

DOR NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Caracterização de uma População Portuguesa de 85 Doentes

Daniela SEIXAS, Vasco GALHARDO, Maria José SÁ,
Joana GUIMARÃES, Deolinda LIMA

RESUMO

A esclerose múltipla (EM) é uma doença neurológica frequente, estimando-se em Portugal uma prevalência de 60/100.000. É uma doença do adulto jovem, cujos sintomas de apresentação são frequentemente de tipo sensitivo. O processo patológico é de natureza inflamatória, afectando o sistema nervoso central. A lesão histopatológica típica é uma área de desmielinização. Estudos descritivos iniciais afirmavam que a dor era um sintoma incomum na EM. Contudo, tornou-se evidente que a maioria dos doentes com EM experimentam dor no decurso da sua doença. Na EM é possível encontrar qualquer tipo de síndrome doloroso, sendo o mais comum a dor neuropática de tipo central. Foi estudada uma amostra de 85 doentes com o diagnóstico de EM da Consulta Externa de Doenças Desmielinizantes do Serviço de Neurologia do Hospital de São João, Porto, Portugal. Foram investigadas a presença de dor, as características demográficas da amostra, a duração da doença, o ano do diagnóstico, o subtipo de EM, os tratamentos efectuados e a pontuação na escala *Expanded Disability Status Scale* (EDSS). Ao grupo de doentes com EM e dor foram ainda aplicadas as versões curtas dos questionários de dor *The Brief Pain Inventory* (BPI) e *The McGill Pain Questionnaire* (MPQ), para melhor caracterização. A prevalência de dor encontrada na amostra de doentes foi de 34%. Não encontramos uma associação entre a existência de dor e a duração da doença ou a incapacidade funcional. No entanto a dor interferiu significativamente com a actividade geral, o estado de ânimo, o trabalho, as relações com outras pessoas e a capacidade de diversão. Todos os doentes com dor que completaram o MPQ utilizaram mais do que uma palavra para a descrever, usando sempre palavras de ambas as categorias, sensitiva e afectiva. As descrições dos doentes incluíram a palavra ardente-escaldante em 58,8% dos casos, palavra comum na descrição da dor neuropática de tipo central. A dor é um sintoma importante numa população Portuguesa de 85 doentes com EM, não apenas pela elevada prevalência encontrada, mas também pela enorme interferência na qualidade de vida destes doentes. O reconhecimento da dor nos doentes com EM, do seu impacto em diferentes vertentes da vida diária, bem como a possibilidade da existência de várias síndromas dolorosas nestes doentes, é fundamental para orientar e tratar correctamente a dor na EM.

D.S., V.G., D.L.: Instituto de Histologia e Embriologia. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto
M.J.S.: Serviço de Neurologia. Hospital de São João. Porto.

© 2009 CELOM

SUMMARY

PAIN IN MULTIPLE SCLEROSIS

Characterization of a Portuguese Population of 85 Patients

Multiple sclerosis (MS) is a frequent neurological disease, with an estimated prevalence in Portugal of 60/100.000. It is a disease of the young adult, whose first symptoms are commonly of sensory type. The pathological process is of inflammatory nature, involving the central nervous system. The typical histopathological lesion is an area of demyelination.

Initial descriptive studies affirmed that pain was an uncommon symptom in MS. However, it soon became evident that the majority of MS patients experience pain in the course of their disease. In MS it is possible to find any kind of pain syndrome, being the most common central neuropathic pain. A sample of 85 MS patients of the Outpatient Clinic of Demyelinating Diseases of the Neurology Department of São João Hospital, Oporto, Portugal, was studied. The presence of pain, demographic characteristics, disease duration, year of diagnosis, MS subtype, treatments and *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) score were investigated. The group of MS patients with pain completed the short versions of the pain questionnaires *The Brief Pain Inventory* (BPI) and *The McGill Pain Questionnaire* (MPQ), for more detailed pain characterization. The prevalence of pain found was 34%. We have not established an association between the existence of pain and disease duration or functional impairment. However, pain interfered significantly with the patients' general activity, mood, work, social relations with others and enjoyment of life. All the pain and MS patients that completed the MPQ employed more than one word to describe their pain, using always words from both the sensory and affective categories. Patient pain descriptions included the word hot-burning in 58,8% of the cases; this word is used commonly in the description of central neuropathic pain. Pain is an important symptom in 85 Portuguese patients with MS, not only because of the high pain prevalence found, but also because of its interference with their quality of life. Pain recognition in MS patients is fundamental to adequately treating MS patients with pain.

INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla (EM) é uma doença neurológica crónica frequente, estimando-se actualmente em Portugal uma prevalência de 60/100.000, segundo dados da União Europeia. É uma doença do adulto jovem, surgindo geralmente na terceira década de vida, com o dobro da frequência no sexo feminino. Os primeiros sintomas são muitas vezes de tipo sensitivo, como hipostesias ou parestesias que começam numa extremidade, e se estendem ao longo de três a quatro dias envolvendo todo um membro; os sintomas mantêm-se depois estáveis durante uma ou duas semanas, resolvendo gradualmente. Outros sintomas de apresentação, também comuns, são visão turva, diplopia, vertigem, défices motores e ataxia. A evolução clínica da EM é de algum modo imprevisível, ocorrendo em geral por surtos nos primeiros anos da doença, com remissão dos sinais e sintomas (surto-remissão), tornando-se com o tempo progressiva (secundariamente progressiva). Existem no entanto outro subtipos clínicos da doença, mais agressivos, como a EM remitente-progressiva, em que os sinais e sintomas não regridem completamente após cada surto, e a EM primariamente progressiva, à qual lhe falta a característica evolução episódica, sendo progressiva *ad initium*. Acresce ainda uma forma monossintomática, a síndrome clínica isolada.

O processo patológico subjacente na EM é de natureza inflamatória, e resulta na destruição da bainha de mielina e

eventualmente dos axónios e corpos celulares dos neurónios do sistema nervoso central (SNC). A lesão histopatológica típica é a placa, que é uma área de desmielinização. As placas podem ocorrer em qualquer região do SNC, mas mais comumente são encontradas na espinal medula (sobretudo nos cordões posteriores), no tronco cerebral, e na substância branca adjacente aos ventrículos laterais do cérebro.

Dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como *uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual presente ou potencial, ou descrita como tal lesão*¹. Estudos descritivos iniciais afirmavam que a dor era um sintoma pouco habitual na EM². Contudo, tornou-se evidente que a maioria dos doentes com EM experimentam dor no decurso da sua doença. Estudos obtidos noutros países obtiveram prevalências de dor na EM entre 29% e 65%³⁻⁵.

As diferentes síndromes dolorosas podem ser classificados como:

- dor nociceptiva, que representa a resposta dolorosa normal e esperada a uma qualquer agressão, através da activação fisiológica dos receptores nociceptivos;
- dor neuropática, aquela associada a uma lesão demonstrável do encéfalo ou espinal medula (dor neuropática central) ou do sistema nervoso periférico (dor neuropática periférica);
- dor psicogénica, aquela que surge na ausência de qualquer processo lesional, ou que permanece após a resolução de um tal processo.

A síndrome dolorosa mais comum na EM é a dor neuropática central, o que está de acordo com a patogenia desta doença; o principal tipo de dor central encontrado é a chamada dor *disestésica*, geralmente uma dor contínua, tipo queimadura, localizada a um membro. Outros tipos de dor central encontrados na EM incluem a nevralgia do trigémio (por lesão do tronco cerebral) e os espasmos tónicos dolorosos. Contudo, na EM é possível encontrar qualquer outro tipo de síndrome dolorosa, não só apenas dor central. Vermote et al descreveram uma prevalência de dor nociceptiva músculo-esquelética de 20%, que se pensa associada aos problemas de diminuição da força, espasticidade e descoordenação motora que afectam estes doentes. A dor psicogénica parece ser rara nos doentes com EM⁵.

MATERIALE MÉTODOS

Foi estudada uma amostra de 85 doentes com o diagnóstico de EM segundo os critérios de McDonald⁶, do universo de doentes que frequentam a Consulta Externa de Doenças Desmielinizantes do Serviço de Neurologia do Hospital de São João, Porto, Portugal. Para serem incluídos os doentes teriam que ter 18 anos ou mais de idade e ter referido dor com pelo menos uma localização na semana prévia à sessão do estudo. Os critérios de exclusão foram a presença de perturbações cognitivas graves e incapacidade de comunicação verbal e por escrito. Os doentes foram identificados e recrutados durante as suas consultas de rotina. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de São João.

Procedimento

Após obtenção de consentimento informado, o processo clínico de cada doente foi revisto para se obter informação sobre a duração da doença, o ano do diagnóstico, o subtipo de EM, tratamentos efectuados, a presença de dor e a pontuação na escala *Expanded Disability Status Scale* (EDSS)⁷, que é o método mais utilizado na quantificação da incapacidade na EM, adoptado pela *International Federation of Multiple Sclerosis Societies*. A EDSS é uma escala de 10 pontos com avaliação global da gravidade dos sintomas/sinais neurológicos de oito sistemas funcionais (piramidal, cerebeloso, tronco cerebral, sensitivo, intestinal e urinário, visual e cognição) durante o exame neurológico.

Todos os doentes completaram um questionário para avaliação de características demográficas, tendo-lhes sido ainda perguntado se sentiam dor no momento presente e/ou dor na semana antecedente. Foi administrada uma en-

trevista àqueles que referiram dor, com o propósito de avaliar *todos os locais em que possa ter dor*. Os doentes podiam referir múltiplos locais, mas eram instruídos do seguinte modo: *pode ter dor em vários locais diferentes, mas que para si são o mesmo tipo de dor; se assim for o caso, pedir-lhe-emos para agrupar essa dor com várias localizações numa só, e responder às questões como se ela fosse única*. Foram seguidamente aplicadas as versões curtas dos questionários de dor *The Brief Pain Inventory* (BPI)⁸ e *The McGill Pain Questionnaire* (MPQ)⁹ ao grupo de doentes com dor.

QUESTIONÁRIOS

Versão curta do *The Brief Pain Inventory* (BPI)

O BPI é um questionário desenvolvido para avaliar a gravidade e o impacto da dor no funcionamento diário do doente, tendo sido utilizado extensivamente em diferentes patologias e síndromes dolorosas, desde a dor aguda à dor crónica¹⁰. Osborne et al avaliaram as propriedades psicométricas da versão curta do BPI em doentes com esclerose múltipla e dor, concluindo que os seus resultados apoiam a validade de versões modificadas do BPI¹¹. Um painel de consenso recente, o *Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical trials* (IMMPACT) recomendou a inclusão da versão curta do BPI em todos os ensaios clínicos de dor crónica¹²; foi também recomendado por um grupo de peritos da *European Association of Palliative Care* para uso em investigação científica¹³.

A versão curta do BPI consiste num diagrama para registo da localização da dor numa figura humana. Inclui ainda escalas para a avaliação da intensidade e do impacto da dor. A intensidade da dor é registada em escalas numéricas que variam entre 0 (*nenhuma dor*) e 10 (*a pior dor possível*). O impacto da dor é estudado em relação a quanto a dor interfere com a actividade geral, o estado de ânimo, a capacidade de caminhar, o trabalho, as relações sociais, o sono e a capacidade de diversão numa escala de 10 pontos (*nenhuma interferência a interfere completamente*). Os doentes são questionados também sobre o tipo de medicação que fazem para o tratamento da dor, e a percentagem de alívio que obtêm.

Versão curta do *The McGill Pain Questionnaire* (MPQ)

A versão curta do MPQ avalia dimensões da dor não abrangidas pelo BPI: estima as dimensões sensitiva e afectiva da dor, tanto de um modo qualitativo como quantitativo. Consiste em 15 palavras, 11 representativas da cate-

goria sensitiva e quatro representativas da categoria afectiva retiradas da versão longa do MPQ. A descrição detalhada da versão longa do MPQ foi discutida em detalhe noutros trabalhos^{9,14}. A intensidade da dor é classificada para cada palavra (ver Quadro 1 para uma lista das palavras) utilizando uma escala de quatro pontos (0 = *sem dor*, 1 = *ligeira*, 2 = *moderada*, 3 = *grave*). São obtidas duas pontuações derivadas da soma das pontuações sensitiva e afectiva, sendo que a pontuação total é calculada somando as duas primeiras. A versão curta do MPQ também inclui a intensidade actual da dor, que é uma escala de seis pontos que varia de 0 = *sem dor*, 1 = *dor ligeira*, 2 = *dor desconfortável*, 3 = *dor perturbadora*, 4 = *dor horrível* a 5 = *dor excruciante*, e ainda uma escala analógica visual. As correlações entre as escalas correspondentes da versão curta do MPQ e da versão longa do MPQ são geralmente elevadas ($r = 0,68$ a $0,92$)⁹.

Estatística

Foi utilizada a versão 11.0 do programa SPSS para análise dos resultados. Foram geradas distribuições por frequência de todas as variáveis categóricas para os aspectos descritivos da análise. A média foi calculada para todas as variáveis quantitativas contínuas tais como a idade ou a duração em anos da doença. Para variâncias homogéneas, foi usado o teste *t* de Student para variáveis quantitativas entre doentes com e sem dor, enquanto que para variâncias não homogéneas, o teste de Mann-Whitney foi

Quadro 1 – Características qualitativas da dor: palavras representativas das categorias sensitiva e afectiva da versão curta do questionário de dor The McGill Pain Questionnaire, e percentagem dos doentes com dor da amostra que utilizou cada uma das palavras

| Categoria sensitiva (% de doentes) | Categoria afectiva (% de doentes) |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Palpitante (0%) | Cansativa-esgotante (94,1%) |
| Lancinante (47,1%) | Tipo náusea (85,4%) |
| Penetrante (70,6%) | Assustadora (52,9%) |
| Aguda (64,7%) | Castigadora-cruel (23,5%) |
| Cãimbra (0%) | |
| Moer (41,2%) | |
| Ardente-escaldante (58,8%) | |
| Dorida (64,7%) | |
| Pesada (94,1%) | |
| Sensível ao toque (47,1%) | |
| De rachar (41,2%) | |

Quadro 2 – Características demográficas da amostra

| | Média (desvio padrão) |
|---------------------|-----------------------|
| Idade | 39,7 (11,7) |
| | n (%) |
| Sexo | |
| Masculino | 23 (27) |
| Feminino | 62 (73) |
| Escolaridade | |
| 4ª ano ou menos | 22 (26) |
| 6º ano | 14 (17) |
| 9º ano | 9 (11) |
| 12º ano | 23 (27) |
| Mais do que 12º ano | 17 (20) |

adoptado. O teste de qui-quadrado foi utilizado para comparações entre variáveis categóricas. O valor de *p* considerado estatisticamente significativo foi inferior a 0,05.

RESULTADOS

O Quadro 2 apresenta as características demográficas da amostra. Em geral os doentes com EM eram adultos jovens, a maioria do sexo feminino (73%), com uma escolaridade baixa, sendo que 54% dos doentes tinham o nono ano ou inferior.

Quanto às características clínicas da amostra (Quadro 3), a pontuação média da EDSS foi de 2,7 (desvio padrão 2,3). A maioria dos doentes (71%) apresentava o subtipo surto-remissão da doença.

Vinte e nove doentes num total de 85 (34%) apresentaram dor no dia e/ou na semana que antecedeu a sessão do estudo. Seis doentes (2%) referiram dor com múltiplas localizações. Comparando o grupo dos doentes com dor com o grupo dos

Quadro 3 – Características clínicas da amostra

| | Média (desvio padrão) |
|-------------------------------------|-----------------------|
| Duração da doença em anos | 10,9 (7,1) |
| Anos decorridos desde o diagnóstico | 11,3 (19,7) |
| EDSS | 2,7 (2,3) |
| | n (%) |
| Subtipo da doença | |
| Surto-remissão | 60 (71) |
| Remitente-progressiva | 0 (0) |
| Primariamente progressiva | 1 (1) |
| Secundariamente progressiva | 15 (18) |
| Síndrome clínico isolado | 9 (11) |

doentes sem dor não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o sexo (Qui-quadrado, $p = 0,672$), para a média da idade dos doentes (teste t para amostras independentes, $p = 0,371$), ou para a pontuação EDSS por categorias (Qui-quadrado, $p = 0,995$). A diferença entre a média da duração da doença (em anos) dos doentes com dor e sem dor (Mann-Whitney, $p = 0,771$) não atingiu também significado estatístico.

Apenas 21 doentes (72%), no total de 29 doentes com dor da amostra estudada, completaram as versões curtas dos questionários de dor BPI e MPQ. Considerando os

resultados do BPI quanto à localização da dor, ilustrados na Figura 1, as cefaleias e as raquialgias foram os locais mais frequentemente descritos (27%), seguidos dos membros superiores (20%).

A dor foi mais vezes referida como superficial (86%) por oposição a profunda (14%). Quanto à intensidade da dor numa escala de 10 pontos (Figura 2), nos 21 doentes que completaram o questionário BPI, as médias (e o desvio padrão) foram para a intensidade máxima da dor 6,7 (1,8), para a intensidade mínima da dor 2,2 (2,0), para a intensidade média da dor 4,5 (1,5) e para a intensidade actual da dor 2,4 (2,9).

A interferência média (e o desvio padrão) da dor (numa escala de 0 a 10 pontos) com a actividade geral foi de 6,3 (4,1), com o estado de ânimo foi de 7,2 (2,8), com a capacidade de caminhar foi de 4,5 (3,8), com o trabalho foi de 6,3 (3,6), com as relações com outras pessoas foi de 5,1 (4,2), com o sono foi de 4,6 (3,8) e com a capacidade de diversão foi de 7,2 (3,2) (Figura 3). Daut et al definem *dor de intensidade significativa* ou *dor que interfere significativamente* como aquela que é pontuada como superior ao ponto médio⁵ das escalas atrás referidas⁸. Deste modo, apenas a intensidade máxima da dor referida pelos doentes foi considerada significativa no nosso estudo (Figura 2). Quanto ao impacto da dor na qualidade de vida, a dor interferiu significativamente com a actividade geral, o estado de ânimo, o trabalho, as relações com outras pessoas e a capacidade de diversão (Figura 3).

As descrições feitas pelos doentes, da sua dor utilizando as palavras escolhidas do MPQ estão apresentadas no

Quadro 1. As pontuações sensitiva e afectiva do MPQ foram de 12,1 e de 6,2, respectivamente; a pontuação total foi de 22,3. A média (e o desvio padrão) da intensidade actual da dor numa escala de 6 pontos foi de 1,6 (0,4). Todos os doentes utilizaram mais do que uma palavra para descrever a sua dor, usando sempre palavras de ambas as categorias, sensitiva e afectiva. As palavras mais frequentemente utilizadas, em 91,4% dos doentes com dor, foram *pesada* e *cansativa-esgotante*. A palavra *ardente-escaldante* foi incluída na descrição qualitativa da dor por 58,8% dos doentes.

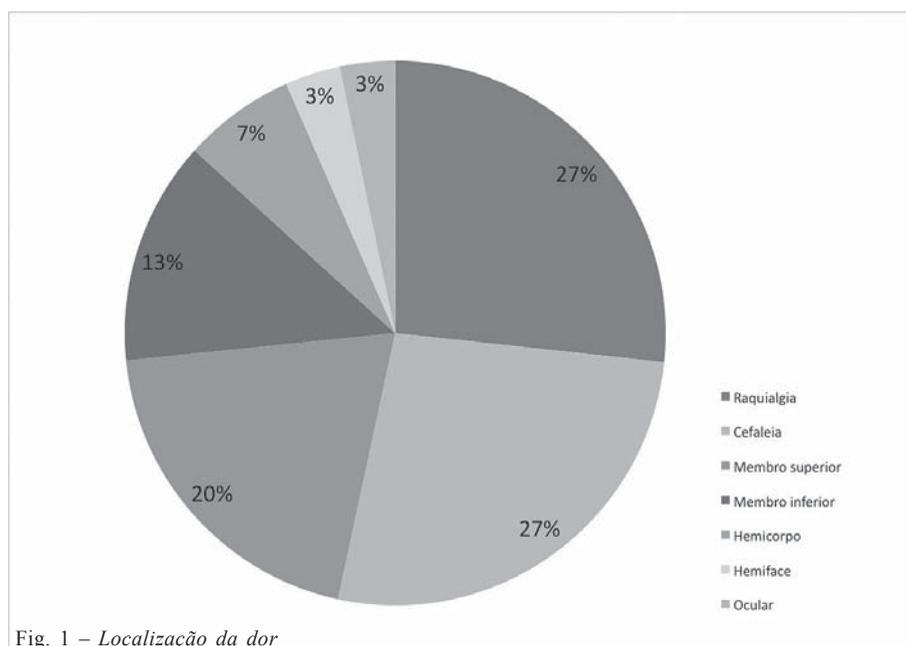
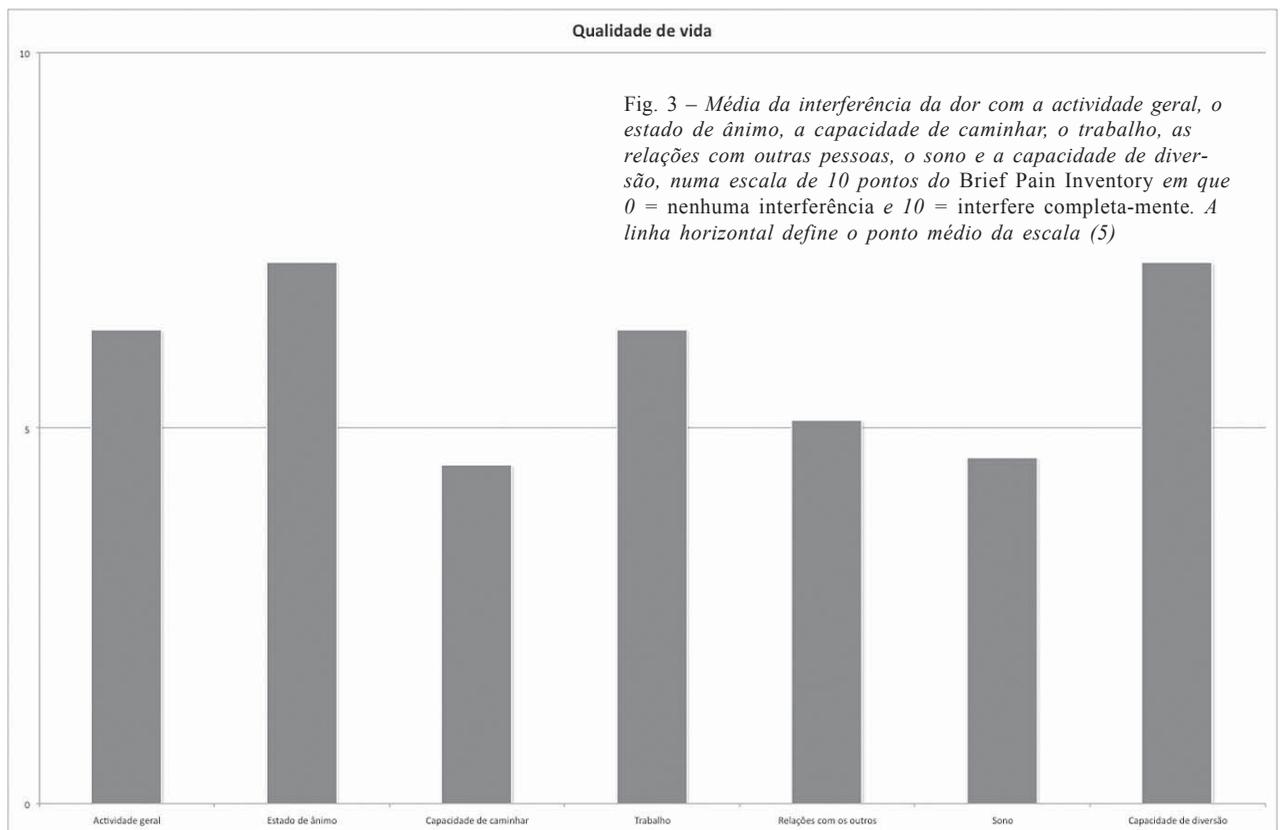
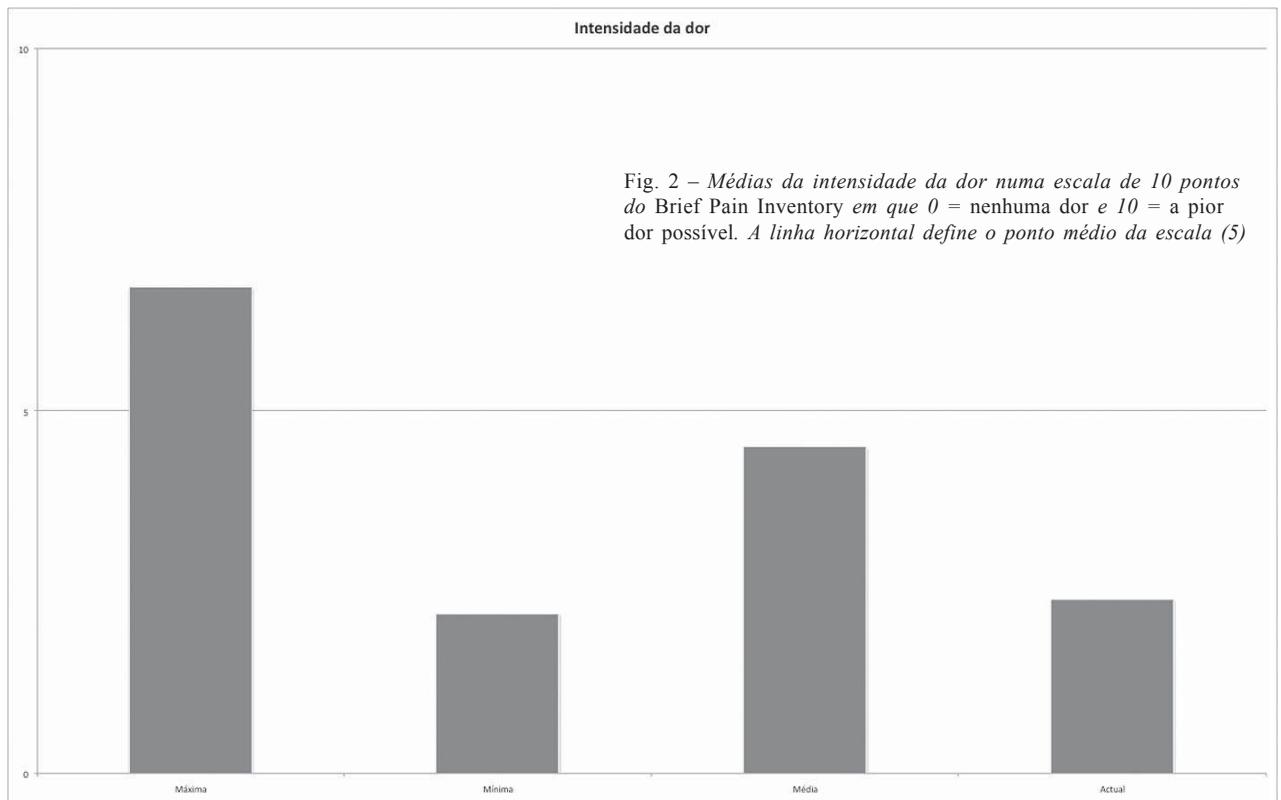


Fig. 1 – Localização da dor



DISCUSSÃO

A nossa amostra apresentou uma proporção de doentes do sexo feminino em relação ao sexo masculino de 2:1, sendo que a maioria sofria do subtipo clínico surto-remissão da doença, características estas representativas da maioria das populações de doentes com EM. Quase todas as diferentes pontuações possíveis na escala EDSS foram abrangidas, isto é, os doentes incluídos no estudo apresentavam diversos graus de incapacidade.

A baixa escolaridade encontrada na amostra de doentes, provavelmente relacionada com a baixa escolaridade da população Portuguesa, pode ter tido influência no reduzido número de doentes que conseguiu completar os questionários de dor aplicados (BPI e MPQ), notando-se essencialmente problemas de literacia no seu preenchimento, mesmo quando acompanhado pelos investigadores.

A prevalência de dor encontrada, de 34%, é concordança com séries de outros países³⁻⁵, em que também se verifica que a dor é um sintoma predominante nos doentes com EM. No entanto, existe alguma variabilidade dos resultados existentes na literatura, que poderão estar em relação com diferenças/heterogeneidade das populações estudadas e/ou diferenças entre as metodologias utilizadas. No nosso estudo, a caracterização da dor pelos doentes foi feita em relação à dor presente no momento da entrevista ou apenas na semana imediatamente anterior, evitando-se assim que problemas de memória ou de flutuação dos sintomas pudessem interferir nos resultados. O exame neurológico para a avaliação da incapacidade (escala EDSS) foi conduzido no mesmo dia da entrevista para cada doente. As cefaleias foram incluídas na avaliação da localização da dor, ao contrário do acontecido noutros trabalhos⁴. Os critérios de diagnóstico de EM do *International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis* de 2001 usados no presente estudo, revistos em 2005⁶, poderão também ter tido uma influência positiva nos resultados encontrados, uma vez que permitem assinalar o desenvolvimento de EM clinicamente definitiva mais precocemente que os critérios antigos¹⁵, apresentando ainda maior sensibilidade e especificidade¹⁶⁻¹⁹. Evita-se assim que parte dos doentes estudados pudessem ter outras doenças que não EM, prejudicando a qualidade dos resultados obtidos.

Não encontramos uma associação entre a existência de dor e a duração da doença ou a incapacidade funcional, avaliada pela escala EDSS. Os resultados na literatura são dissemelhantes, podendo mais uma vez reflectir problemas metodológicos ou discrepâncias populacionais. Os nossos resultados poderão ser explicados por observações relacionadas com a patogenia da dor. Uma única le-

são desmielinizante no SNC é suficiente para dar origem a dor neuropática de tipo central, podendo acontecer portanto em qualquer estadió da doença. No entanto, à medida que a incapacidade funcional vai aumentando durante a progressão da EM, aumenta também a probabilidade de dor do tipo nociceptivo, secundária, por exemplo, a posturas anómalas, dificuldades na marcha, entre outros.

A caracterização qualitativa e quantitativa da dor não é um processo simples, uma vez que reflecte a complexidade da experiência deste sintoma, experiência esta subjectiva e consciente, multidimensional: não apenas física, mas também psicológica, social, cultural e até espiritual. No caso particular da EM, a esta complexidade acrescenta o facto da possibilidade de coexistência de qualquer tipo de síndrome doloroso. A escolha dos questionários de dor BPI e MPQ, amplamente utilizados e estudados, sobreveio da necessidade de uma caracterização correcta e detalhada da dor neste grupo de doentes. Considerando os resultados do questionário BPI, apenas a intensidade máxima da dor referida pelo doente foi considerada *significativa* no nosso estudo, e não as intensidades mínima, média ou actual da dor no momento da entrevista, o que traduz a importância da severidade da intensidade da dor na avaliação da dor pelo próprio. A dor interferiu ainda *significativamente* com a actividade geral, o estado de ânimo, o trabalho, as relações com outras pessoas e a capacidade de diversão, ou seja cinco dos sete parâmetros utilizados para a avaliação da qualidade de vida, objectivando assim o grande impacto da dor nos doentes com EM.

Foi interessante verificar que todos os doentes com dor que completaram a versão curta do MPQ utilizaram mais do que uma palavra para a descrever, usando sempre palavras de ambas as categorias, sensitiva e afectiva, reflectindo mais uma vez as diferentes dimensões da dor. As descrições dos doentes incluíram a palavra ardente-escaldante em 58,8% dos casos, palavra comum na descrição da dor neuropática de tipo central, referida na literatura como o síndrome doloroso mais frequente na EM^{20,21}.

CONCLUSÃO

A dor é um sintoma importante numa população Portuguesa de 85 doentes com EM, não apenas pela elevada prevalência encontrada, mas também pela grande interferência na qualidade de vida destes doentes. O reconhecimento da multidimensionalidade da dor, e portanto do seu impacto em diferentes vertentes da vida do doente, bem como a possibilidade da existência de vários síndromes dolorosos na EM, é fundamental para reconhecer, orientar e tratar correctamente os doentes com EM e dor. Só assim

é possível uma correcta escolha terapêutica, num campo em que as opções são tão diversas quanto o paracetamol, os analgésicos anti-inflamatórios não esteróides, os anti-epilépticos e antidepressivos, ou talvez mesmo o *cannabis*.

São necessários outros estudos que caracterizem mais profundamente a dor nos doentes portugueses com EM, nomeadamente estudos epidemiológicos que distingam os diferentes síndromes dolorosos entre si, auxiliados por estudos de neuroimagem e testes sensitivos quantitativos. A criação de instrumentos como escalas ou questionários específicos para a EM que permitam o diagnóstico e a avaliação simples dos diferentes tipos de dor são também desejados, uma vez que os actualmente existentes, tal como o *Pain Effects Scale* incluído no *Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory* (MSQLI) (um dos questionários específicos da EM mais utilizados)²², apenas se limitam à avaliação da intensidade da dor, sendo que pelo exposto neste trabalho, são claramente insuficientes. Na elaboração ou adaptação destes instrumentos devem ainda ser consideradas características inerentes à população portuguesa como a elevada iliteracia, e o reduzido número de questionários de dor validados para a língua Portuguesa.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Este estudo foi financiado pela bolsa Fundação Schering Lusitana para a Esclerose Múltipla 2004.

BIBLIOGRAFIA

1. MERSKEY H, BOGDUK N: Classification of chronic pain. Seattle: IASP Press 1994
2. TOURTELLOTE W-W, BAUMHEFNER WW: Comprehensive management of multiple sclerosis. In: Hallpike JF, Adams CWM, Tourtellote WW, eds. Multiple Sclerosis. Baltimore. Williams & Wilkins 1983;513-578
3. CLIFFORD DB, TROTTER JL: Pain in multiple sclerosis. Arch Neurol 1984;41:1878-1979
4. STENAGER E, KNUDSEN L, JENSEN K: Acute and chronic pain syndromes in multiple sclerosis. Acta Neurol Scand 1991; 84:197-200
5. VERMOTE R, KETELAER P, CARTON H: Pain in multiple sclerosis patients. A prospective study using the McGill Pain Questionnaire. Clin Neurol Neurosurg 1986;88:87-93
6. POLMAN CH, REINGOLD SC, EDAN G et al: Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the «McDonald Criteria». Ann Neurol 2005;58:840-6
7. KURTZKE JF: Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983; 33:1444-452
8. DAUT RL, CLEELAND CS, FLANERY RC: Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. Pain 1983;17:197-210
9. MELZACK R: The short-form McGill Pain Questionnaire. Pain 1987;30:191-7
10. MENDOZA T, MAYNE T, RUBLEE D, CLEELAND C: Reliability and validity of a modified Brief Pain Inventory short form in patients with osteoarthritis. Eur J Pain 2006;10:353-361
11. OSBORNE TL, RAICHLER KA, JENSEN MP, EHDE DM, KRAFT G: The reliability and validity of pain interference measures in persons with multiple sclerosis. J Pain Symptom Manage 2006;32:217-229
12. TURK DC, DWORKIN RH, ALLEN RR et al: Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. Pain 2003;106:337-345
13. CARACENI A, CHERNY N, FAINSINGER R et al: Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an expert working group of the European Association of Palliative Care. J Pain Symptom Manage 2002; 23:239-255
14. MELZACK R: The McGill Pain Questionnaire: from description to measurement. Anesthesiology 2005;103:199-202
15. POSER CM, PATY DW, SCHEINBERG L et al: New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols. Ann Neurol 1983;13:227-231
16. DALTON CM, BREX PA, MISZKIEL KA et al: Application of the new McDonald criteria to patients with clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis. Ann Neurol 2002; 52:47-53
17. CHAMPS STUDY GROUP: MRI predictors of early conversion to clinically definite MS in the CHAMPS placebo group. Neurology 2002;59:998-1005
18. BARKHOF F, ROCCA M, VAN WAESBERGHE JH et al: Validation of diagnostic magnetic resonance imaging criteria for multiple sclerosis and response to interferon beta1a. Ann Neurol 2003; 53:718-724
19. TINTORE M, ROVIRA A, RIO J et al: New diagnostic criteria for multiple sclerosis: application in first demyelinating episode. Neurology 2003;60:27-30
20. SVENDSEN KB, JENSEN TS, HANSEN HJ, BACH FW: Sensory function and quality of life in patients with multiple sclerosis and pain. Pain 2005;114:473-481
21. BOIVIE J: Central pain. In: Patrick DW, Ronald M, eds. Textbook of pain. London. Harcourt Publishers Limited 2005;107-124
22. FISCHER JS, LAROCCA NG, MILLER DM, RIVO PG, ANDREWS H, PATY DW: Recent developments in the assessment of quality of life in multiple sclerosis (MS). Mult Scler 1999;5:251-9