

Vitamina D3 (colecalfiferol): suplementação mensal permite

melhorar adesão à terapêutica

“Uma epidemia dos tempos modernos”. É desta forma que o Prof. Doutor Manuel Carrageta, cardiologista e presidente do Instituto de Cardiologia de Almada e da Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC), classifica a carência de vitamina D, um problema cada vez mais prevalente em todo o mundo e que se deve, em grande parte, ao estilo de vida atual.

O cardiologista deu o pontapé de saída na reunião Molinar®, organizada pela Tecnimede, no passado dia 24 de outubro, em Lisboa, onde se lançou um alerta para um problema que, apesar da elevada prevalência em todo o mundo (afeta cerca de um bilião de indivíduos), está extremamente subvalorizado, e cujo mote foi “Não deixemos passar para o bilião e 1”.

O especialista começou por explicar o papel da vitamina D no organismo. “Mais que uma vitamina é uma pró-hormona esteroide que aumenta a expressão dos recetores da vitamina D, sobretudo no intestino delgado, recetores esses que regulam a absorção de cálcio e fósforo no intestino. A vitamina D tem como principal função manter a homeostase do cálcio e tem um papel na manutenção da função neuromuscular e imunidade normais e participa na regulação da apoptose, proliferação celular e inflamação”, referiu.

Resumindo o metabolismo da vitamina D₃ (colecalfiferol), o preletor adiantou que esta “é produzida pela pele quando exposta ao sol ou pode ser ingerida na dieta ou como suplemento, e é convertida em 25-hidroxivitamina D (25-OHD, ou calcidiol) no fígado (esta é a forma circulante e a que se doseia no sangue). Por sua vez, a 25-OHD é convertida em 1,25-dihidroxivitamina D (1,25-OH₂D, ou calcitriol) no rim (esta é a forma ativa da hormona)”.

Causas da carência e recomendações para suplementação

A exposição solar constitui a fonte mais importante de vitamina D, pelo que “o moderno estilo de vida nas cidades, com muitas horas diárias passadas em espaços fechados, ou seja, com pouca exposição solar, está a condicionar uma deficiente produção de vitamina D”, adiantou o especialista, explicando que “5 a 10 minutos de exposição direta dos braços e pernas produz cerca de 3.000 Unidades Internacionais (UI) de vitamina D₃; um protetor solar fator 8 reduz a síntese de vitamina D em 95%; múltiplos estudos mostram que a deficiência de vitamina D é comum em países com muito sol quando a maior parte da pele está coberta por roupa (países árabes, Índia, entre outros)”. A alimentação é uma fonte menos relevante desta vitamina, logo, mais um fator agravante da prevalência da carência desta vitamina.

O cardiologista explicou como se procede ao tratamento/suplementação em casos de carência, adiantando que “muitos estudos sugerem que o colecalfiferol aumenta os níveis mais eficientemente que o ergocalciferol e que nos doentes renais ou hepáticos severos a suplementação com vitamina D ativa (calcitriol) é preferível”.

De acordo com as normas de orientação clínica da *Endocrine Society*, a suplementação com vitamina D deve obedecer aos seguintes critérios: 400 UI – 1.000 UI (crianças 0 aos 12 meses); 600 UI – 1.000 UI (1 aos 18 anos); 600 UI – 2.000 UI (19 aos 70 anos); 800 UI – 2.000 UI (acima dos 70 anos).

Em jeito de conclusão, o Prof. Doutor Manuel Carrageta garantiu não existir evidência de toxicidade para níveis de vitamina D <150 ng/ml, assim como não há evidência de toxicidade com doses diárias de 10.000 UI (Vieth R., *Am J Clin Nutr.* 1999;69). Os indicadores de toxicidade da vitamina D: cálcio sérico elevado e 25-OH-vitamina D >90 ng/ml (Berkow, *Merck Manual*, 1987:928), adiantou, referindo que “a toxicidade é rara e requer administração de doses de pelo menos 40.000 UI/dia em crianças (ou de 100.000 UI/dia em adultos) durante vários meses. Os sintomas de toxicidade surgem com níveis de vitamina D >125 ng/ml e consistem em anorexia, náuseas, vômitos, fraqueza, ansiedade, prurido, poliúria, polidipsia, insuficiência renal, calcificações dos tecidos moles (Berkow, *Merck Manual*, 1987:928 e Holick, *Am J Clin Nutr.* 2001; 73(2):288).

Doenças cardiovasculares, cancro e diabetes associados a carência de vitamina D

A vitamina D tem uma ação fisiológica determinante na homeostase do cálcio, nos sistemas imunitário, muscular e cardiovascular, pâncreas, cérebro e regulação celular, o que a torna essencial ao bom funcionamento do organismo.

Assim sendo, a sua deficiência “causa osteomalacia (mineralização dos ossos defeituosa), nas crianças causa raquitismo e nos adultos provoca fragilidade dos ossos, o que pode levar a fraturas. Outros sintomas de deficiência de vitamina D são dores ósseas e fraqueza muscular”, adiantou o presidente da FPC.

Para além disso, há evidência que associa a deficiência de vitamina D a cancro (mais comum nas latitudes do Norte) da próstata, cólon e mama, a doenças autoimunes, à esclerose múltipla (mais comum nas latitudes do Norte), à síndrome metabólica e diabetes, a infeções, a doenças cardiovasculares (DCV), bem como à ansiedade e depressão na fibromialgia. O Prof. Doutor Manuel Carrageta explica esta relação: “as células do cólon, da mama e da próstata têm recetores da vitamina D e os metabolitos da vitamina D podem inibir a angiogénese, promover a diferenciação e inibir a proliferação celular, havendo maior risco de cancro da mama, do cólon e da próstata nas latitudes mais elevadas”.

A vitamina D é fundamental para a regulação do sistema renina-angiotensina, coagulação e função muscular cardíaca, pelo que a deficiência nesta vitamina também contribui para o aumento do risco cardiovascular e da trombogénese e para a ocorrência de hipertensão (HTA) relacionada com a elevação da renina. Há uma relação entre vitamina D e coração, na medida em que os recetores desta vitamina estão presentes nas células do miocárdio e do endotélio, com a deficiência de vitamina D a associar-se ainda a diabetes, síndrome metabólica, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência cardíaca e inflamação vascular.