

**Análise de dados ambulatoriais do Centro de Coluna e dor
Hospital Leforte
De fevereiro a dezembro de 2019**

Entre fevereiro e dezembro de 2019, foi realizada a coleta de dados apresentada abaixo, com 240 pacientes atendidos no Centro de Coluna e Dor do Hospital Leforte.

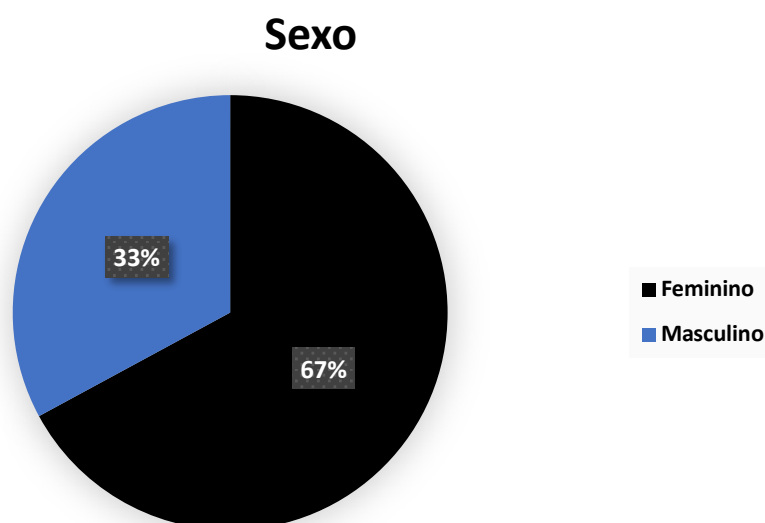
Essa coleta de dados foi realizada a partir dos seguintes instrumentos:

- Protocolo de GOTEMBURGO para Avaliação Clínica Básica da Coluna Lombar- utilizado para coleta de dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes. (ANEXO 1).
- Inventário Breve de Dor (BPI) – (Ferreira, Teixeira et al., 2011) validado para a língua portuguesa. Trata-se de instrumento breve e de fácil compreensão que avalia o quanto a dor interfere no cotidiano do paciente. Avalia a eficácia do tratamento, intensidade e local da dor; pode ser dividido em duas partes: a primeira refere-se à média de dor, com pontuação de zero a dez; a segunda refere-se à interferência da dor no cotidiano com escore de zero a setenta pontos. (ANEXO 2).
- Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade - Permite avaliar a incapacidade gerada por dor lombar específica ou não específica em várias atividades funcionais e é constituído por 10 seções, contendo 6 afirmações cada, para identificar limitações em 9 atividades da vida diária e ainda limitações na vida sexual. (ANEXO 3).
- Questionário De Incapacidade De Roland Morris (RMDQ) – o questionário permite mensurar a incapacidade física em forma de auto relato para pacientes com dor na coluna. Tem 24 itens com pontuações de zero ou 1 (sim ou não) e o total varia de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave). (ANEXO 4).
- 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) – É um questionário para avaliação da qualidade de vida em estudos populacionais, sendo frequentemente utilizado para comparar o estado de saúde entre grupos de pacientes com as mesmas condições clínicas. (ANEXO 5).
- Questionário para Diagnóstico de Dor Neuropática 4 (DN-4) – É um questionário que permite através de respostas do tipo sim e não e de um simples exame físico, pontuar cada um dos 10 itens da escala, com um total de 10 itens, é possível verificar se o paciente tem ou não, um resultado que sugere a presença de Dor Neuropática. (ANEXO 6).

Apresentação dos dados demográficos:

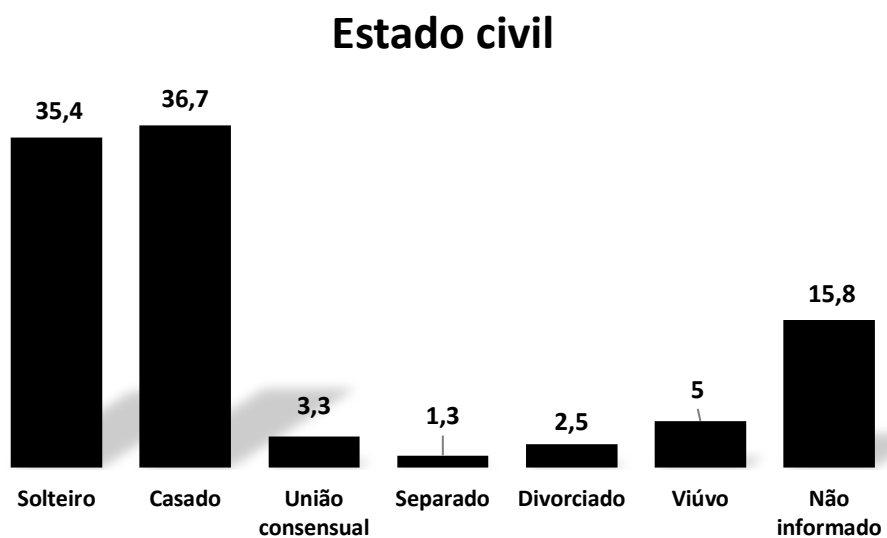
Foram coletados dados de 240 pacientes, 161 mulheres (67,1%) e 79 homens (32,9%) com média de idade de $49,9 \pm 14,7$, participaram da coleta.

Sexo	N	%
Feminino	161	67,1
Masculino	79	32,9
Total	240	100,0



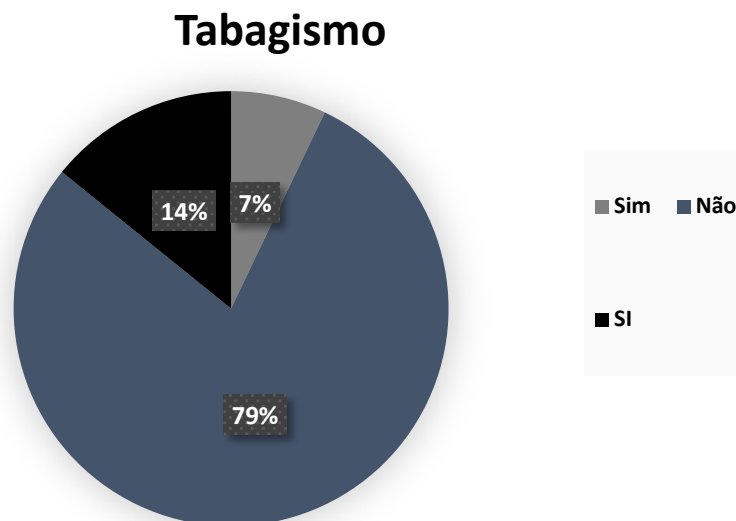
Estado civil dos pacientes na ocasião da coleta:

Estado civil	Nº de casos	%
Solteiro	85	35,4
Casado	88	36,7
União consensual	8	3,3
Separado	3	1,3
Divorciado	6	2,5
Viúvo	12	5
Não informado	38	15,8
Total	240	100,0



Tabagismo dos pacientes na ocasião da coleta:

Você fuma?	Nº de casos	%
Sim	17	7,1
Não	189	78,8
SI	34	14,2
Total	240	100,0

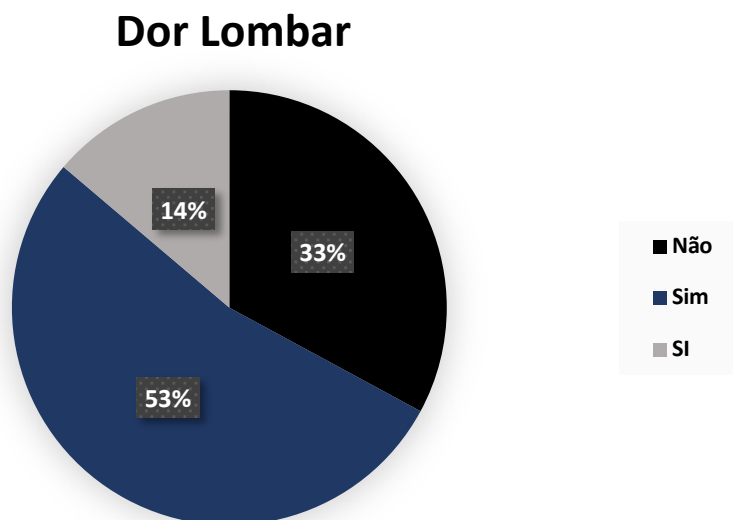


*SI: Sem informação.

Apresentação dos dados Clínicos:

Presença de dor lombar em 128 pacientes atendidos entre fevereiro e dezembro de 2019.

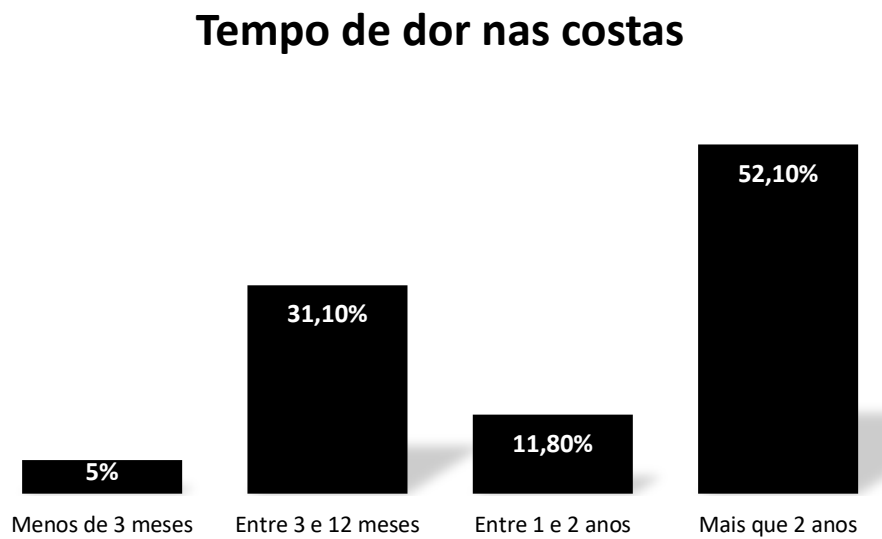
Dor Lombar	Nº de casos	%
Não	79	32,9
Sim	128	53,3
SI	33	13,8
Total	240	100,0



*SI: Sem informação.

- Sendo que 27 % do total de pacientes com dor lombar (128) tem dor irradiada para as pernas.

Tempo de dor nas costas

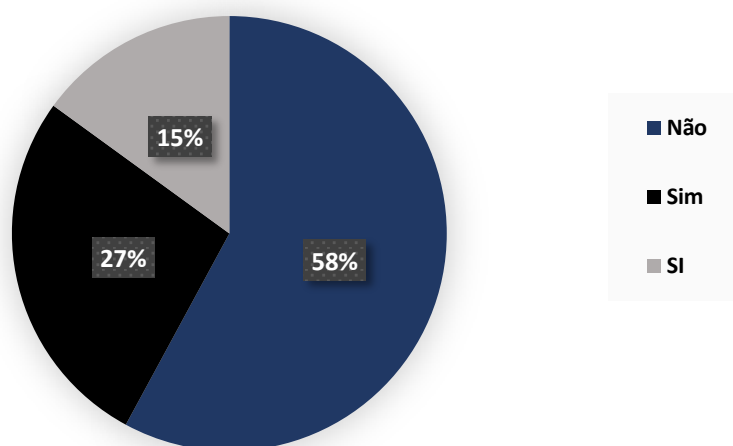


52% da amostra com dor lombar, tem dor nas costas a mais que 2 anos.

Presença de dor nas pernas em 65 pacientes atendidos entre fevereiro e dezembro de 2019.

Dor Pernas	Nº de casos	%
Não	139	57,9
Sim	65	27,1
SI	36	15
Total	240	100,0

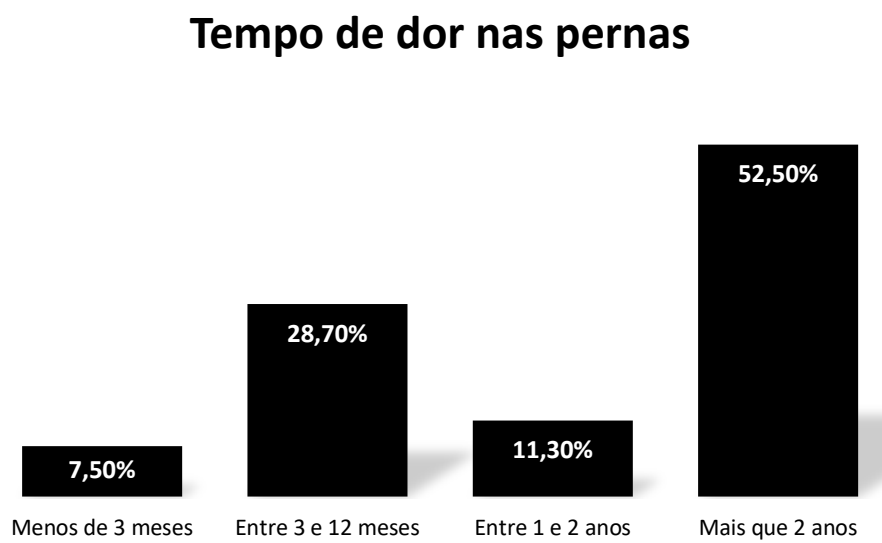
Dor nas pernas



*SI: Sem informação.

- Sendo que 89 % do total de pacientes com dor nas pernas (65) também possui dor lombar.

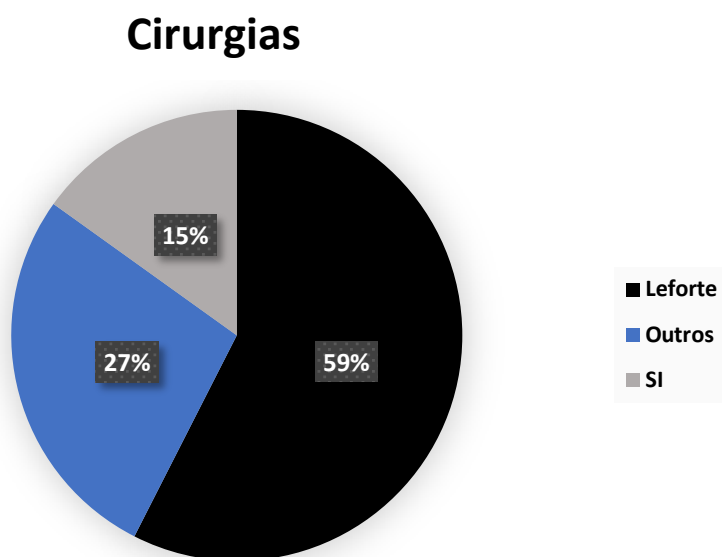
Tempo de dor nas pernas



52% da amostra com dor nas pernas, tem dor nas pernas a mais que 2 anos.

Dos 240 pacientes avaliados, 73 realizaram alguma intervenção cirúrgica na coluna. Sendo que 42 destas cirurgias foram realizadas pelo Centro de Coluna e dor do Hospital Leforte.

Cirurgia	Nº de casos	%
Leforte	42	57,5
Outros	20	27,4
SI	11	15,1
Total	73	100



*SI: Sem informação.

- 57,5 % destas cirurgias foram realizadas pelo Centro de Coluna e dor do Hospital Leforte.

Dos 240 pacientes avaliados, aproximadamente 70% relatam alguma melhora da dor, e desses indivíduos 35% relatam 50% ou mais de melhora da dor com os procedimentos cirúrgicos, fisioterapia e/ou medicações realizadas até o momento pelo Centro de Coluna e dor do Hospital Leforte.

% de melhora	Nº de casos	% de casos
0	3	1,3
10%	27	11,3
20%	26	10,8
30%	18	7,5
40%	15	6,3
50%	15	6,3
60%	7	2,9
70%	8	3,3
80%	14	5,8
90%	10	4,2
100%	17	7,1
Total	160	66,7
SI	80	33,3
Total	240	100,0

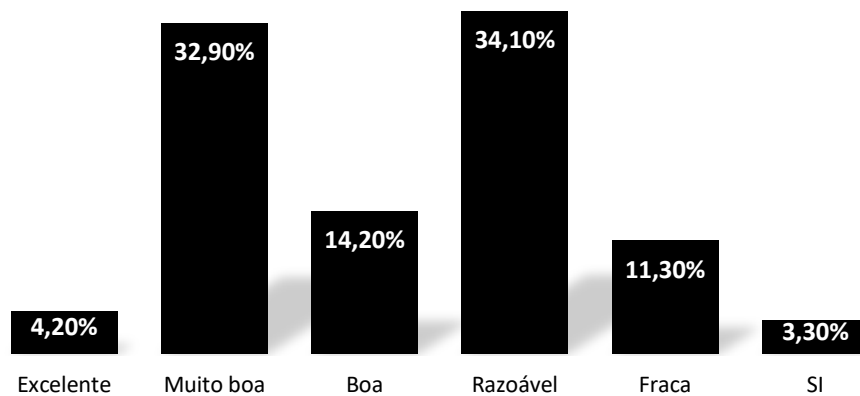
*SI: Sem informação.

Segundo a avaliação da questão 1 do questionário “12-Item Short Form Health Survey (SF-12)”, realizada nos indivíduos desse estudo, vemos que aproximadamente 40% da amostra consideram sua saúde entre muito boa e excelente, enquanto são atendidas no Centro de Coluna e dor do Hospital Leforte.

Em geral sua saúde é?	Nº de casos	%
Excelente	10	4,2
Muito boa	79	32,9
Boa	34	14,2
Razoável	82	34,1
Fraca	27	11,3
SI	8	3,3
Total	240	100,0

*SI: Sem informação.

Em geral sua saúde é?



*SI: Sem informação.

ANEXOS

ANEXO 1.

Protocolo de GOTEMBURGO para Avaliação Clínica Básica da Coluna Lombar

Nome completo: _____

Data nascimento: ____ / ____ / ____ .

Endereço completo: _____

Email: _____

Data do preenchimento: ____ / ____ / ____ .

Sexo: 1) Masculino 2) Feminino

Estado Civil: 1) Casado/Amasiado 2) Solteiro 3) Separado/Divorciado

Profissão (ou ex-trabalho): _____

Estado de nascimento: 1) São Paulo 2) Outros - Qual? _____

Se outro, quantos anos em São Paulo? _____

Você fuma? 1) Sim 2) Não

Você já realizou alguma cirurgia de coluna? 1) Sim 2) Não

Se sim, quantas? _____

Você está aposentado? 0) Não 1) Sim, integralmente 2) Sim, parcialmente

Quão fisicamente cansativo é o seu atual trabalho remunerado?

0) Eu não trabalho 1) Não é cansativo 2) Leve 3) Moderado 4) Pesado

Você está desempregado atualmente? 1) Sim 2) Não

Você está de licença médica atualmente por causa dos seus problemas de coluna?

0) Não 1) Sim, integralmente 2) Sim, parcialmente

Se sim, há quanto tempo? _____

Você está atualmente aposentado por invalidez ou recebe um auxílio-doença?

0) Não 1) Sim, integralmente 2) Sim, parcialmente

0) Eu não tenho dor nas costas 1) Menos de três meses 2) Entre 3 e 12 meses
3) Entre 1 e 2 anos 4) Mais que 2 anos

0) Eu não tenho dor irradiada 1) Menos de três meses 2) Entre 3 e 12 meses
3) Entre 1 e 2 anos 4) Mais que 2 anos

0) Não 1) Sim, regularmente 2) Sim, às vezes
Se sim, qual(is)? _____

0) Não 1) Sim
Se sim, qual (is)? _____

1) Menos de 100 metros 2) Entre 100 e 500 metros 3) Entre 500 e 1000 metros
4) Mais de 1 quilometro

As linhas são escalas onde a demarcação na extrema esquerda significa sem dor e na extrema direita a pior dor imaginável.

Costas: /-----/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem Dor Máxima Dor

Pernas: /-----/

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem Dor Máxima Dor

Qual dos seguintes sintomas você mais quer se livrar ou melhorar?

- 1) Dor nas costas 2) Dor na perna 3) Perda da sensibilidade 4) Perda de força

O que você acha das suas possibilidades de retornar ao trabalho anterior depois de melhorar?

- 0) Agora eu estou trabalhando
- 1) Eu vou voltar a trabalhar integralmente
- 2) Eu vou voltar a trabalhar parcialmente
- 3) Eu vou trocar de trabalho/ocupação
- 4) Eu vou continuar de licença médica
- 5) Eu vou continuar aposentado/auxílio-doença como anteriormente

Diagnóstico: _____

Referência:

Ryggsektionen tillhör Ortopedkliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och är en del av Avdelningen för Ortopedi vid Göteborgs Universitet. SpineFact. Formulär. BASUPPGIFTER PREOPERATIVT. Den här sidan ändrades senast. 2004-08-17 10:41. Disponível em:< <http://www.ssu.orthop.gu.se/spinefact.htm> >. Acesso em: 14 abr. 2010, 16:30:30.

ANEXO 2.

Protocolo:

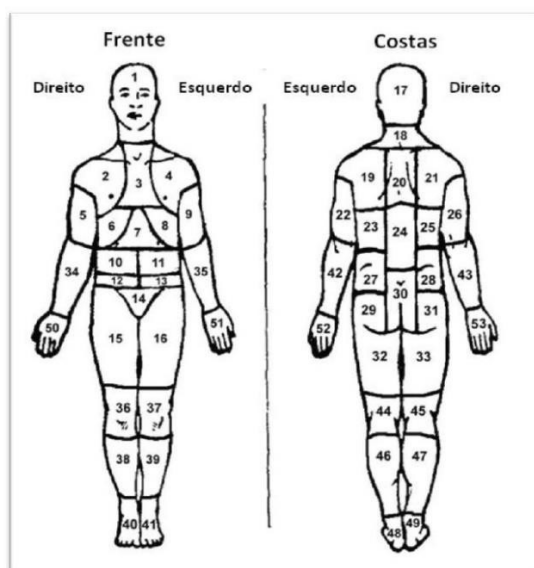
Nome: _____ Nº no estudo _____

Inventario Breve de Dor

1. Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

1. Sim ☐ 2. Não ☐

2. Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



3. Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

4. Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

5. Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

6. Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Pior dor possível

7. Quais tratamentos ou medicamentos você está recebendo para dor		
Nome	Dose/ Frequência	Data de Início

8. Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?

Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.

Sem alívio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alívio completo

9. Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua	
Atividade geral	
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente
Humor	
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente
Habilidade de caminhar	
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente
Trabalho	
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente
Relacionamento com outras pessoas	
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente
Sono	
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente
Habilidade para apreciar a vida	
Não interferiu	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interferiu completamente

ANEXO 3.

Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade.

Por favor, você poderia completar este questionário? Ele é elaborado para nos dar informações de como seu problema nas costas (ou pernas) têm afetado seu dia-a-dia. Por favor, responda a todas as seções. Marque apenas um quadrado em cada seção, aquele que mais de perto descreve você hoje.

Seção 1: **Intensidade da dor.**

<input type="checkbox"/>	Sem dor no momento
<input type="checkbox"/>	A dor é leve nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é moderada nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é mais ou menos intensa nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é muito forte nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é a pior imaginável nesse momento

Seção 2: **Cuidados pessoais** (Vestir-se, tomar banho etc)

<input type="checkbox"/>	Eu posso cuidar de mim sem provocar dor extra
<input type="checkbox"/>	Posso me cuidar mas me causa dor
<input type="checkbox"/>	É doloroso me cuidar e sou lento e cuidadoso
<input type="checkbox"/>	Preciso de alguma ajuda, mas dou conta de me cuidar
<input type="checkbox"/>	Preciso de ajuda em todos os aspectos para cuidar de mim
<input type="checkbox"/>	Eu não me visto, tomo banho com dificuldade e fico na cama.

Seção 3: **Pesos**

<input type="checkbox"/>	Posso levantar coisas pesadas sem causar dor extra
<input type="checkbox"/>	Se levantar coisas pesadas sinto dor extra
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito, se estão bem posicionadas, e.g., numa mesa.
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de levantar coisas pesadas mas dou um jeito de levantar coisas leves ou pouco pesadas se estiverem bem posicionadas.
<input type="checkbox"/>	Só posso levantar coisas muito leve
<input type="checkbox"/>	Não posso levantar nem carregar nada.

Seção 4: **Andar**

<input type="checkbox"/>	A dor não me impede de andar (qualquer distância)
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que 2 Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que ? Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que poucos metros
<input type="checkbox"/>	Só posso andar com bengala ou muleta
<input type="checkbox"/>	Fico na cama a maior parte do tempo e tenho que arrastar para o banheiro

Seção 5: Sentar

	Posso sentar em qualquer tipo de cadeira pelo tempo que quiser
	Posso sentar em minha cadeira favorita pelo tempo que quiser
	A dor me impede de sentar por mais de 1 hora
	A dor me impede de sentar por mais de ? hora
	A dor me impede de sentar por mais que 10 minutos
	A dor me impede de sentar

Seção 6- De pé

	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser sem dor extra
	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser, mas sinto um pouco de dor
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 1 h
	A dor me impede de ficar de pé por mais ? hora
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 10 minutos
	A dor me impede de ficar de pé

Seção 7: Sono

	Meu sono não é perturbado por dor
	Algumas vezes meu sono é perturbado por dor
	Por causa da dor durmo menos de 6 horas
	Por causa da dor durmo menos de 4 horas
	Por causa da dor durmo menos de 2 horas
	A dor me impede de dormir.

Seção 8: Vida sexual (se aplicável)

	Minha vida sexual é normal e não me causa dor extra
	Minha vida sexual é normal, mas me causa dor extra
	Minha vida sexual é quase normal, mas é muito dolorosa
	Minha vida sexual é muito restringida devido à dor
	Minha vida sexual é praticamente inexistente devido à dor.
	A dor me impede de ter atividade sexual.

Seção 9: vida social

	Minha vida social é normal e eu não sinto dor extra
	Minha vida social é normal, mas aumenta o grau de minha dor.
	A dor não altera minha vida social, exceto por impedir que faça atividades de esforço, como esportes, etc
	A dor restringiu minha vida social e eu não saio muito de casa
	A dor restringiu minha vida social a minha casa
	Não tenho vida social devido a minha dor.

Seção 10: Viagens

	Posso viajar para qualquer lugar sem dor.
	Posso viajar para qualquer lugar, mas sinto dor extra

	A dor é ruim, mas posso viajar por 2 horas
	A dor restringe minhas viagens para distâncias menores que 1 hora
	A dor restringe minhas viagens para as necessárias e menores de 30 minutos
	A dor me impede de viajar, exceto para ser tratado.

Para cada seção de seis afirmações o ponto total é 5. Se a primeira afirmação é marcada, o ponto é 0. Se for o último, o ponto é 5. As afirmações intermediárias são pontuadas de acordo com este rank. Se mais que uma afirmação for assinalada em cada seção, escolha o maior ponto. Se todas as 10 seções forem completadas a pontuação é calculada da seguinte maneira: Se 16 pontos foi o ponto total sendo que são 50 os pontos possíveis, $16/50 \times 100 = 32\%$. Se uma seção não for marcada ou não se aplica a pontuação é calculada da seguinte maneira, de acordo com o exemplo de pontuação máxima de 16: $16/40 \times 100 = 35,5\%$. O autor recomenda arredondar a porcentagem para um número inteiro.

Interpretação dos resultados:

0% a 20% - incapacidade mínima
21% a 40% - incapacidade moderada
41% a 60% - incapacidade intensa
61% a 80% - aleijado
81% a 100% - inválido

Interpretação dos resultados no pós-operatório

0% a 20% - excelente
21% a 40% - bom
41% a 60% - inalterado
> 60% - piora

(enviado pelo Dr. Fernando Dantas-BH)

* Apenas tradução-Para trabalhos e uso oficial, verificar a validação no Brasil.

ANEXO 4.

Joaquim MONTEIRO et al, Questionário de incapacidade de Roland Morris – adaptação e..., Acta Med Port. 2010; 23(5):761-766

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND MORRIS – RMDQ

Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.
2. Mudo de posição frequentemente para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.
3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.
4. Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.
5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.
6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.
7. Por causa das minhas costas, tenho de me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.
8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.
9. Visto-me mais lentamente do que o habitual por causa das minhas costas.
10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.
11. Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.
12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.
13. As minhas costas estão quase sempre a doer.
14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.
15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.
16. Tenho dificuldade em calçar peúgas ou meias altas por causa das dores das minhas costas.
17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.
18. Não durmo tão bem por causa das minhas costas.
19. Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.
22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.
23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.

ANEXO 5.

A Sua Saúde e Bem-Estar

As perguntas que se seguem pedem-lhe sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como se sente, e como é capaz de desempenhar as atividades habituais. *Obrigado por responder a este questionário!*

Para cada uma das seguintes perguntas, por favor marque uma ☒ na caixa que melhor descreve sua resposta.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. As perguntas que se seguem são sobre atividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde atual o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
▼	▼	▼

- a. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa, andar de bicicleta, ou nadar ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
- b. Subir vários lanços de escada ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve no seu trabalho ou outras atividades diárias regulares algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

a. Realizou menos do que queria ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

b. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve algum dos problemas apresentados a seguir com o seu trabalho ou outras atividades diárias regulares, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼

a. Realizou menos do que queria ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

b. Realizou o trabalho ou outras atividades de forma menos cuidadosa que o habitual ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas durante as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Teve muita energia?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Se sentiu triste e deprimido/a?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Obrigado por completar estas perguntas!

ANEXO 6.

Protocolo:

Nome: _____ Nº no estudo _____

Questionário para Diagnóstico de Dor Neuropática 4 – DN4¹

Versão Brasileira 1.0²³

Por favor, nas quatro perguntas abaixo, complete o questionário marcando uma resposta para cada número:

ENTREVISTA DO PACIENTE

Questão 1: A sua dor tem uma ou mais das seguintes características?

- 1 – Queimação
- 2 - Sensação de frio dolorosa
- 3 - Choque elétrico

Sim	Não

Questão 2: Há presença de um ou mais dos seguintes sintomas na mesma área da sua dor?

- 4 – Formigamento
- 5 - Alfinetada e Agulhada
- 6 – Adormecimento
- 7 – Coceira

Sim	Não

EXAME DO PACIENTE

Questão 3. A dor está localizada numa área onde o exame físico pode revelar uma ou mais das seguintes características?

- 8- Hipoestesia ao toque
- 9- Hipoestesia a picada de agulha

Sim	Não

Questão 4. Na área dolorosa, a dor pode ser causada ou aumentada por:

- 10 – Escovação

Sim	Não

¹ Bouhassira D et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005 Mar;114(1-2):29-36.

² Santos JG, Brito JO, de Andrade DC, Kaziya VM, Ferreira KA, Souza I, Teixeira MJ, Bouhassira D, Baptista AF. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. *J Pain*. 2010 May;11(5):484-90. Epub 2009 Dec 16.

³ Ferreira KASL, Teixeira MJ. Tradução e validação da versão brasileira do Questionário DN4 para identificação de dor neuropática. *Revista Dor é Coisa Séria*. 2008;26 – 29