

Diminuição do Sal na Dieta e Melhora na Pressão Arterial: Baixo Custo, Evidências Robustas e Dificuldades na Implementação

Reduction of Salt in the Diet and Improvement in Blood Pressure: Low Cost, Robust Evidence, and Challenges in Implementation

Paulo César B. Veiga Jardim^{1,2,3} 

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás,¹ Goiânia, GO – Brasil

Hospital do Coração de Goiás,² Goiânia, GO – Brasil

Academia Goiana de Medicina,³ Goiânia, GO – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Eficácia de um Substituto do Sal na Incidência de Hipertensão: Uma Revisão Sistemática com Metanálise

É muito importante vermos o tema da “diminuição do sal na dieta e seus benefícios na pressão arterial” abordado de maneira técnica, reforçando as evidências dos resultados positivos desta prática, sempre demonstrados, mas quase nunca adotados efetivamente.

Primeiro, coloquemos o foco no excelente trabalho de Kelly et al.¹ Do ponto de vista da qualidade, trata-se de uma Revisão Sistemática e Metanálise realizada com metodologia extremamente cuidadosa, o que torna este artigo mais uma referência sobre um tema de capital importância. Os cuidados tomados pelos autores garantem confiabilidade aos resultados que demonstram, mais uma vez, que diminuir a ingestão de sódio, efetivamente interfere na pressão arterial, de maneira equivalente ao uso de um fármaco anti-hipertensivo. Os autores, de maneira elegante ao concluir este achado, ainda são cuidadosos no sentido de referir serem necessárias mais informações a este respeito, com estudos maiores, por prazos mais prolongados e que demonstrem benefícios no controle da pressão e em desfechos cardiovasculares.¹

Mas façamos um passeio pela história e vamos ver o que o tema nos proporciona.

Do ponto de vista epidemiológico, as evidências se acumularam, inicialmente com constatações da relação entre baixa ingestão de sódio e menores valores de pressão arterial em diversas comunidades ao redor do mundo que remontam a meados do século passado. Muitos óbices foram feitos a estes achados, mas nenhum estudo de qualquer natureza mostrou evidências contrárias. E mais, ao longo dos anos foram adicionadas novas evidências, também observacionais, em grupos de indivíduos que modificaram seus hábitos alimentares por mudança de regiões de moradia, com aumento da ingestão de sal e elevações nos valores da pressão.²⁻⁴

Nos anos 80, MacGregor, que se destacou com diversos estudos sobre o tema, fez uma análise fundamentada, clara

e sucinta, da relação entre o consumo do sal e a hipertensão e observou que o conjunto de informações, já era suficiente para que a diminuição do consumo de sal fosse implementado como política pública, dado o baixo custo e a ausência de efeitos adversos.⁵

No início de 1991 é publicado o estudo INTERSALT, que foi outro marco no conhecimento da relação entre consumo de sal e pressão elevada. Desta feita, além desta relação, houve a evidente indicação de que o hábito alimentar da população era inadequado, com excessiva ingestão de sal e este fato, por certo, implicaria em mudanças para cima nos valores da pressão arterial.⁶

No Brasil, também em 1991, Mancilha e Souza e Silva publicam nos ABC, importante e interessante estudo com índios Yanomami, que também fez parte do estudo INTERSALT, demonstrando que aquela população não apresentava nenhum caso de hipertensão, não havia elevação da pressão arterial com a idade e o consumo de sal era bastante inferior ao de populações de regiões industrializadas.⁷

Em 1992 também no ABC, publicamos um artigo relacionado ao tema, onde em comunidade negra isolada (Kalunga), que não fazia uso do sal de adição na alimentação, não encontramos casos de hipertensão, nem elevação significativa da pressão arterial com o aumento da idade.⁸

E finalmente, praticamente fechando o ciclo epidemiológico, tivemos a produção de estudos bem conduzidos demonstrando que a diminuição da ingestão do sal na alimentação, seja com a restrição propriamente dita, seja com o uso de substitutivos do cloreto de sódio, promoveu significativas diminuições da pressão arterial a valores equivalentes ao uso de medicação anti-hipertensiva.^{1,9,10}

A soma das evidências ao longo dos anos fez com que as diretrizes mundiais, inclusive a brasileira, orientassem para a redução da ingestão de sódio para no máximo 2 g/dia, o que corresponde a 5 g de sal de cozinha ou 1 colher de chá/dia, e eventualmente fossem utilizados substitutos do sal enriquecidos com potássio.¹¹⁻¹³

A Organização Mundial da Saúde, que já havia se manifestado, novamente em 2025 publicou suas orientações baseadas nas informações disponíveis, de que é imperativa uma política mundial de estímulo à diminuição do consumo de sal e ao eventual uso de substitutivos do sódio para este fim.¹⁰

Esperar resultados de estudos de longo prazo com desfechos duros é ser irresponsável e conivente com o risco

Palavras-chave

Cloreto de Sódio na Dieta; Hipertensão; Pressão Arterial

Correspondência: Paulo César B. Veiga Jardim •

Universidade Federal de Goiás – RUA 115, F N.135 setor Sul. CEP 74085-300, Goiânia, GO – Brasil

E-mail: fvjardim.ufg@gmail.com

Artigo recebido em 26/03/2026, revisado em 01/04/2026, aceito em 01/04/2026

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20260262>

tão claro evidenciado pela prática mundial do aumento do consumo de cloreto de sódio ano após ano.

Mudar hábitos para a saúde é fundamental, mas de difícil implementação. A educação em saúde passa por gerações e exige políticas públicas muito centradas e continuadas, para que os resultados sejam alcançados. Esta prática deve ser buscada com tenacidade e ao longo do tempo.

Modificações não menos desafiadoras, porém passíveis de resultados em menor intervalo de tempo, passam por uma atuação política no sentido positivo, com uma legislação impositiva que implique em estímulos ou restrições às indústrias alimentícias, de acordo com a adoção ou não, de uma ação efetiva para diminuição do uso do sal na produção dos alimentos que são consumidos em larga escala por toda a população e, mais ainda, por aqueles de menor poder aquisitivo.

A SBC tem trabalhado neste sentido há algum tempo, porém de maneira intermitente. Às vezes de forma mais intensa, mas às vezes, de forma muito sutil, passando até despercebida pela sociedade.

Nós, profissionais de saúde, particularmente os cardiologistas e também nossa Sociedade, precisamos tornar este tema um “Assunto de Estado”, com uma política institucional vigorosa, que permita criar no país um clima semelhante ao que se conseguiu em relação ao consumo de tabaco e propiciou resultados fantásticos em termos da redução de seu consumo.

As informações científicas estão aí há mais de meio século, chega de espera, chega de atitudes contemplativas.

É hora da ação.

Referências

1. Kelly FA, Dantas CR, Sobreira LER, Almeida AM, Bezerra FB, Sousa MG, et al. Efficacy of a Salt Substitute on the Incidence of Hypertension: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Arq Bras Cardiol.* 2026; 123(3):e20250440. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20250440i>.
2. Gleibermann L. Blood Pressure and Dietary Salt in Human Populations. *Ecol Food Nutrition.* 1973;2:143-56. doi: 10.1080/03670244.1973.9990329.
3. Shaper AG, Leonard PJ, Jones KW, Jones M. Environmental Effects on the Body Build, Blood Pressure and Blood Chemistry of Nomadic Warriors Serving in the Army in Kenya. *East Afr Med J.* 1969;46(5):282-9.
4. Simmons D, Barbour G, Congleton J, Levy J, Meacher P, Saul H, et al. Blood Pressure and Salt Intake in Malawi: An Urban Rural Study. *J Epidemiol Community Health.* 1986;40(2):188-92. doi: 10.1136/jech.40.2.188.
5. MacGregor GA. Sodium and Potassium Intake and Blood Pressure. *Hypertension.* 1983;5(5 Pt 2):III79-84. doi: 10.1161/01.hyp.5.5_pt_2.iii79.
6. Stamler J, Rose G, Elliott P, Dyer A, Marmot M, Kesteloot H, et al. Findings of the International Cooperative INTERSALT Study. *Hypertension.* 1991;17(1 Suppl):I9-15. doi: 10.1161/01.hyp.17.1_suppl.i9.
7. Mancilha-Carvalho JJ, Silva NAS, Carvalho JV, Lima JA. Blood Pressure in 6 Yanomami Villages. *Arq Bras Cardiol.* 1991;56(6):477-82.
8. Jardim PC, Carneiro O, Carneiro SB, Baiocchi MN. Arterial Blood Pressure in the Remaining Isolated Black Community of a Quilombo North of Goiás-Kalunga. *Arq Bras Cardiol.* 1992;58(4):289-93.
9. Miranda JJ. WHO's Salt Substitution Guidelines for Population-Wide Impact: Act on Strong Evidence, Monitor for the Long Term. *Glob Heart.* 2025;20(1):32. doi: 10.5334/gh.1419.
10. World Health Organization. Use of Lower-Sodium Salt Substitutes: WHO Guideline. Geneva: World Health Organization; 2025.
11. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong ADC, Mulinari RA, Feitosa ADM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension - 2025. *Arq Bras Cardiol.* 2025;122(9):e20250624. doi: 10.36660/abc.20250624.
12. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023;41(12):1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
13. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed SB, Dumanski SM, et al. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Can J Cardiol.* 2020;36(5):596-624. doi: 10.1016/j.cjca.2020.02.086.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons