

ANATOMIA PATOLOGICA DO CORPO E DA PSIQUE, UMA ANALISE DAS DOENÇAS PSICOSOMATICAS E A CURA PELA ESPIRITUALIDADE E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

LUIZ CLAUDIO HIPOLITO VALERIANO*

DOUTOR EM SAUDE PUBLICA, ESPECIALISTA EM PSICOPATOLOGIA,
MEDICO ASOCIADO AMA – ASOCIACION MEDICA ARGENTINA.

Email: phd.claudio@gmail.com

RESUMEN

Presentan en este trabajo un análisis de enfermedad patológica de cuerpo humano y su origen en la psique, el alma, con sus traumas, inconscientes.

Enfermedades como hipertensión, cáncer y enfermedades hepáticas, sociedad postmoderna que plaga.

Hacer una investigación bibliográfica, en que gran valor uso teórico sigue vivo, el argentino médico psiquiatra dr. Luis Chiozza.

Analizar la posible curación de enfermedades, con una nutrición saludable, el uso de grasa, la sal y la suplementación.

También utilizar bibliografía citando el famoso método de Sinatra por médico dr. Stephen Sinatra, cito el teórico vivo, brasileño dr. Lair Ribeiro.

Este trabajo muestra que verdaderamente existe la cura habla con la terapia y espiritualidad.

“psicoanálisis” y existe una cura para el alimento, con verdadera sal y aceite de coco.

Tambien finaliso con aceite, sal, a alimentacion saudavel.

PALABRAS CLAVE: psique, somática, patología, cuerpo, enfermedad, hipertensión, suplementação, sal, aceite de coco, espiritualidad, trasplante, enfermedad dealzheimer

RESUMO

Apresento neste trabalho uma analise patologica das enfermidades di corpo humano, e sua origem na psique, na alma, com seus traumas, inconcientes.

Doenças como hipertensão, cancer e doenças hepaticas, que assolam a sociedade pós-moderna.

Faço uma pesquisa bibliografica, no qual de grande valor utilizo o teorico ainda vivo, o argentino, medico psiquiatra dr. Luis chiozza.

Analiso tambem a possivel cura das enfermidades, com alimentação saudavel, utilização de gordura, sal e suplementação.

Tambem utilizo bibliografia citando o famoso metodo de sinatra, de autoria do medico dr. Stephen sinatra, cito tambem o teorico brasileiro, vivo, dr, lair ribeiro.

Apresento a visão holística , com a terapia e espiritualidade.

Tambem finaliso este trabalho mostra que verdadeiramente existe a cura pela fala “psicanalise” e existe a cura pela alimentação, com sal verdadeiro e oleo de coco.

PALAVRAS-CHAVE: psiqué, somatica, patologia, corpo, enfermidades, hipertensão, suplementação, sal, oleo de coco, espiritualidade, transplante, alzheimer, cancer.

Neste trabalho, apresento doenças, enfermidades do corpo com origem na alma, na psiquê, no trauma sofrido por homens e mulheres que fazem parte deste mundo.

Apresento esta primeira parte no qual utilizei a bibliografia o teórico, médico psiquiatra e psicanalista Argentino, Doutor Luís Chiozza pergunta sempre, “porque enfermamos?”

Também utilizo análise do Brasil, com alto índice de hipertensão, estresse, diabetes melitos, câncer, e outras síndromes que afligem a sociedade pós-moderna como a síndrome de Burnaut, e a síndrome de borderline.

Diante da estatística base populacional, temos um impressionante diagnóstico clínico.

Na segunda parte deste trabalho apresento a suplementação, segundo a solução de Sinatra, método desenvolvido pelo médico cardiologista dr. Stephen Sinatra, como uma possível prevenção e até mesmo uma cura para as enfermidades. Este método é composto por quatro nutrientes.

Tratamento da insuficiência cardíaca com nutrientes

Mais energia para o coração!

Solução de Sinatra tirou pessoas da lista de espera por um transplante

Desenvolvida a partir de uma combinação poderosa de quatro nutrientes. Assim a solução de Sinatra, que leva energia para o coração e ajuda a devolver qualidade de vida para quem tem doenças cardíacas.

Elaborada pelo renomado cardiologista norte-americano dr. Stephen Sinatra, a fórmula já tirou milhares de pessoas da lista de espera por um transplante. Para conseguir esses resultados, são associados magnésio, coenzima q10 (coq10), l-carnitina e d-ribose.

A “the sinatra solution” integra o conceito de cardiologia metabólica. Trata-se de um método testado, aprimorado e aprovado após décadas de estudos feitos por dr. Stephen sinatra.

Garantem maior fornecimento de energia para o coração.

Ajudam a prevenir arritmias cardíacas.

Contribuem para o metabolismo das gorduras, transportando-as para as mitocôndrias, local onde são utilizadas como geradoras de energia.

Fortalecem o sistema imunológico.

Combatem os radicais livres.

São extremamente eficientes no tratamento e na prevenção de doenças cardiovasculares.

Mais força para o seu coração com o poder dos nutrientes, cardiologia metabólica aplicada

Em seguida apresento a espiritualidade como fator sine quanon no auxílio ao tratamento médico.

O cardiologista e psicoterapeuta Stephen Sinatra revolucionava sua área de atuação com uma abordagem holística, que não se limitava a prescrever medicamentos: ele compreendia a importância de se conectar com seus pacientes e olhá-los além de suas doenças.

Segundo o cardiologista e psicoterapeuta Stephen Sinatra existem 8 leis que eles compartilham vão ampliar sua compreensão sobre a importância da fé, da comunhão com a natureza, do resgate do amor-próprio, da positividade, dos relacionamentos e da boa alimentação. Além disso, mostram o que podemos alcançar quando usamos as lições do céu para curar nossa vida na terra.

Apresento também a posição associação mundial de psiquiatria admite relevância da espiritualidade nos problemas de saúde.

A relação entre espiritualidade e saúde já é estudada há algum tempo, mas começa a receber cada vez mais atenção tanto do público quanto da comunidade científica.

Em seguida encerro apresentando o óleo de coco, na alimentação saudável.

cito o grande cardiologista brasileiro, nutrologo, medico, dr. Lair ribeiro.

No presente estudo, a questão norteadora da revisão integrativa foi revisar a literatura no sentido de evidenciar estudos que classificam o óleo de coco como Superalimento funcional. Para isso, foram consultadas as bases de dados lilacs (literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde), a biblioteca scielo (Scientific electronic library online) e Pubmed (national center for biotechnology information – ncbi, u.s. national library of medicine) e Amazon, independentemente de seu idioma de origem.

Rico em ácido láurico, que constitui 47% de seu índice de ácidos graxos, o óleo de coco tem inúmeras ações terapêuticas comprovadas. Em contato com PH ácido (equivalente a 2,0) do estômago, transforma-se em Monolaurina, um poderoso Antivirótico, antibacteriano e antifúngico, que não gera resistência, nem efeito colateral. A Monolaurina também age contra a ação de parasitas. Em uma rápida pesquisa na plataforma Google acadêmico, a palavra “Monolaurin” (entre aspas) registra 2.370 resultados. Aliado a esses atributos, o óleo de coco é reconhecidamente um potente anti-inflamatório, capaz de reduzir o LDL e aumentar o HDL, sem alterar os níveis de colesterol, na maioria dos estudos onde o perfil lipídico foi avaliado. Tem efeito antitrombótico e inibe a peroxidação lipídica, agindo como antioxidante, devido a sua alta concentração de vitamina e e ácido gálico. Esses e outros benefícios são comprovados em artigos e na

literatura científica médica, que destacam sua ação na prevenção e no tratamento eficaz de diversas patologias, como doença de alzheimer, hiv/aids, doenças cardiovasculares, câncer, diabetes (diabetes + obesidade) e infecções. Os corpos cetônicos – incluindo acetona, acetoacetato e betahidroxibutirato –, gerados a partir dos tscm do óleo de coco, contribuem significativamente para o metabolismo energético do cérebro. Em seu livro, a dra. Mary t. Newport¹, após tratar seu marido com óleo de coco e tscm, relata como a dieta cetogênica auxilia na remissão e cura da doença de Alzheimer, resultando em uma regressão importante tanto na sintomatologia motora quanto cognitiva.

Concluo com o sal, sua importância e formas de uso, sal: ingerir ou não ingerir?
Vilão ou herói?

Com o uso dos termos “sal”, “sódio”, “pressão alta” e “hipertensão” é possível encontrar 17.090 artigos publicados, entre 1966 e 2001, em sites especializados na internet (medline)¹. Isso mostra a complexidade em resumir e oferecer uma versão diferenciada sobre o assunto e seu papel na saúde humana.

ANATOMIA PATOLÓGICA DO CORPO E DA PSÍQUÉ, UMA ANÁLISE DAS DOENÇAS PSICOSOMÁTICAS E A CURA PELA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

CAPÍTULO I

PORQUE FICAMOS DOENTES ? O CORPO E A SUA DOENÇA

Numa tentativa de se abordar as doenças do corpo advindas pelo viés psíquico, tentamos essa apresentação, tomando como base a doença oriunda dos processos de "culpa inconsciente". Apenas numa tentativa de ampliação para nossas reflexões, acrescentaríamos que os processos relativos ao "remorso", também estariam na base do processo de "adoecimento".

"Assim é o corpo: um conjunto de lugares nos quais a ordem se mostra conflitante" (Serge Leclair, em "Desmascarar o Real").

Na verdade estamos diante da pergunta milenar: "Por que adoecemos?" E como ler a doença do corpo na perspectiva da "traição"?

Com relação à primeira questão, foi afirmado por Luís Chiozza: "O homem adoece porque oculta a si mesmo a história cujo significado lhe é insuportável. Geralmente a sua doença é uma resposta simbólica que tenta inconscientemente alterar o significado da história ou, o que é o mesmo, a sua conclusão. Em outras palavras, da necessidade de ocultar a indiferença e o silêncio da natureza a respeito desse evento que é a vida humana, nasceu a fantasia de que ela é um dom divino. Assim, a doença poderia ser interpretada como a inserção da morte na vida. A doença se presta a ser vista como caso exemplar da insensatez da "justiça divina"; ela é a denúncia do limite da misericórdia e do amor de Deus que deve ser remediado de alguma forma. A doença é desafio, prova de fogo da fé, e aparece unida à expiação de uma culpa.

Dessa forma, então a vida seria um eterno caminho para a redenção, uma vez que supostamente teríamos "traído" os ditames da lei divina.

O doente seria um contaminado que pode contagiar, sendo que a doença propõe ao doente perguntas extremas sobre o significado da existência. Ao reduzir a doença à punição divina, o cristianismo exprime a realidade psicológica, ao menos inicialmente, à luz da dinâmica persecutória.

O doente acaba como que sendo expropriado injustificadamente de seu projeto de vida. Nada pode ser mais aniquilador para um ser humano do que ser privado de sua perspectiva de futuro. A doença se apresenta como sendo uma advertência; o doente concretiza o perigo que pesa sobre cada um de nós. O corpo que adocece "sai do silêncio". Em decorrência a essa presença inexorável, foram criados os mitos do elixir da vida eterna, da pedra filosofal, para se poder imaginar uma juventude sem fim.

O órgão doente nos põe, quem sabe pela primeira vez, diante do "perseguidor" mais devastador e junto com o seu "progenitor": aquele que hospedamos dentro de nós. Pobre daquele que considera a doença unicamente como fato somático: há alguma coisa que entrou em crise e essa é a ocasião certa para se lançar um pouco de luz sobre a relação complexa que nos liga ao nosso corpo. Sabemos que psicologicamente falando, a somatização da doença é uma consequência da perda de contato com o conflito patogênico, cujo acesso à consciência foi impedido. Devemos, enquanto analistas, sempre nos perguntar qual é a "função" da doença dentro do aspecto psíquico.

A doença psicossomática aparece quando o nosso nível psicológico é muito pouco evoluído, não tem força para exprimir-se em termos simbólicos, atingindo o nível mais fraco, o corporal. Pode parecer estranho, mas o mal "nos acusa" sempre. É sabido que os estados depressivos produzem enfraquecimento do sistema imunológico e expõem o indivíduo às infecções. Aqueles que dificilmente

adecem possuem um nível psicológico muito elevado, porque conseguem traduzir simbolicamente os estados internos sem "mostrá-los" externamente.

Quando se expressa a linguagem do corpo, isso significa que a nossa capacidade de enfrentar conflitos é mais primitiva. Então o mal nos acusa, mas nos permite ao mesmo tempo, acusar os outros, canalizando uma agressividade dirigida para si próprio, e para os outros. Quando alguém adoece na família, esse fato é entendido como sendo uma censura tácita a todos; o doente se torna o portador do sintoma, aquele que se encarrega de exprimir e, ao mesmo tempo, de manter o equilíbrio patológico da família.

A trágica realidade é que o corpo "deve" ceder à doença. Essa realidade é simbolizada pelas imagens que retratam pessoas lendo com uma caveira na mão, indicando a dramática inseparabilidade e a inelutável co-presença do projeto e do seu limite.

Citaremos, agora como uma ilustração do "silêncio" que a doença nos impõe, um pequeno trecho de autoria de T. S. Eliot, A Terra Desolada.

Estou com os nervos em frangalhos esta noite.

Sim, em frangalhos.

Fica comigo.

Fala alguma coisa. Por que não falas? Fala.

Em que estás pensando? Pensando em que? Em que?

Não sei no que estás pensando. Pensa.

Penso que esse "diálogo" ou mesmo essas "questões", poderiam perfeitamente representar um questionamento entre a mente e o corpo adoecido.

Ocorre que o corpo "não pensa", e sim reage neuroanatomofisiologicamente e, por não poder pensar, reage através da doença. Daí a necessidade daquilo que chamamos em psicanálise, de "psicologizarmos o sintoma ou a sintomatologia" que o paciente nos apresenta. Freud foi incansável em se pronunciar, quanto à existência de além de um corpo real, um corpo simbólico, de um corpo erógeno ou ainda um corpo do desejo. Parece-nos que é sobre essas noção que estudos incessantes em Psicossomática estão fundamentados, como, por exemplo, os do citado Luís Chiozza e colaboradores do Instituto Weiszaecker.

Como um rápido exemplo dessa psicologização do sintoma, me recordo que atendi, certa feita, um paciente que me procurava por sofrer de episódios de hipertensão arterial. Nada tendo sido comprovado quanto a qualquer tipo de organicidade envolvida na sua sintomatologia. De posse desse diagnóstico diferencial sempre indispensável para nós clínicos, passei a me questionar sobre quais as possíveis facetas de sua vida presente e pretérita que poderiam estar sofrendo de uma "pressão alta". Não demorou para se encontrar, na sua relação conjugal, uma situação desse tipo, por onde começamos a trabalhar em seu processo de análise.

O que é rejeitado ou reprimido pode se manifestar como doença, explica médico psicanalista argentino

Na visão de Luis Chiozza, o hipertenso, por exemplo, passou por situações de humilhação e indignação.

“O que surge primeiro: o raio ou o trovão? Um segue a velocidade da luz, outro, a do som. Mas, os dois fazem parte do mesmo fenômeno natural: a chuva. Com a doença acontece o mesmo e não se pode afirmar se o mal nasce primeiro na mente ou no corpo. Mas ambos estão juntos e fazem parte do mesmo processo”, afirmou o médico e psicanalista argentino Luiz Chiozza, em conferência realizada no dia 05 de abril (sábado), em São Paulo.

Chiozza apresentou a palestra Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo, para uma plateia repleta de especialistas, terapeutas e profissionais de saúde. A conferência foi realizada no Instituto Sedes Sapientiae.

O psicanalista argentino citou a hipertensão como exemplo para a tese psicossomática. De acordo com ele, a diferença entre o “ser” e o “estar” são muito importantes quando o paciente descobre a pressão alta. “Geralmente, o paciente está hipertenso por uma humilhação que passou na vida, isto é, a situação causou uma indignação e quando não é expressa, é reprimida, e transforma-se em doença”, advertiu ele.

O mesmo ocorre praticamente com todas as doenças, entre elas, o câncer. Na visão do médico, há uma série de fatores psíquicos que interferem na evolução desta doença. “Há três tipos de pacientes com câncer: os que não aceitam e se revoltam; os que aceitam com resignação; e os que agem como se ele não existisse. Por incrível que pareça, os casos mais graves e mais difíceis de serem tratados são nas pessoas que continuam vivendo como se estivessem tranquilas”, salientou.

Inquirido sobre as doenças em recém-nascidos e nas crianças, Chiozza defendeu que a vida fetal também conta com a psique, que os fetos pensam também e estabelecem uma relação íntima com a emoção dos pais.

Sobre os distúrbios em animais domésticos, Luiz Chiozza foi bastante enfático. “Se o cão não pensasse, como poderia então encontrar o osso que deixou escondido? Os animais de estimação também pensam e refletem muito da emocionalidade dos seus donos”, alertou.

O médico falou do aspecto psicossomático de diversos distúrbios, entre eles, a obesidade. “O obeso busca incessantemente o afeto, além de sentir-se frágil para a maioria das situações. E sentir-se frágil para enfrentar as situações da vida é mais importante do que buscar o afeto na comida”, revelou.

A doença pode significar a expressão de um sofrimento cujo ego não deu conta de outra maneira” Essa afirmação é da psicanalista psicossomática Clarrissa Silbiger Ollitta. De acordo com a especialista, o ser humano é uma unidade que funciona de modo integrado. “Quando choramos, nossos olhos lacrimejam e sentimos tristeza junto. Precisamos do corpo para nos expressar e precisamos da mente para dar vida ao corpo. Uma doença pode aparecer mais como física, no organismo, o que não significa que a mente não esteja presente e vice-versa”, defende ela.

Uma pessoa com um problema pessoal de difícil solução pode adoecer como uma tentativa de resolver e descarregar a tensão do conflito por meio da alteração dos órgãos. “Isto não significa que ela voluntariamente criou a doença, mas que tentou resolver seu dilema da melhor maneira que conseguiu, o que não significa que seja uma alternativa saudável”, opina Clarissa.

E as doenças como forma de expressão podem surgir desde a idade mais tenra. A terapeuta cita o exemplo de uma criança que sofreu mudanças muito precoces

no início da vida e conviveu num ambiente instável e numa fase de fragilidade. “Pode ser que ao longo da vida, a criança tenha uma sensibilidade ampliada em situações de mudança como no período escolar, viagens, entre outros. Uma maneira de se estabilizar nestas situações é ficando gripada. Ela expressa através das gripes frequentes uma solução para seu estado de insegurança. Desta forma, desenvolve um sintoma, através de uma forma regredida, que exige um cuidado, um acolhimento”, diz a psicanalista.

Segundo a psicanálise psicossomática, um estilo de vida é construído ao longo dos anos e instrumenta a pessoa a realizar projetos, lidar com dificuldades, se apaixonar, trabalhar. Para Clarissa, todas as pessoas se deparam com situações complexas. Muitas vezes elas encontram saídas, mas outras não, porque isso acaba extrapolando a capacidade de enfrentamento. “Frente a estas situações de crise vital, a pessoa recorre ao repertório que ela construiu e, principalmente, ao modo como lidou em situações semelhantes. Por isso, a doença nunca é fato externo à vida da pessoa e sim, uma expressão da sua maneira de viver a vida”, conclui.

CONCLUSÃO

Concluo este trabalho, afirmando que para viver bem, precisamos estar bem.

O holístico é importantíssimo.

A alma precisa estar em sintonia com o corpo.

Realmente precisamos viver para comer.

A alimentação saudável pode em muito contribuir para o bem-estar de corpo e alma.

O mais importante da vida é viver...

Somos feitos da natureza.

Diante do conteúdo apresentado, entendo que estamos diante de uma sociedade globalizada, multiculturalizada, com suas tecnologias, sua evolução cultural, plural, mas também uma sociedade degradada, doente com suas patologias, com suas enfermidades no qual se envenena a cada dia com sua própria alimentação.

Espero que neste pequeno trabalho você possa ter sido despertado para um novo tempo.

Tempo holístico, com saúde e paz.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- CHIOZZA, Luis A. (1975). Corpo, Afeto e Linguagem. Revista Brasileira de Psicanálise, 9:243.
- CHIOZZA, Luis A. (1987) Por que Adoecemos? A história que se oculta no corpo. Ed. Papirus, Campinas.
- CHIOZZA, Luis A. (1997) Os Afetos Ocultos em – psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabete, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares. Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- CHIOZZA, Luis A. (1998) Os Sentimentos Ocultos em – hipertensão essencial, transtornos renais, litíase urinária, hipertrofia da próstata, varizes hemorroidais, esclerose, doenças auto-imunes. Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- DEBRAY, Rosine (1995) O Equilíbrio Psicossomático: e um estudo sobre diabéticos. Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- DIAS, Hericka Zogbi J. et. al. (2007) Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. Psicol. clin., v. 19, n. 2, Rio de Janeiro.
- FRANCO, L. et. al. (1998) Diabetes como causa básica ou associada de morte no Estado de São Paulo, Brazil, 1992. Rev. Saúde Pública, v. 32, nº3, São Paulo.

- GALVAN, G. B.; AMIRALIAN, M. L. T. M. (2009) Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Estud. psicol. (Campinas)*, v. 26, n. 3, Campinas.
- GURFINKEL, Decio *Psicanálise e Psicossoma: notas a partir do pensamento de Winnicott*. In: VOLICH, R. M., FERRAZ, F. C., ARANTES, M. A. De A. C. (Org.) (1998) *Psicossoma II: Psicossomática Psicanalítica*. Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- HELENO, M. G. V. (1991). *Diabete – um enfoque psicossomático*. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, 1(3), São Bernardo do Campo.
- OBSTFELD, Enrique (1975). *O Distúrbio Diabético, Expressão Somática de Dificuldades no Processo de Identificação*. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 9:171.
- SAFRA, Gilberto. (2005). *A Face Estética do Self: teoria e clínica*. Ed. Unimarco, São Paulo.
- TORQUATO, Maria T. C. G. et al. (2003) *Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil*. *São Paulo Med. J.*, v. 121, n. 6. São Paulo.
- WINNICOTT, D. W. (1990) *Natureza Humana*. Ed. Imago, Rio de Janeiro.
- WINNICOTT, D. W. (1994) *Explorações Psicanalíticas*. Ed. Artmed, Porto Alegre.
- WINNICOTT, D. W. (2000) *Da pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas*. Ed. Imago, Rio de Janeiro.

Ministério da Saúde. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA –

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. Brasília: 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf.

Acesso em: 28 de mar 2018. 28 de mar 2018.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

São Paulo:2018. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>. Acesso em: 28 de mar 2018.

Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.

Almeida FF, Barreto SM, Couto BR, Starling CE. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. Arquivo Brasileiro de Cardiologia 2003;80(1):41-60.

Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. Informe Epidemiológico do SUS 2000;9(1):23-41.

Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MFF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. Arquivo Brasileiro de Cardiologia 2001;77(6):576-81.

Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension: results in patients with diastolic blood pressure averagings 115 through 129 mmHg. JAMA 1997;202:1028-34.

The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, detection evaluation and treatment of high blood pressure. Archives of Internal Medicine 1997;157:2413-46.

High Blood Pressure – Screening. U.S. Preventive Services Task Force. [updated 2004 Sep 2, from 2004 informations]. Available from: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshype.htm>

Screening for Hypertension in Young and Middle-Aged Adults. Canadian Task Force on Preventive Health Care [updated 2004 Sep 2, from 2004 informations]. Available from: <http://www.ctfphc.org/>

World Health Organization. Population aging; a public health challenge. Geneva: WHO; 1998.

Lessa I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. Informe Epidemiológico do SUS 1993;3:59-75.

Silva LC, Orduñez P, Rodriguez MP, Robles S. A tool for assessing the usefulness of prevalence studies

done for surveillance purposes: the example of hypertension. Revista Panamericana de Salud Pública 2001;10(3):152-60.

Reddy KS, Yusuf S. Emerging epidemic of cardiovascular diseases in developing countries. Circulation 1998;97:596-601.

Martins IS, Coelho IT, Mazzilli RN, Singer JM, Souza CU, Junior AEA, et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população de área metropolitana da Região Sudeste do Brasil. I- Metodologia da pesquisa. Revista de Saúde Pública 1993;27(4):250-61.

Martins IS, Marucci MFN, Velasquez-Meléndez G, Coelho LT, Cervato AM. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população

de área metropolitana da Região Sudeste do Brasil. III-Hipertensão. Revista de Saúde Pública 1997;31(5):466-71.

Klein CH, Silva NAS, Nogueira AR, Block KV, Campos LHS. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil. I. Metodologia. Cadernos de Saúde Pública 1995;11(2):187-201.

Klein CH, Silva NAS, Nogueira AR, Block KV, Campos LHS. Hipertensão arterial na Ilha do Governador, Brasil. II. Prevalência. Cadernos de Saúde Pública 1995;11(3):389-94.

Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Revista de Saúde Pública 1994;28(4):261-7.

Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. Arquivo Brasileiro de Cardiologia 1995;63(6):473-79.

Trindade IS, Heineck G, Machado JR, Ayzemberg H, Formighieri M, Crestani M, et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). Arquivo Brasileiro de Cardiologia 1998;71(2):127-30.

Formigli VLA, Jacobina RR, Noblat ACB, Sobrinho CLN, Noblat LACB, Souza LF, et al. Hipertensão arterial em adultos de um bairro de Salvador, Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública 1998/1999;23(1):7-20.

Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertensos entre idosos. Cadernos de Saúde Pública 2004;20(2):512-21.

Ferreira SRG, Franco LJ, Gimeno SGA, Iochida LC, Iunes M. Is insulin or its precursor independently associated with hypertension? An epidemiology study in Japanese-Brazilians. *Hypertension* 1997;30:641-5.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [base de dados na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2004 [acesso 2004 set. 2, para informações de 1998]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Freitas OC, Carvalho FR, Neves JM, Veludo PK, Parreira RS, Gonçalves RM, et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2001;77(1):16-21.

Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in the Brazilian State of Rio Grande do Sul. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2002;78(5):484-90.

Lessa I, Araujo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MC. Clustering of modifiable

cardiovascular risk factors in adults living in Salvador (BA), Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004 Aug;16(2):131.

Matos AC, Ladeia AM. Assessment of cardiovascular risk factors in rural community in the Brazilian State of Bahia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2003;81(3):297-302.

Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade

referida de doenças e agravos não transmissíveis [dados na Internet]. Rio de Janeiro: Inca, 2005 [acesso 2005 mar. 14, informações em publicação sobre o inquérito]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

Tavares EF, Vieira-Filho JP, Andriolo A, Sanudo A, Gimeno SG, Franco LJ. Metabolic profile and

cardiovascular risk patterns of an Indian tribe living in the Amazon Region of Brazil. *Human Biology* 2003;75(1):31-46.

Mancilha-Carvalho J de J, Souza e Silva NA. The Yanomami Indians in the INTERSALT Study. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2003;80(3):289-300.

Coimbra CE Jr, Chor D, Santos RV, Salzano FM. Blood pressure levels in Xavante adults from the Pimentel Barbosa Indian Reservation, Mato Grosso, Brazil. *Ethnic Diseases* 2001;11(2):232-40.

Pavan L, Casiglia E, Braga LM, Winnicki M, Puato M, Pauletto P, Pessina AC. Effects of a traditional lifestyle on the cardiovascular risk profile: the Amondava population of the Brazilian Amazon. Comparison with matched African, Italian and Polish populations. *Journal of Hypertension* 1999;17(6):749-56.

Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-91. *Preventive Medicine* 1997;26:678-85.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (Projeto Bambuí). *Revista de Saúde Pública* 2004;38(5):637-42.

Newport MT. *Alzheimer's Disease – What If There Was a Cure?* 2nd Edition, Basic Health Publication, Inc. Laguna Beach, CA. 2013.

Geliebter A. Overfeeding with medium-chain triglycerides diet results in diminished deposition of fat. *Am J Clin Nutr*. 1983. 37.

Seaton TB, et al. Thermic effects of medium-chain and long chain triglycerides in man. *Am J Clin Nutr*, 1986;44:630-634.

Assunção ML, et al. Effects of dietary coconut oil on the biochemical and anthropometric profiles of women presenting abdominal obesity. *Lipids*. 2009 Jul;44(7):593-601.

Nevin KG, Rajamojan T. Beneficial effects of virgin coconut oil on lipid parameters and in vitro LDL oxidation. *Clinical Biochemistry*. 2004; 37:830–835.

Geliebter A. Overfeeding with a diet containing médium chain triglyceride impedes accumulation of body fat. *Clinical Research*. 1980. 28.

Baba N. Enhanced thermogenesis and diminished deposition of fat in response to overfeeding with diet Ribeiro / Braz. J. Surg. Clin. Res. V.18,n.3pp.109-117 (Mar – Mai 2017) BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr> containing medium-chain triglyceride. Am J Clin Nutr.1982. 35.

Hill, et al. Thermogenesis in humans during overfeeding with medium-chain triglycerides. Metabolism. July.1989,38(7):641-48.

Scalfi L, et al. Postprandial thermogenesis in lean and obese subjects after meals supplemented with mediumchain and long chain triglycerides. Am J Clin Nutr. 1991;53:1130-1133.

Garfinkel M, et al. Insulinotropic potency of lauric acid: A metabolic rationale for medium chain fatty acids (MCF) in TPN formulation. Journal of Surgical Research; 1992.

Parekh PI, et al. Reversal of diet-induced obesity and diabetes in mice. Metabolism.1998. 47(9):1089.

Lindeberg S, et al. Low serum insulin in traditional pacific islanders –the Kitava study. Metabolism. 1999. 48 1216-1219.

St-Onge M, et al. Physiological effects of medium-chain triglycerides: potential agent in the prevention of obesity. J. of Nutrition. 2002; 13(3):329-332.

Han JR, et al. Effects of dietary medium chain triglycerides on weight loss and insulin sensitivity in a group of moderately overweight free-living type 2 diabetic chinese subjects. Metabolism. July. 2007.56(7):985-991.

Cardoso DA, et al. A coconut virgin oil-rich diet increases HDL cholesterol and decreases waist circumference and body mass in coronary artery disease patients. Nutr. Hosp.2015. Nov. 1;32 (5):2144-52.

Page KA. Medium-chain fatty acids improve cognitive function in intensively treated type 1 diabetic patients and support in vitro synaptic transmission during acute hypoglycemia. Diabetes. 2009 May; 58 (5):12337-44.

Enig MG. Know your fats. Bethesda Press, Silver Spring, MD, 2000.

Siri-Tarino PW, et al. Meta-analysis of prospective cohort studies evaluating the association of saturated fat with cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr.* 2010. Mar.;91(3):535-46.

Chowdhury R, et al. Association of dietary supplement fatty acids with coronary risk: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014. Mar 18; 160(6):398-406.

Malhotra SL. Epidemiology of ischemic heart disease in India-geographic aspects, dietary and environmental factors in railway population of known constitution. *Indian Journal of Industrial Medicine*, 1968, 14(4):219-241.

Debakey M. Serum cholesterol levels in patients treated surgically for atherosclerosis. *JAMA*, 1964, 189:655-59.

Pittskhelauri GZ. The long living of soviet Georgia. 1982.Human Sciences Press, New York.

Alfin-Slater RB, et al. Lipids. *Modern Nutrition in Health and Disease*, 6 th ed., Philadelphia. 1980. 134.

Castelli WP. Concerning the possibility of a nut. *Arch Intern Med* 1992; 152 :1371-1372.

Enig Mary G. Health and nutritional benefits from coconut oil. *Price-Pottenger Nutrition Foundation Health,Journal.* 1998, 20:1:1-6.

Prior IA, et al. Cholesterol, coconuts, and diet on polynesian atolls: A natural experiment: The Pukapuka and Tokelau Island Studies. *Am J Clin Nutr.* 1981;34:1552-1561.

Mensik RP, et al. Effects of dietary fatty acids and carbohydrates on the ration of serum total to HDL cholesterol and on serum lipids and apolipoproteins: a meta-analysis of 60 controlled trials. *Am J Clin Nutr.*2003. 77(5):1146-1155.

Lindebrg S, et al. Cardiovascular risk factors in a Melanesian population apparently free from stroke and ischaemic heart disease: The Kitava study. *J. Intern. Med.*1994. 236:331-340.

Mendis S, et al. The effects of replacing coconut oil with corn oil on human serum lipid profiles and platelet derived factors active in atherogenesis. *Nutrition Reports International*. Oct. 1980; 40(4).

Kaunitz H, Dayrit CS. Coconut oil consumption and coronary heart disease. *Philippine Journal of Internal Medicine*. 1992. 30: 165-171.

Dayrit CS. Coconut oil: atherogenic or not?. *Philippine Journal of Cardiology*, 2003. 31:97-104.

Debmandal M, Mandal S. Coconut (*Cocos nucifera*) in health promotion and disease prevention. *Asian Pac J Trop Med*, 2011, 4(3):241-7.

Willett WC, et al. Intake of trans-fatty acids and risk of coronary heart disease among women. *Lancet*. 1993. 341 :581-585.

Temme EHM, et al. Comparison of the effects of diets enriched in lauric, palmitic or oleic acids on serum lipids and lipoproteins in healthy men and women. *Am J Clin Nutr*. 1996. 63:897-903.

Calabrese C, et al. A cross-over study of the effect of a single oral feeding of medium chain triglyceride oil vs canola oil on post-ingestion plasma triglyceride levels in healthy men. *Alter. Med. Rev*. 1999. 4(1):23-28.

Kono H, et al. Medium-chain triglycerides inhibit free radical formation and TNF- α production in rats given enterarterial ethanol. *Am J Physiol Liver Physiol*. 2000.278(3):G467.

De Roos NM, et al. Consumption of a solid fat rich in lauric acid results in a more favorable serum lipid profile in healthy men and women than consumption of a solid fat rich in trans-fatty acids. *J. of Nutrition*. 2001. 131:242-245.

Bourque C, et al. Consumption of oil composed of medium chain triacylglycerols, phytosterols, and n-3 fatty acids improve cardiovascular risk profile in overweight women. *Metabolism*. 2003; 52 (6):771-777.

Intahphuak S. Anti-inflammatory, analgesic and antipyretic activities of coconut oil. *Pharmaceutical Biology*. 2010. 48(2).

Fernando WP. The role of dietary coconut for the prevention and treatment of Alzheimer's disease: potential mechanism of action. *Br J Nutr* 201 Jul 14; 114(1):1-14.

Babu AS, et al. Virgin coconut oil and its potential cardioprotective effects. *Postgrad Med*. 2014. Nov;126(7):76-83.

Zhao G, et al. Effects of coconut juice on the formation of hyperlipidemia and atherosclerosis. *Chinese Journal of Preventive Medicine*. 1995. 29(4):216-8.

Campbell-Falcks D, et al. The intravenous of coconut water. *American Journal of Emergency Medicine*. Jan. 18(1).

Ribeiro / *Braz. J. Surg. Clin. Res.* V.18,n.3pp.109-117 (Mar – Mai 2017)

BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Macalalag EV Jr, Macalalag AL. Bukolysis: Young coconut water renoclysis for urinary stone dissolution. *Int Surg* 1987; 72(4):247.

Poblete GS., et al. The effect of coconut water on intraocular pressure of normal subjects. *Philipp J Ophthalmology*, 1999. 24(1):3-5.

Skrivanova E, et al. Susceptibility of *Escherichia coli*, *Salmonella* sp and *Clostridium perfringens* to organic acids and monolaurin. *Veterinari Medicina* (on line).2006; vol. 51, iss 3, s. 81-88.

Kabara JJ, et al. Fatty acids and derivatives as antimicrobial agents. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. July. 1972. 2(1):23-28.

Chowhan GS, et al. Treatment of tape worms infestation by coconut preparations. *Association of Physicians of India Journal*. 1985..33:207.

Dayrit CS. Coconut oil in health and disease: Its and monolaurin's potential as cure for HIV/AIDS. Paper presented at the 37th Annual Cocotech Meeting. Chennai.India. July 25th. 2000.

Bergsson G, et al. Killing of gram-positive cocci by fatty acids and monoglycerides. *APMIS* 2001. 109 (10):670-678.

Gupta A, et al. Coconut oil: the healthiest oil on earth. Review article. International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. UPSR; 2010. 1(6):19-26.

Schilling M, et al. Antimicrobial effects of virgin coconut oil and its medium chain fatty acids on clostridium difficile. J. Med. Food. 2013. Dec; 16 (12):1079-85.

Hierholzer JC, Kabara JJ. In vitro effects of monolaurin compounds on envelope RNA and DNA viruses. Journal of Food Safety. 1982; 4:1.

Petschow BW, et al. Susceptibility of Helicobacter pylori bactericidal properties of medium-chain monoglyceride and free fatty acids. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. 145. 1996.

Nolasco NA, et al. Effect of coconut oil, trilaurin and tripalmitin on the promotion stage of carcinogenesis.

Philipp J. Sci. 1994. 125 (1):161-169.

Witcher KJ, et al. Modulation of immune cell proliferation by glycerol monolaurate. Clin Diagn Lab Immunol. 1996.3(1):10-13.

Yeap SK, et al. Anti-stress and antioxidant effects of virgin coconut oil in vivo. Exp Ther Med 2014 Jan; 9:39-42.

Law KS, et al. The effects of virgin coconut oil (VCO) as supplementation on quality of life (QOL) among breast cancer patients. Lipids Health Disease Journal. 2014. Aug 27; 13:139.

Burkitt DP. Hiatus Hernia: is it preventable? Am J Clin Nutr. 1981; 34:428-431. Ribeiro / Braz. J. Surg. Clin. Res. V.18,n.3pp.109-117 (Mar – Mai 2017)

BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Macalalag EV Jr, Macalalag AL. Bukolysis: Young coconut water renoclysis for urinary stone dissolution. Int Surg 1987; 72(4):247.

Poblete GS., et al. The effect of coconut water on intraocular pressure of normal subjects. Philipp J Ophthalmology, 1999. 24(1):3-5.

Skrivanova E, et al. Susceptibility of *Escherichia coli*, *Salmonella* sp and *Clostridium perfringens* to organic acids and monolaurin. *Veterinari Medicina* (on line).2006; vol. 51, iss 3, s. 81-88.

Kabara JJ, et al. Fatty acids and derivatives as antimicrobial agents. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. July. 1972. 2(1):23-28.

Chowhan GS, et al. Treatment of tape worms infestation by coconut preparations. *Association of Physicians of India Journal*. 1985..33:207.

Dayrit CS. Coconut oil in health and disease: Its and monolaurin's potential as cure for HIV/AIDS. Paper presented at the 37th Annual Cocotech Meeting. Chennai. India. July 25th. 2000.

Bergsson G, et al. Killing of gram-positive cocci by fatty acids and monoglycerides. *APMIS* 2001. 109 (10):670- 678.

Gupta A, et al. Coconut oil: the healthiest oil on earth. Review article. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*. UPSR; 2010. 1(6):19-26.

Schilling M, et al. Antimicrobial effects of virgin coconut oil and its medium chain fatty acids on *Clostridium difficile*. *J. Med. Food*. 2013. Dec; 16 (12):1079-85.

Hierholzer JC, Kabara JJ. In vitro effects of monolaurin compounds on envelope RNA and DNA viruses. *Journal of Food Safety*. 1982; 4:1.

Petschow BW, et al. Susceptibility of *Helicobacter pylori* bactericidal properties of medium-chain monoglyceride and free fatty acids. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*. 145. 1996.

Nolasco NA, et al. Effect of coconut oil, trilaurin and tripalmitin on the promotion stage of carcinogenesis. *Philipp J. Sci*. 1994. 125 (1):161-169.

Witcher KJ, et al. Modulation of immune cell proliferation by glycerol monolaurate. *Clin Diagn Lab Immunol*. 1996. 3(1):10-13.

Yeap SK, et al. Anti-stress and antioxidant effects of virgin coconut oil in vivo. *Exp Ther Med* 2014 Jan; 9 (11):39-42.

Law KS, et al. The effects of virgin coconut oil (VCO) as supplementation on quality of life (QOL) among breast cancer patients. *Lipids Health Disease Journal*. 2014. Aug 27; 13:139.

Burkitt DP. Hiatus Hernia: is it preventable? *Am J Clin Nutr*. 1981; 34:428-431.

Ribeiro / *Braz. J. Surg. Clin. Res.* V.18,n.3pp.109-117 (Mar – Mai 2017)

BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Messerli FH, Schmieder RE. Salt and Hypertension- Going to the heart of the matter. *Arch Intern Med*. 2001; 161(4): 505-506. Doi: 10.1001/Archinte.161.4.505.

Heaney RP. Role of Dietary Sodium in Osteoporosis. *J Am Coll Nutr*. 2006; 25:271S-6S.

Bowell RJ, et al. Formation of cave salts and utilization by elephants in the Mount Elgon region, Kenya. *Geol. Soc., London, Spec. Publ.* 1996; 113:63-79.

Samler P. Intersalt Trial. *BMJ*. 1996; 18:312(704):1249-53.

He FJ, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *Cochrane database. Syst Ver* CD004937. 2004. doi:10.1002/146511858. CD4937.

Alderman MH, et al. Dietary sodium intake and mortality: the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES I). *Lancet*. 1998; 351:781-5.

Cohen HW, et al. Sodium intake and mortality in the NHANES II follow-up study. *Am J Med.* 2006;119:275-e7-14.

Stolarz-Skrzypek KKTTL, et al. Fatal and nonfatal outcomes, incidence of hypertension, and blood pressure changes in relation to urinary sodium excretion. *JAMA J Am Med.* 2011; 305:1777-85.

Ekinci EI, et al. Dietary salt intake and mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011;34:703-9.

Engstrom AM, et al. Nutritional consequences of reducing sodium intake. *Ann Intern Med.* 1983; 98(part 2):870-2.

Townsend MS. Low mineral intake is associated with high systolic blood pressure in the Third and Fourth National Health and Nutrition Examination Surveys: could we all be right? *Am J Hyperten.* 2005; 18(2 Pt1):261.

Rio A, et al. Metabolic effects of strict salt restriction in essential hypertensive patients. *J of Int Med.* 1993; 233:409-14.

Graudal NG. Effects of sodium restriction on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride: a meta-analysis. *JAMA,* 1998; 279:1383-91.

Ruppert M, et al. Short term dietary sodium restriction increases serum lipids and insulin in Salt-sensitive and salt-resistant normotensive adults. *Klin. Wochenschr.*1991; 69(suppls. XXV):51-57.

Alderman M. Low urinary sodium is associated with greater risk of myocardial infarction among treated hypertensive men. *Hypertension*. 1995; 25(6):1144-52.

Skott P, et al. Effects of insulin on kidney function and sodium excretion in healthy subjects. *Diabetologia*. 1989;32:694-9.

Garg R, et al. Low-salt diet increases insulin resistance in healthy subjects. *Metabolism*. 2011; 60:965-8.

Levin M. Bromide psychosis: four varieties. *Am J Psych*. 1948; 104:798-804.

Rauws AG. Pharmacokinetics of bromine ion-an overview. *Chem Toxic*. 1983; 21(1):379.

Dr. Stephen Sinatra comentando resumidamente a respeito do tratamento com Magnésio, CoQ10 (Coenzima Q10), L-Carnitina e D-Ribose (em inglês)

<http://www.drstinatra.com/metabolic-cardiology-a-powerful-treatment-for-congestive-heart-failure/>

No site do Dr Stephen Sinatra consta ainda a dosagem sugerida de (Magnésio, CoQ10, D-Ribose e L-Carnitina) para restabelecimento da energia cardíaca.

Site do Instituto do Coração Dr. Stephen Sinatra

Heart MD Institute Dr. Stephen Sinatra

<http://www.heartmdinstitute.com/>

Metabolic Cardiology

The Missing Link in Cardiovascular Disease - Part 1

The Missing Link in Cardiovascular Disease - Part 2

<https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2015/11/23/noticias-saude,186712/associacao-mundial-de-psiquiatria-admite-relevancia-da-espiritualidade.shtml/> Acesso 23/07/2018/13:16.

.

- www.coconutoil.com
- www.fda.gov/oc/initiatives/transfat
- www.westonaprice.org
- www.lauric.org/index.html
- www.westonaprice.org/knowyourfats

VERDADE CIENTÍFICA SOBRE UM SUPERALIMENTO FUNCIONAL
DENOMINADO ÓLEO DE COCO

Vol.18,n.3,pp.109-117 (Mar – Mai 2017) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

A VERDADE CIENTÍFICA SOBRE UM SUPERALIMENTO FUNCIONAL
DENOMINADO ÓLEO DE COCO

THE SCIENTIFIC TRUTH ABOUT A SUPER FUNCTIONAL FOOD
DENOMINATED

COCONUT OIL LAIR GERALDO THEODORO RIBEIRO*

* Médico, Cardiologista e Nutrólogo, professor contratado e coordenador de curso de pós-graduação lato sensu da Uningá – Centro

Universitário Ingá; Mestre em Cardiologia pela PUC-RJ e Fellow of the American College of Cardiology (FACC).

* Rua José Maria Lisboa, 445, Jardins, São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 01423-000. sintoniagrupo@uol.com.br

Recebido em 15/03/2017. Aceito para publicação em 20/04/2017

(Online / acesso 22/07/2018/11:30am.)

Dados disponíveis em inúmeros livros e trabalhos científicos reconhecidos mundialmente – sendo alguns deles apresentados e discutidos neste artigo – inserem o óleo de coco na categoria hoje classificada como superalimento funcional. (Online / acesso 22/07/2018/11:30am.)

SAL: INGERIR OU NÃO INGERIR? VILÃO OU HERÓI?

Vol.13,n.1,pp.06-11 (Dez 2015 – Fev 2016) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR

BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr> /LAIR GERALDO THEODORO RIBEIRO

Médico, Cardiologista e Nutrólogo, Coordenador de Curso de Pós-Graduação (lato sensu) da Faculdade Ingá. Mestre em Cardiologia

pela PUC-RJ. Fellow em Cardiologia pela American College of Cardiology.

* R. José Maria Lisboa, 445, Jardins, São Paulo, São Paulo, Brasil. CEP: 04230-000. sintoniagrupo@uol.com.br

Recebido em 21/10/2015. Aceito para publicação em 30/10/2015

Com o uso dos termos “sal”, “sódio”, “pressão alta” e “hipertensão” é possível encontrar 17.090 artigos publicados, entre 1966 e 2001, em sites especializados na internet (MEDLINE)¹. Isso mostra a complexidade em resumir e oferecer uma versão diferenciada sobre o assunto e seu papel na saúde humana/Online / acesso 22/07/2018/11:30am.

POSICIONAMENTO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA (WPA) SOBRE ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE /Retirado de em 27/02/2018Obrigatório citar o site e os autores: "Retirado de www.consciencial.org - Dalton Campos Roque"./ <http://consciencial.org/textos-extras/posicionamento-da-associacao-mundial-de-psiquiatria-wpa-sobre-espiritualidade-e-religiosidade/> ACESSO:23/07/2018 as 14:56pm.

<https://portuguese.mercola.com/sites/articles/archive/2016/08/25/aterramento-andar-descalco.aspx/> acesso: 23/07/2018 as 15:02 am.

VERDADE CIENTÍFICA SOBRE UM SUPeralimento FUNCIONAL DENOMINADO ÓLEO DE COCO/Vol.18,n.3,pp.109-117 (Mar – Mai 2017) Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR BJSCR (ISSN online: 2317-4404) Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>