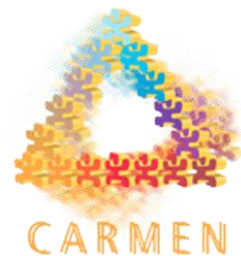




Recomendação para as políticas nacionais:

Prevenção das doenças cardiovasculares nas Américas através da redução do consumo de sal para a toda a população



A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), através de um painel de especialistas independentes especialmente convocados para discutir sobre os efeitos do sal sobre a saúde, produziu esta recomendação para a orientação dos países membros na elaboração de políticas nacionais. As recomendações produzidas têm um enfoque populacional com o objetivo de reduzir o consumo de sal na dieta de todos os povos nas Américas sejam adultos, crianças ou idosos.

Meta Política

A diminuição gradual e sustentável do consumo de sal na dieta com o objetivo de alcançar objetivos nacionais ou em sua ausência, as metas internacionais recomendadas de consumo inferior a 5g/dia/pessoa para o ano de 2020.

Público Alvo

Políticos, gestores públicos, líderes de organizações não governamentais (representantes dos consumidores, saúde, científicos e profissionais de saúde), sociedade civil, indústrias (incluindo a indústria de alimentos), importadores e exportadores de alimentos, e a OPAS.

Justificativa

- ➔ O aumento da pressão arterial na população mundial como o principal fator de risco de morte e o segundo de incapacidade por doença cardíaca, acidente vascular cerebral e insuficiência renal;
- ➔ Nas Américas, entre 1/5 a 1/3 de todos os adultos têm hipertensão e quando se alcança 80 anos de idade, pode-se esperar que mais de 90% sejam hipertensos.
- ➔ Quanto maior o consumo de sal na dieta, maior é a pressão arterial dos indivíduos. A típica alimentação moderna proporciona quantidades excessivas de sal, desde a infância até a vida adulta.
- ➔ A recomendação feita pela OMS para o consumo de sal é de menos de 5g/dia/pessoa. Nas Américas, o consumo pode chegar ao dobro do nível recomendado. E, todos os grupos populacionais incluindo as crianças estão afetados.
- ➔ A adição do sal de cozinha aos alimentos no momento da refeição não é o único problema. Na maioria das populações, a maior quantidade de sal na dieta provém de pratos preparados e pré-cozidos, incluindo pão, carnes processadas, embutidos, congelados, além dos cereais matinais.
- ➔ A redução do consumo de sal na população é uma das medidas com melhor custo benefício para a saúde pública. Esta medida pode reduzir as taxas de prevalência e mortalidade de uma série de doenças crônicas e também comorbidades relacionadas, O custo estimado é de \$0.04 e \$0.32 US por pessoa por ano.
- ➔ Os governos têm boa justificativa para a intervenção direta para a redução do consumo de sal da população porque os aditivos do sal nos alimentos são muito comuns nos alimentos.

- ➔ As pessoas não têm consciência da quantidade de sal que consomem em diferentes tipos de alimentos e dos efeitos adversos para a sua saúde. As crianças são especialmente vulneráveis.
- ➔ O consumo de sal pode reduzir sem colocar em risco os esforços de fortificação com micronutrientes.

Recomendações para uma Política Nacional e Plano de Ação

As recomendações descritas abaixo são consistentes com os três pilares da Organização Mundial de Saúde para a redução exitosa de sal na alimentação: reformulação de produtos, sensibilização do consumidor e campanhas de educação e mudanças no meio ambiente para proporcionar que as opções saudáveis sejam as mais fáceis e acessíveis para todos.

Aos governos Nacionais

- ➔ Buscar aprovação destas recomendações pelos ministros da saúde, agricultura e comércio, das agências regulatórias, dos líderes nacionais em saúde pública, organizações não governamentais (ONGs), sociedades científicas, universidades e indústrias de alimentos relevantes.
- ➔ Desenvolver ações e estratégias para a redução de sal nos alimentos de forma sustentável, financiados, com base científica, e que se integrem nos programas existentes de alimentos, nutrição, saúde e educação. Os programas devem ser socialmente inclusivos e considerar subgrupos socioeconômicos racial, cultural, gênero, subgrupos de idade e especificamente crianças. Os componentes deverão incluir:
 - ✓ Padronização da rotulagem nutricional de forma que os consumidores possam identificar facilmente os alimentos ricos e pobres em sal/sódio.
 - ✓ Educação para a população, incluindo crianças, sobre os riscos de alto consumo de sal/sódio na alimentação. E, também como reduzir o consumo de sal/sódio como parte de uma alimentação saudável.
- ➔ Iniciar a pactuação com as indústrias de alimentos nacionais para fixar objetivos de redução gradual, com a determinação de prazos, dos níveis/conteúdos de sal de acordo com as categorias de alimentos. Esta pactuação pode ser realizada por regulamentos e/ou através de incentivos ou desincentivos econômicos com o monitoramento do governo.
- ➔ Regular ou fomentar que as empresas de alimentos adotem o menor de: a) melhor da classe/categoria (o conteúdo de sal iguale ao menor conteúdo de sal da categoria do alimento) e b) o “melhor do mundo” para o mercado nacional (que iguale o menor conteúdo de sal para um alimento específico produzido pela mesma indústria em outro lugar do mundo).
- ➔ Desenvolver um sistema de vigilância nacional, com a apresentação de informes periódicos para identificar os níveis de consumo de sal e das principais fontes de sal na dieta. Monitorar o progresso de alcance das metas nacionais para o consumo de sal na alimentação e o objetivo recomendado internacionalmente.
- ➔ Revisar regulamentos nacionais de fortificação do sal e as recomendações para que estejam em concordância com o consumo de sal recomendado.
- ➔ Ampliar o apoio à comissão do *Codex Alimentarius* em rotulagem nutricional de sal/sódio nos alimentos, para ser incluído como um componente obrigatório da rotulagem nutricional;

- ➔ Desenvolver marcos legais e/ou regulatórios para a aplicação das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre publicidade de alimentos e bebidas para crianças.

Para as Organizações Não Governamentais, organizações de atenção à saúde, sociedades científicas de profissionais de saúde

- ➔ Ser signatário desta recomendação para políticas nacionais.
- ➔ Educar seus associados/membros sobre os riscos para saúde quando do alto consumo de sal na alimentação e como reduzir o consumo de sal. Fomentar a participação em *advocacy*. Monitorar e promover apresentações do sal na dieta em reuniões nacionais e a publicação de artigos sobre o sal na alimentação.
- ➔ Promover e realizar *advocacy* nos meios de comunicação sobre a necessidade de redução do consumo de sal para o público, incluindo crianças e em particular mulheres considerando o seu papel na saúde da sua família e na preparação dos alimentos.
- ➔ Difundir amplamente a literatura relevante.
- ➔ Sensibilizar os gestores públicos e privados sobre os benefícios da redução a pressão sanguínea entre as pessoas normotensas e hipertensas, independentemente da idade.
- ➔ Advogar por políticas e regulamentos que contribuam para a redução do sal na dieta para a população.
- ➔ Promover a formação de coligações para aumentar a capacidade das organizações para realizar *advocacy* e desenvolver instrumentos de *advocacy* para fomentar as ações na sociedade civil.

Para a indústria de alimentos

- ➔ Ser signatário desta recomendação para as políticas nacionais.
- ➔ Elaborar “o melhor da classe/categoria” e o melhor produto do mercado global na maior brevidade possível. Propiciar que os substitutos do sal tenham preços acessíveis à população.
- ➔ Instituir a reformulação dos calendários para uma gradual e sustentável redução do conteúdo de sal de todos os produtos com conteúdo de sal elevado, incluindo alimentos de restaurantes, alimentos processados (embutidos, enlatados, laticínios e cereais matinais e alimentos congelados). Fazer todas as formulações de novos produtos alimentícios baixos em sal.
- ➔ Usar rótulos de alimentos padronizados, claros e fáceis de ler e serem compreendidos. Incluir na rotulagem informação sobre o conteúdo de sal por 100g do alimento.
- ➔ Promover os benefícios para a saúde para a dieta pobre em sal para todos os povos das Américas.

Para a Organização Pan Americana de Saúde

- ➔ Assegurar uma boa comunicação e intercâmbio de informação entre as iniciativas regionais e internacionais para fomentar as boas práticas.
- ➔ Desenvolver um modelo para os informes nacionais e informar aos estados membros sobre as linhas de base comparativas, bem como progresso em pontos do tempo pré-determinados. Por exemplo, 2010, com o progresso em 2015 e 2020.

- ➔ Trabalhar com os estados membros para monitorar o consumo de sal na dieta nas Américas.
- ➔ Desenvolver e fomentar um portal na web informações de apoio aos governos, ONGs e especialistas sobre o consumo de sal na região pan americana.
- ➔ Desenvolver uma rede baseada em “caixa de ferramentas” com materiais educativos e programas para a redução de sal na dieta para o público, pacientes, profissionais de saúde. Estes materiais devem ser culturalmente apropriados às sub-regiões das Américas.
- ➔ Desenvolver e promover diretrizes para evitar os conflitos de interesse e para apoiar organizações de saúde e academia na região pan-americana nas suas interações com a indústria de alimentos.
- ➔ Fomentar a investigação dos impactos econômicos e de saúde do alto consumo de sal na dieta nos países e sub-regiões na região pan americana.
- ➔ Apoiar os estados membros na revisão dos seus programas nacionais e sub regionais de fortificação para que sejam coerentes com os esforços para a redução do sal nas dietas.
- ➔ Colaborar com a Organização para a Agricultura e Alimentação (FAO), UNICEF, e a Comissão do *Codex Alimentarius* e outros organismos das Nações Unidas para que as ações voltadas à redução de sal na alimentação sejam coordenadas, focadas e coerentes.
- ➔ Sensibilizar os gestores sobre os benefícios da redução da pressão sanguínea entre as pessoas normotensas e hipertensas, independentemente da idade.
- ➔ Fazer *advocacy* para políticas e regulamentos que irão contribuir para a redução do consumo de sal nas populações.

Grupo Regional de Especialistas* (OPAS/OMS) na prevenção de doenças cardiovasculares através da redução do consumo de sal na alimentação:

➔ Norm Campbell, Líder (University of Calgary – Canadá) ➔ Rainford Wilks, Co-líder para el Caribe (Tropical Medicine Research Institute - Jamaica) ➔ Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos, Co-líder para Latinoamérica (Ministerio de Salud - Brasil) ➔ Simón Barquera (Instituto Nacional de Salud Pública-México) ➔ Adriana Blanco-Metzler (Instituto para la Investigación y Educación sobre la Nutrición y Salud (INCIENSA) - Costa Rica) ➔ Ezzedine Boutrif (FAO -Italia) ➔ Francesco Cappuccio (Warwick University - Inglaterra) ➔ Beatriz Champagne (InterAmerican Heart Foundation – Estados Unidos da América) ➔ Ricardo Correa-Rotter (Salvador Zubiran Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Medicas (INNSZ) – México)	➔ Omar Dary (A2Z Project – Estados Unidos da América) ➔ Darwin Labarthe (CDC – Estados Unidos da América) ➔ Mary L’Abbe (University of Toronto - Canadá) ➔ Hubert Linders (Consumers International, Oficina Regional para Latinoamérica y el Caribe - Chile) ➔ Carlos Monteiro (Universidade de São Paulo - Brasil) ➔ Tito Pizarro (Ministério da Saúde - Chile) ➔ Jorge Polônia (Universidade Fernando Pessoa - Portugal) ➔ Marcelo Tavella (Programa para la prevención de infartos (PROPIA) - Argentina) ➔ Ricardo Uauy (Instituto de Nutrición y Tecnología Agraria (INTA) - Chile) ➔ Lianne Vardy (Public Health Agency of Canada). ➔ Sonia Angell (NYC Health- Estados Unidos da América)
---	---

*Os resultados e conclusões em nisto relatório são do(s) autor(es) e não necessariamente representam os critérios de respectivos organismos de afiliação.

Antecedentes

Prevalência de Hipertensão

Aproximadamente um em cada quatro adultos em todo mundo tinham hipertensão em 2000. (1) na medida em que a população envelhece, as taxas de hipertensão arterial aumentam. O estudo de Framingham demonstrou que 90% das pessoas normotensas de 55 a 65 anos irão desenvolver hipertensão se atingirem esta expectativa de vida. (2) Em 2025, sem intervenções, se espera que 29% de todos os adultos do mundo tenham hipertensão. (1)

No Canadá, um de cada cinco adultos tem hipertensão (3) e, foi estimado que 29% dos adultos nos Estados Unidos serem hipertensos em 2003-04. (4) Em diferentes países da América Latina, a prevalência da hipertensão oscila de 26 a 42% entre a população adulta em geral. (5)

Pressão arterial inadequada, Saúde e Sal

A OMS aponta que o aumento da pressão arterial no mundo é o principal fator de risco de morte (6) e o segundo de incapacidades por doenças cardíacas, acidente cérebro vascular e insuficiência renal (7).

Enquanto a maioria dos profissionais de saúde consideram “hipertensão” como a pressão arterial sistólica de 140mmHg ou mais, o risco relativo de doenças cardiovasculares começa a aumentar quando a pressão arterial sobe para acima de 115 mmHg. Assim, uma gama muito mais ampla da pressão arterial inadequada é lesiva para a saúde, e tem-se atribuído a maioria das mortes por doenças cardiovasculares e derrame cerebral (8).

Há evidências sólidas que o sal adicionado ao alimento é o fator mais importante para o aumento da pressão arterial em pessoas normotensas e hipertensas, sejam adultos ou crianças (9,10). Uma dieta rica em sal aumenta também o risco de hipertrofia ventricular esquerda e danos renais. É também uma das prováveis causas de cancer de estômago, e tem possíveis associações com a osteoporose. Ainda, aumenta a severidade da asma. Como os alimentos salgados causam sede, é provável também que estejam contribuindo para a obesidade entre crianças através do maior consumo de bebidas açucaradas, como refrigerantes (9,10,11).

Um informe técnico da OMS e FAO recomenda a ingestão de sal de menos de 5g/dia/pessoa. Os 5g equivalem a 2000 mg de sódio (12). Entre os países das Américas onde foi estudada a excreção urinária de sódio de forma padronizada e comparável. Neste estudo a ingestão foi de 11.5g/dia/pessoa (13). Dados recentes dos Estados Unidos indicam que 95% dos homens e 75% das mulheres de 31 a 50 anos consomem regularmente mais sal do que a quantidade máxima recomendada (14). No Canadá, mais de 85% dos homens e de 60% das mulheres entre 19 e 70 anos de idade têm uma ingestão de sal acima do nível máximo de consumo recomendado. Ainda, mais de 90% das crianças canadenses entre 4 e 8 anos, e 83% das meninas e 97% dos meninos entre 9 e 13 anos de idade, ingerem mais do máximo recomendado. A situação é a mesma em quase os 80% dos meninos canadenses entre as idades de 1 a 3 anos (15).

A relação de custo e benefício na redução de sal no nível populacional

Em 2001, o manejo da pressão arterial e das doenças resultantes consumiu aproximadamente 10% do total de gastos do cuidado da saúde no nível global, considerando que esta é uma estimativa conservadora. Se fosse somado às mortes prematuras este custo poderia ser 20 vezes mais elevado (8). Reduzir efetivamente a pressão arterial em uma escala universal requer ações com grande alcance da população (16,17). Orientação individual, como parte de uma abordagem para uma pressão sanguínea saudável tem um impacto limitado. Por outro lado, a redução de sal na alimentação de populações inteiras, não somente o que se utiliza na mesa, mas também o mais importante o que é adicionado ao processamento de alimentos como pães, carnes, cereais matinais (16,17).

Os governos estão respaldados a assumirem políticas e/ou regulamentos com um enfoque populacional para a redução do consumo de sal considerando que os aditivos do sal nos alimentos são muito comuns. As pessoas não são conscientes da quantidade de sal que estão consumindo nos diferentes alimentos e dos efeitos adversos na saúde. As crianças são especialmente vulneráveis.

A redução da pressão arterial mediante a redução da ingesta de sal em nível populacional é efetiva (17,18). Foi estimado que uma estratégia que combine os meios de comunicação e campanhas de sensibilização sobre a regulação da quantidade de sal nos alimentos processados custará entre \$0.04 e \$0.32 US por pessoa por ano. Em 10 anos, se prevê que esta estratégia pode evitar 8.5 milhões de mortes em todo o mundo, com maior ênfase nas mortes relacionadas às doenças cardiovasculares (17).

A redução dos gastos com serviços de saúde poderá ser muito alta. Pesquisadores do Reino Unido estimaram que se atingissem o consumo de sal de menos de 6g/diários potencialmente haveria redução de necessidade de drogas anti-hipertensivas em 30% (19). No Reino Unido houve uma redução de 10% do consumo de sal desde 2000-01. Esta redução foi atribuída a uma combinação gradual e sustentável de esforços da indústria na redução do sal de algumas categorias de alimentos e da realização de campanhas de informação elaboradas por *Food Standards Agency* (20).

Nos Estados Unidos, se o consumo médio da população se reduzir para 5g/dia, poderia haver 11 milhões de casos a menos de hipertensão. Estima-se que com esta redução de consumo do sal, haveria uma redução no gasto com saúde de aproximadamente \$18 bilhões e ganho de aproximadamente \$32 bilhões considerando os anos ajustados por qualidade de vida (21). Estima-se que no Canadá, a redução dos aditivos do sal, pode diminuir a prevalência da hipertensão em 30% e quase dobrar a taxa de sucesso de tratamento e controle da doença. Estima-se também uma economia direta de \$430 milhões por ano para o sistema de saúde somente na redução no manejo da hipertensão (22).

Alternativas para a Fortificação

O sal é usado em algumas áreas das Américas como um veículo para iodação e em alguns casos para fortificar a ingesta de flúor. Existem veículos alternativos para a fortificação como os óleos vegetais e leite. As mudanças de prática devem ser coordenadas com as políticas de redução do sal na dieta.

Referências

- 1 Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005;365:217-23.
- 2 Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, Levy D. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002;287:1003-10.
- 3 Joffres MR, Ghadirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamet P. Awareness, treatment and control of hypertension in Canada. *Am J Hypertens*. 1997;10:1097-1102.
- 4 Ong KL, Cheung BMY, Man YB, Lau CP, Lam KSL. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among United States adults 1999 –2004. *Hypertension*. 2007;49:69-75.
- 5 Sanchez RA, Ayala M, Baglivo H, Velazquez C, Burlando G, Kohlmann O, Jimenez J, Jaramillo PL, Brandao A, Valdes G, Alcocer L, Bendersky M, Ramirez AJ, Zanchetti A; Latin America Expert Group. Latin American guidelines on hypertension. *J Hypertens*. 2009;27:905-22.
- 6 Organização Mundial da Saúde. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/> Obtido acesso no 13 Setembro 2009.
- 7 Hsu C, McCulloch CE, Darbinian J, Go AS, Iribarren C. Elevated blood pressure and risk of end-stage renal disease in subjects without baseline kidney disease. *Arch Intern Med*. 2005;165:923-28.
- 8 Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Weinstein MC for the International Society of Hypertension. The global cost of non-optimal blood pressure. *J Hypertens*. 2009; 27:1472-77.
- 9 He FJ, MacGregor GA. A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. *J Hum Hypertens*. 2009;23: 363-84.
- 10 Feng J, MacGregor GA. Importance of salt in determining blood pressure in children: Meta-analysis of controlled trials. *Hypertension*. 2006;48:861-69.
- 11 Mohan S, Campbell NRC, Willis K. Effective population-wide public health interventions to promote sodium reduction. *CMAJ*. 2009;DOI:10.1503/cmaj.090361. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.090361v1.pdf>. Obtido acesso no 20 de Outubro de 2009.
- 12 Organização Mundial da Saúde. Reducing salt intake in populations: Report of a WHO forum and technical meeting, 5-7 October 2006, Paris, France. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/Salt_Report_VC_april07.pdf. Obtido acesso no 13 de Setembro de 2009.
- 13 Intersalt Comparative 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.
- 14 Centers for Disease Control and Prevention. Application of lower sodium intake recommendations to adults - United States, 1999-2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009;58:281-3.

- 15 Garriguet D. Sodium consumption at all ages. Statistics Canada Health Reports. 2007;18:47-58.
Disponível em : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006004/article/sodium/9608-eng.pdf>.
Obtido acesso no 7 de Setembro de 2009
- 16 Feng JH, MacGregor GA. Salt in food. *Lancet*. 2005;365:844-45.
- 17 Asaria P, Chisholm D, Mathers C, Ezzati M, Beaglehole R. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*. 2007;370:2044-53.
- 18 Murray CJ, Lauer JA, Hutubessy RC, Niessen L, Tomijima N, Rodgers A, Lawes CM, Evans DB. Effectiveness and costs of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: a global and regional analysis on reduction of cardiovascular disease risk. *Lancet*. 2003;361:717-25.
- 19 Walker J, MacKenzie AD, Dunning J. Does reducing your salt intake make you live longer? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2007;6:793-98.
- 20 Food Standards Agency (UK). Agency publishes 2012 salt reduction targets. Monday 18 May 2009. Disponível em: <http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2009/may/salttargets>.
Obtido acesso no 22 de Setembro de 2009.
- 21 Palar K, Sturm R. Potential societal savings from reduced sodium consumption in the US adult population. *Am J Health Promotion*. 2009;24:49-57.
- 22 Joffres MR, Campbell NR, Manns B, Tu K. Estimate of the benefits of a population-based reduction in dietary sodium additives on hypertension and its related health care costs in Canada. *Can J Cardiol*. 2007;23:437-43.