

CAFÉ: CONSUMO REGULAR, DEPENDÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE

Laura M. Nunes

Doutoranda em Ciências Sociais/Psicologia/Delinquência

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UFP

lnunes@ufp.edu.pt

RESUMO

A cafeína é uma substância que integra a composição de produtos consumidos em todo o mundo, nomeadamente, o café. Entre as consequências desse consumo, contam-se os malefícios e a sua acção sobre o Sistema Nervoso Central. Após apresentar uma breve história do café, este artigo procura expor a multiplicidade de efeitos nefastos da sua ingestão. No entanto, salienta-se também o papel do café que, enquanto bebida e enquanto espaço de convívio, facilita a comunicação e promove a interacção.

PALAVRAS-CHAVE

Cafeína; comportamento adictivo; substância psicoactiva; comunicação; interacções.

ABSTRACT

Caffeine is a psychoactive substance, which takes part in the composition of a large diversity of regularly consumed products all over the world, especially coffee. Coffee consumption has several harmful consequences at various levels, with baneful effects

on the Central Nervous System. After presenting a brief history of coffee, this article tries to expose the multiplicity of its harmful effects. We also present coffee as a drink and as a space (coffee-house) which promotes communication and interaction.

KEYWORDS

Caffeine; addictive behaviour; psychoactive substance; communication; interactions.

1. INTRODUÇÃO

A cafeína, contida no café, no chá e em variados outros produtos (Battin, Luna, Lipman et al, 2008), é uma das substâncias psicoactivas que integra a composição de variadíssimos vegetais, cujo consumo acabou por se generalizar. Nomeadamente, o café foi sendo cada vez mais consumido, primeiro como remédio para certos males, depois como bebida energética largamente ingerida em todo o mundo (Escotado, 2004) e, entretanto, como fonte de convívio, estimulando a comunicação e abrindo espaços para o debate de ideias (Martins, 2008).

Sendo uma metilxantina, a cafeína é um alcalóide que não apresenta qualquer valor nutricional, actuando como estimulante do Sistema Nervoso Central e tendo uma acção vasodilatadora e diurética (Neto e Soares, 2006). Pertencendo ao grupo das substâncias psicoactivas de origem natural, a cafeína passou a ser ingerida diariamente por muitos, tornando-se a droga mais popular do mundo (Lundsberg, 1997). No entanto, longe de ser apenas uma bebida reconfortante, a cafeína, ingerida de forma regular e problemática, provoca uma multiplicidade de prejuízos ao nível dos sistemas cardiovascular, muscular e nervoso, onde promove alterações em termos dos circuitos neuroquímicos cerebrais, com mudanças ao nível da libertação e da acção de alguns neurotransmissores de crucial importância para o bom funcionamento do Homem. Por outro lado, activando determinadas áreas cerebrais e a circulação sanguínea das mesmas (Ross, 2005), o café torna-se um poderoso estimulante e, conseqüentemente, um dinamizador comunicacional.

Assim, este artigo procura apresentar, sucintamente, a história da cafeína, bem como expor a forma como a substância actua, podendo exibir alguns efeitos benéficos mas, também, vários prejuízos em termos de saúde. São enfatizados os efeitos da intoxicação por cafeína e o possível desenvolvimento de tolerância, assim como de dependência química, decorrentes do seu consumo regular e problemático. Enfatiza-se, também, o poder adictivo da substância, cuja cessação de consumo produz

uma constelação de sintomas de abstinência. Essencialmente, o que se pretende é alertar para um consumo generalizado que, mais do que reconfortante, pode constituir uma fonte de variadíssimos e graves problemas para a saúde. Não obstante, apesar dos efeitos nefastos do seu consumo problemático, o café apresenta-se, também, como bebida que potencia o debate, estimula o convívio e, de bebida a espaço de convívio, abre portas à troca de ideias (Martins, 2008).

2. BREVE HISTÓRIA DO CAFÉ

Foi no ano de 575 que, pela primeira vez, se procedeu ao registo das características e dos efeitos estimulantes do café (Martins, 2008), numa narrativa com sabor a lenda, a respeito de um pastor da Etiópia que recorria ao fruto e às folhas do arbusto para tornar o seu rebanho de cabras mais lépido, ágil e resistente às caminhadas (Debry, 1993; Jeanguyot, Séguier-Guis e Duris, 2003).

Inicialmente, antes do cultivo comercial do café, os etíopes apenas colhiam os seus frutos e folhas, mascando a polpa do bago e a folhagem que lhes conferia energia e resistência, à semelhança do ocorrido nos Andes com as folhas de coca. Os primeiros a proceder ao cultivo da planta e a difundir os seus aroma e sabor foram os árabes, não se sabendo com precisão quando o café da Etiópia chegou à Arábia (Eccardi e Sandalj, 2003). Depois de mascarados, os frutos e as folhas do arbusto facultavam uma inusual energia, que apenas passou a ser alcançada através do café como bebida por volta do ano 1000. Nessa altura, os frutos eram fervidos e a bebida era consumida, essencialmente, com fins medicinais ou como excitante que auxiliava os monges nas suas rezas e vigílias nocturnas (Martins, 2008). Também consta que o uso do café como bebida se associava aos filósofos *Sufis*, que o consumiam para os seus longos e tardios exercícios espirituais (Eccardi e Sandalj, 2003).

Apenas pelo século XIV se desenvolveu o processo de torrefacção do café que, desse modo, passou a propiciar a bebida com o sabor que hoje lhe conhecemos. A partir de 1450 começou a instalar-se o hábito de beber café, em espaços domésticos ou colectivos, como bebida não proibida pelo *Alcorão* (Martins, 2008). Por volta de 1580, o botânico e médico italiano, Alpin, durante a sua estadia de 4 anos no Egipto, estudou e registou a descrição de algumas das plantas que por lá conheceu, entre as quais se encontrava o café (Wagner, 2001). Já em 1615, alguns mercadores de Veneza adquiriram grãos de café em Alexandria e, a partir do porto de Mokka, levaram-nos para a Europa ocidental (Debry, 1993). Nessa altura, o Velho Continente começava a

travar conhecimento com o café, a par do chá, do cacau e do tabaco, num clima em que a nobreza, e depois a burguesia, se deliciavam com esses novos e exóticos produtos (Eccardi e Sandalj, 2003). As práticas de torrefacção e moagem já eram conhecidas e o café começou a ser apreciado na Europa, como bebida conhecida por “licor do Oriente” ou “licor dos Trópicos”, à qual muito poucos tinham acesso. Terá sido na França de Luís XV que o consumo de café começou a ser divulgado entre os mais afortunados, passando rapidamente à Suíça e, depois, à restante Europa (Debry, 1993; Jeanguyot, Séguier-Guis e Duris, 2003). Contudo, foi a Holanda que primeiro recebeu e cultivou os primeiros pés de café no Jardim Botânico de Amesterdão, passando a cultivá-los de forma sistemática nas suas colónias (Martins, 2008). Aliás, terão sido os holandeses a levar o café para o Suriname, de onde se propagou à colónia francesa de Cayenne e à colónia portuguesa do Pará, no Brasil (Wagner, 2001), contribuindo para a generalização do apreço pelo seu aroma e gosto. Na Turquia do século XVII, por exemplo, a paixão pelo café atingiu tais proporções que a lei considerava motivo legítimo de separação entre casais, se o marido se negasse a propiciar a estimulante bebida à mulher, excepto em casos de extrema pobreza (Escohotado, 2004).

O consumo de café generalizava-se, e não se limitou ao espaço doméstico, passando a inspirar a criação de espaços colectivos, acolhedores e estimulantes da troca de ideias (Martins, 2008). Em 1650 foi aberto um dos primeiros espaços que servia café, em Oxford (Wagner, 2001). Em França, os elegantes cafés parisienses convidavam ao convívio e inspiravam iguais iniciativas pela Europa. Por volta de 1652, um comerciante inglês associou-se a um grego chamado Pasqua, que sabia preparar a bebida e que acabou por estabelecer o primeiro espaço que servia café em Londres. Em 1671, inaugurou-se o primeiro café de Marsella. Ao longo do século XVII o interesse da Europa pelo café aumentou exponencialmente e, na América do Norte, o consumo de café foi introduzido em 1668. Por 1689 abriu a primeira casa que servia café em Boston, seguindo-se a inauguração de outros destes estabelecimentos (Wagner, 2001). Actualmente, o consumo regular de café faz parte do quotidiano de quase todos. Não obstante, muito embora legal e socialmente aceite, o uso do café deve obedecer a alguns cuidados.

3. O QUE É O CAFÉ

O café consiste num fruto, comparável à cereja, cujo grão pode ser separado do bago por desidratação ou por passagem entre dois cilindros, para posterior secagem

e torrefacção (Chevallier, 1862). A árvore do café requer um clima com temperaturas entre os 25 e os 30 graus, apenas dando fruto entre 3 a 4 anos após o seu plantio (Penilleau, 1864).

Evidentemente, hoje sabe-se muito mais sobre o café e sobre a árvore que o produz. De facto, a planta que fornece o café vive, em média, de 20 a 30 anos, podendo alcançar, no máximo, uns 80 anos de vida (Eccardi e Sandalj, 2003). As duas principais espécies com interesse comercial são a *Coffea arábica* e a *Coffea canephora robusta*, vulgarmente designadas por Arábica e Robusta, respectivamente (Spiller, 1997). O seu fruto possui, frequentemente, duas sementes, podendo ter apenas uma, arredondada, a que se chama Moca e que se constitui de água, hidratos de carbono, lípidos, aminoácidos, minerais e cafeína (Eccardi e Sandalj, 2003). Na verdade, o café é uma substância enquadrada nas chamadas “bebidas energéticas” (Battin, Luna, Lipman et al, 2008), que contém, na sua composição, uma variada gama de químicos naturalmente presentes no grão, de que fazem parte a cafeína, responsável pela sensação de bem-estar psíquico, glícidos e lípidos, além de outras substâncias a que se juntam algumas exógenas, que lhe conferem determinadas propriedades como, por exemplo, o aroma. Em termos genéricos, os efeitos propiciados pelo café devem-se, essencialmente à cafeína que, sendo altamente estimulante, também confere as subtis notas de sabor amargo que tornam o café tão apetecível (Clark e Macrae, 1988). A cafeína consiste num químico que se encontra presente na composição de mais de 60 espécies vegetais (Lundsberg, 1997), tendo sido isolada pela primeira vez em 1820 e, 3 anos depois, descrita e caracterizada como uma substância cristalina e volátil que, posteriormente, foi também reconhecida como semelhante à teína, esta última isolada a partir das folhas de chá (Debry, 1993).

Actualmente, a cafeína é considerada uma droga com sabor algo amargo (Lee e Lee, 1998), que se encontra no café, em certos chás, no chocolate, em determinadas bebidas como as energéticas, nalguns medicamentos e nas “*stay-awake tablets*” entre outros produtos (Battin, Luna, Lipman et al, 2008), produzindo efeitos estimulantes e tendo a capacidade de afectar o Sistema Nervoso Central (Lee e Lee, 1998), uma vez que atravessa a barreira hemato-encefálica e actua como antagonista da adenosina, bem como sobre os neurónios noradrenérgicos e dopaminérgicos (Sadock, Kaplan e Sadock, 2007). Efectivamente, a cafeína desenvolve uma acção mimética do efeito da dopamina, ligada à sensação de felicidade e de energia. A cafeína também baixa os níveis de serotonina, associada ao humor e à agressividade, e promove a depleção do ácido GABA-aminobutírico, associado a efeitos relaxantes e redutores de ansiedade (Mars, 2001). Não obstante, a despeito de todos estes

efeitos, o consumo de cafeína é extremamente elevado, registando um crescimento considerável (Gutiérrez, 2002), até porque se encontra numa extensa variedade de alimentos e de bebidas, sendo considerada a droga mais popular do mundo (Lundberg, 1997), para além de possuir fortes poderes adictivos (Mars, 2001; Escohotado, 2004). Essencialmente consumida através da ingestão de café e de outras bebidas, a cafeína também se apresenta em comprimidos e cápsulas, para quem dela pretenda retirar os efeitos sem recorrer a qualquer bebida (Ruiz, 2005).

4. CONSUMO DE CAFEÍNA E SAÚDE

O consumo de cafeína tem sido associado a problemas muito diversos, como ansiedade, depressão, insónia, problemas reprodutivos e doença cardiovascular (Mars, 2001). No entanto, não é menos verdade que a cafeína, enquanto bebida rica em antioxidantes, tem sido apontada como uma substância que pode contribuir para a prevenção de enfermidades cardiovasculares (Andersen, Jacobs, Carlsen e Blomhoff, 2006; Gutiérrez, 2002). De acordo com estudos epidemiológicos, o consumo moderado de café parece reduzir o risco de enfermidade coronária. Contudo, os resultados de tais estudos nem sempre se têm revelado consistentes sendo, por vezes, contraditórios (Gutiérrez, 2002), uma vez que algumas dessas investigações (Tofler, Foy, Kenneth, Hickey e Burke, 2001) também apontam no sentido da associação entre o consumo de café e o risco de desenvolvimento de doença coronária. Por outro lado, a cafeína tem vindo a ser investigada e, a par de outras substâncias, tem sido associada ao risco de desenvolvimento de doença oncológica. Nomeadamente, o café tem-se revelado como um factor de risco, atravessado por outros aspectos, para o cancro pancreático (Farrow e Davis, 2005) e da próstata (Spiller e Bruce, 1997). Curiosamente, não foram encontradas associações significativas entre a ingestão regular de café e o desenvolvimento de cancro no intestino (Rosenberg, 1990), ou no fígado, onde parece haver até um efeito de redução de risco (Larsson e Wolk, 2007; Shimazu, Tsubono, Kuriyama et al, 2005). Ainda em relação ao fígado, também se tem verificado que o café parece possuir uma substância que o protege contra o desenvolvimento de cirrose, mais especificamente, contra a cirrose alcoólica (Klasky, Morton, Udaltsova e Friedman, 2006). O café também tem sido apontado por alguns como um potencial factor de aumento dos níveis de colesterol. Contudo, os estudos que se têm desenvolvido apresentam consideráveis diferenças metodológicas, além de evidenciarem resultados pouco consistentes, pelo que não se pode

afirmar a respeito da existência de uma qualquer relação causal entre o consumo de café e o aumento dos níveis de colesterol (Clark e Macrae, 1988). Ainda assim, um estudo recente (Strandhagen e Thelle, 2003) apontou para conclusões no sentido da redução dos níveis de colesterol, após um período de três semanas de abstinência de café. Assim, não sendo possível concluir a favor de uma relação causal pode, no entanto, verificar-se uma associação entre o consumo de café e os níveis de colesterol. Acrescente-se, ainda, que alguns estudos referem que o método de preparação do café é, também, um factor implicado na associação entre o consumo da bebida e os níveis de colesterol (Gardner, Bruce e Spiller, 1997).

O que se pode afirmar com toda a certeza é que o café é uma planta medicinal e um poderoso estimulante com propriedades adictivas, que suprime o apetite, provoca bronco-dilatação e taquicardia, tem efeitos diuréticos e laxantes, eleva os níveis plasmáticos de glicemia e as tensões arteriais (Mars, 2001). Apesar de não estar directamente associada a problemas cardíacos entre pessoas saudáveis, a cafeína é desaconselhada àqueles que apresentam doença cardíaca, em virtude de estar associada ao aparecimento de arritmias. Além disso, verifica-se uma clara associação da cafeína ao aumento da secreção gástrica sendo, por isso, uma substância interdita aos indivíduos que padecem de úlcera gástrica. Alguns estudos parecem indiciar a possível associação da cafeína à doença fibrocística da mama nas mulheres, muito embora não se possa afirmar sobre as ligações da cafeína ao desenvolvimento de doença oncológica (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003).

4. 1. A CAFEÍNA COMO DROGA DE ABUSO

A familiaridade de todos com o café pode levar a que não se considerem os perigos do seu consumo problemático. Contudo, há quem beba, diariamente, uma grande quantidade desta bebida, dependendo desse consumo para manter os seus níveis de funcionamento. Note-se que um grama diário de cafeína, equivalente a cerca de cinco chávenas de café, absorvido por um período de uma semana, é suficiente para gerar um quadro de abstinência. É também de salientar, que a cafeína induz a instalação da síndrome de abstinência em muito menos tempo que o ópio, a heroína e os barbitúricos (Escohotado, 2004). A absorção da cafeína faz-se em 15 a 45 minutos, os seus efeitos duram entre 2,5 e 7,5 horas e, mesmo que já não se sintam claramente os seus efeitos, o organismo pode necessitar de cerca de 13 horas para se libertar de todas as acções induzidas pela cafeína (Lee e Lee, 1998). A cafeína é, frequentemente, consumida como droga de abuso, agindo como reforçador positivo, provocando efeitos ligeiramente euforizantes e desenvolvendo tolerância, na medida em que se

instala a necessidade de aumentar os consumos para alcançar os mesmos efeitos (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003). Em doses elevadas, a cafeína pode provocar perturbações sensoriais como “zumbido nos ouvidos” ou a visão de “*flashes* de luz”, cefaleias, agitação extrema, diaforese e rubor facial. O consumo continuado e maciço de cafeína conduz, também, ao desenvolvimento de ansiedade, arritmias cardíacas e dor gastrointestinal. Em doses agudas, que excedam os dez gramas, podem surgir quadros convulsivos, insuficiência respiratória e possibilidade de morte. Ao consumo excessivo de cafeína, crónico ou agudo, estão também associadas perturbações do humor, do comportamento alimentar, psicóticas, da ansiedade e do sono (American Psychiatric Association, 2002), não sendo raros os estados de pânico, a depressão, e o aparecimento de surtos de esquizofrenia (Neto e Soares, 2006).

A cafeína integra a classe dos estimulantes do Sistema Nervoso Central e a intoxicação aguda provocada por esta substância denuncia uma situação transitória, que sucede à administração da substância psicoactiva, com sinais de perturbação do estado de consciência, da cognição, do comportamento ou de outras funções ou respostas psicofisiológicas (Azevedo, 2004). Particularmente, a intoxicação por cafeína é identificada pela presença de ansiedade, agitação psicomotora, inquietação, irritabilidade e queixas psicofisiológicas, tais como: “abalos” musculares, rubor facial, náusea, diurese, perturbação gastrointestinal e sensação de formigueiro nas mãos e nos pés. O consumo de mais de um grama de cafeína pode produzir pensamento e fala erráticos, taquicardia ou arritmia cardíacas, períodos de exaustão, acentuada agitação, tinido e ligeiras alucinações visuais (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003). Muito embora os critérios de diagnóstico para a síndrome de abstinência da cafeína não estejam claramente definidos, vários autores referem o desenvolvimento deste quadro, como reflexo do desenvolvimento de tolerância e de dependência relativamente à substância (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003). Entre os sintomas mais comuns da abstinência podem referir-se cefaleias, (Neto e Soares, 2006), fadiga, ansiedade, irritabilidade, prejuízo no desempenho psicomotor, náuseas, vômitos, avidez por ingerir café, dor e rigidez musculares. Estes sintomas surgem, geralmente, 12 a 24 horas após a última ingestão de cafeína, atingindo o seu pico em 24 a 48 horas e resolvendo-se no período de uma semana (Kaplan, Sadock e Grebb, 2003). De facto, o uso da cafeína, quando moderado, pode até proporcionar alguns benefícios. No entanto, esse consumo regular também apresenta uma série de efeitos colaterais, designadamente, sobre os sistemas cardiovascular, muscular e nervoso (Neto e Soares, 2006). Referem-se, aqui, os efeitos produzidos por um consumo problemático, em que se terá gerado uma situação de dependência. No entanto, vários

aspectos terão contribuído para a generalização do consumo de café. Efectivamente, a bebida apresenta um forte e cativante poder de congregar as pessoas em torno de uma mesa, tendo gerado espaços onde se tornou hábito debater ideias, interagir e, sobretudo, comunicar, enquanto se bebe café.

5. O CAFÉ COMO FACILITADOR DA COMUNICAÇÃO

Foram, precisamente, as propriedades estimulantes do café que revelaram o seu poder de aproximar as pessoas em interacções mais fecundas, em diálogos mais abertos, em debates de ideias e, consequentemente, em formas comunicacionais mais ricas. Por isso, o café teve e tem um grande impacto nas relações que se estabelecem, o que também terá contribuído para a sua rápida divulgação.

Assim, o uso do café saiu do contexto doméstico e invadiu as ruas, inspirando a criação de locais próprios para o seu consumo, onde se reuniam todos aqueles que pretendiam trocar conhecimentos, ideias ou, simplesmente, conversar descontraidamente. Dotados de um ambiente de aconchego e de aproximação entre as pessoas, os cafés, enquanto espaços de debate, proliferaram por todo o mundo tornando-se verdadeiros libertadores da comunicação. Em Inglaterra, por exemplo, os cafés estimulavam ao convívio e constituíam locais onde decorriam acesas e frutíferas discussões políticas e filosóficas (Martins, 2008). Assim, o café é uma das bebidas que mais se associa a situações de interacção e a locais concretos de reunião e confraternização. Actualmente, o café, apesar das suas propriedades psicoactivas, tem sido associado, nomeadamente pelas campanhas publicitárias, a momentos de pausa, de descanso e até de relaxamento. Por outro lado, também se verifica a associação do café à actividade e à energia. Essas estratégias de comunicação usadas pela publicidade reflectem a forma como o café é percebido. É que, de facto, o café não é percebido como uma substância, mas antes como uma circunstância (Barthes, 1997), como uma situação que faz parte do quotidiano de todos e que está ligada ao prazer e ao acto de confraternizar e de debater. O café conquistou um papel muito presente na vida de todos, sendo praticamente indissociável das mais variadas situações em que está presente a interacção e a estreita comunicação entre as pessoas. Também aí se encontra o seu poder, nomeadamente, em Portugal, onde, segundo Birmingham (1999), se tornou tradição, depois de ter sido fonte de rendimentos, levando ao desenvolvimento de um promissor mercado a partir das antigas colónias, Brasil e Angola, que o produziam.

6. NOTAS CONCLUSIVAS

Inicialmente vista como um remédio para alívio de determinados males, a cafeína revela-se, à semelhança do que ocorreu com o tabaco, a coca e outras substâncias, tão benéfica como prejudicial, dependendo da forma e, sobretudo, das doses em que é utilizada. Assim, tal como já havia sido afirmado na antiga e sábia Grécia, as drogas não podem nem devem considerar-se boas ou más, mas antes como substâncias que actuam como remédios ou como venenos, dependendo da forma e das circunstâncias do seu consumo.

O café faz parte do dia-a-dia de quase todos. Conquistou o estatuto de bebida facilitadora da comunicação e inspiradora de mais fortes e estreitas interações. O café, publicitado como aliado ao relaxamento, estimula e assume-se como bebida e como espaço físico onde o debate e o convívio são os focos centrais. Contudo, como substância psicoactiva que é, requer o cuidado e o controlo necessários para que não se converta numa fonte de problemas para a saúde de quem o consome. A questão prende-se, essencialmente, com o facto de se tratar de uma substância que, além de legal, é socialmente aceite e valorizada, pelo que o seu uso é, frequentemente, desprovido de qualquer cuidado e atenção. Ao contrário do que tem vindo a ocorrer com o tabaco, o café permanece entre as substâncias sobre as quais não se verifica um esforço de sensibilização, pelo que as populações nem sempre se apercebem dos riscos que correm, não temendo nem suspeitando que possam cair num registo comportamental adictivo, com graves consequências para a sua saúde, física e mental. Em suma, a cafeína, presente em variados produtos consumidos sem qualquer controlo, e muito frequentemente ingeridos por crianças e adolescentes, envolve riscos para os quais há necessidade de alertar, sobretudo porque tem o poder de convidar à comunicação e de facilitar as interações.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4^a Ed.; J. Almeida, Trad.). Lisboa, Climepsi. (Original publicado em 2000).

ANDERSEN, L.; JACOBS, D.; CALSEN, M. e BLOMHOFF, R. (2006). Consumption of coffee is associated with reduced risk of death attributed to inflammatory and cardiovascular disease, in the Iowa women's health study. *In: American Journal of*

Clinical Nutrition, 83, N°5, pp. 1039-1046.

AZEVEDO, R. (2004). Dependência química. In: Sousa, J.; Guimarães, L. e Ballone, G. (Ed.). *Psicopatologia e psiquiatria básicas*. São Paulo, Vector Editora, pp. 197-210.

BATTIN, M.; LUNA, E.; LIPMAN, A.; GAHLINGER, P.; ROLLINS, D.; ROBERTS, J. et al (2008). *Drugs and justice: Seeking a consistent, coherent, comprehensive view*. United Kingdom, Oxford University Press.

BARTHES, R. (1997). Toward a psychosociology of contemporary food consumption. In: C. Couninham & P. Esterik (Eds.). *Food and culture. A reader*. London, Routledge, pp. 28-35.

BIRMINGHAM, D. (1999). *Portugal and Africa*. New York, Palgrave Macmillan.

CHEVALLIER, A. (1862). *Du café. Son historique, son usage, son utilité, ses alterations, ses suggédanés et ses falsifications*. Paris, J.-B. Bailliére et Fils.

CLARK, R. e MACRAE, R. (1988). *Coffee: Psysiology*. New York, Springer.

DEBRY, G. (1993). *Le café et la santé*. Montrouge, John Libbey Eurotext.

ECCARDI, F. e SANDALI, V. (2003). *O café: ambientes e diversidades* (R. F. Quental, Trad.). Rio de Janeiro, Casa da Palavra. (Original publicado s/d).

ESCOHOTADO, A. (2004). *Historia general de las drogas*. Madrid, Editorial Espasa Calpe.

FARROW, D. e DAVIS, S. (2005). Human cancer. Risk of pancreatic cancer in relation to medical history and the use of tobacco, alcohol and coffee. In: *International Journal of Cancer*, 45, N°5, pp. 816-820.

GARDNER, C. ; BRUCE, B. e SPILLER, G. (1997). Coffee, caffeine, and serum cholesterol. In: Spiller, G. (Ed.). *Caffeine*. Florida, CRC Press, pp. 301-3024.

GUTIÉRREZ, A. (2002). Café, antioxidantes y protección de la salud. In: *Medisan*, 6, N°4, pp. 72-81.

JEANGUYOT, M.; SÉGUIER-GUIS, M. e DURIS, D. (2003). *Terres de café*. Versailles, Editions Quae.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. e GREBB, J. (2003). *Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria Clínica* (7ª Ed.; D. Batista, Trad.). São Paulo, Art-med. (Original publicado em 1994).

KLASLY, A.; MORTON, C.; UDALTSOVA, N. e FRIEDMAN, G. (2006). Coffee, cirrhosis, and transaminase enzymes. In: *Archives of Internal Medicine*, N° 166, pp. 1190-1195.

LARSSON, S. e WOLK, A. (2007). Coffee consumption and risk of liver cancer: A meta-analysis. In: *Gastroenterology*, 132, N° 5, pp. 1740-1745.

LEE, R. e LEE, M. (1998). *Caffeine and nicotine*. New York, Rosen Publishing.

LUNDSBERG, L. (1997). Caffeine consumption. In: G. Spiller (Ed.). *Caffeine* (pp.

199-224). Florida, CRC Press.

MARS, B. (2001). *Addiction-free naturally: Liberating yourself from sugar, caffeine, food addictions, tobacco, alcohol, prescription drugs*. Rochester, Inner Traditions/Bear Company.

MARTINS, A. (2008). *História do café*. São Paulo, Editora Contexto.

NETO, R. e SOARES, A. (2006). O papel da cafeína nas cefaleias: factor agravante ou atenuante?. In: *Migrâneas Cefaleias*, 9, N° 3, pp. 72-77.

PENILLEAU, A. (1864). *Étude sur le café au point de vue historique, physiologique, hygiénique et alimentaire*. Paris, Adrien Dedahaye Libraire-Éditeur.

ROSS, I. (2005). *Medicinal plants of the world*. Vol. 3 (2^a Ed.). New York, Humana Press/Springer.

ROSENBERG, L. (1990). Coffee and tea consumption in relation to the risk of large bowel cancer: a review of epidemiologic studies. In: *Cancer Letters*, 52, N° 3, pp. 163-171.

RUIZ, J. (2005). *Drogas inteligentes: plantas, nutrientes y fármacos para potenciar el intelecto*. Barcelona, Pidotribo.

SADOCK, B. ; KAPLAN, H. e SADOCK, V. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/Clinical psychiatry* (10^a Ed.). Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

SHIMAZU, T.; TSUBONO, Y.; KURIYAMA, S.; OHMORI, K.; KOIZUMI, S.; NISHINO, Y. et al (2005). Coffee consumption and the risk of primary liver cancer: Pooled analysis of two prospective studies in Japan. In: *International Journal of Cancer*, 116, N° 1, pp. 150-154.

SPILLER, G. e BRUCE, B. (1997). Coffee, tea, methylxanthines, human cancer, and fibrocystic breast disease. In: Spiller, G. *Caffeine*. Florida, CRC Press, pp. 325-344.

SPILLER, M. (1997). The coffee plant and its processing. In: Spiller, G. (Ed.). *Caffeine*. Florida, CRC Press, pp. 79-98.

STRANDHGEN, E. e THELLE, D. (2003). Filtered coffee raises serum cholesterol: Results from a controlled study. In: *European Journal of Clinical Nutrition*, N° 57, pp. 1164-1168.

TOFLER, O.; FOY, S.; KENNETH, N.; HICKEY, G. e BURKE, V. (2001). Coffee and coronary heart disease. In: *Heart, Lung and Circulation*, 10, N° 3, pp. 116-120.

WAGNER, R. (2001). *Historia del café de Guatemala*. Bogotá, Villegas Editores.