Porto desde quando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6. Qual a sua situação actual?

Casado/a

“União de facto”

Solteira

Viúva

Separada

Divorciada

7. Qual é a sua profissão?

---

8. Qual é a profissão do seu companheira/o? Não tem companheiro/a

---

9. Indique qual é a sua condição perante o trabalho, bem como a do seu/sua companheira/o.

	Próprio/ a	Companheira/o
Exerce profissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a)-estudante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempregado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procura primeiro emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacitado(a) permanente para o trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequenta curso de formação profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reformado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra situação. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Se está desempregada/o, incapacitado/a permanentemente ou reformado/a, há quanto tempo se encontra nessa situação?**

\_\_\_\_\_ Meses/anos      N/S

**11. Indique qual é a sua situação na profissão, caso trabalhe.**

	Própria	Companheira/o
Patrão / Patroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a) por conta de outrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a) em empresa familiar remunerado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a) em empresa familiar não remunerado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a) independente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não se aplica (falecido(a) e/ou sem companheiro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra situação Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



\_\_\_\_\_

12. **Descreva resumidamente as tarefas que desempenha** (Se não está ativo/a, refira-se à profissão anterior).

Nunca estive ativo/a

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **II. A SUA SITUAÇÃO ATUAL**

13. **Onde vive?**

Em casa própria

Em casa arrendada por si e/ou companheiro

Em casa dos pais

Em regime de habitação social

Em parte da casa dos pais ou pais do companheiro

Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_

14. **Quantas salas e quartos tem a sua habitação?** \_\_\_\_\_

15. **Quais e quantas pessoas vivem consigo?** \_\_\_\_\_

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Idade</b>
Companheira/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seus pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Pais do companheira/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Filho(s) biológico(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Sobrinho(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Irmão(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Outros familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**16. Seria importante ter uma ideia da média de rendimentos existentes no agregado familiar. A resposta é facultativa e trata-se apenas de uma estimativa.**

< 500 €	<input type="checkbox"/>	1501 – 2000 €	<input type="checkbox"/>	>3000 €
	<input type="checkbox"/>			
500 – 1000 €	<input type="checkbox"/>	2001 – 2500 €	<input type="checkbox"/>	N/S
	<input type="checkbox"/>			
1001 – 1500 €	<input type="checkbox"/>	2501 – 3000 €	<input type="checkbox"/>	Prefere não dizer
	<input type="checkbox"/>			

**17. Qual é o membro do agregado que mais contribui para o rendimento mensal?**

N/S

\_\_\_\_\_



## **VIII. HÁBITOS TOXICOLÓGICOS**

**18. Fuma ou alguma vez fumou regularmente (mais de um cigarro por dia)?**

Sim

Não

**18.1. Com que idade começou a fumar? \_\_\_\_\_anos** N/S

**18.2. Em que período da sua vida fumou o maior número de cigarros? Quantos?**

Entre os \_\_\_\_ e \_\_\_\_ anos N° cigarros/dia: \_\_\_\_\_ cigarros

**18.3. Se é ex-fumador/a, com que idade parou de fumar? \_\_\_\_\_anos** N/S

Não se

aplica

**19. Bebe ou alguma vez bebeu bebidas alcoólicas mesmo que apenas ocasionalmente?**

Sim

Não

**19.1. Com que idade começou a beber? \_\_\_\_\_anos** N/S

**19.2. Se é ex-bebedor/a, com que idade parou de beber? |\_\_|\_\_| anos** N/S

Não se

aplica

**20. Com que frequência é que bebia e quais as doses ingeridas?**

		<b>D</b>
Vinho (1 Lt)	_____ dia/sem/mês	_____
Cerveja (1Lt)	_____ dia/sem/mês	_____
Bebidas brancas (1 Lt)	_____ dia/sem/mês	_____
Bebidas espirituosas	_____ dia/sem/mês	_____

**21. Consome ou alguma vez consumiu drogas?** Sim  Não

**21.1. Com que idade começou a consumir drogas?** \_\_\_\_\_ anos N/S

**21.2. Em que período da sua vida consumiu maior quantidade de drogas? Quais e em que quantidade?**

Entre os \_\_\_\_\_ e os \_\_\_\_\_ anos

Heroína \_\_\_\_\_ dia/sem/mês

Cocaína \_\_\_\_\_ dia/sem/mês

Cannabis \_\_\_\_\_ dia/sem/mês

Outra. Qual? \_\_\_\_\_ dia/sem/mês

**21.3. Qual o modo de consumo?**

\_\_\_\_\_

**22. Se já não consome, com que idade parou?** \_\_\_\_\_ anos N/S

Não se aplica

**23. Como tomou conhecimento de que era Seropositivo?**

---

---

---

**23.1. Quando fez o teste de despiste de HIV?**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N/S

**23.2. Se fez esse teste, quantas vezes o repetiu?**

\_\_\_\_vezes Não se aplica  N/S

**24. Teve algum tipo de complicação?** Sim  Não

**24.1. Qual (ais)?**

---

---

---

---

**25. Esteve internado/a? Se sim, quantas vezes?**

Sim  \_\_\_\_ vezes Não

**Por que motivo (s)?**

---

---

**25.1. Em que local (ais)?**

---

**25.2. Durante quanto tempo?**

\_\_\_\_\_ dias/semanas/meses    \_\_\_\_\_ dias/semanas/meses    \_\_\_\_\_ dias/semanas/meses

**25.3. Qual o tipo de tratamento (s) recebido?                    N/S**

---

---

---

**26. Está com algum tratamento?**

Sim

Não

**26.1. Por que motivo (s)?**

---

---

---

---

**27. Qual o grau académico mais avançado que os seus pais concluíram?**

	<b>Pai</b>	<b>Mãe</b>
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12ºano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28. Qual o grau de ensino académico que completou?**

- |                                 |                                      |                 |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Primeiro ciclo do ensino básico | <input type="checkbox"/>             | Idade término__ |
| Ensino secundário (12ºano)      | <input type="checkbox"/>             | Idade término__ |
| Licenciatura                    | <input type="checkbox"/> Qual? _____ | Idade término__ |
| Mestrado                        | <input type="checkbox"/> Qual? _____ | Idade término__ |
| Doutoramento                    | <input type="checkbox"/> Qual? _____ | Idade término__ |
| Outro                           | <input type="checkbox"/> Qual? _____ | Idade término__ |

**29. Frequentou Ensino Pré-Escolar?**  Sim  Não  NS

Idade com que ingressou: \_\_\_\_\_ anos

**30. O que era para si a Escola Primária?**

---

---

---

**31. Reprovou alguma vez no Ensino Básico?**

Sim  Não Em que ano escolar : \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo:

- |                                    |                              |                              |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Completou o 4º ano de escolaridade | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Completou o 6º ano de escolaridade | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Completou o 9º ano de escolaridade | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

**32. Frequentou o Ensino Secundário?**

Sim  Não

Em caso afirmativo:

Completo o 10º ano de escolaridade  Sim  Não

Completo o 11º ano de escolaridade  Sim  Não

Completo o 12º ano de escolaridade  Sim  Não

**33. Que importância teve a Escola para o seu percurso de vida?**

---

---

---

---

**34. A Escola foi para si:**

Um espaço de aprendizagem  Sim  Não

Um espaço de brincadeiras  Sim  Não

Um espaço de relação de amizade  Sim  Não

Uma obrigação que lhe foi imposta pelos pais  Sim  Não

**35. A Escola é para si hoje:**

Um espaço de aprendizagem  Sim  Não

Um espaço de conhecimentos  Sim  Não

Um espaço de competências  Sim  Não

Ou acha que continua sendo uma obrigação  Sim  Não



36. **Em adulto, retomou os estudos?**  Sim  Não

Em caso afirmativo, que tipo de formação frequentou?

---

37. **Se olhasse para o seu percurso de vida, voltaria a tomar as mesmas opções educativas?**

Sim  Não NS

Em caso afirmativo, quais seriam essas opções?

---

---

---

## Anexo D – Guião da Entrevista

- Qual o papel das dimensões de saúde, educação e família no percurso de vida do indivíduo?
- Qual a influência destas dimensões no desvio e sua importância na recuperação dos indivíduos?
- De que forma a educação formal permitiu aos indivíduos alterações nas suas perceções em relação à Escola?
- De que forma esta evolução da perceção à Escola pode alterar os seus trajetos de vida?
- De que forma o Centro Hospitalar em contexto funciona como pilar de (re)aprendizagem no trajeto de vida dos indivíduos?