

DEPOIS DA EMBRIAGUEZ VEM A RESSACA

Uma Perspectiva Sobre o Consumo de Álcool nos Jovens

Samuel POMBO, Daniel SAMPAIO

RESUMO

Até aos dias de hoje, pouca relevância tem sido dada à principal causa de morbilidade do consumo do álcool nos jovens, a denominada *ressaca do dia seguinte*. A *ressaca* é definida pela presença de sintomas decorrentes do consumo excessivo do álcool e o seu total metabolismo, com gravidade suficiente para perturbar as responsabilidades e actividades de vida diárias. Numerosas observações mostram-nos que geralmente os jovens se envolvem em toda uma série de comportamentos para lidar com os efeitos indesejados de uma noite de consumo imoderado do álcool.

Tendo por base uma avaliação empírica, será discutido neste estudo as condicionantes da *ressaca* do álcool e quais os comportamentos que normalmente os jovens se envolvem para tentar atenuá-la.

A amostra foi constituída por 134 estudantes universitários, a frequentar o primeiro ano do ensino superior.

Pode-se concluir que a frequência destes comportamentos para lidar com a *ressaca* traduz a necessidade do jovem tentar anular, ou aligeirar de uma forma precisa e sintomática, os efeitos mais reiterados de um *cluster* aversivo de *ressaca* do álcool.

Este trabalho proporciona informação que julgamos profícua do ponto de vista pedagógico, ao aprofundar quais os mecanismos cognitivos, comportamentais e fisiológicos que ocorrem durante um episódio de *ressaca* do álcool.

Tendo em conta que o consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento frequente e normativo da adolescência, propõe-se a adopção de uma perspectiva realista do fenómeno (mais do que ideológica e utópica), que passa por protelar ao máximo o início do consumo do álcool nos jovens, educando-os acerca dos potenciais malefícios do seu consumo, dentro de uma perspectiva alargada de incentivo a um estilo de vida saudável e de proximidade com o adolescente.

S.P., D.S.: Serviço de Psiquiatria. Hospital de Santa Maria. Lisboa

© 2010 CELOM

SUMMARY

AFTER THE BOOZE COMES THE HANGOVER A Perspective of Alcohol Consumption in Young

Until today, little relevance has been given to the main cause of alcohol consumption related morbidity in young population, the so called «the next day morning alcohol *hangover*». The *hangover* is defined by the presence of symptoms connected to excessive alcohol consumption and its total metabolism, with severity enough to disturb responsibilities and daily life activities. Numerous observations show us that generally the young populations tend to be involved in a series of behaviors to cope with the unpleasant effects of a night of immoderate alcohol consumption.

Through an empirical evaluation, it will be argued in this study the circumstances implicated

in alcohol *hangover* and which behaviors the young population normally tends to be involved in order to attenuate it.

The sample comprised 134 university students (1^o year).

It can be concluded that the frequency of the behaviors to cope with alcohol *hangover* translates the need to remove or alleviate in an accurate and symptomatic way the most reiterated effects of aversive alcohol *hangover* cluster.

This work provides reliable information that could be employed from an educational point of view, while we profound which cognitive, behavior and physiological mechanisms occurs during an episode of alcohol *hangover*.

Taken into account that the consumption of alcoholic beverage is a normative behavior in adolescence, we propose a realistic perspective of the phenomenon (more than ideological and utopic), that encompass the maximum delay of the beginning of alcohol consumption in young, educating them in what concerns the potential harm of its consumption, incorporated in a broad perspective of promotion of an healthy life style and of proximity with the adolescent.

INTRODUÇÃO

A literatura em torno do consumo do álcool é profusa em estudos acerca das consequências agudas da intoxicação etílica e na morbidade e mortalidade associada à sua cronicidade, como é o caso do alcoolismo. A investigação de populações clínicas de alcoólicos tem procurado elucidar os mecanismos neurobiológicos, psicológicos e sócio-culturais implicados na sua principal característica, a heterogeneidade¹⁻⁴. Curiosamente, pouca relevância tem sido dada à consequência desagradável mais frequente do consumo do álcool, a denominada *ressaca da manhã seguinte*, que inclusive, representa a principal morbidade a afectar consumidores moderados⁵⁻⁷.

É por demais reconhecido que o consumo imoderado de bebidas alcoólicas nos jovens, redonda, não raras vezes, num cluster de efeitos psicológicos e físicos indesejados, a que comumente designamos de *ressaca do dia seguinte*. Howland et al (2008)⁸, num estudo de revisão recente, referem que a literatura sobre os *efeitos residuais* do dia seguinte ao consumo excessivo do álcool é parca, principalmente no que se refere à incidência na população geral e às suas consequências neurocognitivas e ocupacionais.

Os estudos subordinados à temática da *ressaca* induzida pelo consumo de álcool, apesar de insuficientes, têm avaliado sobretudo populações de adolescentes e jovens adultos, adaptando metodologias de investigação por inquérito à população geral e por administração experimental de álcool em contexto laboratorial (ver Howland et al 2008). Kinney e Coyle (2005)⁹, num estudo laboratorial com estudantes universitários, verificaram que o consumo excessivo de álcool conduzia na manhã seguinte a alterações do humor, perturbações do sono, aumento da

ansiedade, produção de sintomas físicos e emocionais e também sintomas de fadiga.

A *ressaca* é definida pela presença de pelo menos dois sintomas (pe., dor de cabeça, tonturas, fadiga, náusea...), que ocorrem após o consumo e o total metabolismo do álcool, com gravidade suficiente para perturbar as responsabilidades e o desempenho das actividades de vida diárias^{6,10}.

Swift e Davidson (1998)¹¹ organizam a *ressaca* provocada pelo álcool, a partir da classificação dos sintomas que frequentemente ocorrem após a cessação do consumo do álcool e a redução da concentração de álcool no sangue (CAS). Os autores consideram os sintomas constitucionais (fadiga, sede, fraqueza), algícos (cabeça, músculos), gastrointestinais (náuseas, vômitos), sono e ritmos biológicos (diminuição e perturbação do sono REM), sensoriais (vertigens, sensibilidade à luz e som), cognitivos (alterações da atenção e concentração), humor (depressão, ansiedade e irritabilidade) e hiperactividade simpática (tremor, sudorese, taquicardia).

A expressividade sintomatológica da *ressaca* do álcool tem sido imputada a vários determinismos, que implicam: (1) o efeito fisiológico tóxico directo do álcool no cérebro e outros órgãos, com repercussões ao nível do equilíbrio hidroelectrolítico, da glicemia e da arquitectura do sono; (2) o efeito da privação do álcool após a sua exposição nos tecidos; (3) o efeito da acumulação de substâncias tóxicas que resultam da metabolização etílica, como é o caso do acetaldeído; (4) o efeito de outras substâncias biológicas de origem não-alcoólica, como a existência de outros componentes nas bebidas alcoólicas e o consumo de drogas e (5) o efeito das características individuais neurobiológicas e psicosociais^{6,11}.

Similarmente, os condicionantes comportamentais, como a quantidade de consumo de álcool por ocasião e o tipo de bebidas alcoólicas ingerido, não deve ser descurado.

Slutske et al (2003)⁷, levaram a cabo um estudo com o objectivo de avaliar a prevalência e frequência dos efeitos da *ressaca* produzida pelo consumo do álcool, numa ampla população estudantil (N = 1474). Os autores elaboraram uma escala sintomática de *ressaca* provocada pelo álcool, verificando que os efeitos indesejados mais reportados pelos adolescentes foram: desidratação, cansaço, cefaleia, vômito, náuseas, fraqueza geral, dificuldades de concentração e fotofobia. Como seria de esperar, tendo em conta que o fenómeno de *ressaca* é directamente influenciado pelo consumo do álcool, os autores encontraram uma correlação significativamente positiva entre a *ressaca* e a frequência do consumo do álcool e de embriaguez. Neste sentido, do ponto de vista metodológico, torna-se indispensável o controlo estatístico destas duas últimas variáveis¹².

O fenómeno de *ressaca* encerra em si mesmo inúmeras complicações biopsicossociais, que extravasam as consequências negativas circunscritas a um episódio agudo de consumo do álcool. Os resultados de estudos epidemiológicos mostram que os episódios de *ressaca do dia seguinte*, possuem custos económicos substanciais face à diminuição dos padrões habituais de produtividade e interferência nas performances psicomotoras, com provável repercussão ao nível da condução de veículos, participação em comportamentos de risco e absentismo laboral^{10,13,14}.

Algumas debilidades do funcionamento neurocognitivo têm igualmente sido evidenciadas na manhã posterior a um episódio de consumo excessivo do álcool. McKinney e Coyle (2004)¹², num estudo laboratorial, verificaram na manhã seguinte, que os estudantes universitários em fase de *ressaca* produzida por uma noite de consumo do álcool, obtinham piores resultados em tarefas de memória e de performance psicomotora, do que quando não ingeriam qualquer tipo de bebida alcoólica na noite anterior. No caso da memória, parece que a presença de alterações mnésicas em bebedores sociais para além do período restrito de intoxicação do álcool (em que pode ocorrer por ex., blackouts), representa outra das respostas mnésicas do cérebro perante a presença do álcool¹⁵. Myrstein et al (1980)¹⁶ observaram igualmente que a performance psicomotora era prejudicada em 15% nos sujeitos que experienciavam um síndrome de *ressaca* grave e 1% nos sujeitos que experienciaram um síndrome de *ressaca* moderado. As provas cognitivas (memória, código, aritmética) eram por sua vez prejudicadas em 23% no grupo que experienciava um síndrome de *ressaca* grave e 8% no grupo que experienciara um síndrome de *ressaca* moderado.

Tendo em consideração os custos sociais e as implicações desfavoráveis para a saúde individual, surgiram na literatura algumas medidas preventivas e terapêuticas para

lidar com a *ressaca* do álcool^{6,17}. A Internet é a sua principal fonte, não raras vezes com informação imprecisa e ausente de suporte científico. Pittler et al (2005)¹⁷ levaram a cabo uma revisão sistemática, com o objectivo de avaliar a evidência clínica e eficácia de algumas intervenções médicas no tratamento e prevenção da *ressaca* do álcool. Os autores concluíram que não existe qualquer evidência que suporte a eficácia de alguma intervenção complementar ou convencional para o tratamento e prevenção da *ressaca* do álcool. A finalizar e de uma forma bastante proficiente, os autores afirmam que o método mais eficaz para evitar os sintomas de *ressaca* é a abstinência ou a moderação. Contudo, o estudo fenomenológico associado ao consumo excessivo do álcool nos jovens, mostra-nos que estes se envolvem em toda uma série de comportamentos, muitas vezes *caseiros* (pe., água, café, medicação), para lidar com os efeitos indesejados da *ressaca* do dia seguinte.

O estudo tem como objectivo avaliar quais os tipos de comportamentos mais prevalentes para lidar com a *ressaca* provocado pela consumo do álcool numa população jovem, e ainda verificar a existência de alguns preditores relacionados com a história de consumo do álcool.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

A amostra do estudo foi constituída por 134 estudantes universitários, a frequentar o primeiro ano do ensino superior. Só foram incluídos na amostra os indivíduos que referiram já ter tido contacto com bebidas alcoólicas. Aquando da avaliação, os adolescentes foram cuidadosamente informados de que a recolha de informação se destinaria apenas a um trabalho de investigação sobre o consumo do álcool e que toda a informação presente seria tratada de modo anónimo e confidencial. O protocolo de investigação pesquisa uma breve caracterização sociodemográfica e informação relacionada com os padrões de consumo do álcool e os comportamentos utilizados para lidar com os efeitos negativos de um consumo excessivo do álcool (*ressaca do dia seguinte*). Para a caracterização da história de consumo do álcool da população adolescente, foram definidos os seguintes parâmetros: tipo de bebidas alcoólicas ingeridas, média de copos que equivale ao número médio de bebidas consumidas numa ocasião de consumo de bebidas alcoólicas; frequência dos episódios de embriaguez; padrão frequente de consumo do álcool; antecedentes de *binge drinking*, operacionalizado pelo consumo igual ou superior a 4 (caso das mulheres) ou 5 (caso dos homens) bebidas alcoólicas numa ocasião de consumo de álcool. Foi também apurado a existência de consumo de cigarros e de substâncias psicoactivas ilícitas

tas, designadamente, haxixe, cocaína, heroína e substâncias sintéticas.

Tendo em conta o cluster de efeitos frequentemente referido pelas populações adolescentes, em consequência de um período de intoxicação aguda do álcool e algumas medidas *terapêuticas* reportadas na literatura para interceder nos sintomas de *ressaca* ^{6,7,9,10,17}, construiu-se um Inventário de possíveis Comportamentos para lidar com a *ressaca* do Álcool (ICRA). Nos temas abordados tomou-se em linha de conta a não inclusão de itens que tenham carácter ambíguo, perturbador, ou embaraçoso e que ponha em causa o indivíduo, promovendo a resistência e facilitando a deturpação das respostas. Adoptou-se a inclusão de afirmações breves, fechadas, específicas, com um vocabulário inteligível à população a que se destina. A avaliação inicia-se com a asserção: *Quando acordo de ressaca pelo consumo de álcool, já me aconteceu tentar atenuá-la através*: Considerou-se as opções: Consumo de tabaco; Ingestão de líquidos (água, refrigerantes, sumos); Consumo de laticínios (leite iogurtes); Consumo de bebidas alcoólicas; Toma de medicação para a dor de cabeça (por ex. analgésico); Toma de medicação para a azia ou má disposição (por ex. Gurosan, sais de frutos); Consumo de substância ilícitas (por ex. cannabis, cocaína); Provocação do vômito; Tomar um duche frio; Ingestão de doces (por ex. bolos, chocolates); Procura de ajuda numa instituição de saúde (por ex. Hospital, Centro de Saúde); Toma de medicação para a irritabilidade e nervosismo e Ingestão de café. O grau de actividade dos comportamentos levados a cabo para lidar com uma situação de *ressaca* do álcool, foi avaliado com o auxílio de uma escala tipo Likert, pedindo que se quantifique o grau de intensidade numa proporção de 0 – *Nunca* a 4 *Sempre*. O instrumento encontra-se em anexo.

De forma a permitir a utilização do score total do inventário de comportamentos para lidar com a *ressaca* do álcool (ICRA) na análise estatística, procedeu-se à caracterização psicométrica dos seus itens. No que se refere à fiabilidade da medida de avaliação, a análise da consistência interna dos itens verificou um α de Cronbach adequado de 0.77. As correlações de cada item da sub-escala com a nota global corrigidas para sobreposição variam de 0.15 (*Toma de medicação para a irritabilidade e nervosismo*; $r, p < 0.05$) a 0.72 (*Ingestão de café*; $r, p < 0.05$). A correlação significativamente positiva entre o ICRA e a frequência média de consumo do álcool dos adolescentes ($r = 0.32$; $p < 0.01$) confere validade ao instrumento. Os itens referentes a *Procura de ajuda numa instituição de saúde* e *Toma de medicação para a irritabilidade e nervosismo* obtiveram resultados nulos e não foram contemplados na análise estatística.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A relação entre as variáveis constituintes da história de consumo do álcool e de outras substâncias de acordo com o sexo foi avaliado através do teste Qui-quadrado (χ^2) para a comparação de dois grupos independentes.

O estudo relacional entre os comportamentos para lidar com a *ressaca* do álcool e as variáveis associadas à história e padrão de consumo do álcool dos adolescentes foi avaliado através da análise de covariância (ANCOVA), utilizando as dimensões de número médio de copos numa ocasião de consumo do álcool, frequência média de embriaguez e o sexo a covariar.

O tratamento e análise dos dados serão efectuados através do software SPSS (Statistical Package for Social Sciences), adoptando-se o intervalo de confiança de 95% (< 0.05), como estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Breve caracterização sócio-demográfica

A amostra é constituída por 134 adolescentes a frequentar o primeiro ano do ensino superior, sendo 26.1% ($N = 35$) do sexo masculino e 73.9% ($N = 99$) do sexo feminino. A média de idades foi de 18.6 anos ($dp = 1.5$), a variar entre os 17 e os 25 anos. A amostra é totalmente de raça caucasiana e de estado civil solteiro. Não se verificaram diferenças significativas no que se refere à variável sexo ($p > 0.05$).

Caracterização da história de consumo do álcool e de outras substâncias

Relativamente ao tipo de bebidas alcoólicas, 20.2% da população refere beber vinho, 38.0% cerveja e 63.6% destilados, com predominância dos *shots* (63.6%) e das bebidas alcoolizadas (sumos em que é adicionado álcool) com 50.4%. A média de copos durante um período de consumo de bebidas alcoólicas é de 3.2 ($dp = 1.6$). Cerca de metade da amostra (53.3%) refere que *normalmente não se costuma embriagar*, enquanto 43.3% refere que o faz *às vezes*. A idade média do primeiro episódio de embriaguez foi de 15.5 anos ($dp = 1.5$). Verifica-se com relevância estatística ($p < 0.05$) que, os rapazes consomem um maior número de copos e bebem com maior frequência até à embriaguez, quando comparados com as raparigas. Quando questionados sobre o padrão de consumo do álcool, 85.6% menciona que só bebe à noite, 60.3% só bebe em festas, 66.7% bebe normalmente em grupo, 32.5% só aos fins-de-semana e 15.9% associa o consumo de outras substâncias psicoactivas (pe., haxixe) à ingestão de bebidas alcoólicas. Os antecedentes de *binge drinking* estão presentes em 69.7% da população. O con-

sumo regular de cigarros foi reportado por 26.1%, com uma média diária de 9.4 cigarros ($dp = 4.9$) e uma idade de início do consumo de 15.2 anos ($dp = 1.4$). Relativamente ao consumo de substâncias psicoactivas ilícitas, 24.4% referiu já ter consumido haxixe. Não se apuraram outros consumos de substâncias psicoactivas ilícitas. Verificaram-se algumas diferenças significativas no que se refere à variável sexo e a história de consumo do álcool, que se encontram sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização da história de consumo do álcool e de outras substâncias de acordo com o sexo

	N total	Masc.	Fem.	χ^2
Tipo de bebidas alcoólicas (%)				
Vinho	20.2	34.3	15.0	0.05
Cerveja	38.0	57.1	30.9	0.05
Destilados	63.6	68.6	61.7	ns
Shots	63.6	62.9	63.8	ns
Bebidas alcoolizadas	50.4	51.4	50.0	ns
Padrão de consumo do álcool (%)				
Bebe normalmente ...				
À noite	0.05	85.6	72.7	90.3
Em festas	60.3	39.4	67.7	0.05
Em grupo	66.7	66.7	66.7	ns
Aos fins-de-semana	32.5	27.3	34.4	ns
Com outras sub. psicoactivas	15.9	15.2	16.1	ns
Binge drinking	69.7	87.5	63.3	0.05
Sózinho	0.8	3.0	0.0	ns

ns – não significativo

Caracterização dos comportamentos para lidar com a ressaca do álcool

De acordo com ICRA, 75.6% da amostra já se envolveu nalgum tipo de actividade para lidar com a *ressaca* do álcool, sendo os comportamentos hierarquicamente mais referidos de ingestão de líquidos, toma de medicação para a dor de cabeça, ingestão de café e consumo de lacticínios. Verificaram-se diferenças significativas no que se relaciona à variável sexo, com a população adolescente feminina a reportar significativamente maior consumo de lacticínios, quando comparado com a população masculina. No entanto, ao se considerar a covariância das variáveis número médio de copos numa ocasião de consumo do álcool

e frequência média de embriaguez, o nível de significância passa ser apenas marginal (ANCOVA; $F 3.5$; $p = 0.06$).

Os *scores* médios e a prevalência de respostas estão sintetizados no Quadro 2.

Quadro 2 – scores médios e prevalência de respostas afirmativas ao ICRA

	M	dp	%
Consumo de tabaco	0.28	0.76	14.3
Ingestão de líquidos	1.6	1.4	63.9
Consumo de lacticínios	0.89	1.1	40.3
Consumo de bebidas alcoólicas	0.16	0.54	9.2
Toma de medicação para a dor de cabeça	0.78	0.97	43.7
Toma de medicação para a azia ou má disposição	0.55	0.89	31.1
Consumo de substância ilícitas	0.12	0.54	5.9
Provocação do vômito	0.31	0.68	20.2
Tomar um duche frio	0.51	0.84	29.4
Ingestão de doces	0.57	0.96	29.4
Procura de ajuda numa instituição de saúde	0.00	0.00	00
Toma de medicação para a irritabilidade e nervosismo	0.00	0.00	00
Ingestão de café	0.95	1.1	43.7

História de consumo do álcool vs Comportamentos para lidar com a ressaca do álcool

Como esperado, a análise bivariada entre as variáveis número médio de copos numa ocasião de consumo do álcool e frequência média de embriaguez correlacionou-se significativamente no sentido positivo com o ICRA (Correlações Spearman, $p < 0.01$). Verificou-se igualmente uma relação significativa entre a variável sexo e alguns elementos da história individual de consumo do álcool. Assim, no sentido de se avaliar a relação entre alguns elementos da história de consumo do álcool da população adolescente e os supostos comportamentos para lidar com a *ressaca* do álcool após um episódio de consumo excessivo do álcool, procedeu-se a uma análise de covariância (ANCOVA), utilizando os elementos da história de consumo do álcool como variável independente, o *score* total do ICRA como variável dependente e as variáveis número médio de copos numa ocasião de consumo do álcool, frequência média de embriaguez e o sexo a covariar. Os resul-

tados mostraram com significância estatística, que a população que reporta *scores* mais elevados no ICRA, bebe vinho (F 7.8; $p < 0.05$); possui antecedentes de binge drinking (F 4.3; $p < 0.05$) e refere consumir outro tipo de substâncias psicoactivas aquando de um período de consumo do álcool (F 3.6; $p < 0.05$).

DISCUSSÃO

A caracterização dos consumos do álcool na população revelou algumas discrepâncias entre sexo. No estudo, os rapazes revelam consumir maiores quantidades de álcool (maior número de copos) e referem beber com maior frequência até à embriaguez, quando comparados com as raparigas. A disparidade entre sexo no que respeita aos consumos do álcool tem sido socialmente reconhecida ao longo dos anos, com os homens a evidenciarem maiores níveis de consumo, quando comparados às mulheres^{18,19}. Estes resultados corroboram o estudo sobre a prevalência e frequência dos efeitos da *ressaca* do álcool de Slutske et al. (2003)⁷ que verificaram que os jovens do sexo masculino reportavam durante o último ano, embriagar-se e consumir álcool com maior frequência, quando comparado com a população feminina. Da mesma forma, McKinney e Coyle (2004)¹², num estudo laboratorial, verificaram que os rapazes relataram ter consumido mais álcool na noite anterior à avaliação da *ressaca* da manhã seguinte. Todavia, os dados epidemiológicos europeus mais recentes, com especial atenção para Portugal, apontam para a aproximação de consumos entre a população feminina e a masculina²⁰, o que consubstancia um trajecto convergente de estilos de vida entre a população Europeia²¹, compreendendo a internacionalização e uniformização dos hábitos de beber.

Quando avaliado a preferência por determinadas bebidas alcoólicas, verifica-se que os rapazes reportam maior frequência de consumo de bebidas fermentadas, cerveja e vinho. Vidal e Dias (2005)²⁰ enunciam uma alteração intrínseca no padrão de consumo de bebidas fermentadas na população portuguesa, com particular relevância para os jovens, com transposição do consumo de vinho para a cerveja. Todavia, este resultado de preferência por bebidas fermentadas nos rapazes deve ser inscrito num panorama geral de preferência por bebidas destiladas e alcoolidizadas, estas últimas conhecidas como *alcopops*. Estas *designer drinks (alcopops)* são bebidas fortemente adoçadas e misturadas com álcool (por vezes espirituosos de marca), que neutralizam o sabor do álcool e a sua rejeição natural. O seu perfil colorido e moderno, traduz um forte apelativo ao consumo do álcool nos mais jovens, principalmente, naqueles em que a ingestão de bebidas alcoóli-

cas tradicionais não é apreciada. É interessante que os adolescentes tendem a considerar estas bebidas *tecnológicas* particularmente inócuas e pouco associadas a efeitos fisiológicos desagradáveis^{22,23}.

O padrão de consumo do álcool dos sujeitos que compreendem a amostra é coerente com um padrão juvenil de consumo do álcool, caracterizado por uma clivagem entre o período normativo dos dias úteis da semana e o *grito libertador* do fim-de-semana, marcado pelos excessos que foram (auto)coarctados durante a semana. Os jovens referem beber preferencialmente ao fim-de-semana, no período nocturno, de uma forma gregária e associado à fenomenologia das festas.

Os custos sociais associados ao fenómeno da *ressaca*, embora indeterminados, são consideravelmente substanciais¹⁰. Vários estudos mostram o prejuízo económico associado aos episódios de *ressaca* pós-consumo do álcool, ao promover os atrasos, risco de acidentes, diminuição de produtividade e absentismo laboral^{10,13,14}. Se ponderarmos o contexto social em que os jovens se inscrevem, não é difícil de prever um prejuízo de produtividade ocupacional e académica. Por exemplo, Meilman et al (1990)²⁴ verificaram que 29% dos estudantes já tinham perdido tempo escolar por se encontrarem a recuperar da *ressaca* pelo álcool.

A *ressaca* induzida pelo consumo imoderado do álcool inclui várias combinações de sintomas psíquicos e fisiológicos, todavia, a expressão e intensidade sintomatológica subordina-se às especificidades do episódio de consumo do álcool e é condicionada pela acentuada variabilidade idiossincrática individual dos mecanismos neurobiológicos subjacentes, dos factores psicológicos e do contexto sócio-cultural em que o indivíduo se insere. Tipicamente, observam-se sintomas como fadiga, cefaleia, dores musculares, sede, vermelhidão dos olhos, vertigens (pe., sensação de ver o quarto a andar à roda) e alterações cognitivas e do humor relacionadas com as dificuldades de concentração e atenção, a ansiedade, depressão e irascibilidade. Assiste-se igualmente a sinais de aumento da actividade do sistema nervoso autónomo (simpático), com aumento da tensão arterial e do batimento cardíaco, tremor e sudorese¹¹. Várias alterações fisiopatológicas ocorrem durante o consumo agudo do álcool e também, após a sua metabolização completa, gerando um síndrome de mal-estar geral que normalmente o jovem tenta remediar. Os resultados mostram que uma elevada percentagem da população adolescente da amostra (75.6%) já se envolveu nalgum tipo de actividade para lidar com uma constelação de efeitos aversivos consequentes ao consumo do álcool, a que

vulgarmente apelidamos de *ressaca*. Wiese et al (2000)⁶ referem que a circunstância mais alarmante da *ressaca* é a sua elevada prevalência. Por exemplo, Howland et al (2008)⁸ avaliaram seis estudos experimentais (administração de álcool) e verificaram que apenas 23.4% dos participantes não reportaram sintomas de *ressaca*.

Um dos factores que parece mediar a exibição de sintomas de *ressaca* pós-consumo do álcool é a qualidade do sono. Um período de consumo excessivo do álcool, favorece toda uma série de alterações do ciclo sono/vigília, com diminuição dos períodos de sonho (sono REM) e aumento das fases de sono profundo (NREM). A perturbação do ritmo biológico do sono pode culminar em apneia do sono, roncopatias (potenciadas pelo relaxamento muscular produzido pelo álcool), insónias e perturbações do humor^{9,11}. A expressividade sintomatológica da *ressaca* pós-consumo do álcool pode igualmente obedecer a outros condicionantes, para além do efeito tóxico directo do álcool no cérebro e noutros órgãos, como o efeito da privação do álcool, da acumulação de acetaldéido, da existência de outros componentes tóxicos nas bebidas alcoólicas e no consumo concomitante de drogas^{6,11}. Todos estes mecanismos podem estar implicados no efeito *ressaca*, quando CAS regressa a zero, depois de ter estado elevada pelo episódio de consumo agudo do álcool¹⁰.

Com base no ICRA, verifica-se que os comportamentos para lidar com a *ressaca* do álcool mais reportados relacionam-se com o processo de hidratação produzida pela ingestão de líquidos e lacticínios. A acção directa do álcool pode conduzir à desidratação, ao produzir um aumento do débito urinário (diurese) através da inibição directa da hormona anti-diurética, reduzindo assim a reabsorção renal e aumentando a produção de urina. A perda adicional de fluidos por intermédio de diarreias, vômito e da sudorese profusa (por aumento da temperatura corporal) pode amplificar o processo de desidratação e desequilíbrio electrolítico, com consequente sintomatologia de fraqueza corporal e sensação de *boca seca*. A hidratação parece atenuar o mal-estar geral, mas não alivia por completo os sintomas de *ressaca*⁶.

A ingestão de cafeína e nicotina foram igualmente comportamentos bastante reportados pelos jovens face a um episódio de *ressaca*. Coloca-se a hipótese que a acção psicoestimulante ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC) provocada pela cafeína e nicotina pode auxiliar o jovem nalgum revigoração, aumento da vigília e redução da sensação de fadiga.

A necessidade de aporte glicémico com alimentos (pe., ricos em açúcar), foi outro dos comportamentos mais relatados pela população em estudo. O álcool, ao imiscuir-se

na metabolização hepática, inibe a disponibilidade da glicose através de mecanismos mediados pela insulina, depauperando a principal fonte de energia do cérebro, a glicose. A ingestão de alimentos (pe., ricos em hidratos de carbono) que possibilitem o aumento dos níveis de açúcar no sangue (glicemia), podem suprir, em certa medida, a sensação de fadiga e fraqueza geral resultante de uma noite de consumo rigoroso de álcool.

A toma de medicamentos com acção farmacológica analgésica foi outra das actividades destacadas pelos jovens para lidar com a *ressaca*. De facto, o efeito vasodilatador do álcool, em concomitância com as alterações da neurotransmissão consequentes à exposição cerebral do álcool (pe., serotonina), ocupam um lugar central na etiologia das dores de cabeça relacionadas com a *ressaca*¹¹.

Finalmente, observou-se a necessidade de reequilíbrio gastrointestinal através da acção desinflamatória farmacológica e emética. A actuação directa do álcool promove a irritação e inflamação do estômago, estimula a secreção de ácidos gástricos e auxilia a acumulação de ácidos gordos no tecido hepático, o que pode culminar em dores abdominais, náuseas e vômitos.

A frequência destes comportamentos para lidar com a *ressaca* traduz a necessidade do adolescente em tentar anular, ou aligeirar, de uma forma precisa e sintomática, os efeitos mais reiterados e abundantes de um cluster aversivo de *ressaca* do álcool. Estes dados corroboram, em certa medida, os resultados de Slutske et al (2003)⁷ que, embora não tivessem avaliado directamente as actividades mais frequentes para lidar com a *ressaca* do álcool, verificaram que os sintomas negativos mais reportados pelos adolescentes num período de *ressaca* eram, a desidratação, cansaço, dor de cabeça, fraqueza geral, náuseas e vômitos, dificuldades de concentração e maior sensibilidade à luz que o habitual (fotofobia). Verificaram-se também sintomas relacionados com a sudorese, insónia, ansiedade, depressão e tremor, ainda que com percentagens reduzidas.

Quando consideramos os sintomas da *ressaca* do álcool comumente reportados na literatura, demarcamos a sobreposição de alguns dos seus sintomas com os sintomas presentes num síndrome de privação moderado do álcool (SPMA). Contudo, é importante distinguir estes conceitos. O SPMA desenvolve-se a partir da neuroadaptação da função cerebral ao álcool e está associado a uma hiperexcitabilidade do cérebro mediada pelo glutamato (neuromediador excitatório do SNC) e pelo aumento e estimulação excessiva dos receptores NMDA (N-Metil-D-Aspartato), desencadeando um fenómeno de excitotoxicidade cerebral^{6,25,26}. A *ressaca* do álcool implica uma depressão difusa cortical do SNC. Deste modo e como seria de esperar, com-

portamentos para lidar com a *ressaca* do álcool relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas, procura de ajuda numa instituição de saúde, toma de medicação para a irritabilidade e nervosismo e consumo de substância ilícitas, obtiveram um baixo número de respostas na população, tendo em conta que são comportamentos normalmente observados em populações clínicas, com problemas ligados ao álcool previamente diagnosticados (alcoholismo).

O estudo verificou uma correlação entre o ICRA, o número médio de copos e a embriaguez. Resultado similar obteve Slutske et al (2003)⁷ ao avaliar directamente os sintomas de *ressaca*.

A análise de covariância verificou uma ligeira tendência do sexo feminino para reportar mais comportamento destinados a lidar com a *ressaca*, do que o sexo masculino, contudo, estes resultados não se mostraram significativos e devem ser interpretados tendo em conta a preponderância do sexo feminino na amostra. Esta propensão dos resultados assemelha-se, em certa medida, com os achados de Slutske et al (2003)⁷ que não verificaram qualquer relação significativa entre a variável sexo e a *ressaca* do álcool, porém, após controlar as variáveis de frequência de consumo do álcool e embriaguez, verificaram que o sexo feminino era predictor de um síndrome de *ressaca* de maior gravidade. Com base neste resultado, os autores sugerem que em contextos naturais, o síndrome de *ressaca* do álcool experienciado é semelhante em ambos os sexos, tendo em conta que os rapazes apresentam um padrão de consumo do álcool distinto das raparigas, o que implica que as raparigas com consumos inferiores apresentam o mesmo nível de *ressaca*, do que os rapazes com consumos normalmente bastante superiores. Este resultado de Slutske et al (2003)⁷ vai de encontro com o modelo de vulnerabilidade fisiológica do sexo feminino ao efeito do álcool.

A análise dos dados revelaram que a ingestão de vinho, os antecedentes de *binge drinking* e consumir outro tipo de substâncias psicoactivas aquando de um período de consumo do álcool, foram preditores de um maior *score* no ICRA, o que poderá ditar maior grau de mal-estar provocado pelo consumo exagerado do álcool.

É interessante como a ingestão habitual de vinho (bebida fermentada) traduz um predictor de um maior envolvimento com comportamentos para lidar com a *ressaca*, quando a tipologia de bebidas alcoólicas de maior preferência da amostra é a do consumo de bebidas destiladas ou alcoolizadas, com maior graduação alcoólica, as quais não registaram qualquer relação significativa com o ICRA. Podemos por aqui a hipótese da influência de um padrão de consumo do álcool característico de algumas populações jovens, em que uma ocasião de consumo do álcool é

marcada inicialmente pela procura imediata do efeito euforizante do álcool, através do consumo de bebidas destiladas com maior graduação alcoólica (*alcopops*, shots, destilados adicionados a sumos), seguido do consumo reiterado de bebidas fermentadas com menor graduação de álcool e mais acessíveis economicamente (cerveja, vinho), com vista à manutenção dos níveis de álcool sangue.

Mais do que o tipo de bebida alcoólica ingerida, é a quantidade do consumo que parece interceder no despoletar de um episódio de *ressaca* no dia seguinte. Por exemplo, Metzner e Kraus (2007)²³ após analisarem metodologicamente alguns estudos, reconhecem a ausência de suporte científico para a assunção de que existem alguns efeitos dependentes das bebidas tipo *alcopops*, para além do já confirmado efeito da quantidade total de consumo de álcool.

É importante tecer um comentário relativamente a algumas preocupações éticas que este tipo de investigação possa suscitar. Os resultados do estudo revelam a necessidade dos jovens em atenuar (no dia seguinte) os sintomas de *mal-estar* provocados pelo consumo do álcool. Com a exploração dos comportamentos que frequentemente são empregues para lidar com os sintomas de *ressaca* do álcool, não pretendemos encorajar ou minimizar o consumo imoderado do álcool, pois estes métodos, muitas vezes *caseiros*, não usufruem de qualquer suporte científico da sua eficácia e, como é evidente, não subtraem os efeitos perniciosos patofisiológicos e sociais inerentes ao consumo excessivo do álcool nos jovens. Para além disso, de acordo com Pittler et al (2005)¹⁷ não existem resultados científicos conclusivos de que o alívio dos sintomas de *ressaca* acarreta um aumento do consumo do álcool, ou que, por outro lado, a presença dos sintomas detêm o seu consumo.

É importante também destacar que a análise sintomatológica e comportamental da *ressaca* pós-consumo do álcool não contempla a experiência global do adolescente, pois esta está condicionada à ocorrência de critérios objectivos de avaliação (sudorese, taquicardia, cefaleia...) e não capta a experiência individual subjectiva, nem muitas das alterações fisiológicas concomitantes (alterações hemodinâmicas, neurotransmissoras, hormonais).

CONCLUSÃO

A relação que o adolescente estabelece com as substâncias psicoactivas, neste caso o álcool, é veiculada por uma multiplicidade de vectores de ordem neurobiológica, psicológica e sócio-cultural, que interactuam de forma complexa na expressão de um comportamento que é o consumo de bebidas alcoólicas. Nas primeiras experiências com bebidas alcoólicas, os estudos apontam para a maior

preponderância dos factores sociais e psicológicos, enquanto que para o desenvolvimento de um problema de dependência do álcool, os factores biológicos parecem ter maior relevo. Do ponto de vista psicológico, o início e evolução do contacto com bebidas alcoólicas deve ser organizado sob a perspectiva dos significados que os consumos do álcool podem ter no período específico de desenvolvimento que é a adolescência. Para alguns adolescentes, o consumo pode representar a inclusão num grupo de pares, integrado num processo de mimetização de comportamento enquanto agente facilitador dessa integração; noutros casos pode simbolizar um ritual de transição para a adultícia, ou significar um comportamento de rebeldia face a uma realidade discordante, ou conflito de autonomia; noutras situações o consumo tem um claro efeito de desinibição sexual e de responsabilização na interacção com os amigos, podendo também assumir a forma de forçar uma experiência-limite. Obviamente que a iniciação do consumo do álcool também é influenciada por condicionantes sociais que incluem os efeitos da propaganda de bebidas alcoólicas sobre os jovens, com práticas de *marketing* bastante agressivas, às quais os jovens tendem a responder de uma forma emocional, podendo modificar o seu sistema de crenças e expectativas em relação ao beber.

Este estudo proporciona informação que julgamos profícua do ponto de vista pedagógico, ao aprofundar quais os mecanismos cognitivos e fisiológicos que ocorrem durante um episódio de *ressaca*, a qual, nalguns casos, é culturalmente entendida como uma punição *divina* de uma noite desregrada de consumo do álcool. Embora a *ressaca* provocada pelo consumo do álcool possa ser interpretada como um mero desconforto, o estudo mostra que os jovens sentem a necessidade de levar a cabo algumas actividades no sentido de amenizar os *efeitos residuais* do consumo do álcool, de forma a *dissimular* um mal-estar geral e debelar potenciais desresponsabilidades das actividades de vida diárias. Considerando que os mecanismos implicados na *ressaca* ainda permanecem pouco consensuais, são aqui discutidas algumas hipóteses etiológicas. Porém, convencionou-se com alguma fiabilidade que a probabilidade de experienciar um episódio de *ressaca* após o consumo do álcool, esteja relacionada com o pico de CAS alcançado na ocasião de consumo.

Tendo em conta que o consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento frequente e normativo da adolescência, propõe-se a adopção de uma perspectiva realista do fenómeno (mais do que ideológica e utópica), que passa por protelar ao máximo o início do consumo do álcool nos jovens, educando-os acerca dos potenciais malefícios do seu consumo dentro de uma perspectiva alargada de in-

centivo a um estilo de vida saudável. Os pais desempenham aqui um papel fundamental enquanto responsáveis pelo acompanhamento e educação dos filhos.

Se o jovem decide iniciar o consumo de bebidas alcoólicas (facto que nunca deve ocorrer precocemente) é importante que sinta a abertura dos pais para também o fazer junto destes, pois o consumo de álcool é um comportamento, e enquanto comportamento pode e deve ser ensinado e educado. É sob a supervisão dos pais que os jovens mais velhos podem aprender a beber de uma forma adequada e com controlo – *consumo de álcool benigno*. Quando a aprendizagem de beber ocorre apenas junto dos pares e sem qualquer supervisão de adultos, é *normal* que se generalize uma forma de aprendizagem de consumo do álcool que passa por uma clivagem entre abstinência total junto dos pais e o abuso junto dos pares.

Embora o consumo do álcool seja frequente nos jovens, o seu consumo dependente é raro. Quando ele aparece, representa um forte sinal de mal-estar psicológico que carece de um acompanhamento técnico-profissional adequado. Os pais e intervenores de saúde mental têm aqui uma função crucial enquanto agentes motivadores da mudança de comportamento no jovem, adoptando sempre uma atitude empática, compreensiva, despojada de crítica ou confronto e baseada na compreensão do significado do consumo, numa perspectiva de proximidade com o adolescente.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. DVORAK A, POMBO S, ISMAIL F, BARBOSA A, CARDOSO JM et al: Tipologias da dependência do álcool e o seu significado para a terapêutica médica. Acta Psiquiát Port 2006;52(2):1693-1705
2. POMBO S, REIZINHO R, ISMAIL F, BARBOSA A et al: NETER Alcoholic 5 Subtypes: Validity with Lesch 4 Evolutionary Subtypes. Intl J Psychiat Clin Pract 2007;1-10
3. POMBO S, LEVY P, BICHO M, ISMAIL F, CARDOSO JM: Neuropsychological function and platelet monoamine oxidase activity levels in type I alcoholic patients. Alcohol Alcohol 2008; 43(4):423-430
4. POMBO S, REIZINHO R, ISMAIL F, CARDOSO JM: Denegação do alcoolismo nos subtipos I e II de Cloninger.; Análise Psicológica 1 Série 2008b;XXVI pp:59-69
5. WESHSLER H, DAVENPORT A, DOWDALL G, MOEYKENS B, CASTILLO S: Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. JAMA 1994;272(21):1672-7

6. WIESE JG, SHLIPAK MG, BROWNER WS: The alcohol hangover. *Ann Intern Med* 2000;132:897-289 [ESTA REFERÊNCIA ESTÁ ERRADA]
7. SLUTSKE WS, PIASECKI TM, HUNT-CARTER EE: Development and initial validation of the Hangover Symptoms Scale: prevalence and correlates of Hangover Symptoms in college students. *Alcohol Clin Exp Res* 2003;27(9):1442-50
8. HOWLAND J, ROHSENOW D, EDWARDS E: Are Some Drinkers Resistant to Hangover? A Literature Review. *Current Drug Abuse Reviews* 2008;1:42-46
9. KINNEY A, COYLE K: Alcohol hangover effects on measures of affect the morning after a normal night's drinking. *Alcohol Alcohol* 2005;41(1):54-60
10. STEPHENS R, LING J, HEFFERNAN T, HEATHER N, JONES K: A review of the literature on the cognitive effects of alcohol hangover. *Alcohol Alcohol* 2008;43(2):163-170
11. SWIFT R, DAVIDSON D: Alcohol hangover: Mechanisms and mediators. *Alcohol Health Res World* 1998;22:54-60
12. MCKINNEY A, COYLE K: Next day an effect of a normal night's drinking on memory and psychomotor performance. *Alcohol Alcohol* 2004;39(6):509-513
13. CROFTON J: Extent and costs of alcohol problems in employment: A review of British data. *Alcohol Alcohol* 1987; 22:321-325
14. LEMON J, CHESTER G, FOX A, GREELY J, NABKE C: Investigation of the hangover effects of an acute dose of alcohol on psychomotor performance. *Alcohol: Clin Exp Res* 1993;17:665-8
15. POMBO S: As respostas mnésicas do cérebro perante a presença do álcool. *Acta Psiquiatr Port* 2008c;54:1919-26
16. MYRSTEIN AL, RYDBERG U, IDSTROM CM, LAMBLE R: Alcohol intoxication and hangover: modification of hangover by chlormethiazole. *Psychopharmacology* 1980;69:117-125
17. PITTLER M, VERSTER J, ERNST E: Interventions for preventing or treating alcohol hangover: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005;331:1515-8
18. NEVE RJM, DROP MJ, LEMMENS PH, SWINKELS H: Gender differences in drinking behaviour in the Netherlands: convergence or stability? *Addiction*. 1996;91:357-373
19. WILSNACK RW, VOGELTANZ ND, WILSNACK SC, HARRIS TR: Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction* 2000;95:251-265
20. VIDAL P, DIAS C: Trends and determinants of alcohol consumption in Portugal: Results from the National Health Surveys 1995 to 1996 and 1998 to 1999. *Alcoholism, Clin Exp Res* 2005;29(1):89-97
21. WILK EA, JANSEN J. Lifestyle-related risks: are trends in Europe converging? *Public Health* 2005;119(1):55-66
22. LEEMING D, HANLEY M, LYTTLE S: Young people's images of cigarettes, alcohol and drugs. *Drugs-Education Prevention and Policy*. 2002;9:169-185
23. METZNER C, KRAUS L: The Impact of Alcopops on Adolescent Drinking: a Literature Review. *Alcohol Alcohol* 2008;43(2):230-9
24. MEILMAN PW, STONE JE, GAYLOR MS, TURCO JH. Alcohol consumption by college undergraduates: current use and 10-year trends. *J Stud Alcohol* 1990;51:389-395
25. LOVINGER DM: Excitotoxicity and alcohol-related brain damage. *Alcoholism: Clin Exper Res* 1993;17:19-27
26. DODD PR, FOLEY PF, BUCKLEY ST, ECKERT AL, INNES DJ: Genes and gene expression in the brain of the alcoholic. *Addictive Behaviors*. 2004;29;1295-1309

ANEXO

Inventário de Comportamentos para lidar com a Ressaca do Álcool (ICRA)

Quando acordo de ressaca pelo consumo de álcool, já me aconteceu tentar atenuá-la através:

	Nunca	Uma vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
- Consumo de tabaco					
- Ingestão de líquidos (água, refrigerantes, sumos)					
- Consumo de laticínios (leite iogurtes)					
- Consumo de bebidas alcoólicas					
- Toma de medicação para a dor de cabeça (por ex. analgésico)					
- Toma de medicação para a azia ou má disposição (por ex. Gurosan, sais de fruto)					
- Consumo de substância ilícitas (por ex. cannabis, cocaína)					
- Provocação do vômito					
- Tomar um duche frio					
- Ingestão de doces (por ex. bolos, chocolates)					
- Procura de ajuda numa instituição de saúde (por ex. Hospital, Centro de Saúde)					
- Toma de medicação para a irritabilidade e nervosismo					
- Ingestão de café					
- Outras					
QUAL?					