



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

## **Monografia**

# **Prevalência de dor neuropática em pacientes portadores de artrite reumatóide em ambulatório docente-assistencial de Salvador - Bahia**

**Daniely Souza Silva**

Salvador (Bahia)  
Dezembro, 2014

**UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira**

Silva, Daniely Souza

S586 Prevalência de dor neuropática em pacientes portadores de artrite reumatóide em ambulatório docente-assistencial de Salvador - Bahia / Daniely Souza Silva. Salvador: DS, Silva, 2014.

VIII; 38 fls.

Professor orientador: Abrahão Fontes Baptista.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1.Artrite reumatóide. 2. Dor. 3. Sistema nervoso central. I. Baptista, Abrahão Fontes. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 616.72-002.77



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Prevalência de dor neuropática em pacientes portadores de artrite reumatóide em ambulatório docente-assistencial de Salvador - Bahia**

**Daniely Souza Silva**

Professor orientador: **Abrahão Fontes Baptista**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)  
Dezembro, 2014

**Monografia:** *Prevalência de dor neuropática em pacientes portadores de artrite reumatóide em ambulatório docente-assistencial de Salvador – Bahia*, de **Daniely Souza Silva**.

Professor orientador: **Abrahão Fontes Baptista**

**COMISSÃO REVISORA:**

- **Abrahão Fontes Baptista** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Biomorfologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.
- **Isabella Lima**, Professora do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Durval Campos Kraychette**, Professor do Departamento de Anestesiologia e Cirurgia da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:** Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

*Não adianta olhar pro céu com muita fé e pouca  
luta... (extraído da música “Até quando?”, de  
Gabriel, o pensador)*

Aos Meus Pais, **Edna** e  
**Givaldo**, meu irmão, **Diego**, e  
à amiga de sempre, **Tamires**.

## **EQUIPE**

- Daniely Souza Silva, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA; Correio-e: danielysouza.med@gmail.com;
- Abrahão Fontes Baptista, Instituto de Ciências da Saúde/UFBA;
- Francisco Menezes, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde/UFBA.

## **INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA)**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Instituto de Ciências da Saúde (ICS)
- Laboratório de Eletroestimulação Funcional - UFBA

### **ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)**

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

1. Recursos próprios.

## AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Doutor **Abrahão Fontes Baptista**, pela oportunidade de trabalho no tema e pela presença e orientações acadêmicas.
- ◆ Ao Professor **Francisco Menezes**, membro da equipe de pesquisa, pelos ensinamentos e orientações, além de suporte na pesquisa.
- ◆ Aos membros da comissão revisora, Doutor **Durval Kraychette** e Doutora **Isabella Lima**, pelos ensinamentos, orientações e incentivos no aperfeiçoamento da pesquisa.



## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS</b>	<b>2</b>
<b>I. RESUMO</b>	<b>3</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>5</b>
<b>IV. METODOLOGIA</b>	<b>9</b>
<b>V. RESULTADOS</b>	<b>11</b>
<b>VI. DISCUSSÃO</b>	<b>16</b>
<b>VII. CONCLUSÕES</b>	<b>18</b>
<b>VIII. SUMMARY</b>	<b>19</b>
<b>IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>20</b>
<b>X. ANEXOS</b>	<b>23</b>
• ANEXO I: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	23
• ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	24
• ANEXO III: Escala DN4	26

## ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

### QUADROS

- QUADRO 1.** Distribuição dos portadores de Artrite Reumatóide segundo 11 variáveis sociodemográficas. 11
- QUADRO 2.** Medicações em uso. 15

### GRÁFICOS

- GRÁFICO 1.** DN4 – Qualidade da dor. 13
- GRÁFICO 2.** DN4 – Resultado. 13
- GRÁFICO 3.** DN4 – Localização da dor. 14
- GRÁFICO 4.** DN4 – Escala Visual Analógica 14

## I. RESUMO

**PREVALÊNCIA DE DOR NEUROPÁTICA EM PACIENTES PORTADORES DE ARTRITE REUMATÓIDE EM AMBULATÓRIO DOCENTE-ASSISTENCIAL DE SALVADOR-BAHIA.** Artrite Reumatóide (AR) é uma das doenças inflamatórias articulares mais comuns. É uma afecção crônica que acomete, principalmente, o tecido sinovial, promovendo proliferação tecidual e produção excessiva de líquido. A dor, por influenciar a mobilidade das articulações, o humor e o estado psicológico dos indivíduos, desempenha um importante papel no contexto social dos sujeitos portadores de AR. Há relatos, na AR, de dores com características nociceptivas e neuropáticas. A dor nociceptiva, acontece pela ativação de receptores da dor a estímulos externos, enquanto a dor neuropática, ocorre quando há lesão ou doença no sistema somatosensitivo. **Objetivo.** Estimar a prevalência da dor neuropática em pacientes com AR em ambulatório docente-assistencial de referência na cidade de Salvador – Bahia. **Metodologia.** Estudo piloto, corte transversal que visa a aplicação da escala DN4 (*Douleur Neuropathique em 4*) em 90 pacientes portadores de AR do ambulatório da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. A pesquisa, no contato com os sujeitos, respeita as normativas requisitadas pelo Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos vigentes no Brasil, a Resolução nº 466/2012. **Resultados.** Foram registrados os resultados parciais de 36 indivíduos (100%) portadores de AR e detectada dor do tipo neuropática em 31 articulações, correspondendo a 68,9% das articulações investigadas. Quando analisada a quantidade de sujeitos com esta dor no estudo obtivemos 25 pessoas, determinando uma taxa de prevalência de 0,694. **Conclusão.** Os dados encontrados demonstram haver dor neuropática nas articulações dos indivíduos envolvidos e taxas de dor elevadas, medidas a partir da Escala Visual Analógica (EVA).

Palavras-chave: 1. Artrite reumatoide. 2. Dor. 3. Sistema nervoso central.

## **II. OBJETIVO**

Estimar a prevalência de dor neuropática em pacientes portadores de artrite reumatóide em ambulatório docente-assistencial de referência em Salvador – Bahia.

### III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença crônica, sistêmica, de caráter inflamatório e etiologia indefinida e que envolve as articulações. Como manifestações sistêmicas podem ocorrer fibrose pulmonar, efusões pericárdicas e pleurais ou vasculites (NATIONAL, 2009, p 3). A artrite é simétrica e o seu descontrole pode levar a desgaste e destruição das articulações devido às lesões na cartilagem e ossos, levando a deformidades (VENABLES & MAINI, 2012). Há evidência de comprometimento no sistema imune que induza atividades imune e inflamatória nas articulações (NATIONAL, 2009, p 3). A AR é uma das doenças inflamatórias articulares mais comuns (WALSH & MCWILLIAMS, 2012, p. 509), com prevalência de 1% nos adultos do mundo (GOLDMAN, 2009, p. 2305) e estudos que afirmam, nas macrorregiões do Brasil, a variação de 0,2% a 1% (MARQUES *et al.*, 1993).

A orientação para o diagnóstico e classificação, baseada no Colégio Americano de Reumatologia (ARNETT, 1988), foi revisada em 2010 e estabelece os indivíduos elegíveis para a investigação (ter pelo menos 1 articulação com sinovite e esta não sendo explicada por outra doença), além de critérios para a classificação como o comprometimento clínico da articulação, sorologia (fator reumatoide e proteína de anticorpo anti-citrulinado), reagentes de fase aguda (proteína C-reativa e taxa de sedimentação de eritrócitos) e duração dos sintomas, que definirão uma nota de 0-10, sendo maior ou igual a 6 indicativo da presença de AR (ALETAHA *et al.*, 2010).

Ela acomete, principalmente, o tecido sinovial (GOLDMAN, 2009, p. 2305), promovendo proliferação do tecido, aumento do fluxo sanguíneo para a região (rubor), produção excessiva de líquido sinovial (inchaço) e infiltração em ossos e de cartilagem adjacentes, além de dor pela compressão de estruturas nervosas (GOLDMAN, 2009, p. 2307); estes fatores resultam em perda muscular adjacente à articulação que, somadas à dor e inchaços levam à diminuição funcional da articulação (NATIONAL, 2013, p.3).

As manifestações clínicas neurológicas da AR, por sua vez, podem ser desencadeadas pela compressão dos nervos periféricos (MICHAUD & WOLFE, 2007, p. 894), por vasculites ou subluxações, gerando, respectivamente, por exemplo, a síndrome do túnel do carpo, mononeurite múltipla e mielopatia (GOLDMAN, 2009, p. 2312).

A sinovite presente na AR é um fator ativador e sensibilizador de nervos aferentes (WALSH & MCWILLIAMS, 2012, p. 510). Complexos imunes formados de IgM ativam complemento e fatores quimiotáticos para neutrófilos; a ativação de

macrófagos e a liberação de IL-1 e TNF- $\alpha$  irão estimular a produção de colagenase e de outras proteases em fibroblastos sinoviais, promovendo dano da cartilagem, tecidos periarticulares e de estrutura óssea articular (SILVA, *et al.*, 2006, p. 465).

Os salicilatos, como a aspirina, são úteis no tratamento da artrite reumatoide ou em alterações musculoesqueléticas que cursam com inflamação, sendo exigidas doses relativamente altas, em torno de 4 a 6g diários; no entanto, todos estes sujeitos, com doença progressiva ou refratária ao tratamento necessitam de outros agentes terapêuticos denominados anti-reumáticos modificadores de doença que incluem os compostos do ouro, imunossupressores (metrotexato, clorambucila, ciclofosfamida, ciclosporina, azatioprina), antimaláricos (cloroquina, hidroxicloroquina), penicilamina, sulfa (sulfassalazina), agente bloqueadores do TNF- $\alpha$  (adalimumab, infliximabe e etanercept), glicocorticoides e aférese por imunoadsorção (SILVA, *et al.*, 2006, p. 446 e 465).

A AR tem grande impacto na qualidade de vida dos sujeitos (TAYLOR *et al.*, 2010, p. 1219) e está associada a depressão por gerar características como cansaço, incapacidade de trabalho, limitações econômicas, efeitos colaterais das drogas terapêuticas e dor contínua (MELLA, *et al.*, 2010, p. 257). O impacto social da AR é significativo e tem fatores variados. Um exemplo importante deve-se ao fato de o indivíduos ter sua independência afetada em diferentes níveis a depender do estágio da doença, podendo limitá-lo em suas atividades sociais, de lazer e profissionais (EMERY, 1994 apud MOTA, LAURINDO, NETO, 2010)<sup>1</sup>.

A associação da AR com a depressão é menor do que em comparação a outras doenças crônicas (HAWLEY; WOLFE, 1993 apud MICHAUD & WOLFE, 2007, p. 898)<sup>2</sup>, mas há evidências de que sua presença aumente a mortalidade em pacientes com AR (ANG, *et al.*, 2005 apud MICHAUD & WOLFE, 2007, p. 898)<sup>3</sup>.

As dores estão associadas ao surgimento de importantes distúrbios do humor (COVIC, *et al.*, 2006 apud WALSH & MCWILLIAMS, 2012, p. 509)<sup>4</sup>, sono e alterações psicológicas, determinando o impacto psicossocial da doença (WALSH & MCWILLIAMS, 2012, p. 509). Assim, demonstra-se a importância da análise e busca das formas de dor prevalentes nestes indivíduos, com objetivo de aperfeiçoar as intervenções medicamentosas e não medicamentosas e contribuir para a melhoria da

---

<sup>1</sup> Emery P. **The optimal management of early rheumatoid arthritis: the key to preventing disability.** Brit J Rheumatol. 1994;33:765-8.

<sup>2</sup>HAWLEY, D. J.; WOLFE, F. **Depression is not more common in rheumatoid arthritis: a 10-year longitudinal study of 6153 patients with rheumatic disease.** The Journal of Rheumatology 1993; 20(12): 2025–2031.

<sup>3</sup>ANG, D. C.; CHOI, H.; KROENKE, K.; WOLFE, F. **Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis.** The Journal of Rheumatology 2005; 32(6): 1013–1019.

<sup>4</sup>Covic, T; Tyson, G; Spencer, D; Howe, G. **Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors.** J Psychosom Res. 2006;60:469–76.

qualidade de vida, uma vez que a dor, além de causar um dano inerente, pode, também, ter repercussões em atividades cotidianas e até fisiológicas do paciente, como exemplo dos distúrbios de sono.

De acordo com a Associação Internacional de Estudo da Dor (IASP), a dor neuropática se refere como dor causada ou iniciada por lesão ou doença do sistema nervoso somatosensitivo (BOUHASSIRA & ATTAL, 2011, p. 74). Quanto às formas de dor, há relatos de descrição de dores na AR como “corrosiva”, o que é característico de um estímulo nociceptivo, sendo indicativo de lesão relacionada à inflamação e dano da articulação (ROCHE, 2003 apud WALSH & MCWILLIAMS, 2012, p. 510)<sup>5</sup> ou “em queimação” que, por sua vez, representa uma qualidade de uma dor neuropática (WALSH & MCWILLIAMS, 2012, p. 510). A dor nociceptiva ocorre por ativação fisiológica de receptores, normalmente relacionada a lesão musculoesquelética, osteoarticular ou traumática; enquanto a dor neuropática é definida por dor iniciada à disfunção do sistema somatosensitivo, resultando de anormalidades no trajeto de transmissão da dor (SCHESTATSKY & NASCIMENTO, 2009, p. 741).

Substâncias químicas que envolvem os terminais nervosos nociceptivos na pele determinam a sensibilidade e o limiar dos potenciais de ação e sua ativação; mediadores inflamatórios e citocinas podem sensibilizar estes terminais (WOOLF & MANNION, 1999, p. 1960). Nervos periféricos podem ser sensibilizados por citocinas como TNF- $\alpha$ , IL-1 e IL-6, e há a elevação de bradicinina e prostaglandinas no líquido sinovial de pacientes com AR (WALSH & MCWILLIAMS, 2012, p. 510). A bradicinina causa hipersensibilidade ao sensibilizar nociceptores e potencializar a transmissão sináptica com glutamato na medula espinhal (MOALEM & TRACEY, 2006, p. 249). Há pouca evidência de que IL-6 contribua para a dor neuropática, porém esta dor já foi aliviada em ratos quando da administração de anticorpos neutralizantes do receptor de IL-1 (MOALEM & TRACEY, 2006, p. 252).

A dor neuropática tem etiologias diversas e é classificada de acordo com a distribuição da lesão ou inflamação no sistema nervoso, como periférica ou central (KRAYCHETE *et al.*, 2008 apud RESENDE *et al.*, 2010, p. 144)<sup>6</sup>. É uma síndrome bastante prevalente como causa de dor crônica, nos quais os indivíduos apresentam como características a idade mais avançada e um tipo de dor mais grave e frequente do que as outras dores crônicas (RESENDE *et al.*, 2010, p. 144). Devido à falta de consenso e validação, o diagnóstico de dor neuropática é feito baseado na identificação

---

<sup>5</sup>Roche, P. A.; Klestov, A. C.; Heim, H. M. **Description of stable pain in rheumatoid arthritis: a 6 year study.** J Rheumatol. 2003;30:1733–8.

<sup>6</sup>Kraychete, D. C.; Gozzani, J. L.; Kraychete, A. C. **Dor Neuropática – Aspectos Neuroquímicos.** Rev Bras Anestesiol, 2008; 58: 492-505.

da lesão neurológica pela história clínica, exame físico e investigações de imagem ou eletrofisiológicas (PEREZ, *et al.*, 2007, p. 2). Clinicamente, indivíduos com dor neuropática queixam-se de dores com surgimento espontâneo (sem estímulos) e evocado (resposta anormal ao estímulo) de dor (BENNETT, 2001, p. 147).

A descrição sensorial da dor é usada na identificação da dor neuropática (BENNETT, 2001, p. 147). O Questionário para Dor de McGill (MPQ) foi usado na discriminação entre pacientes com dor neuropática periférica e nociceptiva (BOUREAU, DOUBRERE, LUU, 1990), identificando descritores sensitivos específicos dominantes em indivíduos com dor neuropática, que hoje são usados em escalas que detectam dor neuropática. A Escala para Dor Neuropática (NPQ) foi capaz de discriminar entre quatro tipos de categorias diagnósticas de dor neuropática (GALER & JENSEN, 1997), mas não apresenta exames de sensibilidade, incluindo somente itens relacionados à dimensão afetiva da dor, o que revela sua baixa sensibilidade e especificidade em comparação às outras escalas (BOUHASSIRA, *et al.*, 2005).

A escala DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) é composta por perguntas subjetivas de dor e um exame físico de sensibilidade. A DN4, validada para o português, tem sensibilidade e especificidades de 100% e 93,2%, respectivamente, e é a única escala em português que diferencia dor neuropática de nociceptiva até o presente momento (SANTOS, *et al.*, 2010). A sensibilidade e especificidade do questionário DN4 são maiores do que as principais escalas existentes na discriminação da dor neuropática, sendo, respectivamente: na escala LANSS - Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and signs - 80% e 82% (BOUHASSIRA, *et al.*, 2005); painDETECT, 85% e 80% (FREYNHAGEN, *et al.*, 2006) e NPQ - 66% e 74% (BOUHASSIRA, *et al.*, 2005).



#### IV. METODOLOGIA

Corte transversal realizado em ambulatório docente-assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em Salvador-Bahia. Este é um estudo piloto que objetiva a avaliação para detecção de dor neuropática em 90 sujeitos portadores de AR frequentadores do ambulatório.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: maior de 18 anos, ambos os sexos, portador de AR, com diagnóstico clínico e laboratorial, com dor diária ou quase diária, com duração de pelo menos seis meses, com e sem deformidades articulares, abstinentes de cafeína, benzodiazepínicos e/ou opióides, por pelo menos 24 horas, pois a pesquisa faz parte de um projeto que cursa com registro de EEG e estimulação magnética transcraniana, sendo excluídas as pessoas com doenças neurológicas, com presença de déficit cognitivo que o impediram de preencher e/ou entender as perguntas e os objetivos dos questionários aplicados, portadores de epilepsia, doenças degenerativas, distúrbios psiquiátricos graves, patologias musculo esqueléticas (osteoartrite, fibromialgia, lesões traumáticas), doença neurológica na infância e passado de injúria cerebral traumática, assim como abuso de drogas e álcool. As variáveis dependentes são os fatores sociodemográficos e, a independente, a presença de dor neuropática.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Anexo I) e todos os sujeitos assinaram e receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) para adequada participação à pesquisa.

Após aplicação de questionário sociodemográfico, os sujeitos foram submetidos à aplicação do DN4 - Douleur Neuropathique 4 - (Anexo III) para estabelecer o local e a presença de dor neuropática nas articulações dos sujeitos. Foi questionado o local de dor mais importante - que gera maior dor ou limitação aos indivíduos (podendo ser mais do que uma articulação investigada por sujeito) -, e questionados os parâmetros do DN4 para cada articulação: Se a dor possui característica de 1. queimação, 2. sensação de frio dolorosa e/ou 3. choque elétrico; Se há a presença de sintomas na área da dor de 4. formigamento, 5. alfinetada e agulhada, 6. adormecimento e/ou 7. coceira; Além de feitos os testes de sensibilidade para avaliar com o toque e uma agulha se no local de presença da dor há 8. Hipoestesia ao tato, 9. Hipoestesia à picada de agulha, e com uma pequena escova dental, se a dor pode ser aumentada com 10. Escovação. Foram

consideradas articulações com dor neuropática aquelas que obtiveram cálculo igual ou superior a 4 no questionário.

## V. RESULTADOS

Foram registrados os resultados parciais de 36 (100%) sujeitos portadores de AR que foram distribuídos segundo as variáveis sociodemográficas no Quadro 1. É importante evidenciar que a amostra obteve 100% de indivíduos mulheres, com 50% delas considerando-se pardas. A escolaridade predominante foi de pessoas que cursaram até o ensino médio completo ou superior incompleto (50%).

O tempo de início da doença relatado foi de mais de 10 anos (52,8%), com tempo de acompanhamento médico maior do que 5 e 10 anos (36,1%).

Em sua maioria, os indivíduos alegaram ser não-fumantes (80,6%) e nunca ter consumido álcool (86,1%), apresentando hipertensão arterial sistêmica (HAS) como a principal doença associada, 38,9% dos casos.

Quadro 1. Distribuição dos portadores de Artrite Reumatóide segundo variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
<b>Sexo</b>	Feminino	36	100
	Masculino	0	0
<b>Raça/Cor</b>	Branca	2	5,6
	Parda/Mulato/Mestiço	18	50
	Preta/Negra	14	38,9
	Amarela/Oriental	1	2,8
	Vermelha/Índio	1	2,8
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto/1º Segmento Incompleto	3	8,3
	1º Segmento Completo/2º Incompleto	8	22,2
	2º Segmento Completo/Ensino Médio Incompleto	6	16,7
	Ensino Médio Completo/Superior Incompleto	18	50
	Ensino Superior Completo	1	2,8
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	15	41,7
	Casado	17	47,2
	Divorciado	2	5,6
	Viúvo	2	5,6

Continua.

Quadro 1. [continuação].

<b>Início da doença</b>	> 10 anos	19	52,8
	> 5 anos	10	27,8
	> 1 ano	6	16,7
	> 1 mês	1	2,8
<b>Tempo de Acompanhamento Médico</b>	> 10 anos	13	36,1
	> 5 anos	13	36,1
	> 1 ano	7	19,4
	> 1 mês	3	8,3
<b>Tabagismo</b>	Não	29	80,6
	Ex-Fumante	5	13,9
	Sim, 5 cigarros-dia	2	5,6
<b>Consumo de Álcool</b>	Nunca	31	86,1
	Esporadicamente/Fim de semana sem sinal de embriaguez	5	13,9
<b>Atividade Física</b>	Sedentarismo	22	61,1
	Praticamente esporádico	9	25
	Praticamente Moderado/30min/3x por semana	4	11,1
<b>Doenças Associadas</b>	Não	14	38,9
	DM	3	8,3
	HAS	14	38,9
	Doenças Cardíacas	4	11,1
	Problemas de Tireoide	8	22,2
	Joanete	3	8,3
<b>Total</b>		36	100

Nos Gráficos 1 e 2 tem-se, respectivamente, o levantamento da qualidade atribuída à dor no DN4 e o resultado do questionário, predominando, em um universo de 45 articulações (houve sujeitos que referiram mais do que um local de dor importante), 66,7% com a presença de dor tipo alfinetada e agulhada (30), com 64,4% a dor tipo formigamento (29) e 62,2% com queimação (28). Somente 11,1% das articulações obtiveram aumento da dor à escovação (5). A dor tipo neuropática, caracterizada quando, no questionário, o indivíduo soma 4 ou mais pontos foi detectada em 31 articulações, correspondendo a 68,9% das articulações investigadas. Quando

analisada a quantidade de sujeitos com esta dor no estudo obtivemos 25, determinando uma taxa de prevalência de 0,694.

Gráfico 1. DN4 – Qualidade da dor.

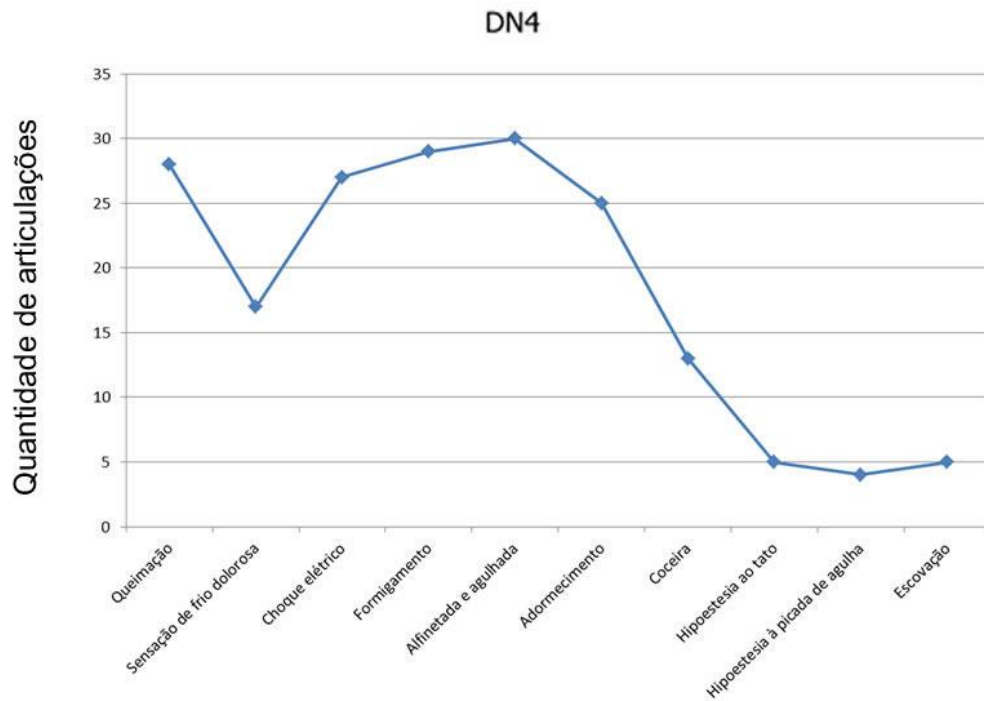
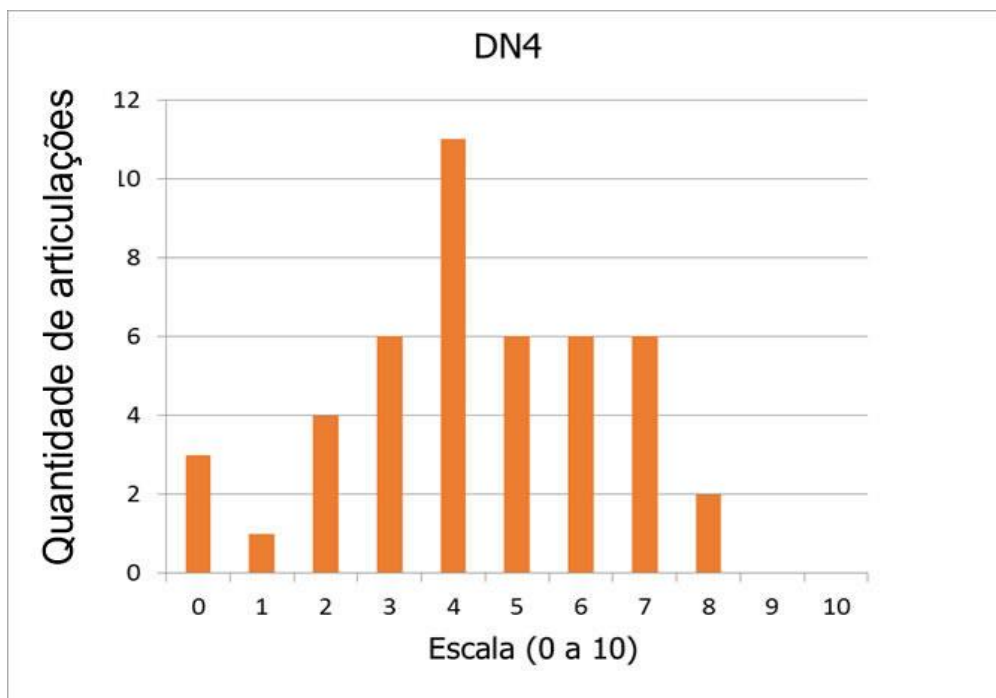


Gráfico 2. DN4 – Resultado.



Nos Gráficos 3 e 4 foram registrados os locais de dores dos sujeitos bem como a sua intensidade a partir do EVA – Escala Visual Analógica.

Gráfico 3. DN4 – Localização da dor.

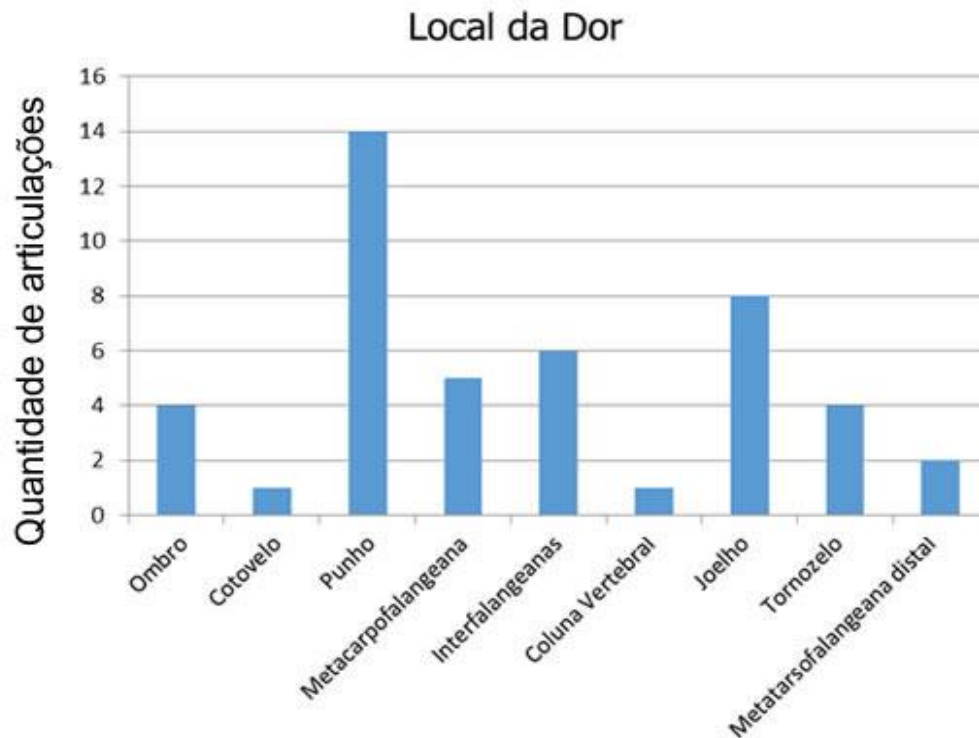
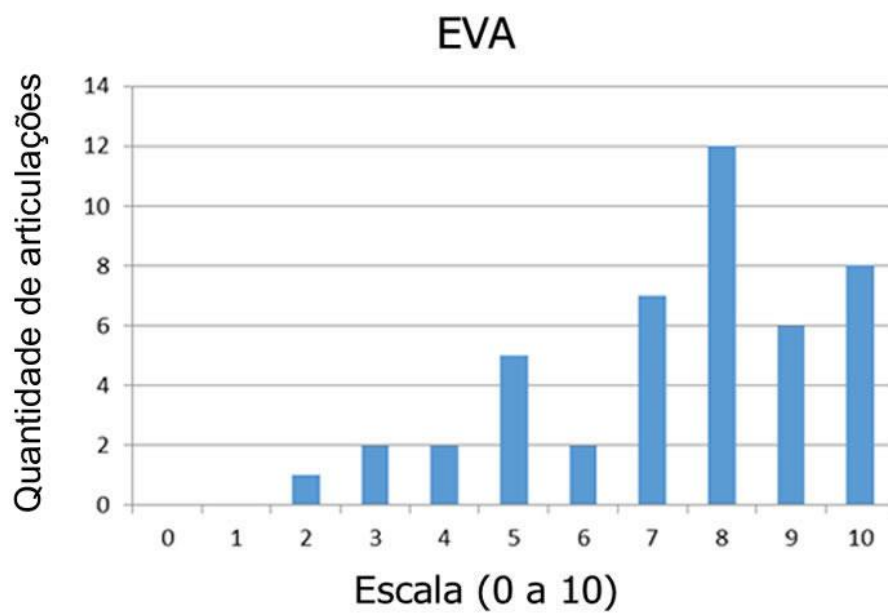


Gráfico 4. DN4 – Escala Visual Analógica.



Valores de EVA com decimais iguais ou superior a 0,5 foram aproximados para o número inteiro seguinte. Inferiores a este valor foram aproximados para o número inteiro anterior.

No Quadro 2 estão sinalizados as medicações em uso dos sujeitos em questão com a respectiva dosagem dos que souberam afirmar.

Quadro 2. Medicações em uso.

<b>Medicação</b>	<b>Dose</b>	<b>Quantidade de indivíduos</b>
Métrotexato*	2,5mg	9
	12,5mg	1
	15mg	2
	20mg	4
	Sem dose e sem frequência	5
Leflunomida	20mg/dia	14
	5mg/dia	1
Hidroxicloroquina	400mg/dia	5
Infliximabe	200mg a cada 2 meses	4
Etanercept*	50mg	2
Prednisona	10mg	11
Nimesulida	100mg quando dor	1
Ciclosporina	100mg	1
AINH		4
Outros**		55
Antidiabéticos		2

\* Doses semanais

\*\*Anti-agregante plaquetário, Anti-hipertensivo, Diurético, Hormônio tireoidiano (T4), Antianêmicos, Inibidor de bomba de prótons e Minerais.

## VI. DISCUSSÃO

A AR é uma doença crônica, inflamatória com maior impacto em articulações que contenham o líquido sinovial, um tecido especializado na manutenção e nutrição, além de lubrificação das articulações, sendo o diagnóstico da AR baseado em achados clínicos, laboratoriais e radiográficos (LAURINDO *et al*, 2004, p. 435).

Há evidência, na AR, de comprometimento no sistema imune que induza atividades imunes e inflamatórias nas articulações (NATIONAL, 2009, p 3). O acometimento simétrico e de pequenas e grandes articulações é uma das principais características na AR, sendo comum o acometimento de mãos e pés (MOTA, 2013, p. 158), como evidenciado neste estudo, nos quais os locais mais acometidos foram as articulações do punho (31,1%), joelho (17,8%) e interfalangeanas (13,3%) em um universo de 45 articulações em 36 pessoas, evidenciando o acometimento de mais de uma articulação ao mesmo tempo, como segundo Mota *et al.*, que identificaram padrão poliarticular em coorte.

Em relação aos dados sociodemográficos, observou-se 100% de amostra do sexo feminino, corroborando em prevalência de gênero com Mota *et al.* que identificaram 85%, porém, divergindo em relação ao grupo étnico e escolaridade, uma vez que analisaram 49,9% de auto-declarados brancos e 77% de indivíduos que relataram terem menos do que 12 anos de estudos, enquanto que neste estudo, 50% dos sujeitos se declararam pardas/mulatas/mestiças e 50% declararam terem concluído o ensino médio, correspondendo a 12 anos de estudo.

Os dados socioeconômicos são relevantes porque o nível socioeconômico e anos de estudo são importantes, visto que segundo Evers *et al.*, o momento social dos indivíduos quando do diagnóstico pode prever o aumento da atividade da doença a longo prazo. Este impacto à doença pode dever-se à instalação de um quadro depressivo, bem como à perda de funcionalidade das articulações pela dor gerada à movimentação, levando indivíduos de diferentes segmentos econômicos a reagir diferente ao convívio com a doença.

Este estudo analisou dados de pacientes portadores de AR, com diagnóstico clínico e laboratorial, com dor diária ou quase diária durando pelo menos seis meses, com e sem deformidades articulares. A maioria das pacientes relatou início da doença há mais de 10 anos (52,8%), seguidos por 27,8% há mais de 5 anos, com tempo de acompanhamento médico maior do que 5 (36,1%) e 10 anos (36,1%), o que subentende tratamento tardio dos pacientes mais antigos, assim como o manejo da dor.



Em relação às medicações, Louzada-Junior *et al.* identificaram em estudo descritivo em São Paulo, Brasil, o uso predominante de metotrexato, com uso associado de leflunomida, ciclosporina e agentes biológicos anti-TNF, além de baixas doses de corticoesteróide. Este estudo identificou o uso predominante de metotrexato (21 indivíduos), seguido por leflunomida (15 indivíduos) e prednisona (11 indivíduos), além de uma polifarmácia pelas outras comorbidades dos sujeitos.

O questionário DN4, validado em português, possui sensibilidade de 100% e especificidade de 93,2% na detecção de dor neuropática (SANTOS, *et al.*, 2010, p. 487), que, após resultado positivo, deve ser realizada investigações específicas de identificação de lesão neurológica com posterior tratamento como uma dor do tipo neuropática (BOUHASSIRA & ATTAL, 2011, p. 76-78). As dores mais prevalentes no questionário foram dor tipo alfinetada e agulhada, seguidas por sensação de formigamento e queimação, que, segundo Bouhassira *et al.* 2005, se devem, respectivamente a aumento de dor por contato com frio, pressão e à hipostesia ao toque.

Neste estudo, as dores dos indivíduos foram consideradas fortes, uma vez que 73,3% (33 indivíduos) estão com dores de intensidade iguais ou superiores a 7 no EVA. Ahmed, *et al.*, 2014 em estudo com análise de dor neuropática também identificaram presença de dor importante em 54% dos sujeitos com medicações de AR controladas, sendo seus parâmetros a dor grave entre 54mm-100mm no EVA. Indivíduos com dor neuropática não respondem bem a anti-inflamatório não esteroideal e apresentam resistência ou insensibilidade a opioides (WOOLF & MANNION, 1999, p. 1959).

A dor neuropática apresenta como fator de risco sociodemográfico na população geral a idade avançada, o sexo feminino, trabalho manual, incapacidade de trabalho e a baixo índice de estudo (TORRANCE *et al.*, 2006). O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de dor neuropática em uma amostra de pacientes portadores de AR, no qual foi obtida a taxa de 0,694. Ahmed, *et al.*, 2014 identificaram a possibilidade ou a presença de dor neuropática em 33% de indivíduos pesquisados, com presença de dor grave à análise do EVA e com medicações em uso regular, sendo o método para detecção o painDETECT (sensibilidade 85% e especificidade 80%) (FREYNHAGEM, *et al.*, 2006).

Os resultados corroboram com Ahmed, *et al.*, 2014 ao sinalizar que mesmo com uso de modificadores de doença e medicações biológicas, pela presença de dor importante e queixas compatíveis, possa haver um componente não inflamatório ou neuropático.

## **VII. CONCLUSÕES**

Os dados encontrados permitem afirmar que há a possibilidade do componente de dor neuropática nas articulações dos indivíduos investigados neste estudo. As taxas de dor, medidas a partir do EVA, foram consideradas elevadas, mesmo com os indivíduos tendo suas medicações em dia, o que sugere um mau controle ou uma atividade ineficaz da medicação.

Precisa-se, portanto, de mais estudos para que seja melhor explicado os mecanismos da dor em AR, se nociceptiva e/ou neuropática e, conseqüentemente, uma possível alternativa aos meios de tratamento para esta dor.

## VIII. SUMMARY

### **PREVALENCE OF NEUROPATHIC PAIN IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS IN TEACHING CARE CLINIC AT SALVADOR-BAHIA.**

Rheumatoid Arthritis (RA) is one of the most common inflammatory joint diseases. It is a chronic disease that affects mainly the synovial tissue, promoting tissue proliferation and excessive production of fluid. The pain, as it influences the mobility of joints, mood and psychological state of individuals, it plays an important role in the social context of subjects with RA. There are records in AR, with nociceptive and neuropathic characteristics of pain. Nociceptive pain occurs by the activation of pain receptors to external stimuli as neuropathic pain occurs when there is lesion in the somatosensory system. **Objective.** Estimate the prevalence of neuropathic pain in patients with RA in teaching care referral clinic in the city of Salvador - Bahia. **Methodology.** Pilot cross-sectional study objectify the application of DN4 scale (Douleur Neuropathique 4) in 90 RA patients in Bahia School of Medicine and Public Health. The research respects the required norms by the National Health Council, in relation to research with humans in Brazil, Resolution No. 466/2012. **Results.** There was partial record of 36 subjects (100%) with AR and neuropathic type of pain detected in 31 joints, corresponding to 68.9% of the investigated joints. When analyzed the number of subjects with this pain in the study got 25 people, determining a prevalence rate of 0.694. **Conclusion.** Our data show that there's neuropathic pain in the joints of individuals involved and high rates of pain, measured from the Visual Analog Scale (VAS).

Keywords: 1. Rheumatoid arthritis. 2. Pain. 3. Central Nervous System.

## IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmed S, Magan T, Vargas M, Harrison A, Sofat N. Use of the painDETECT tool in rheumatoid arthritis suggests neuropathic and sensitization components in pain reporting *Journal of Pain Research*, 2014;7 14
2. Aletaha D, Neogi T, Silman A, Funovits J, Felson D, Bingham C, Birnbaum N, Burmester G, Bykerk V, Cohen M, Combe B, Costenbader K, Dougados M, Emery P, Ferraccioli G, Hazes J, Hobbs K, Huizinga T, Kavanaugh A, Kay J, Kvien T, Laing T, Mease P, Ménard H, Moreland L, Naden R, Pincus T, Smolen J, Stanislawska-Biernat E, Symmons D, Tak P, Upchurch K, Vencovský J, Wolfe F, Hawker G. The 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis Rheum*. 2010
3. Andrea W.M Evers AWM, Kraaimaat FW, Geenen R, Jacobs JWG, Bijlsma JWJ. Stress–vulnerability factors as long-term predictors of disease activity in early rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 55, p. 293–302, 2003.
4. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, *et al*. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988, p. 315-24.
5. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochetd B, Bruxelle J, Cuninif G, Fermaniag J, Giniesh P, Grun-Overdykingi A, Jafari-Schluepi H, Lante´ri-Minets M, Laurentj B, Mickk G, Serrief A, Valadef D, Vicautl E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 114, 2005, 29–36.
6. Bouhassira D, Attal N. Diagnosis and assessment of neuropathic pain: The saga of clinical tools. *International Association for the Study of Pain*, 2011, p. 74-83.
7. Boureau F, Doubrere JF, Luu M. Study of verbal description in neuropathic pain. *Pain*, 42, 1990, 145-52.
8. Freynhagem R, Baron R, Gockel U, Tolle TR. PainDETECT: A new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 22, 2006, 1911-20.

9. Galer BS, Jensen MP. Development and preliminar validation of a pain measure specific to neuropathic pain: the neuropathic pain scale. *Neurology*, 48, 1997, 332-8.
10. Goldman L.. *Cecil Medicina*. 23 ed. RJ, Elsevier, 2009 p. 2305-16.
11. Heiberg T, Kvien TK. Preferences for Improved Health Examined in 1,024 Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, vol 47, Nº 4, aug 2002, p. 391-7
12. Laurindo IMM, Ximenes AC, Lima FAC, Pinheiro GRC, Batistella LR, Bertolo MB, Alencar P, Xavier RM, Giorgi RDN, Ciconelli RM, Radominski SC. Artrite Reumatóide: Diagnóstico e Tratamento. *Rev Bras Reumatol*, v, 44. n. 6, nov/dez 2010, p. 435-42.
13. Louzada-Junior P, Souza BDB, Toledo RA, Ciconelli RM. Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatóide no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Reumatol.* vol.47, n.2, 2007, p. 84-90.
14. Marques Neto JF, Gonçalves ET, Barros EFO. Estudo multicêntrico da prevalência da artrite reumatóide do adulto em amostras da população brasileira. *Rev Bras Reumatol* 33(5). 1993, p. 169-73.
15. Mella LF, Bertolo MB, Dalgarrondo P. Depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol. 32, n.3, 2010, p. 257-63.
16. Michael B. The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain.* 92, 2001, 147-57.
17. Michaud K, Wolfe F. Comorbidities in rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. Vol. 21, No. 5, 2007, p. 885-906
18. Moalem G, Tracey DJ. Immune and inflammatory mechanisms in neuropathic pain. *Brain Research Reviews*. Vol 51, 2006, p. 240-64.
19. Mota LMH, Laurindo IMM, Neto LLS. Características demográficas e clínicas de uma coorte de pacientes com artrite reumatoide inicial. *Rev Bras Reumatol.*; 50(3):235-48. 2010
20. Mota LMH, Laurindo IMM, Neto LL. Artrite reumatoide inicial: conceitos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* vol.56, n.2, 2010, p. 227-9.
21. Mota, LMH and SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA *et al.* Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. *Rev. Bras. Reumatol.* vol.53, n.2, 2013, p. 158-83.

22. NATIONAL Collaborating Centre for Chronic Conditions. Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults. *Royal College of Physicians*. Londres. Feb, 2009.
23. Perez C, Galvez R, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Diaz S, Rejas J. Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health Qual Life Outcomes*, 5:66, 2007, 1-10.
24. Resende MAC, Nascimento OJM, Rios AAS, Quintanilha G, Ceballos LES, Araújo FP. Perfil da Dor Neuropática: a Propósito do Exame Neurológico Mínimo de 33 Pacientes. *Rev Bras Anesthesiol.*; 60, 2010, p. 144-53
25. Santos JG, Brito JO, Andrade DC, Kazityama VM, Ferreira KA, Souza I, Teixeira MJ, Bouhassira D, Baptista AF. Translation to Portuguese and Validation of the Douleur Neuropathique 4 Questionnaire. *The Journal of Pain*. Vol 11, 2010, n 5, p. 484-90
26. Schestatsky P, Nascimento OJM. What do general neurologists need to know about neuropathic pain?. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* vol.67, 2009, p. 741-9.
27. Silva P. *Farmacologia*. 7ed. Rj, Guanabara Koogan, 2006, 1369p.
28. Taylor P, Manger B, Alvaro-Gracia J, Johnstone R, Gomez-Reino J, Eberhardt E, Wolfe F, Schwartzman S, Furfaro N, Kavanaugh A. Patient perceptions concerning pain management in the treatment of rheumatoid arthritis. *J Int Med Res*. Jul-Aug; 38(4): 2010, p. 1213-24.
29. Torrance N, Smith BH, Bennett MI, Lee AJ. The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin. Results from a general population survey. *J Pain*. 2006, 281–9.
30. Walsh DA, McWilliams DF. Pain in Rheumatoid Arthritis. *Current Pain Headache Rep* vol 16, Oct 2012, p. 509-17
31. Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *The Lancet*, Vol 353, June 5, 1999, p. 1959-64
32. Venables PJW, Maini RN. Clinical features of rheumatoid arthritis. *Uptodate*. 2012. ([http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-of-rheumatoid-arthritis?detectedLanguage=en&source=search\\_result&translation=rheumatoid+arthritis&search=rheumatoid+arthritis&selectedTitle=2~150&provider=noProvider](http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-of-rheumatoid-arthritis?detectedLanguage=en&source=search_result&translation=rheumatoid+arthritis&search=rheumatoid+arthritis&selectedTitle=2~150&provider=noProvider)).

## X. ANEXOS

### ANEXO I: CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício n 122/2011  
Salvador, 20 de junho de 2011.

Referente ao prot. de pesquisa N°. 030/2011.

Pesquisador Responsável: Abrahão Fontes Baptista

Título: Influência da dor em aspectos neurofisiológicos e cinemáticos em pacientes com artrite reumatóide.

Objetivo Geral: Analisar a associação entre dor, deformidade articulares, padrão de representação e excitabilidade cortical e características biomecânicas de pacientes com AR.

Objetivos Específico: 1-Verificar se há relação entre dor, deformidade articular e características sócio-demográficos e comportamentais em pacientes com AR;

2- Verificar o impacto da dor e das deformidades articulares nos padrões de excitabilidade cortical a características cinemáticas de paciente com AR;

3 – Verificar qual é o papel da dor e da deformidade articular na representação cortical dos segmentos afetados;

4 – Verificar se há associação entre dor e deformidades articulares nas características cinemáticas da marcha e função dos membros superiores.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, após análise do ponto de vista bioético das respostas de pendência do Protocolo acima citado considera que o protocolo atende aos princípios éticos em Pesquisa em Seres Humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP-CNS-MS).

Diante do exposto julga o protocolo supracitado **APROVADO**

Lembramos a necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.

  
Prof. Roseny Santos Ferreira  
Coordenadora de CEP/EBMS/FBDC

Imo. Sr. Prof. Dr. Abrahão Fontes Baptista  
Rua: Dr. Antonio Monteiro nº 228/602 – Itaigara

## ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Título da pesquisa: Influência da dor em aspectos neurofisiológicos e cinemáticos em pacientes com artrite reumatóide**

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e Universidade Federal da Bahia

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Influência da dor em aspectos neurofisiológicos e cinemáticos em pacientes com artrite reumatóide”, com objetivos verificar se a dor influencia o movimento em pacientes que têm esta doença. O tema da influência da dor no controle dos movimentos é importante pois tanto a dor incomoda bastante, quanto pode atrapalhar a movimentação do nosso corpo. Os participantes desta pesquisa responderão a questionários sobre suas características sociais e demográficas e sobre a sua dor. As questões sócio-demográficas serão por exemplo: idade, peso, cor da pele, escolaridade e outras. As questões sobre a dor envolvem a identificação da sua intensidade e como ela influencia o humor, as atividades da vida diária e como você se comporta frente a ela. Você também participará de mais um dos seguintes estudos:

1. Avaliação de como a dor influencia o seu cérebro com estimulação magnética transcraniana: Neste caso você usará um aparelho que gera um campo magnético no cérebro e, como consequência uma contração muscular na mão. O estímulo não é doloroso, mas você pode sentir como um estalo leve na cabeça (como se alguém desse um “peteleco” na cabeça). Estaremos seguindo regras rígidas de contra-indicação para que você não tenha nenhum desconforto com esta técnica. Se você sentir, dor de cabeça, tontura ou qualquer sintoma anormal, deve imediatamente comunicar aos pesquisadores, para que tomem providências;
2. Avaliação de como funciona o seu cérebro com eletroencefalografia: Neste caso colocaremos 20 eletrodos na sua cabeça, que irão mapear como se comporta seu cérebro quando você está simulando mentalmente alguns movimentos com a mão. Não há nenhum estímulo neste exame, apenas iremos captar as correntes elétricas do seu cérebro.
3. Avaliação do movimento: Neste experimento iremos colocar no seu corpo marcadores fluorescentes, colados com fita e eletrodos na pele que captam o que acontece com seus músculos. Quando você se mover, iremos filmar seu movimento e registrar a atividade muscular. Neste experimento também não há qualquer estimulação. Apenas iremos captar o que acontece com seu corpo.

Os benefícios desta pesquisa são que através destes experimento poderemos entender como a dor afeta os movimentos no seu corpo, desde o que acontece com o cérebro até o que acontece com os movimentos dos ossos, músculos e articulações. Com isto poderemos programar tratamentos mais eficazes para a sua condição.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas. Os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes e estes têm a garantia de esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o curso da pesquisa, estando livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado. Não haverá remuneração aos participantes, apenas receberão o valor correspondente ao transporte para participar desta pesquisa, como ressarcimento.



O pesquisador responsável chama-se Abrahão Fontes Baptista, endereço: Laboratório de Eletroestimulação Funcional – Instituto de Ciências da Saúde - Av. Reitor Miguel Calmon, s/n Vale do Canela Salvador - BA – BRASIL CEP 40.110-902 Tel.: +55 71 3283-8888. Este termo é composto de duas vias de igual conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o paciente ou seu representante legal.

Eu,.....dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido.

, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Local e data)

---

Assinatura do Participante  
(sujeito da pesquisa ou seu representante)

---

Local para impressão digital  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

---

Assinatura da testemunha

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. D. João VI, 274 – Brotas - CEP. 40.285-01- Salvador-BA. Tel.:(71) 2101-1900



**ESCORE:**

0 – Para cada item negativo

1 – Para cada item positivo

Dor Neuropática: Escore total a partir de 4/10

	Local da Dor	Escore do DN4	EVA – INTENSIDADE DA DOR
<b>A</b>			
<b>B</b>			
<b>C</b>			
<b>D</b>			
<b>E</b>			
<b>F</b>			
<b>G</b>			
<b>H</b>			
<b>I</b>			
<b>J</b>			
<b>L</b>			
<b>M</b>			