

# **PROJETO SOBRE CONSCIENTIZAÇÃO POPULAR QUANTO À ADEQUAÇÃO DA INGESTÃO DE SAL**



## **Associação Brasileira de Mulheres Médicas- Seção São Paulo (ABMM-SP)**

**Presidente: Dra. Maria de Fátima Caetano Pinto**

**Coordenação: Dra Ivone Minhoto Meinão –Vice –  
Presidente ABMM-SP/ Presidente do Departamento de  
Reumatologia da APM**

**Apoio: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo**

**Secretário: Dr. Giovanni Cerri**

**Apoio: Associação Paulista de Medicina (APM)**

**Presidente: Dr. Florisval Meinão**

**Apoio: Departamento Científico da APM**

**Diretor Científico: Dr. Paulo Manuel Pêgo Fernandes**

# **Projeto sobre conscientização popular quanto à adequação da ingestão de sal**

**Dra Ivone Minhoto Meinão**

## Ingestão de sal e seus efeitos deletérios

Há mais de quatro décadas, estudos evidenciaram a relação entre o excesso de sal na alimentação e o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS)(1).

Desde então inúmeros trabalhos confirmam esta conclusão. Embora outros fatores ambientais como, obesidade, alcoolismo, e tabagismo também influenciem no desencadeamento de doenças cardiovasculares especialmente a HAS, o excesso de sal é considerado um fator de risco independente de outros, na gênese da hipertensão (2,3,4,5,6).

O excesso de sal está mais relacionado com a resistência a insulina, à dislipidemia e à microalbuminúrica, fatores estes que colaboram no desenvolvimento de aterosclerose e HAS (7).

A maior ingestão de sal, na quantidade de 100mEq/d, durante anos, possui correlação direta com a presença de HAS, nos indivíduos acima de 60 anos. Nos grupos, desta

mesma idade aonde a ingestão de sal não ultrapassava 50m Eq/d observou-se que a HAS ocorria 50% menos(2).

Esta quantidade equivale a 6 g de sal por dia, que corresponde a uma colher de chá diária.

No Brasil a média de ingestão é de 13 g ao dia, portanto bem acima do recomendado.

Sabe-se que a HAS, não era encontrada em populações indígenas, tal como os Yanomamis, que não usavam o sal, antes de adotarem hábitos alimentares dos colonizadores europeus, que continham cloreto de sódio na composição do sal, condimento utilizado na culinária de outros povos que não os indígenas (2).

Nas Diretrizes Brasileiras sobre HAS, observamos que o tratamento inclui a diminuição da ingestão de sal, como efetivo elemento na diminuição importante dos níveis pressóricos (4).

Um grande estudo populacional nos anos oitenta demonstrou a correlação dos níveis de ingestão de sódio e sua excreção na urina de 24hs com os níveis pressóricos. Foram avaliados mais de 10 mil indivíduos em 52 populações e em 48 delas, verificou-se que, quanto maior a ingestão de sal, maior a excreção urinária e maiores os níveis pressóricos (8).

Uma meta - análise na década de 90, observou a perfeita relação com a restrição do sódio e seus efeitos benéficos

no sistema renina-angiotensina, na produção de aldosterona e catecolaminas e menores índices pressóricos (9).

Em 1983, Hofman et al, publicam um estudo randomizado, aonde concluem pela correlação de maiores níveis pressóricos em bebês, após 6 meses de dieta com maiores níveis de sódio(10).

Em 2003, ficou evidente, em um estudo sobre HAS na infância, que a mesma é um fator de risco para a presença desta patologia na fase adulta, e um dos fatores de risco é o hábito dietético com maior consumo de sódio (11).

No entanto a adesão ao tratamento da HAS ou mesmo sua prevenção, que inclui hábitos alimentares mais saudáveis, com menos calorias para evitar a obesidade e menor teor de sal, é pequena por parte da população em geral.

Há estudos demonstrando a correlação entre maior ingestão de sal e HAS com menores níveis educacionais e com menor nível sócio- econômico e a necessidade de intervenções educacionais contínuas e precoces (2,12).

Muitos estudos realizados observaram que atualmente 75% do sódio ingerido provem de alimentos industrializados e obtidos fora da alimentação de casa, como por exemplo, a rede de alimentos “fast-food” (13).

No entanto a redução deverá ser gradual para não interferir com as preferências de sabor, e outras estratégias como o maior uso de sais de potássio, é apontado como soluções, pois a Organização Mundial de Saúde têm encorajado a indústria alimentícia a diminuir o teor de sódio em seus produtos (13,14).

Um estudo recente demonstrou que a redução gradual de sódio é uma boa estratégia, pois quando se diminuiu em 20% o sal de um determinado tipo de queijo, os consumidores apontaram a diferença através de um questionário. No entanto quando se fez uma ação educativa a respeito dos benefícios da redução do sal, a um segundo grupo de consumidores, e em seguida é oferecido o queijo com 20% menos sal, a aceitação foi plena e sem restrições quanto ao sabor (15).

O Ministério da Saúde assinou acordo com representantes de Indústrias de Alimentos, para que, até 2016 se reduza o teor de sódio em produtos como batata frita, pão francês, biscoitos doces e salgados, bolos salgadinhos, maionese. As indústrias deverão colocar nos rótulos de seus produtos as informações quanto ao teor de sal e a ANVISA se responsabilizará na averiguação. A meta é que a população reduza para 5g diárias, o consumo de sal até 2020.

No entanto torna-se importante a conscientização popular para que o acordo entre as indústrias alimentícias

e o governo converta-se numa realidade, além de educar a população quanto ao malefício do excesso de sal cuja diminuição na ingestão, auxiliará em muito a prevenção de doenças cardiovasculares.

## BIBLIOGRAFIA

1 – Dahl L K; Knudsen K D; Heine M A; Leit G T. Effects of chronic excess salt ingestion: modification of experimental hypertension in the rat by variations in the diets. *Cir Res*, 1968, 22:11-8.

2 – Molina MCB et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Rev Saúde Pública*, 2003, 37(6): 743-756.

3 – Olmos RD; Lotufo PA. Epidemiologia da Hipertensão arterial no Brasil e no mundo. *Ver Bras Hipertensão*, 2002, 9: 21-23.

4 – V Diretrizes em Hipertensão Arterial Sistêmica. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia.

5 – Amodeo C; Heimann JC. Sal e Hipertensão. Medonline- Revista Virtual de Medicina, 1998,vol1 nº3 ano I.

6 – Elliot P; Stamler J; Nichols R; Dyer A R et al. Intersalt revisited: Further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. BMJ, 1996; 312:1249.

7 – Bigazzi R; Bianchi S; Baldari G; Campese V M. Clustering of cardiovascular risk factors in salt-sensitive patients with essential hypertension: Role of insulin. Am J Hypertens, 1995; 9:24.

8 – Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: An international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24- hour urinary sodium and potassium excretion. BMJ 1988;297: 319-28.

9 – Grandal, NA; Galloe AM; Garred P. Effects of sodium restriction on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamine, cholesterol and triglyceride: a meta –analysis. JAMA, 1998; 279: 1383-91.

10 – Hofman A; Halbroek A; Valkenburg HA. A randomized trial of sodium intake and blood pressure in new born infants. JAMA, 1983; 250: 370-373.

11 – Salgado CM; Carvalhaes JTA. Hipertensão arterial na infância. Jornal de Pediatria, 2003; 79(supl1) S115-S124,

12 – Cesarino CB et al. Prevalência de fatores sócio demográficos em hipertensos. Arq Bras Cardiol, 2008; 91(1):31-35.

13 – Lien DG; Reducing sodium in foods: the effect on flavor. Nutrients, 2011 Jun; 3(6):694-711

14 – Dötsch M et al; Strategies to reduce sodium consumption: a food industry perspective. Crit. Rev Food Sci Nutr, 2009 nov; 49 (10):841-51

15 – Drake SL et al. Salty taste in dairy foods: can we reduce the salt. J Dairy Sci, 2011. feb; 94(2) :636-45

## **Ações educativas quanto a hábitos alimentares, promovida pela Seção São Paulo da Associação Brasileira de Mulheres Médicas**

Conforme demonstrado acima se faz necessárias ações educativas em populações de menor nível sócio-econômico e de menor nível educacional, no intuito de se alertar sobre os riscos de altos níveis de ingestão e sal, tanto como tratamento da HAS como sua prevenção.

### **Ações educativas quanto a hábitos alimentares, promovida pela ABMM-SP**

As ações educativas que a seguir são propostas, vêm de encontro com o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus, promovido pelo Ministério da Saúde. Este dispõe de uma linha direta (136) para orientações, de uma cartilha e de incremento no Programa de Saúde da Família e propostas de orientações quanto à necessidade de exercícios.

Porém as doenças crônicas como a HAS necessitam de medidas educativas, constantes, que permitam a prevenção além da detecção precoce e tratamento contínuo quando já instalada. E o excessivo consumo de

sal é um dos maiores fatores que cronicamente contribuem para a eclosão destas patologias.

### Projeto de ações educativas

1 – Confecção de cartilha explicativa quanto aos riscos da alta ingestão de sódio na alimentação e sua distribuição nos eventos abaixo descritos.

2 – Palestras educativas na Associação Paulista de Medicina (APM), conjuntamente com o Departamento de Ações Comunitárias, ministradas para representantes de entidades comunitárias, por médicos cardiologistas, nefrologistas e pediatras, dos Departamentos Científicos da APM.

3 – Mutirão de avaliação pressórica em comunidades, associada com palestras elucidativas, aos moradores da comunidade em questão.

4 – Incentivo à promoção de ações educativas durante as consultas médicas a nível primário de atendimento na rede do SUS, através do engajamento da Secretaria Municipal de Saúde.

5 – Distribuição nos Hospitais da cartilha explicativa quanto aos riscos de dieta rica em sódio, em hospitais da rede estadual e municipal de saúde.

6 – Propagação da cartilha através das Regionais da Associação Paulista de Medicina, no interior de São Paulo, para distribuição na rede pública de atendimento do interior do Estado.

7 – Inserção do assunto no Curso de Revisão em Reumatologia para clínicos, promovido pelo Departamento de Reumatologia da APM.

8 – Incentivo às indústrias alimentícias e rede de restaurantes quanto a redução do sal.

9 – Palestras educativas nas escolas quanto à alimentação com menos sal, com distribuição da cartilha.