
Saúde pública e neuropatia diabética**Amanda de Araujo Fonseca ***

Segundo a *International Association Study of Pain (IASP)* a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão”¹. A média da população brasileira que se queixa ou sofre de dor, é semelhante a de países desenvolvidos, porém a diferença está entre as restrições econômicas e o sistema de saúde que ainda não contempla claramente essa questão, embora exista um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica^{2,3}. Mesmo que a dor seja o principal motivo da procura dos serviços de saúde, ainda é “amplamente subtratada, causando sofrimento e perdas financeiras aos indivíduos e à sociedade”⁴. A dor não é tratada de maneira adequada devido uma série de questões, como falta de conhecimento, atitudes inadequadas dos profissionais de saúde, recurso inadequados, falta de analgésicos opioides e falta de prioridade do governo⁴.

A dor pode se dividir em três grandes categorias: dor nociceptiva; dor neuropática, e dor mista - coexistência da nociceptiva e dor neuropática⁵. A dor nociceptiva é um mecanismo de alerta precoce essencial, pois possui a capacidade de detectar a presença de estímulos potencialmente prejudiciais. Este fenômeno é mediado a partir da periferia por neurônios sensoriais primários, os nociceptores, que transmitem informações até a medula espinal e a partir daí vias nociceptivas conduzem a informação às estruturas supraespinhais. Após lesão ou inflamação do tecido periférico, ocorrem alterações adaptativas reversíveis no sistema nervoso sensorial como a hipersensibilidade à dor, um mecanismo de proteção que garante a boa cicatrização dos tecidos danificados.

Na Dor Neuropática (DN), o próprio sistema nervoso, periférico ou central, se encontra lesionado e as alterações sensoriais podem tornar-se persistentes. A dor pode ocorrer de forma espontânea, devido à queda drástica do limiar de excitação, ou seja, estímulos inofensivos podem produzir dor, bem como a duração e amplitude da resposta a estímulos nocivos são amplificados⁶.

Vários fatores podem precipitar a DN, a Diabetes Mellitus (DM) e as infecções por Herpes Zoster e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) são uns dos principais⁷. As Neuropatias Diabéticas (NDs) são complicações tanto da DM tipo 1 como da tipo 2, ambas associadas ao inadequado controle glicêmico, sugerindo a hiperglicemia como gatilho universal para ND⁸. O processo de lesão do sistema nervoso está associado à entrada excessiva de glicose nas células dos tecidos neuronal, promovendo a geração do excesso de Espécies Reativas de Oxigênio (Reactive oxygen species - ROS), causando o estresse oxidativo e condições pró-inflamatórias nos tecidos, conseqüentemente será desencadeada a dor⁹.

Os sintomas da ND apresentam-se de diversas formas, tais como: queimação, pontada, facada, lancinante, parestesia, formigamento, dormência e alodínea¹⁰. Essas manifestações sintomáticas causam impacto considerável na qualidade de vida, inclusive no sono e no humor dos indivíduos¹¹. Tanto pacientes como profissionais de saúde possuem dificuldade para determinar a natureza da dor¹². A ND, por exemplo, apresenta uma variedade de sintomas e frequentemente é identificada e tratada de forma equivocada como dor nociceptiva. Portanto, o exame clínico é fundamental para determinar o tipo de dor, direcionar o tratamento e contribuir para a melhora da qualidade de vida do paciente.

A Portaria nº 1083, de 02 de outubro de 2012, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica dispõe sobre várias questões relacionadas ao manejo da dor crônica, dentre elas a determinação da natureza da dor com auxílio da escala de dor *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs – LANSS*¹³. Escala de LANSS avalia em suma os sintomas da dor com base nos seguintes descritores: “agulhadas”, “choques elétricos”, “formigamento”, maior sensibilidade, “dor em pontada” ou “dor

explosiva", "calor" e "queimação" e os sinais com base em testes de sensibilidade que avaliam a alodinia e a alteração do limiar por estímulo de agulha, cada qual com sua pontuação que somadas resultam em 24 pontos. Os descritores somam 16 pontos e os testes 8 pontos. Em alguns casos a dor pode ser assintomática, ou seja, apenas os testes de sensibilidade podem ser positivos. Porém é importante destacar que a ausência de sintomas não exclui a neuropatia, pois há pacientes que evoluem direto para a perda total de sensibilidade e até 50% dos pacientes com ND podem ser assintomáticos¹⁴. A ausência de sintomas nunca deve ser usada para indicar a ausência de sinais. Portanto, o diagnóstico não pode ser feito sem um exame clínico cuidadoso dos membros inferiores. Como até metade dos pacientes pode ser assintomática, o diagnóstico pode ser feito apenas no exame ou, em alguns casos, quando o paciente apresenta uma úlcera no pé indolor^{14,15}.

Ou seja, os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde devem ter um olhar cuidadoso frente aos pacientes assintomáticos quanto a dor neuropática. Uma vez que muitos deles podem se encontrar nas fases iniciais da doença e não descompensados, ou seja, podem ter pontuação menor que 12 escala de LANSS, ou seja, ser diagnosticado e tratado equivocadamente com dor nociceptiva.

Referências:

1. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IaspTaxonomy. 2012. Disponível em: . Acesso em: 21 de julho de 2016.
2. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Hospital sem dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. [acesso em 01 set 2012]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no 1.083, de 2 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/115462-1083.html?tmpl=>. Acesso em: 21 de jul de 2016.
4. International Association for the Study of Pain (IASP). Guide to Pain Management in Low-Resource Settings. Seattle: IASP Press, 2009.
5. BARON, R.; BINDER, A.; WASNER, G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurology*, v. 9, p. 807–19. Kiel, 2010.
6. von Hehn, C. A.; BARON, R.; WOOLF, C. J. Deconstructing the neuropathic pain phenotype to reveal neural mechanisms. *Neuron*, v. 4, n. 73, p. 638-652, 2012.
7. DIELEMAN, J. P.; KERKLAAN, J.; HUYGEN, F. J. P. M.; BOUMA, P. A. D.; STURKENBOOM, M. C. J. M. Incidence rates and treatment of neuropathic pain conditions in the general population. *Pain* 137, p. 681–688, 2008.
8. TEFAYE et al. Diabetic Neuropathies: Update on Definitions, Diagnostic Criteria, Estimation of Severity, and Treatments. *Diabetes Care*, n. 33, p. 2285–2293, 2010.
9. DOBRETSOV, M.; ROMANOVSKY, D.; STIMERS, J. R. Early diabetic neuropathy: Triggers and mechanisms. *World J Gastroenterol*, v. 13, n. 2, p. 175-19. Beijing, 2007.
10. PEDROSA, Hermelinda. C. Polineuropatia Diabética: Novas Estratégias para Diagnóstico e Intervenção Terapêutica Precoces – Diretrizes NeurALAD. In: The Latin American Congress on Controversies To Consensus in Diabetes, Obesity and Hypertension (CODHy), 2010, Buenos Aires. Anais eletrônicos. Buenos Aires: HIGHLIGHTS, 2010. p. 1-7. Disponível em: . Acesso em 13 de jan de 2015.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.083, de 2 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/115462-1083.html?tmpl=>. Acesso em: 28 de jul de 2016.
12. RESENDE, M. A. C.; NASCIMENTO, O. J. M.; RIOS, A. A. S.; QUINTANILHA, G.; CEBALLOS, L. E. S.; ARAÚJO, F. P. Perfil da dor Neuropática: a propósito do exame neurológico mínimo de 33 pacientes. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v.60, n. 2. Campinas – SP, 2010.

13. BENNETT, M. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain*, v. 1-2, n. 92, p. 147-57, 2001.
14. BOULTON et al. Diabetic Neuropathies: A statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, v. 28, n. 4, 2005.
15. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. AC Farmacêutica. Rio de Janeiro, 2014. p. 365

* Equipe de extensão da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília (FCE – UnB)