

Consumo de Sal do Himalaia e Sal de Mesa entre Indivíduos Hipertensos

Himalayan Salt and Table Salt Intake among Hypertensive Individuals

Mariana de Souza Dorna¹  e Marcos Mitsuo Seki¹

Departamento de Clínica Médica, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Unesp,¹ Botucatu, SP – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: *Comparação entre os Efeitos da Ingestão de Sal do Himalaia e de Sal Comum sobre os Valores de Sódio Urinário e Pressão Arterial em Indivíduos Hipertensos*

Com acometimento de, aproximadamente, 30% da população brasileira, a hipertensão arterial é elencada com uma das principais causas de Doença Cardiovascular.¹ A atual recomendação da OMS para ingestão de sódio, é que seja < 2g/pessoa/dia, ou 5g de sal/pessoa/dia. Contudo, já é conhecido que o padrão de ingestão de sal da população brasileira alcança até 12g/dia. Ainda que o aumento pressórico tenha etiologia multifatorial, o consumo excessivo de sódio figura entre as principais causas.^{2,3}

Esse elemento tem importantes funções fisiológicas como regulação do volume extracelular, condução nervosa e função muscular.⁴ Há pouca divergência na literatura sobre os benefícios da redução do consumo de sódio para população hipertensa. Uma estratégia bastante abordada pelas mídias sociais e imprensa foi a adoção do Sal do Himalaia por ser rico em ferro, zinco, cálcio, magnésio e potássio e seus supostos benefícios em detrimento do sal regular no controle pressórico de hipertensos.⁴⁻⁹ Nesse contexto, Loyola IP et al.¹⁰ avaliaram o impacto da ingestão de sal de mesa e do sal do Himalaia sobre os parâmetros pressóricos e a concentração urinária de sódio em indivíduos hipertensos.¹⁰

Nessa publicação, os autores realizaram um estudo randomizado, do tipo crossover em que foram recrutadas

mulheres entre 40 e 65 anos. A amostra foi então dividida em 2 grupos: sal do Himalaia e sal de mesa. O período de intervenção foi de 4 semanas para cada tipo de tratamento e, após 2 semanas de washout, houve alternância do tipo de sal por mais 4 semanas. As amostras de sal foram avaliadas e fortificadas com iodo, e foram dadas orientações sobre alimentação e uso dos tipos de sal.¹⁰

Ao final, 18 mulheres foram consideradas elegíveis para o estudo. A mediana de duração da intervenção foi de 35 dias, e a média de consumo de sal foi de 6,37g e 5,98g de sal do Himalaia e sal de mesa, respectivamente. Apesar da ausência de diferença estatística entre os grupos quanto aos parâmetros pressóricos e concentração urinária de sódio, esse trabalho coloca uma lente de aumento sobre a importância de ensaios clínicos controlados e randomizados sobre a temática. A comercialização e utilização do sal do Himalaia ganhou muita atenção da mídia, em especial pelos supostos efeitos anti-hipertensivos, e esse trabalho fortalece cientificamente a orientação sobre o consumo desse elemento pela população hiper e normotensa. Outro ponto importante a ser ressaltado é o papel fundamental desenvolvido pela mudança de estilo de vida e prática regular de atividade física como estratégias de tratamento para hipertensão arterial.

Palavras-chave

Hipertensão; Cloreto de Sódio na Dieta; Pressão Arterial; Fatores de Risco; Ingestão de Sal; Urinalise/métodos; Estilo de Vida; Atividade Física

Correspondência: Mariana de Souza Dorna •

Departamento de Clínica Médica, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Av. Prof. Mario Rubens Guimarães Montenegro, s/n. CEP 01049-010, São Paulo, SP – Brasil
E-mail: mari_dorna@yahoo.com.br

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20220243>

Referências

1. Malachias M, Souza W, Plavnik F, Rodrigues C, Brandão A, Neves M, et al. 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SBC, SBH, SBN, 2016). *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3):1–103. doi: 10.5935/abc.20160151.
2. World Health Organization (WHO). Guideline sodium intake for adults and children. (approved by the Guidelines Review Committee). Geneva; 2012.
3. Arantes AC, Souza ALL, Vitorino PVO, Jardim PCBC, Jardim TSV, Rezende JM, et al. Efeito da redução de sal de adição sobre a pressão arterial central e periférica. *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(3):554-61. doi: 10.36660/abc.20180426.
4. Moore-Fayet F, Wibisono C, Carr P, Duve E, Petocz P, Lancaster G, et al. An analysis of the mineral composition of Pink Salt available in Australia. *Foods.* 2020; 9(10):1-15. doi: 10.36660/abc.20180426
5. Centola D. Social Media and the Science of Health Behavior. *Circulation.* 2013;127(21):2136-44. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.101816.
6. Aburto NJ, Hanson S, Gutierrez H, Hooper L, Elliott P, Cappuccio FP. Effect of increased potassium intake on cardiovascular risk factors and disease: Systematic review and meta-analyses. *BMJ.* 2013;346:f1378. doi: 10.1136/bmj.f1378. doi: 10.1136/bmj.f1378.
7. Kolte D, Vijayaraghavan K, Khera S, Sica DA, Frishman WH. Role of Magnesium in Cardiovascular Diseases. *Cardiol Rev.* 2014;22(4): 182–92.
8. Livingstone KM, Lovegrove JA, Cockcroft JR, Elwood PC, Janet E, Givens DI, et al. Evidence from the Caerphilly Prospective Study. *Hypertension.* 2013; 61(1):42-7. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.00026.
9. Poirier P, Ph D, Wielgosz A, Ph D, Morrison H, Ph D, et al. Association of urinary sodium and potassium excretion with blood pressure. *N Engl J Med.* 2014;371(7):601–11. doi: 10.1056/NEJMoa1311989.
10. Loyola IP, Sousa MF, Jardim TV, Mendes MM, Barroso WKS, et al. Comparação entre os efeitos da ingestão de sal do Himalaia e de sal comum sobre os valores de sódio urinário e pressão arterial em indivíduos hipertensos. *Arq Bras Cardiol.* 2022; 118(5):875-882

