

Vitamina D

Em Portugal, estima-se que cerca de 66% dos portugueses adultos apresenta carência em vitamina D. ^[1] Para esta carência na população, os fatores que mais têm contribuído incluem o aumento das preocupações com a exposição solar, as alterações alimentares e o aumento da incidência de obesidade. ^[2] Contudo, a principal causa da deficiência em vitamina D deve-se a uma fraca exposição solar. ^[3]

A vitamina D é uma vitamina lipossolúvel com funções muito importantes no organismo. É a única vitamina que funciona como hormona e que pode ser sintetizada na pele através da sua exposição ao sol.

Alguns dos alimentos a partir do qual se pode obter vitamina D são: peixes gordos (arenque, salmão, sardinhas); óleo de fígado de bacalhau); cogumelos, gema do ovo, carnes vermelhas e manteiga. Como as fontes dietéticas naturais de vitamina D são escassas, tem sido necessário recorrer à sua suplementação em alguns dos produtos mais consumidos com o objetivo do consumidor ingerir a dose diária recomendada. Assim, nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento do consumo de suplementos alimentares e de alimentos fortificados com vitamina D, entre estes produtos fortificados, como por exemplo, o leite, a margarina e alguns cereais de pequeno-almoço. ^[4,5]

A homeostasia da vitamina D é fundamental para a saúde dos ossos, pois esta contribui para uma adequada mineralização, tendo um papel bem definido na prevenção e tratamento de várias doenças ósseas (osteomalacia, osteoporose, raquitismo). No intestino estimula a absorção de cálcio e fósforo, algo essencial para manter os seus níveis dentro de valores normais.

A vitamina D está envolvida na manutenção do normal funcionamento muscular, por facilitar o transporte de cálcio, aumentar a síntese proteica e influenciar positivamente a velocidade de contração muscular. É também importante para imunidade porque estimula a diferenciação de várias células do sistema imunitário e reduz a inflamação. Alguns estudos indicam que baixas concentrações de vitamina D no organismo estão relacionadas com o aparecimento de doenças crónicas, tais como doenças cardiovasculares, doenças neurológicas e metabólicas. ^[2-7]

O nível de síntese de vitamina D no organismo varia muito de pessoa para pessoa, sendo influenciado por diversos fatores, que incluem a estação do ano, a pigmentação da pele, a latitude, o uso de protetores solares, a roupa, bem como a quantidade de pele exposta ao sol. Apenas cerca de 20% da vitamina D no organismo é proveniente da dieta, sendo que a ingestão de vitamina D é mais importante quanto menor for a exposição solar.

A idade também constitui um fator importante, pois a síntese de vitamina D diminui com o aumento da idade, devido, em parte, à queda nos níveis do seu precursor e pelas alterações na morfologia da própria pele.

A pigmentação da pele tem também um peso relevante, pois os indivíduos com a pele mais escura (maior teor em melanina) necessitam de um período de exposição solar 3 a 5 vezes superior para a síntese da mesma quantidade de vitamina D, quando comparado com indivíduos de pele mais clara. ^[4-8]

Em situações de obesidade, a acumulação da vitamina D no tecido adiposo, assim como a redução da sua síntese por via cutânea, explica a elevada incidência do défice desta vitamina em pessoas com excesso de peso. [5,9]

O melhor indicador para avaliar os níveis séricos de vitamina D é o doseamento de 25-hidroxitamina D, também designado por 25(OH)D ou calcidiol. Segundo a norma nº 004/2019 deve ser considerada no adulto, a determinação do nível sérico de 25-hidroxitamina D (25(OH)D) nas seguintes situações [10]:

- a) **Pessoas com idade superior a 65 anos a viver em unidades de internamento de cuidados continuados de longa duração e manutenção (superior a 90 dias), com exposição solar limitada;**
- b) **Pessoas com fatores de risco documentados para deficiência/insuficiência de vitamina D:**
 - i. Exposição solar muito limitada;
 - ii. Síndromes de má absorção intestinal (ex.: doença de *Chron*);
 - iii. Pessoas com insuficiência renal crónica.
- c) **Pessoas com história conhecida de alterações metabólicas congénitas ou adquiridas do metabolismo do cálcio e vitamina D;**
- d) **Pessoas com história prévia, conhecida, de deficiência de vitamina D;**
- e) **Pessoas com condições de saúde ou exames sugestivos de deficiência de Vitamina D:**
 - i. Baixa excreção urinária de cálcio em urina 24h;
 - ii. Níveis elevados de PTH ou fosfatase alcalina óssea;
 - iii. Hipocalcemia e/ou hipofosfatemia;
 - iv. Osteoporose;
 - v. Fraturas não traumáticas.

Devem ainda ser rastreados e monitorizados os níveis séricos também em todas as pessoas que foram submetidas a cirurgia de **bypass gástrico**, ou com fatores de risco documentados para deficiência de vitamina D, tais como a **obesidade mórbida** e **doenças metabólicas** relacionadas com metabolismo do cálcio e da vitamina D. [10]

A norma da DGS define a **deficiência de vitamina D** como uma concentração plasmática de 25-hidroxitamina D (25(OH)D) [10]:

<30 nmol/L (12 ng/mL) - crianças

<50 nmol/L (<20 ng/mL) - adultos

Os sintomas relacionados com o défice em vitamina D normalmente só se observam quando os níveis de vitamina D são muito baixos. Alguns dos sintomas mais ligeiros são: cansaço, fraqueza, dores musculares, pele seca, cabelo fraco e unhas quebradiças.

A carência a longo prazo pode levar ao enfraquecimento dos ossos (osteomalacia), fraqueza muscular, conduzir a uma maior tendência para quedas, fraturas e até levar ao desenvolvimento de outras patologias, tais como depressão, diabetes e hipertensão. [10-14]

Referências bibliográficas:

- 1- Duarte C, Carvalheiro H, Rodrigues AM, Dias SS, Marques A, Santiago T, Canhão H, Branco JC, da Silva JAP (2020). Prevalence of vitamin D deficiency and its predictors in the Portuguese population: a nationwide population-based study. Arch Osteoporos. Mar 2;15(1):36.
- 2- Wacker M, Holick MF (2013) Sunlight and vitamin D: a global perspective for health. Dermato-Endocrinol.;5(1):51– 108.
- 3- Felton SJ, Cooke MS, Kift R, et al.(2016) Concurrent beneficial (vitamin D production) and hazardous (cutaneous DNA damage) impact of repeated low-level summer sunlight exposures. BrJ Dermatol.,175: 1320–8.
- 4- Pisco L., Barros H., Mascarenhas M., Carvalheiro M., Cantista P., Laíns J. (2009) Declaração Portuguesa da Vitamina D.
- 5- Syimah N. et al. (2019) Vitamin D supplementation for overweight or obese adults. Cochrane Database Syst Rev. 2019 May; (5): CD011629.
- 6- Alves M., Bastos M., Leitão F., Marques G., Ribeiro G., Carrilho F. (2013) Vitamina D - importância da avaliação laboratorial. Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo 8(1): 32-39.
- 7- Rathish Nair and Arun Maseeh. (2012) Vitamin D: The “sunshine” vitamin. J Pharmacol Pharmacother. Apr-Jun; 3(2): 118–126.
- 8- Reagan M Mogire et al. (2020) Prevalence of vitamin D deficiency in Africa: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health; 8: e134–42.
- 9- Jacobo Wortsman et al (2000) Decreased bioavailability of vitamin D in obesity. Am J Clin Nutr 2000;72:690–3.
- 10- DGS. Norma nº 004/2019 - Prevenção e Tratamento da Deficiência de Vitamina D.
- 11- Aksu Cerman A, Sarikaya Solak S, Kivanc Altunay I. (2014) Vitamin D deficiency in alopecia areata. Br J Dermatol. Jun;170(6):1299-304.
- 12- Hansen KE, Johnson RE, Chambers KR, Johnson MG, Lemon CC, Vo TN, Marvdashti S. (2015) Treatment of Vitamin D Insufficiency in Postmenopausal Women: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. Oct;175(10):1612-21.
- 13- Bener A, Saleh NM. (2015) Low vitamin D, and bone mineral density with depressive symptoms burden in menopausal and postmenopausal women. J Midlife Health. Jul-Sep;6(3):108-14.
- 14- Johnson K, Sattari M. (2015) Vitamin D deficiency and fatigue: an unusual presentation. Springerplus. Oct 7;4:584.

Esta informação não dispensa o aconselhamento com um profissional de saúde.