

ALZHEIMER: QUANDO O PASSADO DEIXA DE EXISTIR

Geralda A.Rosa¹, Priscilla Maria S.Parreira²

¹Psicóloga na área hospitalar, pós graduada em psicologia do trânsito. e-mail: blanka.ge@hotmail.com

²Bacharel em direito, consultora jurídica, pesquisadora na área de direito ambiental, direitos humanos e saúde mental e-mail: p.parreirax@hotmail.com

Resumo: Envelhecer é fase do processo natural do sistema orgânico, assim, este sistema pode manifestar falhas como menor potência para trabalhos laborais, e demais atividades básicas diárias. E é nesta terceira etapa da vida que as demências se tornam mais comuns, (não pelo fato de envelhecer, mas como resultado de atitudes nocivas à saúde ou predisposição genética) dentre elas, a Doença de Alzheimer tem se destacado, devido alto índice de casos. Este é o assunto cerne deste pesquisa, que visa esclarecer aspectos sobre a manifestação da Doença de Alzheimer bem como a prevenção e a figura do cuidador. A D.A causa degeneração cerebral progressiva, comprometendo a parte cognitiva e funcional, tornando o paciente insuficiente para executar as simples atividades funcionais, pois, seu mecanismo de recordação, planejamento e análise são afetados. Ainda não há cura. Mas, é possível que o paciente tenha qualidade de vida positiva, proporcionando dias menos penosos e retardando uma possível inserção em asilo.

Palavras- chave: Doença de Alzheimer, Cuidador, Risco, Prevalência, Prevenção

1 INTRODUÇÃO

Alzheimer é o nome de um médico alemão, Alois Alzheimer (1864-1915), que em 1906, ao fazer uma autópsia, descobriu no cérebro do morto, lesões que ninguém nunca havia visto antes.

A doença de Alzheimer se enquadra no grupo das doenças neurodegenerativas, assim, definida pelo Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V, p.602) ‘Mal caracterizado pelo comprometimento geral de todos os setores da atividade cerebral, não estando relegado somente aos indivíduos de idade mais avançada, ou a quem faça parte de determinado segmento social’. Segundo DALGALARRONDO (2008), a doença de Alzheimer é “uma condição progressiva, decorrente de processo neurodegenerativo, que se manifesta por perdas cognitivas, em particular da memória, da linguagem, e das funções viso espaciais com empobrecimento progressivos das habilidades e atividades diárias”. Entre as preocupações mais relevantes com o paciente acometido pela Doença de Alzheimer está a perda de memória e suas implicações.

A doença de Alzheimer tem efeito direto sobre as variações da memória (memória recente e a longo prazo) sendo que a região cerebral mais afetada neste quadro é o hipocampo. Nessa região foram identificadas perdas dos marcadores Colinérgicos, e estes marcadores tem a seguinte dinâmica: um neurônio secreta seus neurotransmissores, que são captados por outro neurônio seguidamente e assim por diante, a hipótese colinérgica ocorre na falha dessa dinâmica.

Além dos marcadores colinérgicos, as bainhas de mielina também são de importância para a integridade física mental pois aceleram a velocidade da condução do impulso nervoso. As pesquisas indicam que proteínas, lipídeos e colesterol são significativamente reduzidas na mielina dos pacientes com Alzheimer.

Esta pesquisa foi motivada pelo índice chamativo de pacientes com doença de Alzheimer nas últimas décadas. Objetiva esclarecer no que consiste a Doença de Alzheimer, bem como elucidar sobre a relação diária entre paciente e cuidador, e ainda, instigar demais pesquisadores, a trabalharem sobre o assunto em pesquisas futuras, como por exemplo a depressão na doença de Alzheimer e critérios de diagnóstico.

2 MATERIAL E MÉTODO

A metodologia usada neste trabalho foi realizada através de revisão de literatura, e utilização de dados bibliográficos. Tendo os livros e artigos como principais fontes desta pesquisa.

Através da convivência com cuidador e paciente da Doença Alzheimer foi possível asseverar os resultados mais comuns encontrados em arquivos ligados a saúde .

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

É possível perceber a enfermidade da D.A observando alguns sinais: nas lições de GALLUCCI NETO (2005), descreve que o sintoma concreto e visível da doença de Alzheimer é a” deterioração progressiva e constante das funções intelectuais”. Perda da memória é o sintoma mais evidente, porém outros indícios aparecem, como por exemplo, o comprometimento da linguagem, sendo comum a existência de falhas na comunicação oral onde o uso de vocábulos e frases sem nexo ficam evidentes bem como a redução da fluência verbal(que pode ser detectada em atividades que exijam do paciente dar nome aos entes de um grupo durante pequenos espaços de tempo. Outro sintoma significativo trata-se da função visual e espacial. Ocorre perda da orientação do espaço geográfico, primeiramente em novos ambientes, e posteriormente em espaços familiares conforme a progressão da doença.

Demais sintomas podem ser percebidos como: (TRUZZI, 2005) “pode haver o desinteresse, apatia, desapego e inibição, além da desconfiança exagerada e paranoia” No estágio mais avançado da doença pode-se identificar dificuldades e limitações motoras. A coordenação encontra-se ameaçada pela manifestação da letargia global dos movimentos, enrijecimento das articulações e, em determinados casos surgem às apraxias, que se caracteriza pela incapacidade de execução dos movimentos apropriados para uma finalidade específica.

Na etapa final da D.A a capacidade de raciocínio e de iniciativas estarão integralmente comprometidas. Quando o paciente insurge no estado de apatia e de prostração significa o seu confinamento em locais fixos como cama e poltronas, a locomoção sem ajuda de outras pessoas torna-se impossível, surgem problemas pulmonares, incontinência urinária dentre outras ocorrências.

A depressão também é transtorno comum na D.A .” A depressão é a condição psiquiátrica mais notada e que pode se apresentar sob a forma de demência” PICOLLI(2006). A atenção no quadro de depressão na DA é fundamental, ao passo que quando identificada (com cautela para não confundir demência com depressão) necessita de medidas urgentes para alterar positivamente a qualidade de vida.

Fatores de risco: para o desenvolvimento da Doença de Alzheimer incluem desde fatores “etários bem como histórico familiar de doença de Alzheimer, mal de Parkinson, ou síndrome de Down; idade materna superior a 40 anos; sexo feminino, doença da tireoide; hipotireoidismo; baixa formação educacional; traumatismo craniano; depressão de início tardio; herança de certas formas de codificação de gene” (NITRINI, 2006). . CALDEIRA E RIBEIRO(2004) ensina que há causas genéticas, e estas podem interagir com um ou diversos fatores de predisposição ambiental e fatores associados à idade. E CABOT (2014 p 47-56) também afirma os seguintes fatores de risco:

Fatores de risco para o Alzheimer: gênero (a proporção é de 2 mulheres para cada homem. O diagnóstico para mulheres é maior porque geralmente vivem em média 5 anos a mais que os homens); educação (a educação e o lazer diminuem a probabilidade do Alzheimer, aprender coisas novas aumentam o número de conexões); glicose (o excesso é toxico impedindo que as células funcionem adequadamente); sonhos (um dos estudos descobriu que a incapacidade de lembrar dos sonhos aumenta a probabilidade de ter Alzheimer. Os sonhos são controlados por uma área rica em células colinérgicas, células produtoras de acetilcolina, importante neurotransmissor cerebral e periférico, do tipo que o Alzheimer destrói) idade; fumo, acidente vascular; traumatismo craniano; reposição hormonal, etnia, pressão alta, obesidade, disfunção tireoidiana, alumínio, dieta deficiente, inatividade física, uso de drogas e álcool, genética.

O alumínio merece atenção como fator que influencia no desenvolvimento da doença de Alzheimer, FERREIRA (2008) elucida em seus estudos que “a exposição ao Alumínio pode ativar os processos oxidativos das células gliais que, por sua vez, podem indiretamente danificar a integridade dos neurônios”. Sabemos que caixas de suco, panelas, cultivo de batata inglesa, creme dental, antiácidos dentre outros produtos, são revestidos de alumínio, logo devem ser substituídos por produtos que não sejam revestidos deste material. Nenhuma dessas precauções assegura, 100% o não aparecimento do Alzheimer, porém são indicações de pesquisas que podem auxiliar na prevenção.

Prevalência: as doenças neurodegenerativas ocorrem com maior frequência em idades mais avançadas. HUFFMAN, (2003) p.347, ressalva que “no envelhecimento a morte de neurônios é fato normal, e eventuais falhas de memórias em idade avançadas não significa que assertivamente acabará no Mal de Alzheimer”. DALGALORRONGO (2008) alude o seguinte: “Se o início da D.A ocorrer antes dos 65 anos denomina-se subforma pré-senil. Se ocorrer após os 65 anos denomina-se subforma senil. A subforma senil tem componentes genético-familiar mais evidentes além de curso mais rápido e mais grave. (p.37)”

Demência em crianças e adolescentes é incomum, os casos encontrados se devem mais a traumatismos, tumores cerebrais, acidentes cerebrovasculares, infecção por HIV dentre outros. Pesquisadores esclarecem que genitores afetados pela doença de Alzheimer têm 50% de probabilidade de ter filhos também afetados pela patologia. American psychiatric Association. Manual Diagnóstico. Estatístico de Transtornos Mentais DSM IV .(p. 612) traz a seguinte estatística “Em países com renda mais elevada varia de 5 a 10 por cento Na sétima década até pelo menos daí em diante . Dados estatísticos norte Americanos sugerem que 7% das pessoas diagnosticadas com DA tem entre 65 e 74. E 53% entre 75 e 84 e 40% tem 85 ou mais”.

Sabe-se que a cadeia hereditária que possui casos com Alzheimer possuem risco mais expressivo de desenvolver a doença, do que aqueles que não tem histórico deste tipo. YODOFSKY (2010 p.135); também colabora com os estudos a respeito da prevalência, e mostra que “A diabetes, e Hipertensão aumentam sobremaneira o risco para doença de Alzheimer.

Prevenção: há observações específicas a respeito da alimentação sobre a prevenção do Alzheimer, diversos autores corroboram sobre o assunto: CAIXETA (2012).p. 483-484 elucida que “os suplementos vitamínicos não auxiliam na prevenção da DA” e que em estudo de coorte foi identificado que a conjugação das vitaminas C e E administradas em altas doses auxiliam na diminuição da DA, mas isso não ocorre para o complexo B.”.Outro fator preventivo é movimentação do processo criativo, do pensamento construtivo, analítico, imaginário. Os jogos também participam do estímulo mental agindo nas sinapses. WARDLAW(2013) p. 666, apresenta medidas preventivas da doença de Alzheimer :

manutenção da atividade cerebral por meio de aprendizagem por toda a vida, o consumo de uma dieta rica em frutas, vegetais e o uso de ibuprofeno. O consumo de vitamina C, E e selênio ajuda a prevenir os radicais livres, dieta rica em ômega 3 e ômega 6 e pobre ácidos graxos saturados parecem ter um risco menor em desenvolver a doença de Alzheimer.

Como fator de proteção é necessário a prática de atividades físicas que oxigenam o organismo impulsionando mais energia ao corpo, e conseqüentemente maior disposição. Os benefícios da atividade física são notórios, além de promover bem estar físico também atua no psicológico, na formação de amizades, do controle da ansiedade. Exercícios físicos trabalham atividades mentais. A estrutura humana foi feita para locomoção, logo necessita de atividades nesse sentido, ao contrário, estaria indo contra a dinâmica natural do corpo que exige manejo condizente com sua função. O que não se usa: atrofia. CAMARGO E MAGALHÃES(2013.Cap.8):

Um estudo acompanhou homens e mulheres canadenses com mais de 65 anos de idade, por um período de 5 anos, mostrou que aqueles que tinham um alto nível de atividade física inserido em sua rotina exercícios mais vigorosos que caminhar,

praticados três ou mais vezes por semana tiveram o risco de desenvolver a demência reduzido em 50% em relação aos participantes sedentários.

É bastante divulgado que a ingestão moderada de vinho pode trazer benefícios ao organismo. Mas recentemente surgiu outra linha que diverge sobre esse conceito. À exemplo de pesquisadores que afirmam sobre o benefício da bebida temos: CARVALHO (2013) Estudos coordenados pelo professor Nigel Hooper, da universidade de Leeds, no Reino Unido, comprovaram (ainda em laboratório) que o resveratrol (componente encontrado no vinho) é capaz de modificar o formato da proteína beta amiloide, de forma impedir que os mesmos adiram às paredes das células, no cérebro, isso é função importantíssima no combate ao mal de Alzheimer. Enquanto que outros autores afirmam que o vinho não faz tão bem a saúde quanto se pensa. Para ROGER CORDER, da Universidade Queen Mary e Cientistas de medicina da Universidade Johns Hopkins afirmam ser mito que o resveratrol tenha qualquer coisa a ver com os benefícios do vinho tinto à saúde.

Tratamento: ainda não se tem um modelo de teste diagnóstico exclusivo e específico para a D.A. O modelo de diagnóstico clínico atualmente empregado é feito pela eliminação de outras doenças com sintomas análogos. A Doença de Alzheimer, não possui tratamento que vise à cura definitiva, é doença com desempenho progressivo, porém, há medicamentos farmacológicos que retardam a evolução da doença, melhorando não somente a vida do paciente como também da família, amenizando o sofrimento de ambos.

O tratamento normalmente segue os parâmetros sintomáticos e podem ir para além dos medicamentos. Farmacológicos, tais como: a inserção de especialistas em outras áreas é muito significativa, como fisioterapeutas, nutricionista, psicólogos entre outros. A inclusão destes especialistas devem tornar –se habituais para obter resultados significativos. A maioria de intervenções, sejam medicamentosas ou não, exige persistência e não eventualidade. SAYEG (2009) explana algumas intervenções:

Tratamento não farmacológico Terapia para orientação da realidade, terapia física, terapia ocupacional, terapia ambiental. Continuar com hábitos anteriores como ouvir música, tentar escrever cartas, ir a lugares públicos, ver tv, presença de animais de estimação, crianças brinquedos, passa tempo, hobbies, exercícios físicos como alongamento. P. 295, 303-310:

Deste modo o paciente poderá ficar mais tranquilo, portanto mais fácil de lidar. Os resultados do tratamento farmacológico e não farmacológico completam-se ajudando o paciente de DA a esforçar-se para estabelecer conexões neurais, a controlar suas exaltações, a tranquilizar-se, garantindo mais serenidade na convivência com esta demência.

Quanto a alimentação para os portadores de D.A: esta, deve ser capaz de fornecer antioxidantes, vitaminas, nutrientes, vitalidade, evitar alimentos industrializados geralmente ricos em sódio e gorduras nocivas, bem como sal e açúcar em excesso. Estas são informações bastante acessíveis que circulam em livros, revistas, canais de saúde, consulta médica, vídeos e internet.

Outras intervenções podem ser úteis, como presença simulada de familiares em fita de áudio ou de vídeo, (que induzem a recordação), terapia familiar, terapia individual, intervenção psicoeducacionais.

Cuidadores: de modo frequente as famílias não estão preparadas para lidar com o comportamento de quem sofre Alzheimer, tarefas simples do cotidiano como lavar louça, andar na calçada, conversar, transforma-se em transtorno. Além dos problemas de ordem prática, os psicológicos e sociais serão intrínsecos no dia a dia. Estes novos comportamentos automaticamente alteram a dinâmica familiar. É frequente quadros depressivos, medo, impaciência excessiva podendo levar a comportamentos agressivos, e auto medicação, de quem tem contato direto com pessoas com DA. Certamente para ser cuidador preparado é necessário querer, e além disso ter bases materiais adequadas .

O nível de escolaridade também repercute negativamente na sobrecarga do cuidador.

LOUREIRO (2013) confirma :

No tocante à relação entre os maiores níveis de sobrecarga e o baixo grau de escolaridade dos cuidadores, a falta de conhecimento e preparo para o cuidado, muitas vezes atrelada ao baixo nível de escolaridade, pode desencadear no cuidador sentimentos de ansiedade e angústia que repercutem negativamente no cuidado prestado, bem como na própria saúde do cuidador.

O manejo da DA será aliviado com a aceitação da família. Tornar-se consciente da indiferença que o paciente transmitirá a quem mantinha relações estreitas, além disso a perda de memória progressiva ocasionará comportamentos incomuns, o que necessita de destreza do cuidador para contornar tranquilamente as situações que envolvem choros, gritos, falta de orientação espacial, alterações bruscas de humor, não reconhecimento de pessoas que eram próximas, bem como o desaparecimento da consciência e reconhecimento de si e do mundo material. O cuidador convive com a aproximação física e o distanciamento psíquico. A percepção da existência da própria história do paciente de D.A, desaparece.

Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, (2005) indica condutas para aumentar a qualidade de vida tanto para quem possui DA, quanto para o cuidador: Programas educacionais e treinamento para cuidadores podem melhorar o estresse para os pacientes e cuidadores; redução de problemas de comportamento através de inserção de música, passeios, exercícios.

Autores esclarecem que os cuidadores também podem adoecer devido o manejo rigoroso com o paciente, CERQUEIRA e OLIVEIRA,(2002) “Cuidadores de pacientes com DA possuem maiores chances de ter sintomas psiquiátricos, mais problemas de saúde, maior frequência de conflitos, familiares e problemas no trabalho, se comparados a pessoas da mesma idade que não exercem o papel”

A sobrecarga emocional configura como o maior sofrimento para o cuidador. Geralmente o paciente necessita de cuidados quase integral, missão que exige do cuidador alto controle, paciência, disciplina com horários para administrar medicamentos, desenvoltura para contornar situações embaraçosas como momentos agressivos do paciente bem como ações repetitivas SAYEG (2009) confirma os possíveis efeitos colaterais mais comuns quanto aos cuidadores :

Culpa (associa a uma possível negligência); medo (que apesar de todo cuidado prestado com esmero o paciente tende a piorar diariamente, é uma experiência frustrante, por isso conhecer bem a doença é reconfortante, e ameniza esse sentimento) ; vergonha (pacientes que necessitam ser constantemente advertidos causam um desconforto ao cuidador);raiva (problema de ordem financeira, pouco tempo para si, esgotamento físico e mental, condutas aversivas do paciente como insultos, a falta de reconhecimento e de um pouco de gratidão geralmente traz irritação e raiva. p. 506-507

Diante dessas emoções negativas do cuidador, nota-se a necessidade de fazer paradas esporádicas para recuperar a energia, ter um local apenas seu onde possa recolher-se por ao menos um curtíssimo espaço de tempo, ter os seus pertences guardados individualmente do paciente, deve reservar espaço e tempo exclusivamente seu . Conversar com outros cuidadores também pode ser reconfortante. O que não pode ser esquecido é que o cuidador jamais deve esquecer de si. É necessário que ele esteja o melhor possível para ele mesmo e para exercer seu compromisso.

Outra alternativa que tem surtido efeitos positivos para o cuidador trata-se da interação virtual, comunidades virtuais, parcerias com centros de ajuda, que permitem a troca de experiência o que pode contribuir no contexto da resiliência familiar. BRUNO(2012) p.12, elenca a alternativa em que “As comunidades virtuais poderiam representar alternativas para o exercício da sociabilidade entre pessoas no pleno exercício do cuidado” mesmo em momentos em que a saída do ambiente doméstico encontra-se impossibilitada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Doenças crônico-degenerativas como a doença de Alzheimer tem alcançado um nível com volume e frequência expressivos, tornando um caso de saúde pública. As consequências da D.A resultam no desgaste físico e psicológico do cuidador e do paciente. Ainda não há cura, apenas medidas que retardam a progressão da doença. Razão que necessita intensificação das pesquisas

Há investigações encorajadoras em andamento, dentre elas experimentos com o medicamento pra diabetes (como o liraglutida) tem sido estudados a fim de paralisar a DA, existem também, pesquisas farmacológicas como por exemplo a de Dale Schenck, da Elan Pharmaceuticals de São Francisco (EUA), que experienciam uma vacina contra as placas de proteína beta-amilóide. É necessário também, que aprimorem os testes de diagnósticos feito com neuroquímicos que podem identificar a DA em um estado antecipatório e desde já, poder programar estruturas, sistemas e normas de conduta na esfera familiar e social.

Mesmo que os pacientes de Alzheimer não tenham suas recordações tão vívidas, e nem sejam capazes de planejar sonhos e desfrutar do presente com total consciência, ainda sim é vida, menos que a totalidade de antes, mas ainda assim, sobra vestígios o suficiente para à continuar encontrando quem quase se perdeu por completo dentro de si.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer's society. **Genetics of dementia.** Disponível em <http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=168>. Acesso: 2014.

BRUM,A.K.R; CAMACHO,A.C.L.; LINDOLPHO,S.P.C; LOUREDO,,D.S.**Programa Para Cuidadores de Idosos com Demência: Relato de Experiência.** Rev Bras Enferm, Brasília 2013 jul-ago; 66(4): 619-24

BRUNO.L.M.S.M.**Sobre As Comunidades Virtuais E A Doença De Alzheimer – Solidariedade, Cuidado e Informação.** Revista Kairós Gerontologia.. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.2012.

CABOT .S. **Alzheimer. O Programa Inovador Para Prevenção e Tratamento.** .. Editora Fundamento: Sao Paulo, 2014.

CAIXETA, L.**Doença de Alzheimer.** Ed. artmed :Porto alegre, 2012.

CAMARGO. J. A, MAGALHÃES N. **Não É Coisa Da Sua Cabeça:O Que Você Precisa Saber Sobre Ansiedade, Depressão E Outros Transtornos Emocionais.** 2ed. Editora Gutenberg.: Belo Horizonte-MG, 2013.

CALDEIRA. A. P. S; RIBEIRO R. C. **O Enfrentamento do Cuidador do Idoso com Alzheimer.**Arq Ciênc Saúde; 2004. abr-jun

CARVALHO,R. D.**Vinho e Prazer:Apreciação De Vinhos ComUm Sexto Sentido.** Editora Mauad : Rio de Janeiro.2013.

CERQUEIRA, A. T. A. R. & OLIVEIRA, N. I. L. **Programa de Apoio a Cuidadores: uma Ação Terapêutica e Preventiva na Atenção á Saúde dos Idosos.** Psicologia USP, 13(1),133-150. 2002.

DALGALARRONDO.P.**Psicopatologia e Semiologia dos transtornos Mentais.**2ªed.Porto Alegre: Artmed,2008.

DSM5. **American Psychiatrich Association. Manual Diagn.e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5edição.E d. Artmed:Porto Alegre, 2014.

FERREIRA, P.C;PIAI K,..A; TAKAYANAG A.M.M; MUÑOZ, S.I.S **Alumínio Como Fator De Risco Para A Doença De Alzheimer.** Rev Latino-am Enfermagem janeiro-fevereiro;USP.2008.



GALLUCCI N.,J. **Diagnóstico Diferencial das Demências**.Revista de psiquiatria clínica .Vol. 32, n. 3. 2005.p. 119-130.

HUFFMAN, K.;VERNOY, J; VERNOY, M.**Psicologia**.5ed.São Paulo:Atlas,2003.

LOUREIRO, L. N; FERNANDES, M. G.M; MARQUES, S; NÓBREGA, M. M. L; PARTEZANI, R. R.A. **Sobrecarga de Cuidadores Familiares de Idosos: Prevalência e Associação com Características do Idoso e do Cuidador**. Rev Esc Enferm USP.2013; 47(5):1133-40.

PICOLLI,F.**Qualidade de Vida de Cuidadores Não-Profissionais em Portadores de Alzheimer**.Logos: revista de divulgação científica - Vol. 17, n. 1. jan./jun. 2006.p. 53-62..

SAYEG,N. **Alzheimer.Diagnostico e Tratamento**. Editora Yendis: Sao Caetano Do Sul, SP 2009.

Texas Departamento Of State Health Services. **Alzheimer's Disease and Heredity**. Disponível em: < www.dshs.state.tx.us/alzheimers/heredity.shtm > acesso 19 jan2014

TRUZZI, A. **Doença de Alzheimer Esporádica de Início Precoce**. Revista de psiquiatria clínica - Vol. 32, n. 1. 2005.p. 43-46.

YODOFSKY.C. Stuart, HALES..**Fundamentos de Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento**. Artmed; Porto alegre.RS. 2010.

WACKER, P.. **Delirium e Demência no Idoso: Existem Fatores de Risco Comuns?**.Revista de psiquiatria clínica -Vol. 32, n. 3. 2005.p. 113-118.

.WARDLAW..M. G., SMITH. A. S .**Nutrição Contemporânea**. 8 edição; AMGH.2013.