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 Quénia.

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).[1] Sendo doenças com múltiplos fatores de risco associados, é necessária uma abordagem integrada, consertada e transversal aos cuidados de saúde.[1]

As várias orientações europeias, americanas e nacionais apontam para uma estratégia de prevenção primária ao nível do risco cardiovascular.[1] 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).[2] 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 confecionadas deverá ser um dos principais pontos de intervenção, uma vez que o sal de mesa contém 30% de sódio.[3] Na educação para a saúde, a promoção de formas mais saudáveis de confecionar 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.[4]

Relativamente às dúvidas controversas levantadas por estudos recentes acerca dos potenciais efeitos adversos e consequências do baixo consumo de sal (inclusivamente 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.[5] 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.[6]

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.[1]

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),[6] 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.[1]

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
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.