

Impacto da Dieta Mediterrânica e dos Ómega-3 na Saúde Cardiovascular

Impact of the Mediterranean Diet and Omega-3 on Cardiovascular Health

Joana Bernardo¹ ^{*}, Ana Rita Lemos¹, Ana Rita Silva¹, Catarina Sousa¹, Andreia Ferreira²

*Corresponding Author/Autor Correspondente

Joana Bernardo [HI-dietetica@lusiadas.pt]
Hospital Lusíadas Lisboa, Rua Abílio Mendes 12, 1500-458 Lisboa
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5018-2709>

<https://doi.org/10.48687/ljsj.215>

Palavras-chave: Ácidos Gordos Ómega 3; Dieta Mediterrânica; Doença Cardiovascular

Keywords: Cardiovascular Diseases; Diet, Mediterranean; Fatty Acids, Omega-3

As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) são atualmente, a nível mundial, um dos maiores problemas de saúde pública, constituindo, de acordo com as estimativas globais de saúde de 2019, sete em cada dez das principais causas de morte no mundo. De acordo com dados de 2021 do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, em Portugal, mais de quatro em cada dez adultos sofriam de uma doença crónica. Tendo em consideração o aumento da esperança média de vida e aumento da prevalência de doenças crónicas, em Portugal, as doenças cardiovasculares (DCV) continuam a ser a principal causa de morte, representando mais de 27% de todas as mortes em 2020.¹

De um modo geral, sabe-se que a promoção da saúde e a prevenção destas doenças estão relacionadas com fatores de risco modificáveis, entre os quais se destacam comportamentos e estilos de vida, como a alimentação, a atividade física e o consumo de álcool. Em Portugal, em 2019, aproximadamente um terço das mortes estavam relacionadas com fatores de risco modificáveis.¹

Segundo dados do *Global Burden Disease*, os maus hábitos alimentares são uma das principais causas evitáveis destas

doenças, de perda de qualidade de vida e mortalidade prematura em Portugal, tendo contribuído, em 2021, para 8% da mortalidade e 7,5% de anos de vida perdidos por incapacidade. Sabe-se, ainda, que a prevalência destas doenças, associada aos maus hábitos alimentares, representa cerca de 86% da carga total de doença. Dentro dos hábitos alimentares inadequados destacam-se: um baixo consumo de hortofrutícolas, cereais integrais, frutos oleaginosos e sementes, ácidos gordos ómega-3 e fibra e um consumo excessivo de sal, carne processada, gordura saturada e açúcares adicionados. Segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física de 2015-2016, 77% da população portuguesa tinha uma ingestão de sal superior às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (<5 g de sal por dia) e 56% não cumpria com as recomendações da OMS para o consumo de hortofrutícolas (≥400 g de hortofrutícolas por dia). Além disso, é de destacar que 29% dos alimentos consumidos pela população não constam na roda dos alimentos Portuguesa.^{2,3}

Numa primeira abordagem, quer seja no sentido de prevenção, quer seja numa perspetiva de tratamento da DCV, a alteração de comportamentos e estilos de vida, deve ser sempre a primeira linha de intervenção a ser tida em consideração. A

1. Nutricionista, Hospital Lusíadas Lisboa. 2. Coordenadora de Nutrição Clínica, Hospital Lusíadas Lisboa.

evidência científica aponta, inequivocamente, que um bom estado nutricional e um estilo de vida saudável, no qual se destaca a dieta mediterrânica, apresentam inúmeros benefícios para a saúde e qualidade de vida. De acordo com a literatura, a dieta mediterrânica é considerada como um dos padrões alimentares mais bem representados, no que diz respeito à prevenção de DCNT. A realização desta dieta, com poder antioxidante e anti-inflamatório, representa um fator protetor para o desenvolvimento das mesmas.⁴ Apesar dos benefícios da dieta mediterrânica amplamente estudados, o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física de 2015-2016 revelou que apenas 18% da população portuguesa apresenta uma elevada adesão a esta dieta.²

Segundo uma revisão da literatura publicada na revista da American Heart Association sobre vários padrões alimentares e os respetivos benefícios na DCV, a dieta mediterrânica é considerada como o padrão *gold-standard*, com maiores benefícios e melhor impacto na prevenção e no tratamento destas doenças.⁵ Os benefícios da dieta mediterrânica na redução dos fatores de risco de DCV são inequívocos, devido, entre outros aspetos, à sua riqueza em gordura polinsaturada (particularmente ácidos gordos ómega-3), micronutrientes (vitaminas e minerais) e fibra.⁴ Um estudo randomizado que envolveu 7000 pessoas com elevado risco de eventos coronários mostrou que o cumprimento da dieta mediterrânica, com reforço de azeite e de frutos secos oleaginosos, pelo seu teor em gordura insaturada, é capaz de reduzir as taxas de eventos cardiovascular *major*, incluindo enfarte do miocárdio e morte por doença cardíaca.⁵

São vários os estudos científicos que associam o consumo de ácidos gordos ómega-3 à redução do risco cardiovascular, enfarte do miocárdio e eventos adversos cardiovasculares *major*.⁶ Os ácidos gordos ómega-3, são ácidos gordos polinsaturados essenciais para o organismo, ou seja, só os podemos adquirir a partir da nossa alimentação, uma vez que o ser humano não os consegue sintetizar.⁷ Existem 3 tipos de ácidos gordos ómega-3 o ácido alfa-linolénico (ALA – C18:3); o ácido eicosapentaenoico (EPA – C20:5) e o ácido docosaexaenoico (DHA – C22:6). Enquanto o ALA está naturalmente presente em alimentos de origem vegetal (como frutos secos oleaginosos e sementes), o EPA e DHA estão presentes no pescado e nos óleos de peixe.⁷⁻¹⁰

As principais fontes alimentares de ómega-3 são:

- Peixes (salmão, atum, cavala, arenque, dourada, chicharro, sardinha), óleos de peixes, mariscos (camarão) e algas;
- Óleos vegetais (ex.: linhaça);
- Vegetais de cor escura: espinafres, beldroegas; alho-francês; couves de folha verde-escura; brócolos;

- Sementes (ex.: linhaça e chia) e frutos oleaginosos (ex.: nozes).^{7,10}

Para assegurar as recomendações supracitadas, é aconselhado seguir a dieta mediterrânica, na qual se inclui a ingestão de peixes gordos pelo menos duas vezes por semana.⁹

O consumo destes ácidos gordos associa-se a um melhor funcionamento do sistema circulatório e a um menor risco cardiovascular, uma vez que são agentes antiaterogénicos e cardioprotetores, diminuindo assim os triglicérides e a tensão arterial e elevando o colesterol HDL, tendo além disso uma ação antiagregante plaquetar, anti-inflamatória, antitrombótica e antiarrítmica.^{8,10} Está bem documentado na literatura que os ácidos gordos ómega-3 reduzem os níveis de triglicérides, em parte pela redução da síntese hepática de VLDL e em parte por aumentar a degradação de ácidos gordos.⁶

De acordo com a American Heart Association, atualmente a quantidade ingerida de EPA e DHA está muito abaixo do que é recomendado.¹⁰ A evidência científica refere que o défice de ómega-3 pode contribuir para o aumento do risco de evolução de doenças cardíacas, alterações neurológicas, declínio cognitivo, dificuldades na aprendizagem e diminuição da acuidade visual.⁷ Segundo várias entidades como a Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, Joint British Societies e American Heart Association, os doentes com DCV devem consumir, pelo menos, 1 g/dia de ómega-3 (nomeadamente EPA), já os indivíduos sem DCV, 250-500 mg/dia, e para os indivíduos com hipertrigliceridemia recomenda-se a ingestão de 3-4 g/dia.^{8,11}

Além disso, pode ser, também, recomendada a suplementação com ómega-3, principalmente para indivíduos com doença cardíaca conhecida ou com histórico familiar.⁹ Várias meta-análises demonstraram que os suplementos de ómega-3 reduzem o risco de enfarte e morte por doença coronária.¹¹

Concluindo, dentro das DCNT, as DCV são as que se apresentam como principal causa de mortalidade e morbidade. Estas são possíveis de prevenir e retardar com a adoção de um estilo de vida saudável, salientando-se a importância da adoção da dieta mediterrânica. Este padrão apresenta potencial antioxidante e anti-inflamatório, muito devido ao conteúdo em gordura insaturada, particularmente ácidos gordos ómega-3, e ao elevado teor em fibra, bem como de vitaminas e minerais. Neste sentido, a avaliação por um nutricionista e a adequação de um plano alimentar de dieta mediterrânica personalizado e adaptado às necessidades nutricionais individuais é essencial para a promoção da saúde e prevenção destas doenças. Também a literacia em alimentação e saúde é essencial para uma melhor adesão a este padrão alimentar, cujos benefícios são mais que evidentes na literatura científica.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Commissioned; externally peer reviewed.

Declaração de Contribuição

JB, ARS, CS, ARL, AF: Elaboração, revisão do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada

Contributorship Statement

JB, ARS, CS, ARL, AF: Preparation, review of the manuscript and approval of the final version to be published

Referências

1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Perfil de saúde do país 2023, State of Health in the EU. [Online] 2023. [Cited: 05 30, 2024.] https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_pt_portuguese.pdf.
2. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030. [Online] 09 2022. [Cited: 05 30, 2024.] https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2022/10/PNPAS2022_2030_VF.pdf.
3. Direção-Geral da Saúde. GBD Study - Fatores de risco relacionados com a alimentação e nutrição. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: DGS; 2021.
4. Guasch-Ferré M, Willett WC. The Mediterranean diet and health: a comprehensive overview. *J Intern Med.* 2021;290:549-66. doi: 10.1111/joim.13333.
5. Martínez-González MA, Gea A, Ruiz-Canela M. The Mediterranean Diet and Cardiovascular Health. *Circ Res.* 2019;124:779-98. doi: 10.1161/CIRCRESA-HA.118.313348.
6. Safi U. Khan, et al. Effect of omega-3 fatty acids on cardiovascular outcomes: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2021.
7. Direção Geral da Saúde. Ómega 3. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. [Online] [Cited: 05 28, 2024.] <https://alimentacao-saudavel.dgs.pt/nutriente/omega-3/>.
8. Serra e Silva P. Ácidos Gordos Ómega-3. Fundação Portuguesa de Cardiologia. [Online] [Cited: 05 28, 2024.] <https://www.fpcardiologia.pt/acidos-gordos-omega-3>.
9. Letro CB, Araujo BM, Gazzoni GA, Miranda GN, Hubinger GP, Debossan L C, et al. Ómega-3 e doenças cardiovasculares: uma revisão à luz das atuais recomendações. *Rev Eletrônica Acervo Cient.* 2021;26.
10. Nascimento P, Scalabrini H. Benefícios do ômega 3 na prevenção de doença cardiovascular: Revisão integrativa de literatura. *Int J Nutrol.* 2020;13:95-101.
11. Shen S, Gong C, Jin K, Zhou L, Xiao Y, Ma L. Omega-3 Fatty Acid Supplementation and Coronary Heart Disease Risks: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials. *Front Nutr.* 2022;9:809311. doi: 10.3389/fnut.2022.809311.