



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

**Sono, Agressividade e Comportamentos de Risco em
Toxicodependentes e Alcoólicos**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Andreia da Silva Antunes



JULHO 2015



Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

**Sono, Agressividade e Comportamentos de Risco em
Toxicodependentes e Alcoólicos**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**

Andreia da Silva Antunes

Sob a Orientação da Prof. ^a Doutora Eleonora Cunha
Veiga Costa



JULHO 2015

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a contribuição de algumas pessoas, às quais quero proferir o meu agradecimento:

À Professora Doutora Eleonora Costa pelo seu apoio e compreensão que sempre demonstrou e por ter tornado possível toda a investigação.

Ao Projecto Homem, Clínica do Outeiro e à Clínica Dr. Nuno Santiago que possibilitaram a investigação, permitindo o livre acesso aos utentes e depositaram em mim confiança para a realização da investigação.

Aos participantes que se disponibilizaram e me receberam carinhosamente.

À minha Mãe, que sempre acreditou e se orgulhou de mim e me ajudou para que eu conseguisse cumprir os meus sonhos.

Ao meu amigo Lino Abreu, que me apoiou e auxiliou para que os meus objetivos fossem possíveis.

A todos, a minha sincera gratidão.

Resumo

A adição é uma doença crônica que envolve alguns componentes como a recompensa do cérebro, motivação, memória e circuitos relacionados; isto pode levar a uma recaída, ao desenvolvimento progressivo e mesmo a um desenlace fatal se não for tratada. O uso patológico de álcool e, mais recentemente, as substâncias psicoativas têm sido aceitas como doenças que causam dependência. Este estudo pretendeu avaliar as diferenças entre toxicodependentes e alcoólicos, a relação entre o sono, a agressividade, a percepção de risco, as Ist's e o VIH. E analisou os preditores sociodemográficos numa amostra de 115 consumidores. Os resultados revelaram diferenças entre os dois grupos, sendo que os toxicodependentes têm pior qualidade do sono, têm uma maior prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, realizaram mais o teste ao VIH e o resultado foi mais frequentemente positivo. Verificou-se também que os utilizadores de substâncias com pior qualidade de sono e maior agressividade são os que tiveram mais Ist's, realizaram mais frequentemente o teste ao VIH e o resultado do teste foi mais frequentemente positivo. Adicionalmente, verificou-se que o género e as habilitações literárias predizem os maiores consumos de álcool, com o modelo a explicar 16,9% da variância. A idade, residência e as habilitações literárias predizem os maiores consumos de drogas, com o modelo a explicar 35,4% da variância. A pior qualidade do sono prediz os maiores consumos de drogas, com o modelo a explicar 5,3% da variância. Os resultados revelam a necessidade de avaliar e implementar programas de intervenção ao nível das dependências.

Palavras-chave: Sono, Agressividade, Comportamentos de Risco, Toxicodependentes, Alcoólicos

Abstract

The addiction is a chronic disease that involves some components like the brain reward, motivation, memory and related circuitry; This may lead to a relapse, progressive development, and the potential for fatal if left untreated. Although the pathological alcohol use and, more recently, the psychoactive substances have been accepted as addictive diseases. This study evaluated the differences between drug addicts and alcoholics, the relationship between sleep, aggression, the perception of risk, the Ist 's and HIV. And socio-demographic predictors examined in a sample of 115. The results showed differences between the two groups, and the drug addicts have worse sleep quality, have a higher prevalence of sexually transmitted diseases, carried out more the HIV test and the result was more often positive. It was also verified that users of substances with poorer quality of sleep and increased aggressiveness are the ones who had more Ist 's, more often the HIV test and the test result was more often positive. Additionally, it was found that the gender and the education predict the highest alcohol consumption, with the template to explain 16. 9% of the variance. Age, residence and education predict the major drug consumption, with the template to explain 35. 4% of the variance. The worse sleep quality predicts the biggest consumption of drugs, with the template to explain 5. 3% of the variance. The results reveal the need to assess and implement intervention programmes at the level of dependencies.

Keywords: Sleep, Aggressiveness, Risk behaviour, Drug addicts, Alcoholics

Acrónimos

PSQI- Índice do Sono de Pittsburg

AQ - Questionário da Agressão

ACS - Escala de Atitudes e outros Comportamentos
relacionados com a Sida

IST'S - Doenças sexualmente infecciosas (ou
transmissíveis?)

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

	Página
Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	II
Acrónimos	III
Introdução	1
I. Enquadramento teórico	1
1. Caraterísticas Epidemiológicas dos dois grupos	1
1.1. Toxicodependência	1
1.2. Alcoolismo	4
2. Influência de Variáveis Psicossociais	7
2.1. Sono	7
2.2. Agressividade	12
2.3. Comportamentos de risco	15
3. Relação entre o consumo de substâncias e a Percepção de Risco face ao VIH e Comportamentos de Risco	16
II. Metodologia	18
1. Objetivos	19
2. Design	19
3. Variáveis	19
4. Hipóteses	19
5. Análises Exploratórias	20
6. Selecção e Recolha da Amostra	20
7. Caracterização da Amostra	21
8. Instrumentos	26
a. Questionário Sociodemográfico adaptado à população em estudo	26
b. Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (PSQI)	26
c. Aggression Questionnaire (AQ)	27
d. Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS)	29
e. Marcadores de DST's e VIH	30
f. Avaliação do consumo de Álcool e Drogas	31
9. Análise dos Dados	31
III – Resultados	32
IV - Discussão dos Resultados	40
Limitações do Estudo	48
Conclusões e Implicações para a prática	49
Referências	50
Anexos	62

Índice de Tabelas

Tabela 1 Características Sociodemográficas da Amostra (N = 115)	21
Tabela 2 Características Clínicas dos participantes institucionalizados	22
Tabela 3 Características dos Consumos dos participantes institucionalizados.	24
Tabela 4 Características dos Comportamentos Agressivos dos participantes	25
Tabela 5 Resultados do Teste T-Student	33
Tabela 6 Resultados do Teste Mann-Whitney	33
Tabela 7 Resultados do teste χ^2	33
Tabela 8 Resultados do Coeficiente Eta	34
Tabela 9 Resultados do Coeficiente de Contingência de Pearson.....	34
Tabela 10 Resultados das Variáveis Predictoras das Ist's	35
Tabela 11 Resultados das Variáveis Predictoras da realização do teste VIH	35
Tabela 12 Resultados das Variáveis Predictoras do VIH.....	35
Tabela 13 Resultados das Variáveis Predictoras dos maiores consumos de Álcool.....	36
Tabela 14 Resultados das Variáveis Predictoras dos maiores consumos de Drogas	36
Tabela 15 Resultados das variáveis Predictoras do consumo de Álcool	37
Tabela 16 Resultados das variáveis Predictoras do consumo de Drogas.....	37

Índice de Anexos

Anexo I- Pedido de Autorização ás instituições	63
Anexo II- Consentimento Informado	64
Anexo III- Informação acerca do estudo	65
Anexo IV – Questionário de caracterização sociodemográfica.....	66
Anexo V – Coeficiente de Consistência Interna de <i>Cronbach</i> – PSQI	70
Anexo VI - Coeficiente de Consistência Interna de <i>Cronbach</i> – AQ	71

Introdução

A dependência de substâncias pode considerar-se como um problema social, comportamental, educacional ou farmacológico, resultando de repetidas exposições do indivíduo à(s) droga(s), num funcionamento em que estão implicados múltiplos fatores em interação (World Health Organization, 2008). O sexo, a idade, e a substância de abuso pode desempenhar um papel nos padrões observados de uso de drogas, abuso e dependência. Compreender as razões para estas diferenças e continuar a avaliar esses padrões ao longo do tempo poderia ajudar no desenvolvimento da prevenção e tratamento em intervenções mais eficazes (Cotto et al. , 2010).

Os problemas relacionados com o abuso de substâncias, afetam não apenas o indivíduo, mas também as pessoas envolvidas com o toxicodependente e alcoólico. Para além do impacto ao nível económico e social, nota-se cada vez mais o impacto ao nível do sono, da agressividade e dos comportamentos de risco, e, deste modo, o presente estudo incorpora variáveis psicossociais, com o objetivo de contribuir para o conhecimento das dependências e para a criação de programas de intervenção. Assim, numa primeira parte é feita uma revisão da literatura, numa segunda parte é feita a descrição empírica do estudo, e numa terceira parte é apresentada a discussão dos resultados empíricos, as limitações do estudo e as conclusões.

I - Enquadramento Teórico

1. Características epidemiológicas da Toxicodependência e do Alcoolismo

1. 1. Toxicodependência

O comportamento humano pode ser paradoxal na medida em que as ações podem ser iniciadas e aparentemente incongruentes com os desejos explícitos de um indivíduo. Este comportamento caracteriza o que observamos na dependência de drogas: trata-se de um comportamento mal adaptativo pois a procura de droga pode ser compulsiva e provocar um grande custo pessoal (Watson, Wit, Hommel & Wiers, 2012). Assim, o álcool e o uso aditivo de drogas são das principais causas nocivas para os indivíduos e para a sociedade (Korcha et al., 2014).

A adição é uma doença crónica que envolve alguns componentes como a recompensa do cérebro, problemas de motivação e de memória. Pode levar a uma recaída e o seu desenvolvimento é progressivo, ou seja, pode resultar numa fatalidade se não for tratada. O

consumo excessivo de álcool e de substâncias psicoativas pode resultar numa perturbação que causa dependência (Sussman & Sussman, 2011).

A droga é definida como uma substância capaz de modificar e desorganizar a função biológica dos seres vivos, resultando em mudanças cognitivas, fisiológicas e mesmo comportamentais (Gabatz, Johann, Terra, Padoin, Silva & Brum, 2013). A maioria dos consumidores de substâncias, usa e abusa de mais do que uma substância, mesmo quando não há uma droga de eleição (Fernández-Serrano, Pérez-García & Verdejo-García, 2011).

Segundo a APA (2013), todas as drogas usadas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensas do cérebro, nas quais estão envolvidas o reforço de comportamentos e a produção de memórias. Em vez de adquirir recompensas através de comportamentos adaptativos, o abuso de drogas ativa diretamente os circuitos de recompensas produzindo sentimentos de prazer.

O início do abuso de drogas poderá ser entendido como uma dificuldade de adaptação do indivíduo perante os diferentes desafios que surgem ao longo das etapas de desenvolvimento, em especial no início da adolescência, enquanto uma resposta de evitamento e/ou de fuga face aos seus conflitos internos e externos, face a não ser reconhecido e valorizado pelo grupo de pares, face às dificuldades de comunicação com os pais. Os motivos para o início destes comportamentos são múltiplos, elegendo-se como exemplos a aprovação de grupo de pares, a procura de alívio ou evasão do desconforto vivido com os conflitos intra e/ou interpessoais e a oposição e/ou desafio dos adultos (Silva & Deus, 2005).

As perturbações relacionadas com substâncias aditivas caracterizam-se por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Uma das características subjacentes a estas perturbações é a mudança nos circuitos cerebrais que podem persistir além da desintoxicação, particularmente em indivíduos com sintomas severos. Segundo a APA (2013), o diagnóstico para perturbações de uso de substância é baseado num padrão patológico de comportamentos relacionados com o abuso de substâncias. Este padrão pode ser expresso em diferentes critérios, entre os quais: a) o indivíduo que consome a substância em maiores quantidades ou maior período do que o previsto; b) o indivíduo expressa um desejo persistente em reduzir ou regular o próprio consumo e efetua múltiplos esforços sem sucesso; c) o indivíduo passa muito tempo a tentar obter e a consumir a substância ou a recuperar dos seus efeitos. O DSM-V refere-se à categoria das perturbações pela utilização de substâncias distinguindo abuso de substâncias, dependência e perturbações induzidas por substâncias como intoxicação, abstinência e outras perturbações induzidas por substâncias (APA, 2013).

Mundialmente, estima-se que, em 2013, quase um quarto de um bilião de pessoas entre as idades de 15-64 anos, tinha usado uma droga ilícita. Isto corresponde a uma prevalência global de 5,2%, o que sugere que o uso de drogas se manteve estável nos últimos três anos, embora o número estimado de consumidores de drogas tenha realmente aumentado em 6 milhões, para 246 milhões, devido ao aumento da população mundial (United Nations Office On Drugs and Crime, 2015).

Estimou-se que entre 11,2 milhões e 22 milhões de pessoas usam drogas injetáveis em todo o mundo. E desses, 1,6 milhões têm HIV, o que representa 11,5% da prevalência global de VIH entre pessoas que injetam drogas. Assim, as pessoas que consomem drogas têm diversas vulnerabilidades ao VIH, como tuberculose, hepatite e outras doenças infecciosas. Sendo que têm como comportamentos de risco a partilha de drogas injetáveis o que pode ter três vezes mais probabilidade de transmitir o VIH do que uma relação sexual, o uso de drogas estimulantes, injetáveis ou não, tem sido associado com a transmissão sexual do VIH em subgrupos específicos de populações-chave, tais como profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens. As pessoas que usam drogas são altamente estigmatizadas, nomeadamente no sector da saúde e, muitas vezes, sentem-se incapazes ou não querem aceder a serviços de HIV por medo de prisão (UNODC, 2013).

Segundo o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência (OEDT, 2012), pelo menos 85 milhões de europeus adultos consumiram uma droga ilícita em algum momento da sua vida, o que equivale a cerca de um quarto da população adulta da Europa.

Em Portugal, em 2012, cerca de 8,4% da população entre os 15 e os 74 anos já tinham tido pelo menos uma experiência de consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida e 2,3% tinham consumido nos últimos 12 meses. A substância ilícita mais consumida nos últimos 12 meses no país é a cannabis (2,3%), seguida do ecstasy (0,2%) e de cocaína (0,2%). Apesar dos diferentes tipos de consumo (experimental, recente ou atual) e da própria substância, os consumos são superiores no sexo masculino e nas idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos. O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2013), revelou uma diminuição nas prevalências do consumo ao longo da vida em Portugal. Entre 2007 e 2012, o consumo para qualquer droga passou de 12% para 9,5% e o consumo recente de 3,7% para 2,7%. De um modo geral, a população jovem adulta (14-34 anos) apresentou prevalências de consumo ao longo da vida, de consumos recentes e taxas de continuidade dos consumos mais elevados do que a população total.

De um modo geral, a população jovem adulta (14-34 anos) apresentou prevalências de consumo ao longo da vida, de consumos recentes e taxas de continuidade dos consumos mais elevados do que a população total (SICAD, 2013). Globalmente, tanto a nível nacional como internacional, os consumidores em tratamento, sobretudo pelo uso de opiáceos têm cerca de 30 anos (OEDT, 2009; Torres, Lito, Sousa & Maciel, 2008). Diversos estudos referem que estes consumidores são, frequentemente, estudantes universitários (Galhardo, Cardoso & Marques, 2006). Calafat, Gómez, Juan e Becoña (2007) investigaram os ambientes recreativos de nove cidades europeias e caracterizaram a maioria dos 2670 participantes como jovens do sexo masculino, solteiros e a residir com a família, sendo que aproximadamente 49% tinha educação universitária e cerca de 42% tinha emprego. A revisão de vários estudos sugere que os locais de consumo problemáticos tendem a acontecer em zonas urbanas, degradadas e marginalizadas, espacial e socialmente (Fernandes, 1998). Por sua vez vários estudos documentam que a prevalência do consumo de drogas é particularmente significativo entre frequentadores de contextos de recreação noturna, ou seja, todas as ocasiões de consumo festivas e recreativas assumem grande relevância (OEDT, 2009; White, Degenhardt, Breen, Bruno, Newman & Proudfoot, 2006).

Relativamente às doenças infecciosas, foram notificados 17.178 casos de infeção de VIH, sendo que destes, 8.351 estão associados à toxicodependência (SICAD, 2014).

O estudo da associação entre toxicodependência e criminalidade mostra-se pertinente dado que estes fenómenos, em conjunto, se tornam um problema ainda mais grave e preocupante para a sociedade e é reconhecido por diversos autores, que mostram que muitos consumidores de drogas apresentam historial de comportamento violento, atividade criminosa e de condenações (Stenbacka & Stattin, 2007).

Globalmente, há cerca de 15,9 milhões de consumidores de drogas que se injetam, 3 milhões dos quais têm VIH. A epidemia do HIV continua a crescer nesta população de alto risco em alguns regiões, particularmente na Europa (Choopanya et al., 2013).

1. 2 Alcoolismo

O álcool etílico, ou etanol, é um ingrediente tóxico que se encontra em bebidas como a cerveja, vinho ou licores. A sua produção é realizada através da fermentação de leveduras, açúcares e amidos. É um calmante do sistema nervoso central que é rapidamente absorvido pelo estômago e intestino delgado e vai diretamente para a corrente sanguínea. A intoxicação pode prejudicar as diferentes funções cerebrais e habilidades motoras e um uso pesado e

prolongado aumentam o risco de certos cancros, de ataque cardíaco ou doenças do fígado (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014).

O álcool tem sido consumido por seres humanos há milhares de anos, mas os seus efeitos biológicos são complexos e pouco conhecidos. Da mesma forma, o alcoolismo é uma condição comum e extremamente debilitante para a qual não existem tratamentos realmente eficazes (Wallace & Newton, 2012). O álcool é uma substância psicoativa com propriedades produtoras de dependência que tem sido amplamente utilizado em muitas culturas ao longo dos séculos. O uso nocivo ou seja excessivo do álcool, além de constituir uma grande doença, implica enormes encargos sociais e económicos nas sociedades (World Health Organization, 2014). O consumo excessivo de álcool tem efeitos negativos substanciais sobre a saúde física, mental e social dos indivíduos, e aumenta o risco de contrair doenças cardiovasculares, cancro, doenças gastrointestinais, bem como de provocar acidentes de viação que podem levar à mortalidade (Karlman, Zhou, Reuben, Greendale & Moore, 2006).

Para a perturbação do uso de álcool ser diagnosticada, de acordo com o estabelecido no DSM-V (APA, 2013), tem de revelar um padrão problemático de uso de álcool levando a comprometimento ou perturbação clinicamente significativa, dentro de um período de pelo menos 12 meses, nos quais têm de estar descritos pelo menos dois sintomas (e. g. forte desejo ou impulso para usar álcool, uso de álcool recorrente que resulta num falhanço em cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou casa). De acordo com o mesmo manual, a intoxicação de álcool é caracterizada por um discurso incoerente, falta de coordenação, nistagmo e défices na atenção e memória. Pelo contrário, a abstinência também possui alguns sintomas que são resultado da cessação do uso prolongado, como tremores, insónia, náuseas ou vómitos, alucinações ou ilusões visuais, tácteis ou auditivas, agitação psicomotora e ansiedade (APA, 2013).

De acordo com o Global status report on alcohol and health (OMS, 2011) estima-se que existam cerca de 2 biliões de pessoas em todo o mundo consumam bebidas alcoólicas e 76,3 milhões tenham transtornos diagnosticáveis devido ao uso excessivo do álcool.

No que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas, em Portugal, o consumo anual per capita de álcool (registado e não registado) na população adulta (15 ou mais anos) era em 2009 de 13,43 litros (álcool puro), um pouco superior à média europeia, apesar de a percentagem de abstinentes ao longo da vida ser bastante superior à média europeia, quer no sexo masculino (18,6%) quer no feminino (32%) (WHO Regional Office for Europe, 2012).

Enquanto o consumo de álcool em geral declina com a idade, os bebedores mais velhos consomem álcool com mais frequência do que outros grupos etários (Grundström et al., 2012). A vulnerabilidade das mulheres para os efeitos nocivos do álcool é um importante problema de saúde pública, porque o uso de álcool entre as mulheres tem vindo a aumentar de forma constante em linha com o desenvolvimento económico e com a mudança dos papéis da mulher na sociedade (Grucza, Bucholz, Rice, & Bierut, 2008). O consumo excessivo de álcool é um fator de risco para o comportamento sexual de risco, para as doenças sexualmente transmissíveis e para a infeção pelo HIV (WHO, 2012). Evidentemente, os fatores comportamentais e biológicos estão relacionados com o álcool e podem contribuir para a incidência de VIH, embora com uma diferença importante: sem fatores comportamentais que levam a práticas sexuais de risco, o caminho biológico por si só não pode ser suficiente para conduzir à incidência de HIV. Assim como o sistema imunitário enfraquecido pode aumentar acentuadamente o risco de infeção a partir de relações sexuais sem proteção, mas estas não podem, por si só, aumentar a incidência de VIH (Baliunas, Rehm, Irving, & Shuper, 2010).

Comportamento conhecido como predominantemente masculino, o uso/abuso de álcool tem ganhado protagonismo também nas mulheres, com um aumento significativo nos últimos anos (Pereira, 2012). Por sua vez, Ferreira-Borges e Filho (2007) também conclui que o consumo de álcool tem aumentado no sexo feminino. Este fenómeno tem suscitado discussões e estudos que visam uma melhor compreensão das especificidades do alcoolismo feminino, bem como melhorar as intervenções psicoterapêuticas (Thom, 2000). Segundo Tun, Demétrio e Andrade (2000), o alcoolismo na mulher é uma questão atual e pertinente, dadas as evidências de aumento da prevalência, da incidência mais precoce com um padrão de ingestão semelhante ao do alcoolismo masculino e maior gravidade e morbidade. Tradicionalmente, o consumo excessivo de álcool tem sido considerado como uma conduta associada ao sexo masculino. Aran (2003) justifica que o problema do consumo excessivo nas mulheres tem sido frequentemente visto em termos de desvio dos papéis tradicionalmente femininos, numa atitude socialmente estigmatizante, constatando assim, que o modelo moral permanece ainda muito vincado na nossa sociedade e que por detrás do rótulo de "alcoólica" há uma pessoa com vivências específicas, marcadas pelo sofrimento (físico e psicológico), angústia, frustração, insegurança, necessitando de uma reorganização do seu projeto de vida sem o consumo de álcool.

Mesmo com o aumento do consumo per capita de álcool em países subdesenvolvidos, poucas pesquisas se têm detido a avaliar a associação entre condição socioeconómica e o

consumo de álcool. Evidências mostram maior prevalência de abusadores de álcool entre indivíduos analfabetos e entre aqueles com o primeiro ciclo completo (Das, Balakrishnan & Vasudevan, 2006).

O uso de álcool ou drogas tem sido utilizado para reduzir a angústia emocional e explica os altos índices de comorbidade entre transtornos de ansiedade e uso de substâncias. A automedicação foi minimamente estudada em perturbações de humor apesar de, igualmente, existirem elevadas taxas de álcool e uso de drogas (Bolton, Robinson & Sareen, 2009).

2- Influência de Variáveis Psicossociais nos Toxicodependentes e alcoólicos

2. 1. Sono

O sono é uma função vital que desempenha um papel fundamental na vida humana e pode ser definido como um estado de inconsciência que pode ser interrompido por estímulos endógenos ou exógenos (Guyton & Hall, 2002). A sua importância reflete-se no tempo despendido nesta tarefa, pois um indivíduo em média passa dois terços da vida em vigília e um terço a dormir (Deitos, 2004). Não existe clareza em relação à sua origem evolutiva. O sono está relacionado com processos neurofisiológicos como a consolidação da memória de longo prazo e a neurotransmissão, as quais são interrompidas quando o sono é perturbado experimentalmente (Bergantim, Guerra & Soares-Fortunato, 2003). No entanto, apesar de várias décadas de investigação, ainda não conhecemos com exatidão o motivo pelo qual precisamos de dormir.

Existem dois estados de sono, com características distintas, os quais variam ao longo do sono, alternando entre si e seguindo uma sequência organizada. Rente e Pimentel (2004) distinguem então: sono lento (Não-REM ou NREM) e o sono paradoxal (REM- Rapid-Eye-Movement). O sono lento é o que permite recuperar da fadiga corporal e divide-se em 4 fases e durante as fases 3 e 4, permite o restauro e fabrico de anticorpos e hormonas, como por exemplo, a renovação de células ou a cicatrização dos órgãos e tecidos (Brunschwig, 2008; Guyton & Hall, 2002). Por sua vez, o sono paradoxal permite recuperar da fadiga psíquica e está associado ao sonho (Brunschwig, 2008).

De um ponto de vista psicopatológico e segundo a classificação do DSM-V, as perturbações do sono dividem-se em 10 grupos: insónia, hipersonolência, narcolepsia, perturbações relacionadas com a respiração, ritmo circadiano do sono-vigília, sono Não-REM, pesadelo, sono REM, pernas inquietas e perturbação de sono induzida por substâncias

ou medicação. Indivíduos com estas perturbações tipicamente apresentam problemas com o sono ou o acordar e revelam uma insatisfação com a qualidade, o timing e a quantidade de sono. As perturbações de sono são muitas vezes acompanhadas por depressão, ansiedade e mudanças cognitivas que são fatores de risco para o desenvolvimento subsequente de doenças mentais ou perturbações do uso de substâncias (APA, 2013).

Para o ser humano, como para outros animais, é fulcral a alternância entre os estados de vigília e o sono. Este ritmo denomina-se por circadiano e está relacionado com a alternância entre o dia e a noite (Brunschwig, 2008). Deitos (2004) refere que estes ritmos circadianos são regulados por agentes ecológicos, mas também por fatores sociológicos, relevando o contexto em que o indivíduo se insere como uma característica importante para a qualidade de sono.

Este processo assemelha-se a um “relógio” intrínseco que reside no núcleo supraquiasmático, onde o cérebro regula uma série complexa de ritmos, incluindo o do sono e o da vigília (Zisapel, 2001). A um nível celular, os ritmos circadianos são gerados através de ciclos de 24 horas, com processos auto-regulatórios, consistindo em genes “circadianos” e nas proteínas produzidas por estes (Bae, Maywood, Hastings, Reppert & Weaver, 2001).

Portanto, uma vez que um indivíduo começa a abusar de drogas ou álcool, esta exposição produz mudanças agudas e duradouras nos ritmos circadianos e no sono, criando um ciclo vicioso para alguém que começou com anormalidades nos ritmos circadianos (Jones, Knutson & Haines, 2003). O uso ilícito de drogas recreativas como a cocaína, o ecstasy e a cannabis têm um efeito acentuado sobre o sono e este piora durante a abstinência, embora os pacientes relatem que a qualidade do sono permanece inalterada ou melhorada. Assim a administração de cocaína aumenta a vigília e suprime o sono REM. A abstinência aguda de cocaína é frequentemente associada aos distúrbios do sono e sonhos desagradáveis. O ecstasy é uma substância com propriedades excitantes, o consumo excessivo desta substância é frequentemente associada a distúrbios do sono persistentes. Por sua vez, a cannabis reduz o sono REM mas a administração continuada de cannabis parece facilitar o adormecer e aumentar a Fase 4 do sono. A abstinência desta substância pode levar a sintomas mais consistentes como sonhos estranhos e dificuldade em dormir (Schierenbeck, Riemann, Berger & Hornyak, 2008).

A associação entre o uso de substâncias e o sono parece ser bidirecional, na medida em que o uso de substâncias pode causar diretamente distúrbios de sono e dificuldades no sono podem ser um fator de risco para o uso de substâncias. Dado o papel relevante dos ritmos

circadianos na regulação do sono, seria importante entender como as substâncias podem ter influência nos ritmos circadianos e como os podem moldar. O sistema circadiano tem um papel no processo de regulação de recompensa, indicando que os mecanismos circadianos podem ser ligados diretamente ao abuso de substância independentemente dos circuitos do sono. Isto pode ser relevante para a prevenção e tratamento das perturbações de uso de substâncias (Hasler, Smith, Cousins & Bootzin, 2012).

Kamphuis, Dijk, Spreen e Lancel (2014) concluíram que a pior qualidade de sono está associada à agressão e à impulsividade, podendo desta forma atenuar o controlo emocional, incluindo a regulação da agressão e assim, pode aumentar o risco de atos impulsivos e agressivos.

Para entender o efeito do consumo de álcool ao longo do tempo, Hasler e colaboradores (2015) estudaram durante cinco anos o sono em adolescentes com a perturbação do uso de álcool e em adolescentes sem a perturbação e sem quaisquer antecedentes desta problemática. O grupo com perturbação, no momento inicial, reportou mais distúrbios de sono, como insónia e hipersónia e maior variabilidade na duração do sono entre os dias da semana e fim-de-semana. A diferença entre os dois grupos, verificou-se nos follow-ups realizados três e cinco anos após o momento inicial, na quantidade de insónias e hipersónias, havendo mais queixas no grupo com perturbação. Um dado curioso observado no estudo, foi o facto de adolescentes que não tinham qualquer problema com o uso de álcool mas com distúrbios de sono, estarem colocados numa posição de risco para desenvolver problemas relacionados com o álcool.

As propriedades farmacológicas do álcool resultam num sono deficiente e fragmentado, assim como alguns estudos laboratoriais demonstram a associação do álcool com uma diminuição de atenção e funções executivas, com, o aumento de comportamentos de risco e com deficiências na resposta motor entre participantes com privação do sono. Portanto, existem implicações a longo prazo com a co-ocorrência de problemas de alcoolismo e de sono, sobretudo em populações de adolescentes, que pode implicar prejuízos a nível neuronal e cognitivo, devido à importância desenvolvimental desta idade (Zeigler, 2005).

Os problemas do sono, podem ter consequências clínicas e económicas significativas, sendo mais comuns entre os alcoólatras do que entre os não-alcoólatras. Durante os dois períodos, aquele em que bebem e a retirada da substância, os alcoólicos costumam apresentar problemas em adormecer e diminuição do tempo total de sono. Os pesquisadores também descobriram que os alcoólatras são mais propensos a sofrer de certos distúrbios do sono,

como a apneia do sono. Além disso, problemas de sono pode aumentar o risco de recaída entre os alcoólicos abstinentes (Brower, 2001). Em todas as doses, o álcool provoca uma redução na latência do início do sono, a primeira metade do sono mais consolidado e um aumento da perturbação do sono na segunda metade do sono. Os efeitos sobre a fase do movimento rápido dos olhos (REM) no primeiro semestre de sono parecem estar relacionados com doses baixas a moderadas que não mostram nenhuma tendência clara sobre o sono REM na primeira metade da noite, enquanto que, em doses elevadas, existe uma redução do sono REM na primeira parte do sono. A percentagem total de sono REM é diminuída na maioria dos estudos em doses moderadas e altas sem tendência clara aparente em doses baixas. O início do primeiro período de sono REM é significativamente retardado independentemente da dose consumida e este parece ser o efeito mais reconhecível do álcool sobre o sono REM seguido pela redução do total de sono REM da noite (Ebrahim, Shapiro, Williams & Fenwick, 2013).

O sono também pode ter um papel importante na faceta agressiva de um indivíduo, pois tem efeitos na performance cognitiva, como é o exemplo da privação de sono que reduz a atenção sustentada, o funcionamento executivo e a memória (Walker & van Der Helm, 2009). Indivíduos com problemas no sono, como dificuldade em adormecer e uma qualidade de sono fraca, que são sujeitos a uma tarefa que evita o stress, apresentam uma maior condutância da pele, assim como, frequência cardíaca, dois indicadores de excitação no indivíduo (Kamphuis, Meerlo, Koolhaas & Lancel, 2012). Numa escala que avaliava o humor, indivíduos que relataram uma qualidade de sono subjetiva mais fraca pontuaram mais raiva nas últimas semanas do que o grupo de controlo (Lund, Reider, Whiting & Prichard, 2010).

Kamphuis, Meerlo, Koolhaas e Lancel (2012) também concluíram que os problemas do sono podem ser um fator causal no desenvolvimento da agressão reativa e da violência. Constataram que a privação do sono, aumenta o comportamento agressivo e a expressão externa de impulsos agressivos nos seres humanos. Na maioria dos casos, as pessoas com pior qualidade de sono não evocam agressão física real, mas podem ser particularmente vulneráveis aos efeitos emocionais desajustados dos distúrbios do sono.

Nos Estados Unidos da América, foi reportado sono insuficiente (menos de oito horas diárias em horário letivo) em 68,9% dos estudantes do ensino secundário. Este problema de sono nos adolescentes estava associado a uma grande variedade de comportamentos de risco, assim como, ao uso de tabaco, canábis e álcool, à atividade sexual de risco, à ideação e a tentativas de suicídio, a sentimentos de tristeza e desesperança, a não ser fisicamente ativo e

ao uso excessivo do computador (McKnight-Eily, Eaton, Lowry, Croft, Presley-Cantrell & Perry, 2011).

Em populações com traços agressivos, observam-se sérios problemas de sono que se correlacionam positivamente com agressão e hostilidade auto relatada e explosões agressivas relatadas pelo parceiro. Existe um problema de causalidade, pois há dúvida se é um sono pobre que leva a agressividade ou se é a agressividade que leva a um sono pobre. Apesar da curta literatura existente sobre este tema, há a evidência que um tratamento eficaz em problemas de sono reduz a agressão, considerando os problemas de sono como um fator de risco para a agressão (Kamphuis et al., 2012).

Numa amostra de estudantes universitários os resultados foram: 76,6% dos estudantes reportaram problemas de sono ocasionais e 11,8% experienciaram uma qualidade de sono muito pobre. Entre os problemas reportados os mais comuns eram um cansaço generalizado durante a manhã e insónias, e os comportamentos de risco identificados no mesmo estudo que se encontravam associados com os problemas de sono incluíam lutas físicas, ideação suicida e o uso de álcool e tabaco (Vail-Smith, Felts & Becker, 2009).

Assim, os problemas do sono e uso de substâncias estão fortemente ligados, sendo que os problemas do sono desempenham um papel importante na etiologia de uso de substância, mas também pode ser um resultado da mesma (Magnée, Weert-van Oene, Wijdeveld, Coenen, & Jong, 2015). Neste sentido Hartwell, Pfeifer, McCauley, Moran-Santa Maria e Back (2014) verificaram altos índices de comprometimento do sono e má qualidade do sono nos indivíduos dependentes.

Wong, Brower e Zucker (2009) conferiram que os problemas do sono aumentam significativamente com o consumo de drogas e os diferentes problemas de sono afetam o risco de uso de substâncias de forma diferente, podendo estar relacionado com os efeitos significativos das dificuldades para dormir. Por sua vez, o álcool atua como um sedativo que interage com vários sistemas de neurotransmissores importantes na regulação de sono. A administração de grandes quantidades de álcool antes de dormir leva à diminuição da latência do sono de início e a mudanças na arquitetura do sono no início da noite, quando os níveis de álcool no sangue são elevados subsiste uma má qualidade do sono durante a noite (Colrain, Nicholas & Baker, 2014).

Ehlers, Gilder, Criado e Caetano (2010) verificaram que as perturbações de uso de álcool estão significativamente associadas com a pior qualidade de sono na população adulta e que as perturbações por uso de substâncias podem afetar diferentes aspetos do sono. No

mesmo seguimento, Colrain, Turlington e Baker (2009) referem que o alcoolismo a longo prazo afeta o sono, mesmo após longos períodos de abstinência em homens e mulheres. As medidas da atividade de ondas lentas frontal foram marcadores particularmente sensíveis desse efeito de longa duração. Medidas do EEG do sono parecem, fornecer um correlato funcional das mudanças na estrutura do cérebro visto em córtex frontal de alcoólatras longo prazo.

2. 2 Agressividade

O conceito de agressividade está associado a muitos outros conceitos que tornam a sua distinção complexa e difícil de operacionalizar, nomeadamente os conceitos de violência ou agressão (Doron & Parot, 2001). Neste sentido a OMS define a violência como sendo o uso intencional de força física, poder ou ameaça contra si mesmo ou contra terceiros, ou uma comunidade, que pode resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, prejuízo do desenvolvimento ou privação (WHO, 2002). Bertão (2004) menciona a agressividade como sendo essencial para a sobrevivência, o desenvolvimento, a defesa e adaptação dos indivíduos, considerando-a como um elemento protetor que possibilita a construção de um espaço interno, promovendo a diferenciação entre o eu e o outro, bem como a criação de vínculos. A mesma autora defende que o modo como o indivíduo gere os mecanismos agressivos será decisivo na posterior estruturação das relações pessoais, sendo que as pulsões ao longo do processo do desenvolvimento, assumem formas socialmente aceitáveis de se expressar. Por outro lado de um ponto de vista mais psicanalítico, Winnicott (2002) reporta-se ao conceito de violência como destrutividade, sendo uma exteriorização da agressividade inata através da agressão, quando existe uma falha no contexto ambiental.

Miller, Parrott e Giancola (2009) definem o comportamento agressivo como um constructo multifacetado, que pode ser expresso comportamentalmente numa infinidade de formas e de vários tipos.

Deste modo, a agressividade pode ser distinguida em dois tipos: física e verbal. Quando um indivíduo utiliza palavras ou expressões verbais de modo a magoar o seu alvo será classificado como agressividade verbal, por outro lado, é considerada agressão física quando levada a cabo através de um ataque físico e/ou com utilização de objetos (Scharfetter, 2002). A agressividade, segundo a intencionalidade pode ser instrumental ou proactiva, ou hostil ou reativa. A agressividade instrumental ou proactiva, caracteriza-se pela obtenção de uma recompensa alheia à própria agressão, por um comportamento controlado e quase ritualístico,

pouco emotivo, deliberado, centrado em objetivos externos e pela falta de emoção. Por outro lado, a agressividade hostil ou reativa é definida, como uma explosão de raiva pouco controlada, aparentando ser uma reação defensiva ao bloqueio de objetivos, provocação ou frustração com a intenção de ferir ou atacar o outro, sendo uma forma de agressividade tendencialmente mais violenta (Raimundo & Pinto, 2007). Por outro lado, a agressividade pode ser social, como sendo dirigida para danificar a autoestima do outro, ou seu estatuto social, ou ambos, utilizando para tal formas diretas (e. g. , rejeição verbal, expressões faciais ou movimentos corporais negativos), ou formas indiretas (e. g. , espalhar rumores ou exclusão social) (Young & Balaban, 2003).

De acordo com um estudo mais recente, que combina os processos associativos impulsivos e o controlo executivo, responsáveis pela impulsividade, concluiu-se que em indivíduos com fraco controlo executivo, o consumo de álcool prediz o comportamento agressivo. Contudo este efeito não foi observado em indivíduos com um controlo executivo mais alto (Wiers, Beckers, Houben & Hofmann, 2009). Deste modo, os comportamentos impulsivos estão estreitamente ligadas ao uso e abuso de drogas, tanto como contribuintes para usar e como consequências do seu uso. A impulsividade é característica e um determinante importante do uso de drogas durante o desenvolvimento e em adultos com repentinas aumentos no comportamento impulsivo pode aumentar a probabilidade de uso de drogas, especialmente em indivíduos que tentam abster-se. Por outro lado, efeitos agudos e crônicos do uso de drogas pode aumentar comportamentos impulsivos, que por sua vez podem facilitar ainda mais o uso de drogas (De Wit, 2009).

As ligações entre substâncias psicoativas e violência envolvem fatores sociais e económicos, as definições de como os indivíduos obtêm e consomem as substâncias e os processos biológicos subjacentes ao comportamento humano. No caso do álcool, já existe suporte empírico que prova a sua relação com a agressividade, mas os estimulantes e as anfetaminas e a cocaína, também sugerem ter um papel contributivo no comportamento violento (Boles & Miotto, 2003).

Apesar das evidências da associação entre drogas e violência, há substâncias nas quais não se verifica qualquer relação com comportamento agressivo. No caso da canábica, o seu consumo em doses moderadas está associado a uma inibição do comportamento violento e agressivo em animais e humanos (Reiss & Roth, 1993). O uso de opiáceos também inibe temporariamente o comportamento violento, no entanto na abstinência desta substância, os consumidores experienciam um exagero nas respostas agressivas e defensivas na presença de

provocação (Roth, 1994). De um modo similar, o uso de alucinogénios, particularmente o LSD, não ativa o comportamento violento, mas por vezes agrava os efeitos de uma psicopatologia pré-existente, de onde podem decorrer explosões violentas (Reiss & Roth, 1993).

O comportamento agressivo é uma construção altamente complexa que é muito difícil de medir. Embora avanços na avaliação de agressão tenham sido feitos, alguns problemas fundamentais persistem. Em primeiro lugar, a definição operacional de comportamento agressivo e os seus vários subtipos são frequentemente mal interpretados e carecem de clareza conceitual suficiente. Em segundo lugar, devido a estes problemas de definição, os instrumentos de avaliação frequentemente correspondem a diferentes conceituações de agressão (Miller et al., 2009).

Existe uma relação entre droga e violência, por diversas razões, algumas diretas (drogas farmacologicamente indutoras de violência) e algumas indiretas (violência que ocorrem na forma de obter as drogas). Além disso, a natureza dessa relação é muitas vezes complexa, com efeitos de intoxicação, neurotóxicos e muitas vezes de abstinência (Hoaken & Stewart, 2003).

A exposição à violência e agressão comunitárias também se associa com comportamentos de risco tomados por adolescentes. Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, concluiu-se que estudantes expostos a um grande nível de violência na comunidade onde vivem, aumentam 7,7 vezes a probabilidade de andar com uma arma de fogo, 5,2 vezes de se juntarem a um grupo organizado violento, 6,4 vezes de usarem canábis, 5,3 vezes de recorrerem ao abuso do álcool e 2,8 vezes de se ferirem em resultado de uma luta (Barroso, Peters, Kelder, Conroy, Murray, & Orpinas, 2008).

De maneira a entender os potenciais mecanismos que ligam esta associação entre a exposição à violência e os comportamentos de risco, Brady e Donenberg (2006) analisaram numa amostra de adolescentes a procura de sensações e a capacidade de lidar com o stress através de comportamentos de evitamento.

No estudo realizado por Vaughn, Michael, Salas-Wright, White e Kremer (2015), concluíram que o sono está significativamente associado com a agressão reativa. Especificamente, os indivíduos que relataram dormir em média menos de 5 horas por noite tinham quase três vezes mais probabilidade de relatar a perder a paciência e a requerer uma luta física. Além disso, os indivíduos que relataram estar " muito insatisfeito" com seu sono

eram mais do que duas vezes mais propensos a relatar o perder a paciência e se envolver em agressões físicas.

Outro estudo realizado por Alves-Ferreira, Costa e Santos (2012) confirma através dos resultados que existe uma relação entre a qualidade do sono e os níveis de agressividade, em que elevados níveis de agressão podem ser o resultado de problemas de sono, tanto como problemas de sono pode ser devido a altos níveis de agressão.

2.3 Comportamentos de Risco

Os comportamentos de risco são definidos pela participação de um indivíduo em comportamentos que comprometem a sua saúde física e mental. Estas condutas podem dever-se ao carácter exploratório do próprio indivíduo ou à influência do meio e podem resultar em comportamentos aditivos mais regulares ou noutra problema clínico (Feijó & Oliveira, 2001).

Os indivíduos que consomem drogas estão em maior risco de contrair VIH através diretamente da partilha de material de injeção, de forma indireta através de um comportamento de risco associado, e fisiologicamente através do impacto das substâncias sobre o sistema imunológico. Os consumidores de drogas, especialmente as pessoas que injetam drogas são uma ponte para a população em geral e o tratamento da dependência de drogas e de prestação de intervenções de redução de danos têm impacto na transmissão e incidência do VIH (Akindipe, Abiodun, Adebajo, Lawal & Rataemane, 2014).

Por conseguinte, os indivíduos que consomem álcool interferem no uso do preservativo e aumentam os comportamentos sexuais de risco. No entanto, os dados sobre a prevalência desta prática entre mulheres trabalhadoras do sexo e a associação com o uso do preservativo e doenças sexualmente transmissíveis (DST) são limitados, sendo que um terço das mulheres relataram ter sido intoxicadas com álcool pelo menos uma vez por mês durante os últimos 6 meses, e cerca de 30% relataram o uso de álcool antes de ter relações sexuais com os clientes. Em comparação com as mulheres que não consomem álcool antes de se envolver em sexo com clientes, as mulheres que o fizeram relataram o uso do preservativo significativamente menos consistente e taxas mais elevadas de ambos atual IST. No entanto, a intoxicação pelo álcool não foi associada com o uso do preservativo e Ist's (Wang, Li, Stanton, Zhang & Fang, 2010).

Os métodos mais eficazes para prevenir a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) são as que protegem contra a exposição ao VIH, ou seja, não se podem substituir comportamentos que ajudam a evitar exposição ao VIH, como a abstinência sexual,

o sexo apenas em um relacionamento monogâmico com um parceiro não infetado, o uso correto e consistente do preservativo, a abstinência de uso de drogas injetáveis, e uso consistente de equipamento esterilizado por aqueles incapazes para cessar o uso de drogas injetáveis (Smith et al., 2005). Assim, entre os consumidores de substâncias são fatores de risco os comportamentos para a transmissão do VIH tanto pela via sanguínea, como pela partilha de seringas e outros objetos para o uso de drogas endovenosas, bem como pela via sexual. Desta forma, os toxicodependentes estão expostos a várias vias de contaminação, constituindo um grupo de elevado risco para o VIH (Pechansky, Diemen, Inciardi, Surratt, & Boni, 2004).

3- Relação entre o consumo de substâncias e a Percepção de Risco face ao VIH e Comportamentos de Risco

Portanto, atualmente, nos países desenvolvidos, os sujeitos que apresentam hábitos de consumo de álcool e drogas são identificados como tendo um problema de saúde, sinalizando estes comportamentos de risco como preditivos do aumento das doenças crónicas e de uma quebra na qualidade de vida dos indivíduos (Paúl & Fonseca, 2001).

Por outro lado, a percepção de risco pode ser considerada como uma combinação dos seguintes componentes: vulnerabilidade/suscetibilidade percebida para resultados adversos e severidade percebida de resultados a nível da saúde (Larsman, Eklof & Torner, 2012).

Os indivíduos que se refugiam no álcool possuem diferentes expectativas com o seu consumo, entre as quais, reduzir a tensão ou aumentar o prazer social ou físico e até aumentar o prazer sexual e facilitar as interações sociais (Fromme, Stroot, & Kaplan, 1993). Estas expectativas positivas em relação ao consumo de álcool estão associadas a um maior nível de consumo de álcool, reportando o comportamento um modo de lidar com o stress e problemas com a bebida (Armeli et al., 2000).

A percepção do risco a nível pessoal é normalmente menor do que a percepção em relação a outros e no caso do risco do consumo de álcool dá origem a uma forte negação do risco. Numa amostra de adolescentes, o consumo de álcool encontra-se relacionado com uma percepção de risco pessoal de um modo positivo, isto é uma maior quantidade de consumo está relacionado com uma maior percepção de risco (Sjöberg, 1998).

Relativamente ao consumo de canábis, a percepção de risco entre os consumidores não parece ser influenciada pela frequência de uso da mesma, mas sim pela experiência atual das consequências relacionadas com a droga. Os abstinentes têm uma percepção de risco

significativamente maior do que os consumidores, o que leva a um papel protetivo contra a iniciação de uso de canábis, sendo que uma possibilidade a explorar no âmbito de intervenções será a diminuição da discrepância existente entre os riscos percebidos e as consequências experienciadas (Kilmer, Hunt, Lee & Neighbors, 2003).

Swahn e colaboradores (2012) através da análise de questionários de comportamentos de risco entre adolescentes nos Estados Unidos e França, concluíram que o uso de álcool é um fator de risco importante para a ideação suicida e tentativas de suicídio, particularmente quando o consumo é iniciado mais precocemente, enfatizando a importância em atrasar e reduzir o consumo de álcool, de modo a reduzir as tentativas de suicídio.

Outro facto observado é que o aumento de comportamentos sexuais de risco é acompanhado pelo aumento simultâneo de consumo de drogas (Sturman, 2000). É histórico o consumo de álcool com o objetivo da desinibição de outra pessoa resultando em relações sexuais com a mesma (Martin, 2001). No entanto, muitas outras substâncias possuem as mesmas características estabelecendo uma relação entre o desejo sexual e os efeitos da substância, tais como canábis (Poulin; Graham, 2001), anfetaminas (Souza & Martins, 1998), cocaína (Pechansky, 2000) e ecstasy (Capdevilla, 1995).

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) ataca todo o sistema imunológico responsável pela defesa do nosso organismo, provocando a síndrome de imunodeficiência adquirida (Sida) (Lourenço & Afonso, 2009).

Os dados apontam claramente para uma importante relevância para o seu estudo no âmbito das doenças e infeções associadas a comportamentos de risco, nomeadamente o VIH. De facto, de acordo com o relatório do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2014) em Portugal, durante o ano de 2013 foram notificados 1093 novos casos de infeção por VIH, a transmissão associada ao consumo de drogas foi de 76 casos, que correspondem a 7% do total de diagnósticos para o ano em análise. À semelhança do verificado nos anos mais recentes, constata-se que o contacto sexual de risco foi a forma de aquisição da infeção mais comum e identificada. Sabe-se que 50% dos infetados por VIH em Portugal são consumidores de drogas (Negreiros & Magalhães, 2005).

Conclui-se que a mudança de comportamentos é um processo muito complexo e multidimensional, que é desenvolvido em diferentes etapas constituídas por diferentes características entre si, assim como características intrapessoais idiossincráticas, de acordo com fatores psicológicos, sociais e culturais (Matos, 2008).

Mulheres consumidoras de drogas costumam oferecer sexo em troca de dinheiro ou habitação, como forma de sustento e proteção, e tem como consequências sofrer violência de parceiros sexuais e praticar sexo inseguro (Pinkham & Malinowska-Sempruch, 2008).

Os indivíduos que consomem drogas, nomeadamente do género masculino, têm maiores taxas de doenças sexualmente transmissíveis, em particular a infeção pelo HIV, tanto no ano antes e após o uso de drogas (Jena, Goldman, Kamdar, Lakdawalla & Lu, 2010).

No que retrata às doenças sexualmente transmissíveis, Jena, Goldman, Kamdar, Lakdawalla e Lu (2010) comprovam que os indivíduos que consomem drogas, nomeadamente, têm maiores taxas de doenças sexualmente transmissíveis, em particular a infeção pelo VIH, no ano antes e após o uso de drogas.

Assim como o abuso e dependência de drogas têm sido intimamente ligados ao VIH, embora o uso de drogas intravenosas seja bem conhecido a este respeito, menos reconhecido é o papel que desempenha o abuso de drogas mais geralmente na propagação do VIH pelo aumento da probabilidade de alto risco por sexo com parceiros infetados. Os efeitos intoxicantes de muitas drogas podem alterar a inibição e levam as pessoas a envolverem-se em impulsos e comportamentos inseguros. Além disso, os indivíduos dependentes de drogas podem envolver-se em comportamentos sexuais arriscados para obter drogas ou dinheiro de drogas (Attonito, Dévieux, Lerner, Hospital & Rosenberg, 2014). Os indivíduos com infeção pelo VIH, nomeadamente as mulheres, revelam elevado e persistente desconforto psicossocial, dificuldade para dormir e fadiga. Assim verifica-se uma associação entre a maior angústia psicossocial com maior dificuldade em dormir, ou seja, pior qualidade do sono (Marion et al., 2009)

Comportamento de alto risco é o ambiente que se vive nos bairros, onde o roubo de seringas enquanto alguém se está a injetar é bastante frequente: roubam a seringa para poder injetar em si o resto de produto e aproveitar a seringa. Em situações limite o desespero dos indivíduos é tao grande que acentua um desleixo e ausência de preocupação com a saúde, como se fosse um processo de degradação tão grande que já não há nada a perder, e nessas situações os indivíduos cometem mais comportamentos de risco (Fernandes e Carvalho, 2003).

II - Metodologia

1. Objectivos

O objetivo principal do estudo é avaliar a relação entre a qualidade do sono, a agressividade, a percepção de risco, as IST'S e o VIH numa amostra de 115 toxicodependentes e alcoólicos, avaliar as diferenças entre toxicodependentes e alcoólicos nas variáveis em estudo, e conhecer os preditores das IST'S e do VIH, tal como os preditores sociodemográficos do consumo de drogas e álcool, para além de contribuir para a criação de programas futuros de intervenção. Adicionalmente o estudo teve como objetivo analisar as diferenças entre os toxicodependentes e alcoólicos ao nível das variáveis psicossociais em estudo.

2. Design

O estudo é quantitativo e tem um design transversal e correlacional, pois os dados são avaliados num único momento ao nível das relações entre as diferentes variáveis (Almeida & Freire, 2003).

3. Variáveis

1) Variáveis Sociodemográficas: idade, género, residência, estado civil, habilitações literárias e situação laboral.

2) Variáveis Clínicas: condição médica, psiquiátrica, prescrição médica, historial de consumos, comportamento agressivo, Ist's, teste ao VIH, VIH, álcool e drogas.

3) Variáveis Psicossociais: sono, agressividade, percepção de risco e comportamentos de risco.

4. Hipóteses

Hipótese 1: Espera-se que haja diferenças significativas entre os toxicodependentes e os alcoólicos ao nível do sono, da agressividade, da percepção de risco, as Ist's e o teste ao VIH.

Hipótese 2: Espera-se encontrar:

a) uma relação positiva, significativa entre a pior qualidade do sono, as Ist's e o teste ao VIH;

b) uma relação positiva, significativa entre a agressividade, as Ist's e o teste ao VIH;

c) uma relação positiva, significativa entre a percepção de risco pessoal, comunitário, as Ist's e o teste ao VIH.

Hipótese 3: Espera-se que:

- a) As variáveis, qualidade do sono, agressividade e percepção de risco, contribuam de forma diferente para as Ist's, o teste ao VIH e VIH;
- b) As variáveis sociodemográficas contribuam de forma diferente para o consumo de substâncias (drogas e álcool);
- c) As variáveis qualidade do sono e agressividade contribuam de forma diferente para o consumo de substâncias (drogas e álcool).

5. Análises Exploratórias

Para além da análise das hipóteses principais foram analisadas as relações entre as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas, as variáveis psicológicas e comportamentais.

6. Selecção e Recolha da Amostra

O estudo, em termos de amostra, é constituído por toxicodependentes e alcoólicos institucionalizados que voluntariamente participaram na investigação sendo, por isso, uma amostra de conveniência (Almeida & Freire, 2003).

Os critérios de inclusão foram os seguintes: estar institucionalizados e abstinentes, ter idade superior aos 18 anos, preencher os questionários independentemente do tempo em que já se encontravam em tratamento. Os critérios de exclusão consistiram em não estar institucionalizados nem abstinentes, não estar a fazer tratamento ao álcool ou às drogas, ter idade inferior a 18 anos.

Os toxicodependentes e alcoólicos, de ambos os sexos e seleccionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão foram recolhidos em várias instituições do Norte de Portugal, Associação de Solidariedade de Braga - Projecto Homem, Clínica do Outeiro de Gondomar, Clínica do Outeiro de Vila do Conde e da Clínica Dr. Nuno Santiago que aceitaram colaborar no estudo e com as quais foi feito um protocolo.

Os profissionais que aceitaram participar referenciaram e reencaminharam os doentes ao longo do estudo. A partir do contacto telefónico das instituições, era marcado um horário para o preenchimento dos questionários. Aos participantes foram explicados o carácter voluntário e confidencial da participação. A participação ocorreu num só momento, após preenchimento do consentimento informado (Anexo II).

7. Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 115 sujeitos, que engloba dois grupos, o dos toxicod dependentes e alcoólicos. A amostra total na maioria dos participantes, 96 (83.5%), é do sexo masculino, enquanto os outros 19 (16.5%) são do sexo feminino. A idade dos participantes varia entre os 18 (mínimo) e os 68 (máximo) anos, com uma média de 39.35 e um desvio padrão de 10.34. Quanto ao estado civil, a maior parte dos sujeitos, 70 (60.9%) são solteiros, 34 (29.6%) são divorciados, 8 (7.0%) são casados, 1 (0.9%) é viúvo e 2 (1.7%) estão em união de facto. Em relação às habilitações literárias, 5 participantes (4.3%) não sabem ler nem escrever, 8 (7.0%) sabem ler e escrever, 25 (21.7%) têm o 1º ciclo, 32 (27.8%) têm o 2º ciclo, 37 (32.2%) têm o 3º ciclo e 8 (7.0%) têm curso superior. Relativamente à situação laboral, 93 (89.9%) sujeitos estão desempregados e 20 (17.4%) estão empregados.

O grupo dos toxicod dependentes correspondem a 68 dos sujeitos, sendo que 56 (82.4%) pertencem ao género masculino e 12 (17.6%) pertencem ao género feminino. A idade dos toxicod dependentes varia entre os 18 (mínimo) e 68 anos, com uma média de idade de 34.5 anos e um desvio padrão de 8.7. A maior parte destes sujeitos, 48 (70.6%) são solteiros, 3 (4.4%) estão casados, 15 (22.1%) são divorciados, 2 (2.9%) estão em união de facto. A maioria, 46 (67.6%) não tem filhos e 22 (32.4%) tem filhos. Relativamente às habilitações literárias, 1 (1.5%) não sabe ler nem escrever, 2 (2.9%) sabe ler e escrever, 10 (14.7%) têm o 1º ciclo, 17 (25.0%) têm o 2º ciclo, 32 (47.1%) têm o 3º ciclo e 6 (8.8%) têm curso superior. No que concerne à situação laboral, 60 (88.2%) estão desempregados e 8 (11.8%) estão empregados. Os restantes 47 sujeitos são alcoólicos, sendo que 40 (85.1%) pertencem ao género masculino e 7 (14.9%) pertencem ao género feminino. A idade dos sujeitos varia entre os 28 (mínimo) e 68 (máximo) anos, com uma média de idade de 46.3 anos e um desvio padrão de 8.5. A maioria 22 (46.8%) são solteiros, 5 (10.6%) são casados, 19 (40.4%) são divorciados e 1 (2.1%) é viúvo; 28 (59.6%) tem filhos e 19 (40.4%) não tem filhos. Relativamente às habilitações literárias, 4 (8.5%) não sabe ler nem escrever, 6 (12.8%) sabe ler e escrever, 15 (31.9%) tem o 1º ciclo, 15 (31.9%) tem o 2º ciclo, 5 (10.6%) tem o 3º ciclo e 2 (4.3%) têm curso superior. No que concerne à situação laboral, 33 (70.2%) estão desempregados, 12 (25.5%) estão empregados e 2 (4.3%) estão reformados. A tabela 1 resume as características sociodemográficas das variáveis em estudo.

Tabela 1

Caraterísticas sociodemográficas dos participantes institucionalizados

<i>Variáveis</i>	Total N = 115		Toxicodependentes n = 68		Alcoólicos n = 47	
	N	%	n	%	n	%
Género						
Masculino	96	83.5	56	82.4	40	85.1
Feminino	19	16.5	12	17.2	7	14.9
Estado Civil						
Solteiro	70	60.9	48	70.6	22	46.8
Casado	8	7.0	3	4.4	5	10.6
Divorciado	34	29.6	15	22.1	19	40.4
Viúvo	1	0.9	0	0	1	2.1
União de Facto	2	1.7	2	2.9	0	0
Habilitações Literárias						
Analfabeto	5	4.3	1	1.5	4	8.5
Sabe ler e escrever	8	7.0	2	2.9	6	12.8
1º ciclo	25	21.7	10	14.7	15	31.9
2º ciclo	32	27.8	17	25.0	15	31.9
3º ciclo	37	32.2	32	47.1	5	10.6
Curso superior	8	7.0	6	8.8	2	4.3
Situação. Laboral						
Desempregado	93	80.9	60	88.2	33	70.2
Empregado	20	17.4	8	11.8	12	25.5
Reformado	2	1.7	0	0	2	4.3
	M	SD	M	SD	M	SD
Idade	39.4	10.3	34.5	8.7	46.3	8.5

Relativamente à caracterização *clínica* da amostra total, a maioria que corresponde a 90 (78.3%) sujeitos estão a ser seguidos por um médico, 86 (74.8%) tomam medicamentos, 58 (50.4%) estão a ser seguidos por um psiquiatra, 96 (83.5%) não tiveram IST'S, 92 (80.0%) já fizeram o teste do VIH e 110 (95.7%) tiveram o resultado negativo. No grupo dos toxicodependentes, a maioria está a ser acompanhado por um médico 47 (69.1%), 48 (70.6%) tomam medicação, 36 (52.9%) não está a ser seguido por um psiquiatra, 52 (76.5%) não tiveram IST'S, 60 (88.2%) já fizeram o teste do VIH e 63 (92.6%) tiveram o resultado negativo. No grupo dos alcoólicos, a maioria 43 (91.5%) está a ser acompanhado pelo médico, 38 (80.9%) toma medicamentos, 26 (55.3%) estão a ser seguidos pelo psiquiatra, 44 (93.6%) não tiveram IST'S, 32 (68.1%) já fizeram o teste do VIH e 47 (100%) tiveram o resultado negativo. A tabela 2 resume as características clínicas das variáveis em estudo.

Tabela 2
Caraterísticas clínicas dos participantes institucionalizados (N=115)

Variáveis Clínicas	Total N = 115		Toxicodependentes n = 68		Alcoólicos n = 47	
	N	%	n	%	n	%
Condição Médica						
Não	25	21.7	21	30.9	4	8.5

Sim	90	78.3	47	69.1	43	91.5
Toma Medicamentos						
Não	29	25.2	20	29.4	9	19.1
Sim	86	74.8	48	70.6	38	80.9
Condição Psiquiátrica						
Não	57	49.6	36	52.9	21	44.7
Sim	58	50.4	32	47.1	26	55.3
Ist's						
Não	96	83.5	52	76.5	44	93.6
Sim	19	16.5	16	23.5	3	6.4
Teste VIH						
Não	23	20.0	8	11.8	15	31.9
Sim	92	80.0	60	88.2	32	68.1
Teste Positivo						
Não	110	95.7	63	92.6	47	100
Sim	5	4.3	5	7.4	0	0

No referente à caracterização dos consumos da amostra total, 33 (28.7%), o que corresponde à maioria, bebeu pela primeira vez dos 15 aos 17 anos, 37 (32.2%) num café ou bar sozinho ou com amigos, geralmente 87 (75.7%) fazendo-se acompanhar de amigos e 48 (41.7%) começou a beber para acompanhar o grupo. No geral, 78 (67.8%) sujeitos consomem mais álcool à noite, 81 (70.4%) já ficou inconsciente/embriagado com o consumo, 62 (53.9%) já teve de ser levado a casa devido ao seu estado de embriaguez, 64 (55.7%) acha ter controlo sobre o seu consumo de álcool, 59 (51.3%) não necessitaram de receber ajuda médica por causa da ingestão de bebidas alcoólicas, 60 (52.2%) nunca faltaram a um compromisso por causa da bebida ou da ressaca, 59 (51.3%) considera-se dependente do álcool, 53 (46.1%) sente-se eufórico após o consumo excessivo de álcool, 66 (57.4%) consome álcool após as refeições e 78 (67.8%) já foram alertados para o seu problema com o álcool. Ao nível das substâncias, 73 (63.5%) consomem tabaco sempre que podem, 34 (29.6%) consomem álcool às vezes, 34 (29.6%) consomem álcool sempre que podem e 36 (31.3%) consomem drogas sempre que podem. No seu entendimento, 64 (55.7%) têm problemas com drogas, 63 (54.8%) não fizeram nenhuma desintoxicação, 60 (52.2%) não fizeram nenhum tratamento e 47 (40.9%) escolhe o álcool como a droga de eleição.

No que concerne aos consumos o grupo dos toxicod dependentes, 20 (29.4%) o que corresponde à maioria, bebeu pela primeira vez entres os 15 e os 17 anos, 21 (30.9%) num café ou bar sozinho ou com amigos, geralmente 61 (89.7%) fazem-se acompanhar dos amigos e 36 (52.9%) começou a beber para acompanhar o grupo. A parte do dia em que a maioria 55 (80.9%) consome mais álcool é à noite, em que 48 (70.6%) assume já ter ficado

inconsciente/embriagado, 37 (54.4%) afirma que alguém levou a casa por causa do seu estado de embriaguez, 44 (64.7%) tem controlo sobre o seu consumo de álcool, 43 (63.2%) afirma que nunca necessitou de receber ajuda médica por causa da ingestão de bebidas alcoólicas, 36 (52.9%) nunca faltou a um compromisso por causa da bebida ou da ressaca e 50 (73.5%) não se considera dependente de álcool. Após o consumo excessivo de álcool, a maioria que corresponde a 37 (54.4%) fica eufórico. Após as refeições 38 (55.9%) geralmente não consomem, mas 35 (51.5%) reconhecem que já foram alertados para o problema com o álcool. Ao nível das substâncias, geralmente 45 (66.2%) consomem tabaco sempre que podem, 27 (39.7%) consome álcool às vezes e 34 (50.0%) consomem drogas sempre que podem. Relativamente às drogas, 60 (88.2%) refere não ter problemas com drogas, 45 (66.2%) já fez desintoxicação por causa do consumo de drogas, 49 (72.1%) já fizeram tratamento por causa do consumo de drogas e 35 (51.5%) escolhe a cocaína como a droga de eleição. No que concerne os consumos do grupo dos alcoólicos, a maioria 20 (42.6%) bebeu pela primeira vez depois dos 18 anos, 16 (34.0%) bebeu num café ou bar sozinho ou com os amigos, geralmente 26 (44.3%) costumam beber com os amigos, 15 (31.9%) começaram a beber porque estavam nervosos ou tinham problemas, 23 (48.9%) consome mais álcool à noite, 33 (70.2%) assumem já terem ficado inconscientes/embriagados com o consumo, 25 (53.2%) já foram levados a casa devido ao seu estado de embriaguez, 27 (57.4%) não têm controlo sobre o consumo de álcool, 31 (66.0%) já necessitaram receber ajuda médica por causa da ingestão de bebidas alcoólicas, 24 (51.1%) nunca faltou a um compromisso por causa da bebida ou ressaca, 41 (87.2%) considera-se dependente do álcool, após consumos excessivos 16 (34.0%) sentem-se eufóricos, 36 (76.6%) consomem após as refeições e 43 (91.5%) já foram alertados para o problema com o álcool. Quanto às substâncias, 28 (59.6%) consomem tabaco sempre que podem, 24 (51.1%) consomem álcool sempre que podem e 40 (85.1%) nunca consomem drogas. No entendimento dos sujeitos, 43 (91.5%) não tem problemas com drogas, 40 (85.1%) nunca fez nenhuma desintoxicação por causa das drogas, 41 (87.2%) nunca fez nenhum tratamento por causa das drogas e a droga de eleição é o álcool. A tabela 3 resume as características dos consumos das variáveis em estudo.

Tabela 3
Características dos consumos dos participantes institucionalizados (N=115)

<i>Variáveis</i>	Total N = 115		Toxicodependentes n = 68		Alcoólicos n = 47	
	N	%	n	%	n	%
<i>Tabaco</i>						

Nunca	9	7.8	1	1.5	8	17.0
Raramente	1	0.9	0	0	1	2.1
Às vezes	5	4.3	4	5.9	1	2.1
Muitas vezes	27	23.5	18	26.5	9	19.1
Sempre que posso	73	63.5	45	66.2	28	59.6
Álcool						
Nunca	3	2.6	3	4.4	0	0
Raramente	18	15.7	16	23.5	2	4.3
Às vezes	34	29.6	27	39.7	7	14.9
Muitas vezes	26	22.6	12	17.6	14	29.8
Sempre que posso	34	29.6	10	14.7	24	51.1
Drogas						
Nunca	41	35.7	1	1.5	40	85.1
Raramente	5	4.3	2	2.9	3	6.4
Às vezes	10	8.7	10	14.5	0	0
Muitas vezes	23	20.0	21	30.9	2	4.3
Sempre que posso	36	31.3	34	50.0	2	4.3
Droga de eleição						
Heroína	15	13.0	15	22.1	0	0
Cocaína	36	31.3	35	51.5	1	2.1
Haxixe	15	13.0	15	22.1	0	0
Álcool	47	40.9	1	1.5	46	97.9
Ácidos	2	1.7	2	2.9	0	0

Em relação ao comportamento agressivo da amostra total, 82 (71.3%) não costumam estar envolvidos em situações de violência, sendo que 46 (40.0%) não usa nenhum tipo de violência e 68 (59.1%) já tiveram problemas com a justiça. Quanto ao comportamento agressivo do grupo dos toxicodependentes, 45 (66.2%) refere não estar envolvido em situações de violência, 26 (38.2%) não escolhe nenhum tipo de violência e 51 (75.0%) já teve problemas com a justiça. Quanto ao comportamento agressivo do grupo dos alcoólicos, 37 (78.7%) não costumam estar envolvidos em situações de violência, 20 (42.6%) não utiliza nenhum tipo de violência e 30 (63.8%) não tiveram problemas com a justiça. A tabela 4 resume as características dos comportamentos agressivos das variáveis em estudo.

Tabela 4

Características dos comportamentos agressivos dos participantes (N=115)

Variáveis	Total N = 115		Toxicodependentes n = 68		Alcoólicos n = 47	
	N	%	n	%	n	%
Situações de violência?						
Não	82	71.3	45	66.2	37	78.7
Sim	33	28.7	23	33.8	10	21.3
Tipos de violência						
Física	28	24.3	18	26.5	10	21.3
Verbal	37	32.2	23	33.8	14	29.8

Autodirigida	4	3.5	1	1.5	3	6.4
Nenhuma	46	40.0	26	38.2	20	42.6
Problemas c/ justiça?						
Não	47	40.9	17	25.0	30	63.8
Sim	68	59.1	51	75.0	17	36.2

8. Instrumentos

a. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico é constituído por 34 itens e foi criado especificamente para o presente estudo com o objetivo de estudar variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, género, residência, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, condição médica e psiquiátrica, a toma ou não de medicamentos, historial dos consumos e o comportamento agressivo).

b. Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI) (Buysse et al. , 1986; versão portuguesa adaptada por Ramalho, 2007)

Descrição da versão original

O PSQI foi criado por Buysse (1986), com o objetivo de medir a qualidade e os padrões de sono. Diferencia o “bom” do “mau” sono avaliando sete áreas, nomeadamente a qualidade subjetiva do sono, a latência do sono, a duração do sono, a eficiência habitual do sono, as perturbações do sono, a utilização de medicação para dormir e a disfunção diurna por sonolência, referindo-se ao mês anterior. O instrumento é constituído por 19 questões de auto-avaliação, sendo 15 itens de escolha múltipla que se referem à frequência das perturbações de sono e da qualidade subjetiva do sono.

Cotação

A cotação do PSQI baseia-se em 4 itens de resposta escrita que se referem ao horário de deitar e acordar e à latência e duração do sono. A pontuação dos itens de escolha múltipla varia entre 0 (zero) e 3 (três), sendo 3 (três) a pior cotação. Assim, a pontuação 0 (zero) refere-se a “nenhuma vez”, a pontuação 1 (um) refere-se a “menos de uma vez por semana”, a pontuação 2 (dois) refere-se a “uma ou duas vezes por semana” e a pontuação 3 (três) refere-se a “três vezes por semana ou mais”. A pontuação final varia entre 0 e 21 pontos, sendo que uma pontuação global igual ou superior a 5 designa uma má qualidade do sono.

Caraterísticas Psicométricas da Versão Original

No seu estudo inicial, Buysse e colaboradores (1986) aplicaram esta escala a 148 sujeitos constatando-se grande fiabilidade derivada da elevada consistência interna encontrada, nomeadamente um alfa de *Cronbach* de .83. Na análise fatorial do instrumento no estudo original, Buysse e colaboradores (1986) verificaram a presença de 7 fatores. Relativamente à consistência interna das componentes do instrumento, os autores originais encontrando valores entre .35 e .76 na correlação entre as escalas e o score total.

Caraterísticas Psicométricas da Versão Portuguesa

Na versão portuguesa, Ramalho (2007, cit. in Seixas, 2009) encontrou uma consistência interna mais baixa que o estudo original, obtendo um alfa de *Cronbach* de .66.

Caraterísticas Psicométricas do Presente Estudo

A consistência interna presente neste estudo (alfa de *Cronbach* de .67), assemelha-se à encontrada por Ramalho (2007) evidenciando também uma menor consistência interna na amostra em questão, quando comparada ao estudo original (Anexo V). De forma mais específica, foi calculado o alfa de *Cronbach* para as subescalas, tendo-se obtido os seguintes valores de consistência interna nomeadamente .29 para a subescala duração do sono, .74 para a subescala Perturbações do sono (verificando-se valores entre .32 e .57 na correlação dos seus itens), na subescala Latência do sono, a pergunta quantos minutos demorou a adormecer teve .36 e a pergunta demoras mais de 30 minutos para adormecer teve um valor de .39, .57 para a subescala Disfunção diurna (verificando-se valores entre .33 e .44 na correlação dos seus itens), .09 para a subescala Eficiência do sono, .85 para a subescala Qualidade do sono e .40 para a subescala Necessidade de fármacos para dormir. No presente estudo, após avaliação da adequabilidade dos itens para realização da análise fatorial (resultado do teste KMO superior a .6, especificamente .73, bem como da significância estatística no teste *sphericity*, $p = .000$), os itens da escala foram submetidos a análise fatorial de componentes principais. Atendendo aos resultados obtidos pelo Buysse (1986) optou-se por também neste estudo por se considerar 7 fatores.

c) *Aggression Questionnaire* (AQ) (Buss & Perry, 1992; versão portuguesa adaptada por Rego, 2005)

Descrição da Versão Original

O AQ é uma escala composta por 29 itens que mede traços de agressividade.

Cotação

A cotação do AQ baseia-se numa escala de *Likert* de cinco (“nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”, “quase sempre” e “sempre”). A sua cotação pode conter o mínimo de 1 ponto (“nunca”) e o máximo de 5 pontos (“sempre”), à exceção do item 7, pois como está construído de forma negativa, a sua pontuação é invertida. Este instrumento compreende quatro subescalas, nomeadamente as subescalas de agressividade física (itens 1 a 9), verbal (itens 10 a 14), raiva (itens 15 a 21) e hostilidade (itens 22 a 29). Estas subescalas permitem estudar a agressividade a nível comportamental ou motor, a raiva, a componente afetiva (que inclui as reações fisiológicas e de excitação, bem como a passagem ao ato, ou preparação para a ação) e a hostilidade, componente cognitiva da agressividade. Em termos de pontuação, a amplitude da subescala Agressividade Física varia entre 9 e 45 pontos, sendo a pontuação média de 24, 3 para os homens e 17, 9 para as mulheres. A amplitude da subescala Agressividade Verbal varia entre 5 e 25 pontos, sendo a pontuação média de 15, 2 para os homens e 13, 5 para as mulheres. A subescala Raiva tem uma pontuação que pode variar entre 7 e 35, sendo 17 o valor médio para os homens e 16, 7 o valor médio para as mulheres. Por fim, a subescala Hostilidade pode ter um resultado que varie entre 8 e 40 pontos, sendo a média masculina de 21, 3 pontos e a feminina 20, 2 pontos. A amplitude total da escala varia entre 29 e 145 pontos, sendo que quanto mais elevada for a pontuação registada, maior será o nível de agressividade apresentado pelo sujeito. No estudo original, os valores médios do total da escala foram de 77, 8 pontos para os homens e de 68, 2 pontos para as mulheres.

Caraterísticas Psicométricas da Versão Original

Relativamente às suas qualidades psicométricas, o estudo original de Buss e Perry (1992) apresentou uma consistência interna elevada, tendo os autores verificado um alfa de *Cronbach* geral de .89. Na análise fatorial do instrumento no estudo original, Buss e Perry (1992) verificaram a presença de quatro fatores. Relativamente à análise fatorial das subescalas, os autores originais verificaram uma consistência interna elevada, encontrando valores entre .72 e .89.

Caraterísticas Psicométricas da Versão Portuguesa

Na validação portuguesa, Rego (2005) obteve o valor de 65,3 pontos como o ponto de corte para distinguir baixa ou alta agressividade. Na validação para a população portuguesa, Rego (2005) encontrou também um elevado valor de consistência interna em todos os fatores, traduzidos por um alfa de *Cronbach* geral de .93. Na validação para a população portuguesa, Rego (2005) encontrou valores de alfa de *Cronbach* de .85 para a subescala Agressividade Física, .70 para a subescala Agressividade Verbal, .89 para a subescala Raiva e .84 para a subescala Hostilidade.

Caraterísticas Psicométricas do Presente Estudo

No presente estudo, o alfa de *Cronbach* é de .90, evidenciando também uma elevada consistência interna da escala na amostra em questão (Anexo VI). Após a avaliação da adequabilidade dos itens para realização da análise fatorial (coeficientes de correlação $> .30$ e resultado do teste KMO superior a .6, bem como da significância estatística no teste *sphericity*), os 29 itens da escala foram submetidos a análise fatorial de componentes principais. Na avaliação da consistência interna deste instrumento, tal como efetuado pelos autores da escala original, foi calculado o alfa de *Cronbach* para as subescalas, tendo-se obtido valores de consistência interna também elevados, nomeadamente .77 para a subescala Agressividade Física (verificando-se valores entre .45 e .69 na correlação dos seus itens), .66 para a subescala Agressividade Verbal (verificando-se valores entre .39 e .53 na correlação dos seus itens), .87 para a subescala Raiva (verificando-se valores entre .40 e .78 na correlação dos seus itens) e .80 para a subescala Hostilidade (verificando-se valores entre .44 e .70 na correlação dos seus itens)

d) Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA (ACS) (Hobfool & col. , 2002; versão portuguesa adaptada por Costa & McIntyre, 2002)

Descrição da Versão Original

O questionário de Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a SIDA foi criado por Hobfool e col. , (2002), contém três itens isolados: o primeiro permite avaliar a percepção de risco comunitário face ao VIH e o segundo avalia a percepção de risco pessoal face ao VIH; o terceiro avalia a discussão da SIDA e sua prevenção com os parceiros sexuais. Os dois primeiros itens são indicadores de um viés otimista (em que o sujeito compara o seu

próprio risco com o risco das outras pessoas). Estas são três questões isoladas sobre um tópico, mas não uma escala.

Cotação

Os dois itens são medidos numa escala de resposta de 4 pontos (1 = sem risco, 2 = baixo risco, 3 = risco moderado, 4 = risco elevado). São cotadas isoladamente as respostas para o risco percebido na comunidade e para a percepção de risco pessoal de infeção pelo VIH. Valores positivos elevados na percepção de risco comunitário indicam um forte viés otimista, ou seja, ao considerar elevado risco na comunidade e não pessoal. O item relativo à discussão com os parceiros, é parafraseado do seguinte modo: “Converso sobre a SIDA e sobre a prevenção da SIDA”, com três opções de resposta: 2 = com todos os parceiros, 1 = com alguns mas não com outros, 0 = raramente ou nunca.

Caraterísticas Psicométricas

Uma vez que se trata de itens isolados, não aparece na literatura uma análise das suas características psicométricas.

Versão Portuguesa

A versão portuguesa, Veiga-Costa & McIntyre (2002), é constituída pelos três itens.

Presente Estudo

No presente estudo avaliou se os contactos heterossexuais dos participantes em geral (e. g. "Eu acredito que o contato sexual entre um homem e uma mulher na minha comunidade tem a seguinte probabilidade de contrair SIDA"), e o seu comportamento sexual em particular (e. g. "Eu acredito que meu comportamento sexual atual tem a seguinte probabilidade de eu contrair SIDA"). Além disso, utilizou-se uma questão sobre se os participantes "Conversam sobre a SIDA e sobre a Prevenção da SIDA com o seu(s) parceiro(s)".

e) Marcadores de DST's e VIH (Hobfoll & col. , 2002; versão portuguesa adaptada por Veiga-Costa & McIntyre, 2002)

Este questionário foi criado por Hobfoll et al. (2002) e adaptado para a versão Portuguesa por Veiga - Costa e McIntyre (2002) com o intuito de avaliar a presença ou ausência de ISTs. Os participantes realizaram auto-relatos de potenciais ISTs durante a

história de vida (e. g. , “Alguma vez teve uma doença sexualmente transmissível? Gonorreia, herpes, etc. ?”). Adicionalmente, proporcionaram informação se foram testados em relação ao VIH (e. g. , “Alguma vez fez o teste ao VIH?”) e qual foi o resultado do mesmo (e. g. , “Alguma vez o seu teste foi positivo para o VIH?”). Uma vez que se trata de itens isolados, não aparece na literatura uma análise das suas características psicométricas.

f) Avaliação do consumo de Álcool e Drogas (Hobfoll & col. , 2002; versão portuguesa adaptada por Veiga-Costa & McIntyre, 2002)

O consumo de álcool e drogas foi avaliado através de uma questão (“Quais as substâncias que também consome?”). A cotação baseia-se numa escala de *likert* de 5 pontos (1=nunca, 2= raramente, 3= às vezes, 4= muitas vezes e 5= sempre que posso) e as respostas são cotadas isoladamente. Uma vez que se trata de um item isolado não aparece na literatura uma análise das suas características psicométricas.

9. Análise dos Dados

Para testar a primeira hipótese, de forma a avaliar as diferenças na qualidade do sono e da agressividade nos dois grupos, foi utilizado o teste t-student, uma vez que após a aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov os valores de $p > .05$ permitiram assumir a normalidade. Para testar as diferenças nas Ist's, na realização do teste VIH e no resultado do teste VIH nos dois grupos por se tratar de variáveis nominais, aplicou-se o teste de independência Qui-Quadrado. As diferenças da perceção de risco pessoal e risco comunitário nos dois grupos foram estudadas com a aplicação do teste Mann-Whitney, uma vez que não verificada a normalidade.

Na 2ª hipótese foi determinados diferentes coeficientes de correlação de acordo com o tipo de variáveis a relacionar. A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, o aumento dos valores de uma variável está associado em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Foram utilizados os valores dos coeficientes (r) que, por convenção, Pestana e Gageiro (2005) sugerem:

- o $r < 0.2$ – associação muito baixa

- o $0.2 \leq r < 0.39$ – associação baixa
- o $0.4 \leq r < 0.69$ – associação moderada
- o $0.7 \leq r < 0.89$ – associação alta
- o $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Na 3ª hipótese foi usado o modelo estatístico da Regressão Logística Binária e a Regressão Linear para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - Xs) permitindo determinar quais as variáveis independentes que são predictoras da variável dependente. Como pretendemos comparar uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuamos a regressão com o método Enter.

Para as análises exploratórias foram utilizados testes qui-quadrado de independência, para avaliar a relação ou associação das variáveis nominais sociodemográficas, clínicas, de consumos e do comportamento agressivo nos dois grupos e o teste T-Student para estudar a diferença do valor médio da variável idade nos dois grupos.

III - Resultados

Nesta secção serão apresentados os resultados das hipóteses testadas, bem como das análises exploratórias.

Resultado dos Testes de hipóteses

Hipótese 1: Espera-se que haja diferenças significativas entre os *toxicodependentes* e os *alcoólicos* ao nível do sono, da agressividade, da perceção de risco, IST'S, teste ao VIH e VIH.

Através dos resultados verificou-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e os alcoólicos ao nível do sono ($t(113) = 2.546, p < .05$), sendo pior a qualidade do sono nos toxicodependentes do que nos alcoólicos. Por fim, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, mais especificamente uma dependência entre o nível das IST'S ($X^2(1, 115) = 5.924, p < .05$) e os grupos considerados, verificando-se nos toxicodependentes uma maior prevalência de IST'S, realizaram mais o teste ao VIH ($X^2(1, 115) = 7.053, p < .01$) e o resultado foi mais frequentemente positivo ($X^2(1, 115) = 3.613, p < .06$).

No geral, o grupo dos toxicod dependentes apresenta pior qualidade do sono, mais doenças sexualmente transmissíveis, realizaram mais testes ao VIH e o resultado foi mais frequentemente positivo.

Tabela 5
Resultados do Teste T-Student

	<i>Toxicod dependentes</i>	<i>Alcoólic os</i>	t
	(n = 68)	(n = 47)	
	Média	Média	
PSQI	8. 0882	6. 4255	2. 456*
AQ	82. 0147	76. 1702	1. 843

*p < . 05

Tabela 6
Resultados do Teste Mann-Whitney

	Toxicod dependentes	Alcoólic os	<i>U</i>
	(n = 68)	(n = 47)	
	Rank Médio	Rank Médio	
<i>Perceção de Risco Pessoal</i>	59. 47	55. 87	1498. 000
<i>Perceção de Risco Comunitário</i>	60. 44	54. 47	1432. 000

Tabela 7
Resultados do teste χ^2

Variáveis	Ist's							χ^2
	Total N = 115		Toxic. n = 68		Alcoólic os n = 47			
	N	%	n	%	n	%		
IST'S								
Não	96	83. 5	52	76. 5	44	93. 6	5. 924*	
Sim	19	16. 5	16	23. 5	3	6. 4		
Teste VIH								
Não	23	20. 0	8	11. 8	15	31. 9	7. 053**	
Sim	92	80. 0	60	88. 2	32	68. 1		
VIH Positivo								
Não	110	95. 7	63	92. 6	47	100	3. 613†	
Sim	5	4. 3	5	7. 4	0	0		

*p < . 05; ** p < . 01; †p < . 06

Hipótese 2: Espera-se encontrar:

- Uma relação positiva significativa entre a pior qualidade do sono, as IST'S e o teste ao VIH;
- Uma relação positiva significativa entre a agressividade, as IST'S e o teste ao VIH;

c) Uma relação positiva significativa entre a percepção de risco pessoal e comunitário de IST'S e o teste ao VIH.

Através das análises verificou-se que existe uma relação positiva significativa entre a pior qualidade do sono e as Ist's ($\eta=0.292$, $p<.05$), o teste ao VIH ($\eta=0.471$, $p<.001$) e VIH ($\eta=0.315$, $p<.01$), o que indicia que os utilizadores de substâncias com pior qualidade de sono são os que tiveram mais Ist's, realizaram mais frequentemente o teste ao VIH e o resultado do teste foi mais frequentemente positivo. Verificaram-se também uma relação positiva significativa entre a agressividade e as Ist's ($\eta=0.612$, $p<.001$), o teste ao VIH ($\eta=0.633$, $p<.05$) e o VIH ($\eta=0.807$, $p<.001$), o que indicia que os utilizadores de substâncias com maior agressividade são os que tiveram mais Ist's, realizaram mais frequentemente o teste ao VIH e o resultado do teste foi mais frequentemente positivo. Porém não se verificam relações estatisticamente significativas entre a percepção de risco pessoal e a percepção de risco comunitário com os comportamentos de risco (Ist's, teste VIH, VIH).

Tabela 8
Resultados do Coeficiente Eta

Variáveis	Ist's	Teste VIH	VIH positivo
1. Agressividade	0.612***	0.633*	0.807***
2. Sono	0.292*	0.471***	0.315**

* $p <.05$. ** $p <.01$ *** $p <.001$

Tabela 9
Resultados do Coeficiente de Contingência de Pearson

Variáveis	Ist's	Teste VIH	VIH Positivo
1. Percepção de Risco Pessoal	0.188	0.139	0.127
2. Percepção de Risco Comunitário	0.219	0.128	0.147

Hipótese 3: Espera-se que:

a) As variáveis qualidade do sono, agressividade e percepção de risco contribuam de forma diferente para as IST'S, o teste ao VIH e o VIH.

Foram realizadas três regressões logísticas, foi tida em conta as relações entre as variáveis testadas nas hipóteses. Assim, na primeira regressão, a variável dependente consiste nas IST'S e os valores obtidos revelam que as variáveis qualidade do sono, agressividade e percepção de risco não contribuem de forma diferente para as IST'S. Na segunda regressão, a variável dependente consiste na realização do teste ao VIH e os valores obtidos revelam que as variáveis qualidade do sono, agressividade e percepção de risco não contribuem de forma diferente para a realização do teste ao VIH. Na terceira regressão, a variável dependente

consiste no resultado do VIH e os resultados revelam que as variáveis qualidade do sono, agressividade e percepção de risco não contribuem de forma diferente para o resultado do teste ao VIH.

Os resultados da primeira regressão demonstram que o modelo explica 6.4% da variância. Os resultados da segunda regressão demonstram que o modelo explica 2.2% da variância e os resultados da terceira regressão demonstram que o modelo explica 6.6% da variância.

Tabela 10
Resultados das Variáveis Predictoras das Ist's

Modelo Multivariado				
OR				
(95% CI)				
Variáveis	OR	LCI	UCI	p
Total PSQI	.953	.818	1.110	.534
Total AQ	1.008	.977	1.039	.635
Percepção Risco Comunidade	1.498	.788	2.848	.218
Percepção Risco Pessoal	1.241	.804	1.916	.329

Tabela 11
Resultados das Variáveis Predictoras da realização do teste VIH

Modelo Multivariado				
OR				
(95% CI)				
Variáveis	OR	LCI	UCI	p
Total PSQI	1.056	.921	1.211	.434
Total AQ	.992	.964	1.021	.687
Percepção Risco Comunidade	1.124	.689	1.832	.640
Percepção Risco Pessoal	.841	.546	1.296	.433

Tabela 12
Resultados das Variáveis Predictoras do VIH

Modelo Multivariado				
OR				
(95% CI)				
Variáveis	OR	LCI	UCI	p
Total PSQI	.945	.719	1.242	.683
Total AQ	1.027	.973	1.084	.338
Percepção Risco Comunidade	1.626	.447	5.912	.460
Percepção Risco Pessoal	1.200	.551	2.616	.646

b) As variáveis sociodemográficas contribuem de forma diferente para o consumo de substâncias (álcool e drogas).

Foram realizadas duas regressões lineares múltiplas com método *Enter*. Foi, por isso, tida em conta as relações entre as variáveis testadas nas hipóteses. Assim, na primeira

regressão, a variável dependente consiste no consumo de álcool e os preditores são as variáveis sociodemográficas, sendo que só o gênero e as habilitações literárias se revelaram preditores significativos nos maiores consumos de álcool. Por observação dos resultados obtidos conclui-se que quem consome mais álcool são os indivíduos do sexo feminino e os que têm habilitações mais baixas. Na segunda regressão, a variável dependente consiste no consumo de drogas e os preditores são as variáveis sociodemográficas, sendo que só a idade, a residência e as habilitações literárias se revelaram preditores significativos nos maiores consumos de drogas. Por observação dos resultados obtidos conclui-se que quem consome mais drogas são os indivíduos mais novos, que vivem em meio urbano e com habilitações literárias superiores.

Os resultados da primeira regressão demonstram que o modelo explica 16. 9% da variância. Os resultados da segunda regressão demonstram que o modelo explica 35. 4% da variância.

Tabela 13
Resultados das Variáveis Predictoras dos maiores consumos de Álcool

Preditores	β	t	p
<i>Idade</i>	. 190	1. 861	. 066
<i>Gênero</i>	-. 197	-2. 228	. 028*
<i>Residência</i>	-. 140	-1. 613	. 110
<i>Estado Civil</i>	-. 015	-. 119	. 906
<i>Filhos</i>	. 066	. 477	. 634
<i>Habilitações Literárias</i>	-. 283	-2. 915	. 004**
<i>Situação Laboral</i>	. 065	. 699	. 486
R Square		. 220	
Adjusted R Square		. 169	

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabela 14
Resultados das Variáveis Predictoras dos maiores consumos de Drogas

Preditores	β	t	p
Idade	-. 519	-5. 758	. 000**
Gênero	. 124	1. 597	. 113
Residência	. 152	2. 000	. 048*
Estado Civil	-. 088	-. 774	. 440
Filhos	. 178	1. 463	. 146
Habilitações Literárias	. 223	2. 602	. 011*
Situação Laboral	-. 076	-. 926	. 357

R Square	. 394
Adjusted R Square	. 354

* $p < .05$. ** $p < .01$

c) As variáveis qualidade do sono e agressividade contribuem de forma diferente para o consumo (álcool e drogas).

Foram realizadas duas regressões lineares múltiplas com método *Entre*. Assim, na primeira regressão, a variável dependente consiste no consumo de álcool e os preditores introduzidos foram a qualidade do sono e agressividade. Por observação dos valores da tabela verifica-se que as variáveis qualidade do sono e agressividade não contribuem de forma diferente para o consumo de álcool. Na segunda regressão, a variável dependente consiste no consumo de drogas e os preditores a testar foram a qualidade do sono e agressividade. Apesar do valor de não ser inferior a 0. 05 está relativamente próximo ($p=0. 053$) o que indicia que a qualidade de sono contribui para o consumo de drogas, especificamente os indivíduos com pior qualidade de sono são os que consomem mais drogas.

Os resultados da primeira regressão demonstram um valor ajustado (r^2) negativo que pode ser considerado nulo (0% da variância) e confirma que os preditores não são ajustados para explicar a variável dependente. Os resultados da segunda regressão demonstram que o modelo explica 5. 3% da variância.

Tabela 15
Resultados das variáveis Predictoras do consumo de Álcool

Preditores	β	t	p
Sono	-. 097	-. 987	. 326
Agressividade	. 004	. 038	. 970
R Square		. 009	
Ajusted R Square		-. 008	

Tabela 16
Resultados das variáveis Predictoras do consumo de Drogas

Preditores	β	t	p
Sono	. 186	1. 959	. 053†
Agressividade	. 142	1. 490	. 139
R Square		. 070	
Ajusted R Square		. 053	

† $p < .06$

Análises Exploratórias

Associação entre as variáveis sociodemográficas e os dois grupos

Os resultados demonstram haver diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e os alcoólicos, em relação ao estado civil ($X^2(4, 115) = 10.131, p < .05$), às habilitações literárias ($X^2(5, 115) = 23.579, p < .01$) e à situação laboral ($X^2(2, 115) = 7.039, p < .05$). Assim verifica-se que os toxicodependentes são na maioria solteiros e os alcoólicos são na maioria casados, divorciados e viúvos. Quanto às habilitações literárias os toxicodependentes revelam ter mais habilitações, tendo a maioria o terceiro ciclo, e no grupo dos alcoólicos têm o primeiro ciclo. Relativamente à situação laboral a maioria dos toxicodependentes estão desempregados, sendo que os alcoólicos têm mais empregados.

Diferenças nas idades nos dois grupos

Os resultados demonstram haver diferenças significativas na idade entre os toxicodependentes e os alcoólicos ($t(113) = -7.246, p < .01$). Assim, verifica-se que os alcoólicos apresentam uma média de idades maior que os toxicodependentes, ou seja, os alcoólicos são mais velhos que os toxicodependentes.

Diferenças entre as variáveis clínicas nos dois grupos

Os resultados demonstram haver diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e os alcoólicos, ao nível da condição médica ($X^2(1, 115) = 8.176, p < .01$), das Ist's ($X^2(1, 115) = 5.924, p < .05$), do teste ao VIH ($X^2(1, 115) = 7.053, p < .01$) e ao teste positivo ($X^2(1, 115) = 3.613, p < .06$). Assim verifica-se que os toxicodependentes são na maioria seguidos por um médico, têm maior ausência de doenças sexualmente transmissíveis, fizeram mais vezes o teste ao VIH, sendo que só neste grupo se verificou teste positivo comparativamente ao grupo dos alcoólicos.

Diferenças nas variáveis dos consumos entre os dois grupos

Os resultados demonstram haver diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e os alcoólicos, ao nível dos consumos de tabaco ($X^2(4, 115) = 11.761, p < .05$), do álcool ($X^2(4, 115) = 28.694, p < .01$), das drogas ($X^2(4, 115) = 90.625, p < .01$) e das drogas de eleição ($X^2(4, 115) = 106.927, p < .01$).

Assim verifica-se que a maioria dos toxicodependentes consomem tabaco com maior frequencia do que os alcoólicos, os alcoólicos consomem mais álcool do que os toxicodependentes. A maioria dos alcoólicos nunca consomem drogas e a maioria dos toxicodependentes consomem drogas sempre que podem. Assim, a droga de eleição dos toxicodependentes é na maioria a cocaína e dos alcoólicos é o álcool.

Diferença nas variáveis dos comportamentos agressivos entre os dois grupos

Os resultados demonstram haver diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e os alcoólicos, ao nível dos problemas com a justiça ($X^2(1, 115) = 17.338$, $p < .01$). Assim verifica-se que a maioria dos toxicodependentes já tiveram problemas com a justiça e os alcoólicos na maioria têm ausência de problemas com a justiça.

IV - Discussão dos Resultados

Hipótese 1

A partir da testagem da primeira hipótese que pretendeu verificar se existem diferenças significativas entre toxicodependentes e alcoólicos ao nível do sono, da agressividade, da percepção de risco, IST'S, teste ao VIH e VIH, verificou-se que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e alcoólicos ao nível do sono, sendo pior a qualidade de sono nos toxicodependentes, e diferenças ao nível das doenças sexualmente transmissíveis, teste ao VIH e VIH, sendo que os toxicodependentes são os que apresentam maior número de IST'S, realizaram mais vezes o teste ao VIH e foi mais frequentemente positivo.

A literatura aponta para que os problemas do sono e uso de substâncias estejam fortemente ligados, sendo que os problemas do sono desempenham um papel importante na etiologia de uso de substância, mas também pode ser um resultado da mesma (Magnée, Weert-van Oene, Wijdeveld, Coenen, & Jong, 2015). Neste sentido Hartwell, Pfeifer, McCauley, Moran-Santa Maria e Back (2014) verificaram altos índices de comprometimento do sono e má qualidade do sono nos indivíduos dependentes. Também Wong, Brower e Zucker (2009) conferiram que os problemas do sono aumentam significativamente com o consumo de drogas e os diferentes problemas de sono afetam o risco de uso de substâncias de forma diferente, podendo estar relacionado com os efeitos significativos das dificuldades para dormir. Por sua vez, o álcool atua como um sedativo que interage com vários sistemas de neurotransmissores importantes na regulação de sono. A administração de grandes quantidades de álcool antes de dormir leva à diminuição da latência do sono de início e a mudanças na arquitetura do sono no início da noite, quando os níveis de álcool no sangue são elevados subsiste uma má qualidade do sono durante a noite (Colrain, Nicholas & Baker, 2014). Adicionalmente, Ehlers, Gilder, Criado e Caetano (2010) verificaram que as perturbações de uso de álcool estão significativamente associadas com a pior qualidade de sono na população adulta e que as perturbações por uso de substâncias podem afetar diferentes aspetos do sono. No mesmo seguimento, Colrain, Turlington e Baker (2009) referem que o alcoolismo a longo prazo afeta o sono, mesmo após longos períodos de abstinência em homens e mulheres. As medidas da atividade de ondas lentas frontal foram marcadores particularmente sensíveis desse efeito de longa duração. Medidas do EEG do sono parecem, fornecer um correlato funcional das mudanças na estrutura do cérebro visto em

córtex frontal de álcool a longo prazo. Os toxicodependentes possuem pior qualidade do sono, devido à multiplicidade de substâncias que consomem, nomeadamente o ecstasy que é uma substância com propriedades excitantes e o consumo excessivo desta é frequentemente associada a distúrbios do sono persistentes. Por sua vez, a cannabis reduz o sono REM, mas o consumo continuado, parece facilitar a Fase 4 do sono, mas a abstinência desta substância pode levar a sintomas mais consistentes como sonhos estranhos e dificuldades em adormecer (Schierenbeck, Riemann, Berger & Hornyak, 2008).

Ao contrário do que era esperado não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e os alcoólicos ao nível da agressividade. Neste sentido, Hoaken e Stewart (2003), justificam que existe uma relação entre a droga e a violência, por diversos fatores, alguns são diretos (drogas farmacologicamente indutoras de violência) e outros indiretos (violência que ocorre para obter drogas).

No que concerne as IST'S, Jena, Goldman, Kamdar, Lakdawalla e Lu (2010) comprovam que os indivíduos que consomem drogas, nomeadamente, têm maiores taxas de IST'S, em particular a infeção pelo VIH, tanto no ano antes e após o uso de drogas. As IST'S e o VIH são mais elevados nos toxicodependentes, devido a estes terem mais comportamentos de risco. Akindipe, Abiodun, Adebajo, Lawal e Rataemane (2014) confirmam, que os indivíduos que consomem drogas estão em maior risco de contrariar VIH, tanto pela via sanguínea, como pela partilha de seringas e outros objetos para uso de drogas endovenosas, bem como pela via sexual (Pechansky, Diemen, Inciardi, Surratt, & Boni, 2004). Assim como o abuso e dependência de drogas têm sido intimamente ligado ao VIH, embora o uso de drogas intravenosas é bem conhecido a este respeito, menos reconhecido é o papel que desempenha o abuso de drogas mais geralmente na propagação do VIH pelo aumento da probabilidade de comportamentos sexuais de risco, os efeitos intoxicantes de muitas drogas podem alterar a inibição e levam as pessoas a se envolverem em impulsos e comportamentos de risco. Além disso, os indivíduos dependentes de drogas podem envolver-se em comportamentos sexuais arriscados para obter drogas ou dinheiro para compra de drogas (Attonito, Dévieux, Lerner, Hospital & Rosenberg, 2014).

Hipótese 2

A partir da testagem da segunda hipótese que pretendeu verificar a existência de uma relação positiva significativa entre a pior qualidade do sono, as Ist's e o teste ao VIH, , uma relação positiva significativa entre a agressividade, as Ist's e o teste ao VIH e, por fim, uma

relação positiva significativa entre a percepção de risco pessoal, comunitário de Ist's e o teste ao VIH, verificou-se apenas que existe uma relação positiva significativa entre a pior qualidade de sono e as Ist's, o teste ao VIH e VH e uma relação positiva significativa entre a agressividade e as Ist's, o teste ao VIH e o VIH.

A pior qualidade do sono prediz os comportamentos de risco, assim, os indivíduos possuem menos capacidade de tomada de decisão, o que resulta numa maior propensão dos sujeitos a terem comportamentos errados, tal como, comportamentos sexuais de risco (McKnight-Eily, Eaton, Lowry, Croft, Presley-Cantrell & Perry, 2011).

Os indivíduos com infeção pelo VIH, revelam elevado e persistente desconforto psicossocial, dificuldade para dormir e fadiga. Assim, verifica-se uma associação entre a maior angústia psicossocial com uma maior dificuldade em dormir, ou seja, pior qualidade do sono (Marion et al., 2009). Porém, a relação da pior qualidade do sono e as IST'S, é um assunto pouco estudado, embora se saiba que a ausência do sono, dificulta a tomada de decisão e por isso leva à realização de comportamentos que podem implicar risco, nomeadamente as IST'S, incluindo o VIH.

A agressividade interfere no comportamento dos indivíduos através da impulsividade e extremo negativismo, irritabilidade e falta de controlo (Brosnan & Healy, 2011). Conforme, Brady e Donenberg (2006), existe uma associação entre a agressividade e os comportamentos de risco, sendo que quanto maior a agressividade, mais os indivíduos estarão predispostos para os comportamentos de risco.

Porém ainda poucos estudos examinaram diretamente a associação entre a agressividade e o comportamento sexual de risco, que engloba as IST'S e o VIH. No entanto, a evidência empírica sugere que o papel de um traço de risco na personalidade nos casos de comportamento sexual de risco, pode ser especialmente relevante nos consumidores de substâncias. Assim, os níveis de maior agressividade tem sido associados à idade precoce de início de abuso da substância, o que revela mais consequências negativas relacionadas com o consumo (Hayaki, Stein, Lessor, Herman, & Anderson, 2005).

Contudo, ao contrário do que era esperado, não se verificaram relações estatísticas significativas entre a percepção de risco pessoal, a percepção de risco comunitário e os comportamentos de risco.

Hipótese 3

Relativamente a esta hipótese, ao contrário do que era previsto, as variáveis qualidade do sono, agressividade e percepção de risco não contribuem de forma diferente e significativa para as IST'S, para o teste ao VIH e para o VIH. No entanto, verificou-se que as variáveis sociodemográficas contribuem de forma diferente para o consumo de substâncias (álcool e drogas), sendo que quem consome mais álcool são os indivíduos do sexo feminino e os que têm habilitações mais baixas. Os que consomem mais drogas são os indivíduos mais novos, que vivem em meio urbano e com habilitações superiores.

O presente estudo revelou resultados que vão de encontro à literatura, visto que o comportamento conhecido como predominantemente masculino, o uso/abuso de álcool tem ganho protagonismo também nas mulheres, com aumento significativo nos últimos anos (Pereira, 2012). Por sua vez, Ferreira-Borges e Filho (2007) também conclui que o consumo de álcool tem aumentado no sexo feminino. Este fenómeno tem suscitado discussões e estudos que visam uma melhor compreensão das especificidades do alcoolismo feminino, bem como melhorar as intervenções psicoterapêuticas (Thom, 2000). Segundo Tun, Demétrio e Andrade (2000), o alcoolismo na mulher é uma questão atual e pertinente, dadas as evidências de aumento da prevalência, da incidência mais precoce com um padrão de ingestão semelhante ao do alcoolismo masculino e maior gravidade e morbidade. Tradicionalmente, o consumo excessivo de álcool tem sido considerado como uma conduta associada ao sexo masculino. Aran (2003) justifica que o problema do consumo excessivo nas mulheres tem sido frequentemente visto em termos de desvio dos papéis tradicionalmente femininos, numa atitude socialmente estigmatizante, constatando assim, que o modelo moral permanece ainda muito vincado na nossa sociedade e que por detrás do rótulo de "alcoólica" há uma pessoa com vivências específicas, marcadas pelo sofrimento (físico e psicológico), angústia, frustração, insegurança, necessitando de uma reorganização do seu projeto de vida sem o consumo de álcool

Mesmo com o aumento do consumo per capita de álcool em países subdesenvolvidos, poucas pesquisas têm avaliado a associação entre condição socioeconômica e o consumo de álcool. Evidências mostram maior prevalência de abusadores de álcool entre indivíduos analfabetos e entre aqueles com o primeiro ciclo completo (Das, Balakrishnan, & Vasudevan, 2006).

O uso de álcool ou drogas tem sido utilizado para reduzir a angústia emocional e explica os altos índices de comorbidade entre transtornos de ansiedade e uso de substâncias. A

automedicação foi minimamente estudada em perturbações de humor apesar de igualmente existirem elevadas taxas de álcool e uso de drogas (Bolton, Robinson, & Sareen, 2009).

De um modo geral, a população jovem adulta (14-34 anos) apresentou prevalências de consumo ao longo da vida, de consumos recentes e taxas de continuidade dos consumos mais elevados do que a população total (SICAD, 2013). Globalmente, tanto a nível nacional como internacional, os consumidores em tratamento, sobretudo pelo uso de opiáceos têm por volta dos 30 anos (OEDT, 2009; Torres, Lito, Sousa, & Maciel, 2008). Diversos estudos referem que estes consumidores são, frequentemente, estudantes universitários (Galhardo, Cardoso, & Marques, 2006). Calafat, Gómez, Juan e Becoña (2007), investigaram os ambientes recreativos de nove cidades europeias e caracterizaram a maioria dos 2670 participantes como jovens do sexo masculino, solteiros e a residir com a família, sendo que aproximadamente 49% tinha educação universitária e cerca de 42% tinha emprego. A revisão de vários estudos sugere que os locais de consumo problemáticos tendem a acontecer em zonas urbanas, degradadas e marginalizadas, espacial e socialmente (Fernandes, 1998). Por sua vez, vários estudos documentam que a prevalência do consumo de drogas é particularmente significativo entre frequentadores de contextos de recreação noturna, ou seja, todas as ocasiões de consumo festivas e recreativas assumem grande relevância (OEDT, 2009; White, Degenhardt, Breen, Bruno, Newman, & Proudfoot, 2006).

Por fim, verifica-se que as variáveis qualidade do sono e agressividade não contribuem de forma diferente para os consumos de álcool, mas a pior qualidade de sono contribui para o consumo de drogas. Assim, Wong, Brower, e Zucker (2009) conferiram que os problemas do sono aumentaram significativamente com o consumo de drogas e os diferentes problemas do sono afetam o risco do uso de substâncias de forma diferente, podendo estar relacionado com os efeitos significativos das dificuldades em dormir. Por sua vez, Schierenbeck, Riemann, Berger, & Hornyak (2008) assumem que o uso de drogas têm um efeito acentuado sobre o sono e este piora durante a abstinência. As perturbações do sono provocam consequências adversas na vida dos indivíduos devido à diminuição do seu funcionamento diário, aumento da propensão a distúrbios psiquiátricos, défices cognitivos, surgimento e agravamento de problemas de saúde e comprometer a qualidade de vida (Muller & Guimarães, 2007). Durante o processo do sono ocorrem modificações fisiológicas e comportamentais, que interferem diretamente nos processos cognitivos e de aprendizagem (Souza, 1999). Em relação às perturbação do sono, entre as mais frequentes está a sonolência diurna excessiva, que afeta de 4% a 12% da população geral (Souza et al., 2002).

Por sua vez, Kamphuis, Dujk, Spreen e Lancel (2014), concluem que a pior qualidade do sono está relacionada com a menor capacidade de tomar decisões, uma vez que, a pior qualidade do sono implica maior incapacidade cognitiva para a tomada de decisão e de processamento de informação, maior impulsividade e agressividade.

A associação entre o uso de substâncias e o sono parece ser bidirecional, na medida em que o uso de substâncias pode causar diretamente distúrbios de sono e dificuldades no sono podem ser um fator de risco para o uso de substâncias. Dado o papel relevante dos ritmos circadianos na regulação do sono, seria importante entender como as substâncias podem ter influência nos ritmos circadianos e como os podem moldar. O sistema circadiano tem um papel no processo de regulação de recompensa, indicando que os mecanismos circadianos podem ser ligados diretamente ao abuso de substância independentemente dos circuitos do sono. Isto pode ser relevante para a prevenção e tratamento das perturbações de uso de substâncias (Hasler, Smith, Cousins, & Bootzin, 2012).

Hasler e colaboradores (2015) estudaram durante cinco anos o sono em adolescentes com a perturbação do uso de álcool e em adolescentes sem a perturbação e sem quaisquer antecedentes desta problemática. O grupo com perturbação, no momento inicial, reportou mais distúrbios de sono, como insónia e hipersónia e maior variabilidade na duração do sono entre os dias da semana e fim-de-semana. A diferença entre os dois grupos, verificou-se nos *follow-ups* realizados três e cinco anos após o momento inicial, na quantidade de insónias e hipersónias, havendo mais queixas no grupo com perturbação. Um dado curioso observado no estudo, foi o facto de adolescentes que não tinham qualquer problema com o uso de álcool mas com distúrbios de sono, estarem colocados numa posição de risco para desenvolver problemas relacionados com o álcool.

Análises Exploratórias

Associação entre as variáveis sociodemográficas e os dois grupos

Os toxicod dependentes na sua maioria (81%) eram jovens e jovens adultos e apesar da idade média ser os 27 anos, cerca de 53% tinham idades entre os 16-24 anos e 28% entre os 25-34 anos e na sua maioria eram solteiros (90%). Estes dados vão de encontro a estudos prévios onde predominavam os indivíduos com a frequência do 3.º Ciclo do Ensino Básico ou habilitações superiores (79%) e cerca de 36% estavam empregados, sendo cada vez mais expressivo o peso de estudantes (28%) (SICAD, 2013).

Segundo Baptista, Morais, Florindo e Duarte (2008), em relação à situação laboral dos toxicodependentes, constatou-se que 56% se encontram inativos por desemprego, reforma, invalidez ou nunca trabalharam e verificou-se que a escolaridade é relativamente baixa. Mais especificamente 42% têm apenas o 6º ano, 28% o 9º ano, 21% o 12º ano, 7% a quarta classe e apenas 2% não completaram a quarta classe. Entre 2006 e 2011, no 3.º Ciclo, constatou-se um aumento das prevalências do consumo de cannabis e uma estabilidade e mesmo diminuições na maioria das outras drogas. No Secundário, a tendência foi de aumento na maioria das drogas, sendo de destacar para além da cannabis, o aumento das prevalências de consumo de anfetaminas e de LSD (SICAD, 2014). Evidências mostram maior prevalência de abusadores de álcool entre indivíduos analfabetos e entre aqueles com o primeiro ciclo completo (Das, Balakrishnan, & Vasudevan, 2006).

Em concordância com a faixa etária, os alcoólicos, na sua maioria, encontram-se casados ou em união de facto (52, 1%) e separados ou divorciados (21, 7%); os restantes 26, 1% são solteiros. Entre os toxicodependentes mais de três quartos (76,6%) são solteiros e os restantes (23,3%) estão casados ou em união de facto. Quanto à situação laboral, o desemprego revela uma taxa mais elevada entre os toxicodependentes (66,0%) do que entre os alcoólicos (40,9%) (Pereira, Jerónimo, Versos & Cruz, 2007). Estes dados são concordantes com os dados obtidos no estudo, em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e os alcoólicos, em relação ao estado civil, às habilitações literárias (e à situação laboral. Assim sendo, verificou-se que os toxicodependentes são na maioria solteiros e os alcoólicos são na maioria casados, divorciados e viúvos. Quanto às habilitações literárias os toxicodependentes revelam ter mais habilitações, tendo a maioria o terceiro ciclo, e no grupo dos alcoólicos têm o primeiro ciclo. Relativamente à situação laboral a maioria dos toxicodependentes estão desempregados, sendo que os alcoólicos têm mais empregados.

Diferenças nas idades nos dois grupos

A literatura aponta que de um modo geral, a população jovem adulta (14-34 anos) apresentou prevalências de consumo ao longo da vida, de consumos recentes e taxas de continuidade dos consumos mais elevados do que a população total (SICAD, 2013). Globalmente, tanto a nível nacional como internacional, os consumidores em tratamento, sobretudo pelo uso de opiáceos têm por volta dos 30 anos (OEDT, 2009; Torres, Lito, Sousa & Maciel, 2008). Pereira, Jerónimo, Versos e Cruz (2007) concluíram que ao nível das

diferenças, os alcoólicos apresentam uma média de idades de 41 anos, bem superior à dos toxicodependentes que é de 29 anos.

Diferenças entre as variáveis clínicas nos dois grupos

Neste estudo, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e alcoólicos, ao nível da condição médica, do teste ao VIH e do teste positivo. Assim, verifica-se que os toxicodependentes na maioria são seguidos por um médico, têm maior frequência de IST'S e fizeram mais vezes o teste. Porém trata-se de um assunto ainda pouco estudado, embora se saiba que os toxicodependentes têm mais comportamentos de risco e que desta forma são mais vigiados pelo médico, afim de prevenir as doenças, sendo que não é suficiente para que o teste ao VIH seja negativo, uma vez que são mais propensos a isso. Neste sentido, Cook e Clark (2005), confirmam que poucos estudos têm examinado especificamente a relação entre consumo de álcool e as IST'S, e muitos deles não encontraram uma associação significativa, o que poderá justificar a ausência de VIH nos alcoólicos, como verificado neste estudo.

Diferenças nas variáveis dos consumos entre os dois grupos

Pretendeu-se investigar se existem diferenças significativas entre os toxicodependentes e os alcoólicos, ao nível dos consumos de tabaco, do álcool, das drogas e das drogas de eleição. Assim, verificou-se que a maioria dos toxicodependentes consomem tabaco com maior frequência que os alcoólicos, sendo que uma das razões para a escolha da nicotina deveu-se ao fato de que entre as drogas lícitas é a de mais fácil manejo em inúmeras situações sociais, apesar da existência de leis que restringem locais para fumar (Pinho & Oliveira, 2007). Segundo Balsa (2003), os indivíduos que têm maiores consumos de álcool (65. 90%) têm menores consumos de tabaco (28. 80%).

Os alcoólicos consomem mais álcool do que os toxicodependentes até porque estes apresentam poucos consumos de álcool. A maioria dos alcoólicos nunca consumiu drogas e a maioria dos toxicodependentes consome drogas sempre que pode. Assim, a droga de eleição dos toxicodependentes é na maioria a cocaína, o que não seria previsto, e dos alcoólicos é o álcool.

Desta forma, ao longo de vários anos, foram emitidos avisos sobre a possibilidade de o consumo de cocaína estar a aumentar na Europa, baseados em dados provenientes de diversas fontes, como indicadores de pedidos de tratamento e mortes (OEDT, 2006). Não obstante a

informação disponível sobre as tendências no consumo de cocaína na população ter melhorado, já que mais países realizam inquéritos repetidos, os dados ainda são limitados. No caso da cocaína, as dificuldades são agravadas pelos baixos níveis de prevalência e pela insuficiente notificação do consumo.

Diferenças nas variáveis dos comportamentos agressivos entre os dois grupos

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os toxicodependentes e alcoólicos, sendo que a maioria dos toxicodependentes já tiveram problemas com a justiça.

A literatura aponta que estes problemas com a justiça derivam da proibição do consumo de drogas ilícitas, que predizem a falta de eficácia na diminuição das taxas de prevalência dos consumos (Poiars, 2007). Neste sentido, Reuter e Stevens (2008), afirma que vários estudos têm vindo a apontar para a clara influência que a abordagem jurídica de repressão das drogas exerce ao nível da redução da sua utilização, que se tende a manter independentemente desta. Por sua vez, Torres e Gomes (2005), conferiram que existem duas razões fundamentais para os toxicodependentes serem presos, ou se cometeram crimes diretamente associados às drogas (50. 3% tráfico, tráfico e consumo, consumo) fundamentalmente como forma de obterem rendimentos elevados que derivam da ilicitude do comércio em causa, ou se cometem crimes para obter recursos financeiros para alimentar as dependências de drogas (22. 6% por roubo, furto, para obterem dinheiro para os consumos).

10. Limitações do estudo

Apesar de terem sido adotados no presente estudo todos os procedimentos e critérios adequados, algumas limitações, especialmente relativas à amostragem, podem ter condicionado os resultados finais obtidos. A primeira limitação prende-se com a dimensão da amostra que mesmo tendo incluído duas populações (dois grupos), o número de participantes poderia ser superior. A segunda prende-se com a representatividade, tendo sido aplicados os inquéritos a indivíduos exclusivamente da zona norte do país e em instituições, o que não permite a elaboração de pressupostos mais generalizáveis para a população nacional. Por outro lado, por parte dos participantes, para além da atitude colaborante, pode ter existido uma possível deseabilidade social, no sentido de darem respostas socialmente aceites. Apesar de terem sido informados sobre a confidencialidade e anonimato dos dados e da importância de respostas sinceras e realistas, pode sempre existir a possibilidade de querer agradar o investigador ou até mesmo de dar respostas ao acaso.

Ao nível dos instrumentos, os principais instrumentos analisados já tinham sido validados e os valores de alfa no presente estudo foram muito semelhantes aos obtidos em estudos anteriores.

11. Conclusões e Implicações para a Prática

Relativamente ao objetivo principal deste estudo, concretamente, identificar diferenças entre os dois grupos toxicodependentes e alcoólicos, conclui-se que os toxicodependentes têm pior qualidade do sono, têm uma maior prevalência de IST'S, realizaram mais o teste ao VIH e o resultado do teste foi mais frequentemente positivo, o que vai de encontro à revisão da literatura.

Em termos de análises exploratórias foram também detetadas diferenças nos dois grupos ao nível da idade, do estado civil, das habilitações literárias, da situação laboral, da condição médica, dos consumos de diferentes substâncias e dos comportamentos agressivos. Concluiu-se, também, que os utilizadores de substâncias com pior qualidade de sono e maior agressividade são os que tiveram mais Ist's, realizaram mais frequentemente o teste ao VIH e o resultado do teste foi mais frequentemente positivo. A qualidade do sono, agressividade e perceção de risco, não contribuem de forma diferente para as IST'S, a realização do teste ao VIH e o resultado do teste ao VIH.

A última conclusão evidência que as variáveis sociodemográficas e habilitações literárias predizem os maiores consumos de álcool, ou seja, género feminino e as habilitações literárias mais baixas e as variáveis idade, residência e habilitações literárias predizem os maiores consumos de drogas, ou seja, os indivíduos mais novos, que vivem em meio urbano e com habilitações literárias superiores.

Apesar das limitações referidas, com o presente estudo foram retiradas algumas conclusões importantes e, acima de tudo, foram levantadas questões pertinentes que poderão ser abraçadas no futuro por outros investigadores. Foi assim dado um pequeno passo no caminho da investigação dos comportamentos dos toxicodependentes e alcoólicos que poderá conduzir à criação de programas futuros de intervenção.

V - Referências bibliográficas

- Akindipe, T., Abiodun, L., Adebajo, S., Lawal, R., & Rataemane, S. (2014). From addiction to infection: managing drug abuse in the context of HIV/AIDS in Africa: review article. *African Journal of Reproductive Health: Special Edition on HIV/AIDS: Special Edition 3*, 18, 47-54.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (3ª Ed.). Braga: Psiquilibrios edições.
- Alves-Ferreira, D., Costa, E., & Santos, J. (2012). The relation between sleep quality, psychopathology, gender, and severity of aggressive behavior among psychiatric patients. *Sleep Science*, 5(3), 75-78.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author.
- Arán, M. (2003). Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. *Estudos Feministas*, 11(2), 399-422.
- Armeli, S., Carney, M. A., Tennen, H., Affleck, G., & O'Neil, T. (2000). Stress and alcohol use: A daily process examination of the stressor-vulnerability model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 979–994.
- Attonito, J. M. , Dévieux, J. G. , Lerner, B. D. , Hospital, M. M. , & Rosenberg, R. (2014). Exploring substance use and HIV treatment factors associated with neurocognitive impairment among people living with HIV/AIDS. *Frontiers in Public Health*, 2, 115. doi: 10.3389/fpubh.2014.00105.
- Bae, K. , Jin, X. , Maywood, E. S. , Hastings, M. H. , Reppert, S. M. , & Weaver, D. R. (2001). Differential functions of mPer1, mPer2, and mPer3 in the SCN circadian clock. *Neuron*, 30, 525–536. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0896-6273\(01\)00302-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0896-6273(01)00302-6).
- Baliunas, D., Rehm, J., Irving, H., & Shuper, P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 55(3), 159-166. doi: 10.1007/s00038-009-0095-x.
- Balsa, C. (2003) Inquérito nacional de saúde ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa 2001. Instituto da Droga e da Toxicodependência.

- Baptista, C., Morais, A. T., Florindo, J., & Duarte, R. (2008). Análise descritiva de variáveis sócio-demográficas de toxicodependentes com filhos. *Revista Toxicodependências*, 14, 45-50.
- Barroso, C. S., Peters Jr, R. J., Kelder, S., Conroy, J., Murray, N., & Orpinas, P. (2008). Youth exposure to community violence: Association with aggression, victimization, and risk behaviors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(2), 141-155. doi:10.1080/10926770802374916.
- Bergantim, R., Guerra, M. & Soares-Fortunato, J. (2003). Sono REM e Ontogénese. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(5), 127-139.
- Berkowitz, L. (1993). Pain and aggression: Some findings and implications. *Motivation and Emotion*, 17(3), 277-293.
- Bertão, A. (2004). Violência, agressividade e indisciplina em meio escolar: Perdidos em busca do amor. *Psycologica*, 36, 149-162.
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 155-174. doi:10.1016/S1359-1789(01)00057-X.
- Bolton, J. M. , Robinson, J. , & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), 367-375. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.003.
- Borges, C. & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência: manual técnico 2*. Lisboa, Climepsi.
- Brady, S. S., & Donenberg, G. R. (2006). Mechanisms linking violence exposure to health risk behavior in adolescence: Motivation to cope and sensation seeking. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 673-680. doi:10.1097/01.chi.0000215328.35928.a9.
- Brosnan, J., & Healy, O. (2011). A review of behavioral interventions for the treatment of aggression in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 437-446. doi: 10.1016/j.ridd.2010.12.023.
- Brower, K. J. (2001). Alcohol's effects on sleep in alcoholics. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 25(2), 110-125.
- Brunschwig, H. (2008). *Sono*. Lisboa: Editora Pergaminho.

- Bushman BJ. (1993). Human aggression while under the influence of alcohol and other drugs: an integrative research review. *Curr. Dir. Psychol. Sci.*, 2,148–152.
- Bushman BJ. (1997). Effects of alcohol on human aggression: validity of proposed explanations. *Recent Developments in Alcoholism: Alcohol and Violence*, 13, 227–243.
- Buss, A., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Buyse, D., Reynolds, C., Monk, T., Hoch, C., Berman, S., & Kupfer, D. (1989). The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28, 193-213.
- Calafat, A., Gómez, C. F., Juan, M. , & Becoña, E. (2007). Weekend Nightlife Recreational Habits: Prominent Intrapersonal “Risk factors” for Drug Use?. *Substance use & misuse*, 42(9), 1443-1454.
- Capdevila, M. (1995). *MDMA o el éxtasis químico*. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo.
- Chomynova, P., Miller, P., & Beck, F. (2009). Perceived risks of alcohol and illicit drugs: relation to prevalence of use on individual and country level. *Journal of Substance Use*, 14(3-4), 250-264.
- Choopanya, K., Martin, M., Suntharasamai, P., Sangkum, U., Mock, P. A., Leethochawalit, M., & Bangkok Tenofovir Study Group. (2013). Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *The Lancet*, 381(9883), 2083-2090. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61127-7.
- Colrain, I. M. , Turlington, S. , & Baker, F. C. (2009). Impact of alcoholism on sleep architecture and EEG power spectra in men and women. *Sleep*, 32(10), 1341-1352.
- Colrain, I. M., Nicholas, C. L., & Baker, F. C. (2014). Alcohol and the sleeping brain. *Handbook of Clinical Neurology*, 125, 415-31. doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00024-0.
- Cook, R. L. , & Clark, D. B. (2005). Is there an association between alcohol consumption and sexually transmitted diseases? A systematic review. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(3), 156-164.

- Cooper, M. L., Frone, M. R. , Russell, M. , & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 990–1005.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Peirce, R. S. (1997). Gender, stress, coping, and alcohol use. In W. Richard & W. Sharon (Eds.), *Gender and alcohol: Individual and Social Perspectives*. (199–224). Piscataway, NJ, US: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Cordeiro, R. F. B. , Guerra, M. , & Soares-Fortunato, J. M. (2003). Sono REM e ontogênese. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, *5*(2), 127-139.
- Cotto, J. H. , Davis, E. , Dowling, G. J. , Elcano, J. C. , Staton, A. B. , & Weiss, S. R. (2010). Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. *Gender Medicine*, *7*(5), 402-413.
- Das, S. K., Balakrishnan, V., & Vasudevan, D. M. (2006). Alcohol: its health and social impact in India. *Medicine and Society*, *19*(2), 94-99.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction Biology*, *14*(1), 22-31. doi: 10.1111/j.1369-1600.2008.00129.x.
- Deitos, F. (2004). *Sono!! O que é isso?*. São Paulo: Ícone Editora LTDA.
- DeWall, C. N., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence*, *1*(3), 245-258. doi: 10.1037/a0023842.
- Doron, R. P. F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi.
- Ebrahim, I. O., Shapiro, C. M., Williams, A. J., & Fenwick, P. B. (2013). Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *37*(4), 539-549. doi: 10.1111/acer.12006.
- Eggan, S. M. , & Lewis, D. A. (2007). Immunocytochemical distribution of the cannabinoid CB1 receptor in the primate neocortex: a regional and laminar analysis. *Cerebral cortex*, *17*(1), 175-191.
- Ehlers, C. L., Gilder, D. A., Criado, J. R., & Caetano, R. (2010). Sleep quality and alcohol-use disorders in a select population of young-adult Mexican Americans. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *71*(6), 879-884.
- Feijó, R. B. , & Oliveira, É. A. D. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de pediatria de Porto Alegre*, *77*(Supp. 2), S125-S134.

- Fernandes, L., & Carvalho, M. (2003). *Consumos problemáticos de drogas em populações ocultas*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência.
- Fernandes, L. (1998). *O sítio das drogas: Etnografia das drogas numa periferia urbana*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 377-406. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.04.008.
- Ferreira- Borges, C. & filho, H. (2007). *Intervenções breves: álcool e outras drogas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fleming, M. (1995). *Família e Toxicodependência*. Porto: Ed. Afrontamento.
- Fromme, K. , Kivlahan, D. R. , & Marlatt, G. A. (1986). Alcohol expectancies, risk identification, and secondary prevention with problem drinkers. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 8, 237–251.
- Galhardo, A., Cardoso, I. M., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12(1), 71-77.
- Gruza, R. A. , Bucholz, K. K. , Rice, J. P. , & Bierut, L. J. (2008). Secular Trends in the Lifetime Prevalence of Alcohol Dependence in the United States: A Re-evaluation. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(5), 763-770. doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00635.x.
- Grundstrom, A. C., Guse, C. E., & Layde, P. M. (2012). Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(3), 421-428.
- Guyton, A. & Hall, J. (2002). *Tratado de Fisiologia Médica* (10ª Ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, S. A.
- Hartwell, E. E., Pfeifer, J. G., McCauley, J. L., Moran-Santa Maria, M., & Back, S. E. (2014). Sleep disturbances and pain among individuals with prescription opioid dependence. *Addictive Behaviors*, 39(10), 1537-1542. doi:10.1016/j.addbeh.2014.05.025.
- Hasler, B. P. , Smith, L. J. , Cousins, J. C. , & Bootzin, R. R. (2012). Circadian rhythms, sleep, and substance abuse. *Sleep medicine reviews*, 16(1), 67-81.
- Hasler, B. P., Martin, C. S., Wood, D. S., Rosario, B., & Clark, D. B. (2014). A longitudinal study of insomnia and other sleep complaints in adolescents with and without alcohol

- use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(8), 2225-2233. doi: 10.1111/acer.12474.
- Hayaki, J., Anderson, B., & Stein, M. (2006). Sexual risk behaviors among substance users: relationship to impulsivity. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 328-332.
- Hoaken, P. N., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1533-1554. doi:10.1016/j.addbeh.2003.08.033.
- Hobfoll, S. E. , Jackson, A. P. , Lavin, J. , Johnson, R. J. , & Schroder, K. E. E. (2002). Effects and generalizability of communally oriented HIV-AIDS prevention versus general health promotion groups for single, inner-city women in urban clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 950-960.
- Huesmann, L. R. (1988). An information processing model for the development of aggression. *Aggressive Behavior*, 14, 13-24.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2014). *Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2013*, INSA, IP, Lisboa.
- Jena, A. B., Goldman, D. P., Kamdar, A., Lakdawalla, D. N., & Lu, Y. (2010). Sexually transmitted diseases among users of erectile dysfunction drugs: analysis of claims data. *Annals of Internal Medicine*, 153(1), 1-7. doi:10.7326/0003-4819-153-1-201007060-00003.
- Jones, E. M., Knutson, D., & Haines, D. (2003). Common problems in patients recovering from chemical dependency. *American Family Physician*, 68, 1971–1978.
- Kamphuis, J., Dijk, D. J., Spreen, M., & Lancel, M. (2014). The relation between poor sleep, impulsivity and aggression in forensic psychiatric patients. *Physiology & Behavior*, 123, 168-173. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.015>.
- Kamphuis, J., Meerlo, P., Koolhaas, J. M., & Lancel, M. (2012). Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep Medicine*, 13(4), 327-334. doi:10.1016/j.sleep.2011.12.006.
- Karlamangla, A., Zhou, K., Reuben, D., Greendale, G., & Moore, A. (2006). Longitudinal trajectories of heavy drinking in adults in the United States of America. *Addiction*, 101(1), 91-99. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01299.x.
- Kilmer, J. R., Hunt, S. B., Lee, C. M., & Neighbors, C. (2007). Marijuana use, risk perception, and consequences: Is perceived risk congruent with reality?. *Addictive Behaviors*, 32(12), 3026-3033. doi:10.1016/j.addbeh.2007.07.009.

- Korcha, R. A., Cherpitel, C. J., Witbrodt, J., Borges, G., Hejazi-Bazargan, S., Bond, J. C., Yu Ye & Gmel, G. (2014). Violence-related injury and gender: The role of alcohol and alcohol combined with illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 33(1), 43-50.
- Larsman, P., Eklöf, M., & Törner, M. (2012). Adolescents' risk perceptions in relation to risk behavior with long-term health consequences; antecedents and outcomes: A literature review. *Safety Science*, 50(9), 1740-1748. doi:10.1016/j.ssci.2012.04.009.
- Leigh, B. C., Morrison, D. M., Trocki, K., & Temple, M. T. (1994). Sexual behavior of American adolescents: Results from a US national survey. *Journal of Adolescent Health*, 15(2), 117-125.
- Lev-Ran, S., Le Strat, Y., Imtiaz, S., Rehm, J., & Le Foll, B. (2013). Gender differences in prevalence of substance use disorders among individuals with lifetime exposure to substances: results from a large representative sample. *The American Journal on Addictions*, 22(1), 7-13.
- Lourenço, S., & Afonso, H. (2009). VIH no feminino: Vivência psicológica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (1), 119-124.
- Lund, H. G. , Reider, B. D. , Whiting, A. B. , & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 124-132. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.006>.
- Magnée, E. H., de Weert-van Oene, G. H., Wijdeveld, T. A., Coenen, A. M., & de Jong, C. A. (2015). Sleep disturbances are associated with reduced health-related quality of life in patients with substance use disorders. *The American Journal on Addictions*. doi: 10.1111/ajad.12243.
- Marion, I., Antoni, M., Pereira, D., Wohlgemuth, W., Fletcher, M. A., Simon, T., & O'Sullivan, M. J. (2009). Distress, sleep difficulty, and fatigue in women co-infected with HIV and HPV. *Behavioral Sleep Medicine*, 7(3), 180-193. doi: 10.1080/15402000902976721.
- Martin, L. (2001). *Alcohol, sex and gender in late medieval and early modern Europe*. New York: Palgrave Macmillan.
- Matos, M. G. (2008) (ed). *Sexualidade, Segurança e SIDA*, Lisboa: IHMT/FMH/FCT.
- McKnight-Eily, L. R. , Eaton, D. K. , Lowry, R. , Croft, J. B. , Presley-Cantrell, L. , & Perry, G. S. (2011). Relationships between hours of sleep and health-risk behaviors in US adolescent students. *Preventive Medicine*, 53(4), 271-273. doi:10.1016/j.ypmed.2011.06.020.

- Miller, C. A., Parrott, D. J. , & Giancola, P. R. (2009). Agreeableness and Alcohol-Related Aggression: The Mediating Effect of Trait Aggressivity. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 17(6), 445–455. doi: 10.1037/a0017727.
- Miller, D. L., Kubista, K. D., Rutter, G. M., Ruan, M., de Heer, W. A., First, P. N., & Strosco, J. A. (2009). Observing the quantization of zero mass carriers in graphene. *Science*, 324(5929), 924-927. doi: 10.1126/science.1171810.
- Müller, M. R., & Guimarães, S. S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud. psicol.(Campinas)*, 24(4), 519-528.
- National Institute on Drug Abuse. (Novembro, 2014). Alcohol Retrieved from <http://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/alcohol> em 3 de Março, 2015.
- Negreiros, J., & Magalhães, A. (2005). Contributos para a compreensão dos comportamentos de risco e transmissão do VIH em consumidores problemáticos de drogas. *Toxicodependências*, 11 (2), 3-22.
- O'Brien, E. M., & Mindell, J. A. (2005). Sleep and risk-taking behavior in adolescents. *Behavioral sleep medicine*, 3(3), 113-133.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2006). *Relatório anual 2006: A evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais da União Europeia.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2009). *Relatório anual 2009: A evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2012). *Relatório anual 2012: A evolução da droga na Europa*. Luxemburgo: Serviços de Publicações da União Europeia.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pechansky, F. et al. (2000). Estudo sobre as características de usuários de drogas injetáveis que buscam atendimento em Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(4), 164-171. doi:10.1016/S1575-0973(05)74520-7.
- Pechansky, F., Diemen, L., Inciardi, J., Surratt, H., & Boni, R. (2004). Factores de Risco para a Transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (6) 1651-1660.

- Pereira, F., Jerónimo, P., Versos, R., & Cruz, I. (2007). *Representações dos alcoólicos e seus familiares sobre o alcoolismo: a experiência da Associação Reaprender a Viver, Bragança*. Actas do II Congresso Internacional. Bragança.
- Pereira, I. (2012). Produção científica no Brasil sobre álcool e mulher: uma revisão bibliográfica. *Serviço Social em Revista*, 14(2), 236-251.
- Pestana, M. H., & Gagueiro, J. N. (2005). Análise Estatística de dados para ciências sociais – a complementariedade do SPSS (4ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinho, V. D. D., & Oliva, A. D. (2007). Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(2). doi: 10.5935/1808-5687.20070013
- Pinkham, S., & Malinowska-Sempruch, K. (2008). Women, harm reduction and HIV. *Reproductive Health Matters*, 16(31), 168-181. doi:10.1016/S0968-8080(08)31345-7
- Poiars, C. (2007). Reestruturar, Repensar, Reflectir: para uma nova política de Dissuasão da TD. *Revista Toxicodependências*, 13(1), 11-20.
- Poulin, C., Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction*, 96, 607- 621.
- Rego, J. (2005). *A agressividade em crianças e jovens vítimas de maus-tratos*. Monografia em Psicologia Clínica apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Reiss, A. J., & Roth, J. A. (1993). Alcohol, other psychoactive drugs and violence. *Understanding and Preventing Violence*, 1, 182-220.
- Rente, P. & Pimentel, T. (2004). *A Patologia do Sono*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Reuter, P., & Stevens, A. (2008). Assessing UK drug policy from a crime control perspective. *Criminology and Criminal Justice*, 8(4), 461-482.
- Roth, J. A. (1994). *Psychoactive substances and violence*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie: eine Einführung; 26 Tabellen*. Georg Thieme Verlag.
- Schierenbeck, T., Riemann, D., Berger, M., & Hornyak, M. (2008). Effect of illicit recreational drugs upon sleep: cocaine, *ectasy* and marijuana. *Sleep Medicine Reviews*, 12(5), 381-389. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2007.12.004>.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), (2015). *Sinopse Estatística Portugal 2013*.

- Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *2013 National Report (2012 Data) to the EMCDDA*. Santos, A. S. & Duarte, O.
- SICAD (2014). Relatório Anual - 2013 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. *Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências*, Lisboa.
- Silva, A. S. & Deus, A. A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo empírico. *Análise Psicológica*, 23(2), 151-172.
- Sjöberg, L. (1998). *Risk perception of alcohol consumption*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(S7), 277s-284s. doi: 10.1111/j.1530-0277.1998.tb04380.x.
- Souza JC, Magna LA, Reimão R. (2002). Excessive daytime sleepiness in Campo Grande general population, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*, 60(3-A): 558-562.
- Souza, D., & Martins, D. (1998). An epidemiological profile of drug abuse among elementary and high school students in the Cuiabá public school system, Brazil, 1995. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 391-400.
- Souza, JC., Guimarães, LAM.(1999). *Insônia e qualidade de vida*. Campo Grande: UCDB.
- Stenbacka, M. & Stattin, H. (2007). Adolescent use of illicit drugs and adult offending: a Swedish longitudinal study. *Drug and Alcohol Review*, 26, 397-403. doi: 10.1080/09595230701373875
- Sturman, P. (2000). *Drug assisted sexual assault*. London: Home Office.
- Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4025-4038. doi:10.3390/ijerph8104025.
- Tedeschi, J. T., & Felson, R. B. (1994). *Violence, aggression, and coercive actions*. American Psychological Association.
- Thom, B. (2000). *Womem and Alcohol - A cause for concern: Conference Report 27 July 2000*, Alcohol Concern, London.
- Torres, A. , & Gomes, M. (2005). Drogas e prisões: relações próximas. *Revista Toxicodependências*, 11(2), 23-40.
- Torres, A., Lito, A., Sousa, I. & Maciel, D. (2008). Toxicodependentes: trajetórias sociopsicológicas e nós problemáticos. In A. Torres & A. Lito (ORGs), *Consumos de drogas: Dor, prazer e dependências*, 17-68. Lisboa: Fim de Século.

- Tun, T. C. , Demetrio, F. N. & Andrade, A. G. (2000). Alcoolismo na mulher e a síndrome pré-menstrual: existem associações? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(1), 1-8.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), (2013), World Drug Report 2015.
- Vail-Smith, K. , Felts, W. M. , & Becker, C. (2009). Relationship between sleep quality and health risk behaviors in undergraduate college students. *College Student Journal*, 43, 835-844.
- Vaughn, M. G. , Salas-Wright, C. P. , White, N. A. , & Kremer, K. P. (2015). Poor sleep and reactive aggression: results from a national sample of African American adults. *Journal of Psychiatric Research*, (66-67), 54-59..
doi:10.1016/j.jpsychires.2015.04.015.
- Veiga Costa, E. (2006). *Avaliação da Eficácia Relativa de Duas Intervenções Psicoeducativas Dirigidas à Prevenção do SIDA e Promoção da Saúde em Mulheres com Risco para o VIH*. [Evaluation of the efficacy of two psychoeducational interventions to prevent AIDS and to promote health in women at risk for HIV]. Unpublished doctoral dissertation, University of Minho, Braga, Portugal.
- Veiga Costa, E., & McIntyre, T. (2002). *Portuguese translation and adaptation of the questionnaires from the Women's Health Empowerment Project*. Unpublished Manuscript, Department of Psychology, University of Minho, Braga, Portugal.
- Walker, M. P., & van Der Helm, E. (2009). Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychological Bulletin*, 135(5), 731. doi: 10.1037/a0016570.
- Wallace, M. J. & Newton, P. M. (2012). *Alcoholism*. eLS.
- Wang, B., Li, X., Stanton, B., Zhang, L., & Fang, X. (2010). Alcohol use, unprotected sex, and sexually transmitted infections among female sex workers in China. *Sexually Transmitted Diseases*, 37(10), 629-636. doi:
- Watson, P., De Wit, S., Hommel, B., & Wiers, R. W. (2012). Motivational mechanisms and outcome expectancies underlying the approach bias toward addictive substances. *Frontiers in psychology*, 3: 440. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00440
- White, B., Degenhardt, L., Breen, C., Bruno, R., Newman, J., & Proudfoot, P. (2006). Risk and benefit perceptions of party drug use. *Addictive behaviors*, 31(1), 137-142.
- Wiers, R. W., Beckers, L., Houben, K., & Hofmann, W. (2009). A short fuse after alcohol: Implicit power associations predict aggressiveness after alcohol consumption in young heavy drinkers with limited executive control. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 93(3), 300-305. doi:10.1016/j.pbb.2009.02.003.

- Winnicott, D. (2002). *Privação e Delinquência* (3ª Ed.) São Paulo: Martins Fontes.
- Wong, M. M. , Brower, K. J. , & Zucker, R. A. (2009). Childhood sleep problems, early onset of substance use and behavioral problems in adolescence. *Sleep Medicine, 10*(7), 787-796. doi:10.1016/j.sleep.2008.06.015.
- World Health Organization. (2007) World health organization expert committee on problems related to alcohol consumption. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health-2014*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health-2014*. World Health Organization.
- World Health Organization. Ageing, & Life Course Unit. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. World Health Organization.
- Young, R. M., & Balaban, E. (2003). Aggression, Biology, and Context. In P, Mark. & PhD, Mattson. (Eds.), *Understanding and Preventing Violence* (191-211). Humana Press.
- Zeigler, D. W. , Wang, C. C. , Yoast, R. A. , Dickinson, B. D. , McCaffree, M. A. , Robinowitz, C. B. , & Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine, 40*(1), 23-32. doi:10.1016/j.ypmed.2004.04.044
- Zhang, L., Wiczorek, W. F., & Welte, J. W. (1997). The nexus between alcohol and violent crime. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21*(7), 1264–1271.
- Zillmann, D. (1988). Cognition-excitation interdependences in aggressive behavior. *Aggressive Behavior, 14*(1), 51-64.
- Zisapel, N. (2001). Circadian rhythm sleep disorders. *CNS drugs, 15*(4), 311-328.

ANEXOS

- ANEXO I -

Pedido de Autorização às Instituições

Exmo. Sr. (a) Diretor (a)

Andreia da Silva Antunes, aluna da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a realização de um estudo aos utentes na vossa instituição no âmbito da dissertação a realizar no âmbito do mestrado em Psicologia *Clínica* e da Saúde.

Mais informa que o estudo intitulado “Sono, Agressividade e Comportamentos de Risco em Toxicodependentes e Alcoólicos” O objetivo da mesma passa por compreender as variáveis: sono, agressividade, os comportamentos de risco, nos toxicodependentes e alcoólicos. Por outras palavras, pretende-se com este estudo compreender se as variáveis se relacionam entre si. Informa ainda que o estudo terá como orientador científico a Professora Doutora Eleonora Costa, professora da Universidade Católica Portuguesa.

A técnica utilizada para a recolha de dados será através de um questionário sendo este constituído por seis partes distintas. Os questionários serão distribuídos e acompanhados pelo investigador de forma individual, a recolha de dados será um processo gradual de forma a não interferir no funcionamento normal da instituição. Em anexo segue um exemplar dos instrumentos para consulta prévia. Relativamente as questões éticas, todos os participantes serão devidamente informados do tipo do estudo e o seu objetivo, bem como a sua confidencialidade será preservada, não constando o nome em nenhuma parte dos questionários, sendo o preenchimento dos inquéritos totalmente anónimo, bem como que os dados serão apenas para procedimento estatístico e que ninguém será obrigado a participar. Solicita-se assim a realização do estudo a alguns utentes que recorrem à vossa instituição.

Agradeço desde já a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Andreia da Silva Antunes

- ANEXO II – Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, _____, declaro que tomei conhecimento do estudo "O impacto do sono, na agressividade e nos comportamentos sexuais de risco em toxicodependentes", da responsabilidade da psicóloga estagiária Andreia Da Silva Antunes, aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa de Braga.

Declaro também que, antes de optar por participar, me foram prestados todos os esclarecimentos que considerei importantes para decidir participar. De forma específica, fui informado(a) do objetivo, duração esperada e procedimentos do estudo, do anonimato e confidencialidade dos dados e do direito que tenho em recusar participar, ou suspender a minha participação em qualquer altura, sem nenhuma consequência para mim.

Afirmo, que aceito participar no presente estudo, ao colocar uma cruz neste quadrado:

Assinatura,

Data: ____ / ____ / ____

- ANEXO III – Informação acerca do estudo

Ao Participante:

Eu, Andreia Da Silva Antunes, aluna do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade Católica Portuguesa, estou a desenvolver a minha dissertação de mestrado, intitulada “**Sono, Agressividade, Comportamentos de Risco, IST’S e VIH em Toxicodependentes e Alcoólicos**”.

O objetivo da mesma passa por compreender as variáveis: sono, agressividade, os comportamentos de risco, Ist’s e VIH nos toxicodependentes e alcoólicos. Por outras palavras, pretende-se com este estudo compreender se as variáveis se relacionam entre si.

Neste sentido, venho por este meio pedir a sua colaboração, para tal, será necessário que preencha os questionários que lhe serão fornecidos. Inicialmente deverá preencher o **Questionário sociodemográfico, o Questionário do Sono, da Agressividade, das Atitudes e outros Comportamentos relacionados com a Sida, dos Marcadores de DST’s e VIH e a Avaliação de Álcool e Drogas**. Isto implicará a sua disponibilidade para preencher os questionários sem exceder os 30 minutos.

É importante que responda de forma atenta e sincera, pois não se trata de um teste e não conta para nota, não existindo por isso respostas corretas ou incorretas. Por favor responda a todas as perguntas, colocando uma cruz na opção escolhida.

Toda a informação recolhida através deste questionário é confidencial, não escreva o seu nome, ou algo que o identifique em parte nenhuma das folhas.

Reconhecidamente, agradeço a sua disponibilidade e preciosa colaboração para que se torne possível este estudo.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Andreia da Silva Antunes

- ANEXO IV -

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E DE COMPORTAMENTO

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E DE COMPORTAMENTO

Nº _____

Questões Sociodemográficas

Área pessoal

Idade	
Género	

Residência
<input type="radio"/> Rural
<input type="radio"/> Urbana

Estado civil
<input type="radio"/> Solteiro
<input type="radio"/> Casado
<input type="radio"/> Divorciado
<input type="radio"/> Viúvo
<input type="radio"/> União de facto

Filhos
<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Não

Habilitações literárias
<input type="radio"/> Não sabe ler nem escrever
<input type="radio"/> Sabe ler e escrever
<input type="radio"/> Primeiro Ciclo
<input type="radio"/> Segundo Ciclo
<input type="radio"/> Terceiro Ciclo
<input type="radio"/> Curso Superior

Situação Laboral
<input type="radio"/> Desempregado.
<input type="radio"/> Empregado.

Questões Clínicas

Condição Médica
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Toma medicamentos
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Qual _____

Condição Psiquiátrica
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Qual _____

Historial de consumos

Com que idade bebeu pela primeira vez?
<input type="radio"/> Antes dos 12 anos
<input type="radio"/> Dos 12 aos 14 anos
<input type="radio"/> Dos 15 aos 17 anos
<input type="radio"/> Depois dos 18

Onde bebeu pela primeira vez?
<input type="radio"/> Em casa com a família
<input type="radio"/> Em casa sozinho ou com amigos
<input type="radio"/> Num café ou bar sozinho ou com amigos
<input type="radio"/> Numa festa ou evento social

Outro. Qual _____

Costuma beber bebidas alcoólicas...
<input type="radio"/> Sozinho
<input type="radio"/> Com amigos
<input type="radio"/> Com familiares

Começou a beber porquê?
<input type="radio"/> Para acompanhar o grupo
<input type="radio"/> Porque gosta do saber das bebidas
<input type="radio"/> Porque estava nervoso ou tinha problemas
<input type="radio"/> Porque estava triste

Outro. Qual _____

Em que parte do dia consome mais álcool?
<input type="radio"/> Manhã
<input type="radio"/> Tarde
<input type="radio"/> Noite

Já alguma vez ficou inconsciente/embriagado com o consumo?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Já alguém o levou a casa por causa do seu estado de embriagues?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Tem controlo sobre o seu consumo de álcool?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Já alguma vez necessitou de receber ajuda médica por causa da ingestão de bebidas alcoólicas?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Já alguma vez faltou a um compromisso por causa da bebida ou da ressaca?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Qual _____

Considera-se dependente do álcool?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Consome álcool após as refeições?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Já alguma vez o alertaram para o seu problema com o álcool?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Após consumir álcool em excesso como se sente?
<input type="radio"/> Sem alterações
<input type="radio"/> Eufórico
<input type="radio"/> Com alterações visuais
<input type="radio"/> Com alterações motoras
<input type="radio"/> Sonolento
<input type="radio"/> Com vômitos

Outra. Qual _____

Quais substâncias que também consome?

Substância	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre que posso
Tabaco					
Álcool					
Drogas					

No seu entendimento tem algum problema com drogas?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Se sim, qual? _____

Já fez alguma desintoxicação por causa do consumo de drogas?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Já fez algum tratamento por causa do consumo de drogas?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Se sim, quantos? _____

Qual a sua droga de eleição, aquela que gosta mais?

Comportamento agressivo

Costuma estar envolvido em situações de violência?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Tipo de violência...
<input type="radio"/> Física
<input type="radio"/> Verbal
<input type="radio"/> Autodirigida - mutilação

Já teve problemas com a justiça?
<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Sim

Obrigada pela colaboração

ANEXO V – Alfas de Cronbach

Índice de fidelidade Alfa de Cronbach para os instrumentos

Quadro 1

Resultados da Análise da consistência interna dos itens do PSQI em cada fator (N=115)

Itens	Correlação de cada item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Fator: Duração do sono		
Horas de sono por noite	-. 278	.696
Fator: Perturbações do sono		
Acordares a meio da noite ou de manhã muito cedo	.342	.729
Levantes-te para ir à casa de banho	.330	.731
Teres dificuldade em respirar	.464	.712
Tossires ou ressonares muito alto	.327	.733
Sentires muito frio	.443	.712
Sentires muito calor	.481	.705
Teres maus sonhos ou pesadelos	.567	.690
Sentires dores	.520	.699
Quantas vezes tiveste dificuldade em dormir por algum motivo	.321	.733
Alpha de Cronbach do fator =. 74		
Fator: Latência do sono		
Minutos que demorou a adormecer	.360	.652
Demorares mais de 30 minutos para adormecer	.387	.645
Fator: Disfunção Diurna		
Durante o mês passado tiveste problemas para permanecer acordado, durante as refeições ou enquanto participavas numa qualquer atividade social?	.442	.645
Durante o mês passado não sentiste vontade para trabalhar nem realizar outras tarefas sociais?	.329	.652
Alpha de Cronbach do fator =. 56		
Fator: Eficiência do sono		
Diferença entra a hora de deitar e a hora de levantar	-.086	.811
Fator: Qualidade do sono		
Durante o mês passado, como classificarias a qualidade do teu sono?	.854	.616
Fator: Necessidade de fármacos para dormir		
Durante o mês passado tomaste algum medicamento para dormir, receitado pelo médico, indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou por sua conta e risco?	.395	.642
Alpha de Cronbach Geral:. 672		

- ANEXO VI – Alfas de Cronbach

Quadro 2

Resultados da Análise da consistência interna de todos os itens dentro de cada subescala do AQ
(N=115)

Itens	Correlação de cada item com o total da escala (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Subescala Agressividade Física		
Às vezes, é difícil, controlar a vontade de bater em alguém.	.575	.732
Se alguma pessoa me provocar bastante sou capaz de lhe bater.	.664	.721
Se alguma pessoa me agredir, sou capaz de a agredir também.	.641	.722
Geralmente meto-me mais em brigas, que as outras pessoas.	.564	.741
Se tiver que ser violento para proteger os meus direitos eu sou.	.580	.732
Existem pessoas que me provocam de tal forma que acabamos à pancada.	.687	.721
Não me lembro de nenhuma boa razão, que seja suficiente ao ponto de bater em alguém	-.451	.862
Eu já ameacei pessoas que conheço.	.505	.746
Houve alturas em que estava tão alterado (a) que parti coisas.	.539	.741
<i>Alpha de Cronbach da subescala = .77</i>		
Subescala Agressividade Verbal		
Digo abertamente aos meus amigos quando não concordo com eles.	.388	.625
Discordo muitas vezes das pessoas.	.405	.624
Quando as pessoas me aborrecem, sou capaz de lhes dizer o que penso delas.	.408	.615
Não consigo evitar de discutir com os outros, só pelo fato de discordarem comigo.	.529	.558
Os meus amigos dizem que sou um tanto ou quanto argumentativo, ou seja, que arranjo justificações para tudo.	.385	.629
<i>Alpha de Cronbach da subescala = .66</i>		
Subescala Raiva		
Exalto-me rapidamente mas também me passa depressa.	.583	.857
Quando estou frustrado (a) mostro que estou irritado (a).	.649	.847
Às vezes sinto-me um barril de pólvora, quase a explodir.	.722	.837
Sou uma pessoa temperamental, ou seja, tenho os "nervos à flor da pele".	.784	.826
Alguns dos meus amigos pensam que sou uma pessoa "que ferve em pouca água".	.726	.836
Às vezes perco o controlo sem nenhuma razão aparente.	.397	.876
Eu tenho dificuldades em controlar o meu temperamento.	.623	.851

Quadro 2 (continuação)

Resultados da Análise da consistência interna de todos os itens dentro de cada subescala do AQ
(N=115)

Subescala Hostilidade		
Às vezes parece que fico cheio de inveja.	.469	.788
Às vezes parece que a vida me pregou uma partida.	.556	.775
Parece-me que as outras pessoas conseguem sempre as melhores oportunidades.	.458	.790
Às vezes pergunto-me porque é que me sinto deprimido (a).	.424	.794
Eu sei que os meus amigos falam de mim nas costas	.699	.754
Eu desconfio que quase todos os desconhecidos sejam amigáveis.	.407	.798
Às vezes sinto que as pessoas se riem de mim nas minhas costas.	.699	.754
Quando as pessoas são muito simpáticas penso logo que querem algo em troca.	.444	.792

Alpha de Cronbach da subescala = .80

Alpha de Cronbach Geral= .898
