



## CONSUMO EXCESSIVO DE SAL NA ALIMENTAÇÃO: UM RISCO PARA ALÉM DA HIPERTENSÃO ARTERIAL? EXCESSIVE SALT CONSUMPTION IN FOOD: A GREATER RISK THAN HYPERTENSION?

Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2014;371(7):624-34. doi: 10.1056/NEJMoa1304127.

### Introdução

A ingestão aumentada de sódio leva a um aumento da pressão arterial, fator de risco para patologias do foro cardiovascular. Contudo, os efeitos do consumo de sódio na mortalidade cardiovascular global estão ainda por esclarecer.

### Métodos

Foram recolhidos dados de estudos realizados sobre o consumo de sódio, determinado a partir da excreção urinária e hábitos alimentares, em indivíduos de 66 países (representativo de 74,1% da população adulta a nível mundial). Esses dados foram utilizados para quantificar o consumo global de sódio de acordo com idade, sexo e país. Posteriormente, os dados relativos ao efeito do sódio na pressão sanguínea, atendendo à idade, raça e presença ou ausência de hipertensão arterial, foram calculados numa nova meta-análise de 107 intervenções randomizadas. Já os efeitos da pressão sanguínea na mortalidade cardiovascular global, de acordo com a idade, foram calculados tendo por base uma meta-análise de estudos de coorte. Por sua vez, os dados relativos à mortalidade por causas específicas foram obtidos a partir do *Global Burden of Disease Study 2010*. Por fim, utilizando uma avaliação de risco comparativa, foram estimados os

efeitos cardiovasculares do consumo de sódio atual comparativamente com o valor de consumo de referência de 2,0g de sódio por dia, de acordo com a idade, sexo e país.

### Resultados

Em 2010, o consumo médio estimado de sódio foi de 3,95g por dia com variações regionais médias compreendidas entre 2,18g e 5,51g por dia. Globalmente, 1.65 milhões das mortes por causa cardiovascular (para um nível de confiança de 95%, intervalo de 1.10 a 2.22 milhões) foram atribuídas ao consumo de sódio acima do nível de referência. Destas, 61,9% ocorreram em homens e 38,1% em mulheres. Este número corresponde a aproximadamente uma em cada dez mortes por causa cardiovascular (9,5%). Quatro em cada cinco mortes (84,3%) ocorreram em países de nível socioeconómico baixo ou médio e duas em cada cinco mortes (40,4%) foram prematuras (antes dos 70 anos). A taxa de morte por causa cardiovascular associada ao consumo de sódio acima do nível de referência obteve o valor mais elevado na Geórgia e mais baixo no Quênia.

### Conclusão

Neste estudo, 1.65 milhões de mortes de causa cardiovascular, ocorridas em 2010, foram atribuídas ao consumo de sódio acima do nível de referência de 2,0g por dia.

### Comentário

A nível mundial, as doenças cérebro-cardiovasculares (DCCV) são consideradas um problema endémico, não apenas restrito aos países desenvolvidos, e responsáveis por cerca de um terço das mortes na globalidade. Em Portugal, as DCCV são atualmente a principal causa de morte, incapacidade, sofrimento e uso de recursos económicos (30,4% das mortes em Portugal Continental, dados de 2012).<sup>1</sup> Sendo doenças com múltiplos fatores de risco associados, é necessária uma abordagem integrada, consertada e transversal aos cuidados de saúde.<sup>1</sup>

As várias orientações europeias, americanas e na-

cionais apontam para uma estratégia de prevenção primária ao nível do risco cardiovascular.<sup>1</sup> Assim, este estudo inovador permite à comunidade médica uma visão nova e mais abrangente sobre o risco do consumo excessivo de sal. Este aparece, não só associado ao já conhecido risco de hipertensão arterial, como na objetivação de mortes de causa cardiovascular atribuídas a esse mesmo consumo, podendo constituir um novo ponto para a prevenção primária, educação para a saúde e prevenção da doença.

Em Portugal, de acordo com o estudo PHYSA, o consumo médio estimado de sal é de 10,7g por dia (deter-



minado pela excreção em urina de 24h).<sup>2</sup> Este valor equivale a um total de 4,28g de sódio por dia, o que corresponde aproximadamente ao dobro do estabelecido pelas recomendações internacionais, nomeadamente da Sociedade Europeia de Hipertensão, que recomenda restrição salina para 5-6g de sal por dia (2 a 2,4g de sódio).

Relativamente ao conteúdo de sal na alimentação, sabe-se que 75% do sal necessário provém dos próprios alimentos e que a adição de sal de mesa às refeições já confeccionadas deverá ser um dos principais pontos de intervenção, uma vez que o sal de mesa contém 30% de sódio.<sup>3</sup> Na educação para a saúde, a promoção de formas mais saudáveis de confeccionar os alimentos deverá ser cada vez mais uma parte integrante da abordagem ao doente com risco cardiovascular.

Na estratégia para a redução do sal proposta pela Direção-Geral da Saúde, em 2013, definiram-se cinco objetivos estratégicos que passam pela implementação de um sistema de avaliação da ingestão de sal a nível populacional e monitorização da sua quantidade nos alimentos; sensibilização dos consumidores para um consumo reduzido de sal; desenvolvimento de rotulagem capaz de destacar o conteúdo de sal dos alimentos e identificação de produtos com pouco sal; envolvimento da indústria tanto na reformulação e oferta de produtos alimentares com menores conteúdos em sal como na mudança do conhecimento, atitudes e comportamento dos consumidores.<sup>4</sup>

Relativamente às dúvidas controversas levantadas por estudos recentes acerca dos potenciais efeitos adversos e consequências do baixo consumo de sal (inclusive doença cardiovascular e morte), em 2013 foi criado um comité de peritos com o intuito de avaliar a evidência da relação entre o consumo de sódio e ganhos em saúde.<sup>5</sup> Conclui-se que existe, efetivamente, uma relação positiva entre a ingestão elevada de sódio e o risco de doenças cardiovasculares. O mesmo não se pode inferir relativamente à baixa ingestão de sódio (< 2,3g por dia), conforme recomendado nas *guidelines* mais recentes, sendo necessários mais estudos baseados na evidência focando os potenciais riscos e benefícios dos regimes alimentares com baixo teor de sódio.<sup>6</sup>

Os consensos científicos atuais apontam ainda para

a corresponsabilização do utente e valorizam o papel ativo que este deve ter em relação à sua saúde, nomeadamente no tratamento e gestão da sua doença, considerando-o imprescindível ao sucesso terapêutico.<sup>1</sup>

Em suma, o sal em excesso na alimentação é uma realidade identificada à escala mundial e este estudo vem demonstrar que os seus efeitos poderão ir para além da mera associação a hipertensão arterial. Sendo o risco cardiovascular um dos pontos estratégicos de intervenção das políticas de saúde mundiais (pretendendo-se a redução da mortalidade cardiovascular e dos fatores de risco com ela relacionados em 25% até 2025),<sup>6</sup> a educação para a saúde deverá ter aqui um dos seus focos de atuação. Defende-se não só a intervenção dos profissionais de saúde organizados em equipas multidisciplinares com complementaridade de funções, como também a definição de estratégias de intervenção na comunidade para a implementação de medidas de prevenção das DCCV.<sup>1</sup>

André P. Lourenço, Inês E. Macedo  
Médicos Internos de Medicina Geral e Familiar  
USF Modivas

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral da Saúde. Processo assistencial integrado do risco vascular no adulto: circular normativa nº 009/2014, de 29/12/2014. Lisboa: DGS; 2014. Available from: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/processo-assistencial-integrado-do-risco-cardiovascular-no-adulto.aspx>
2. Polónia J, Martins L, Pinto F, Nazaré J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. *J Hypertens*. 2014;32(6):1211-21.
3. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013. ISBN 9789241506236. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf)
4. Graça P. Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013. Available from: <http://www.dgs.pt/?cr=24482>
5. Oparil S. Low sodium intake: cardiovascular health benefit or risk? *N Engl J Med*. 2014;371(7):677-9.
6. Department of Agriculture, Department of Health and Human Services. Dietary guidelines for Americans, 2010. 7th ed. Washington, DC: Government Printing Office; 2010. Available from: <http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2010/dietaryguidelines2010.pdf>

#### CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflito de interesses.

Artigo escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.