

Avaliação de questionário sobre sintomas e estado funcional de pacientes com síndrome do túnel do carpo

Evaluation of a questionnaire on symptom severity and functional status of patients with carpal tunnel syndrome

Thais Maria Albani Lovo¹, Guilherme Borges², Yvens Barbosa Fernandes³,
Ricardo Ramina³, Edmur Franco Carelli³, Anamarli Nucci⁴

¹ Fisioterapeuta; Pós-Graduada em Neurocirurgia na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas)

² Neurocirurgião; Prof. Livre-Docente de Neurocirurgia na FCM/Unicamp

³ Neurocirurgiões; Profs. Drs. de Neurocirurgia na FCM/Unicamp

⁴ Neurologista; Profa. Dra. de Neurologia Clínica na FCM/Unicamp

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Thais Maria Albani Lovo
R. Isabel Negrão Bertotti 100
apto. 51 A
13087-671 Campinas SP
e-mail: thaislovo@bol.com.br
²guiborges@fcm.unicamp.br;
³yvens@uol.com.br;
ramina@bsi.com.br;
ecarelli@uol.com.br;
⁴anucci@hc.unicamp.br

Estudo realizado no Ambulatório de Nervos Periféricos do Hospital das Clínicas da Unicamp

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO
set. 2005

RESUMO: Este estudo consistiu na avaliação do questionário de Levine *et al.* (1993) *Boston Carpal Tunnel Questionnaire*, de avaliação da gravidade dos sintomas e do estado funcional de pacientes com síndrome do túnel do carpo (STC). O questionário consta de uma escala de gravidade dos sintomas – em domínios críticos na STC, como dor, parestesias, adormecimento, fraqueza, sintomas noturnos – e uma escala de estado funcional. Foi aplicado a 30 pacientes diagnosticados com a síndrome, que foram orientados a responder somente sobre a mão mais afetada pela patologia. Na análise dos resultados, não foram encontradas correlações entre a idade dos sujeitos e maior acometimento dos sintomas, nem com a prevalência de mão afetada. O questionário revelou-se consistente, pela estreita correlação entre as duas escalas: onde há maior gravidade dos sintomas, também há maior acometimento funcional. Com a ressalva de que o questionário não prevê o caso de a mão mais afetada não ser a dominante, é um instrumento de fácil compreensão, adequado para padronizar a avaliação de pacientes com STC, sugerindo-se sua aplicação separadamente para cada mão.

DESCRIPTORES: Síndrome do túnel carpal; Questionário de Boston/utilização

ABSTRACT: This study aimed at assessing the Boston Carpal Tunnel Questionnaire by Levine *et al.* (1993), a self-administered instrument for evaluating severity of symptoms and functional status in patients with carpal tunnel syndrome (CTS). It is made up of two scales: one on the severity of symptoms – pain, paresthesias, numbness, weakness, nocturnal symptoms – and the other on function impairment. It was answered by 30 patients with CTS, who were guided to answer only about the most affected hand. The analysis of results shows no correlation between age and severity of symptoms, nor between these and the most affected hand (right or left). The questionnaire proved consistent, since a highly positive correlation was found between the two scales: the more severe the symptoms, the worse the functional status. With the objection that it doesn't seem to have foreseen cases in which the dominant hand is not the most affected one, it is an instrument of easy application and understanding, hence suitable to standardize the assessment of CTS symptoms; it is here suggested that it be applied separately for each hand.

KEY WORDS: Carpal tunnel syndrome; Boston questionnaire/utilization

INTRODUÇÃO

Os sinais e sintomas causados pela compressão do nervo mediano, no canal do carpo, são denominados síndrome do túnel do carpo (STC)¹. Esta é a neuropatia compressiva mais comum e melhor definida no ser humano². Tem sido chamada a doença do século, pois sua incidência vem aumentando e compreende hoje 40,8% das doenças por esforços repetitivos³. A prevalência de STC varia de 51 a 125:100.000^{2,4}, ocorrendo mais freqüentemente no sexo feminino – 3,4% mulheres e 0,6% homens – e a idade predominante varia de 30 a 60 anos^{2,4,5}, portanto é em média 45 anos.

O túnel do carpo é constituído por um arco côncavo formado pelos ossos do carpo dorsal e lateral e, na região ventral, pelo espesso ligamento transversal do carpo. Dentro dele passam o nervo mediano e mais nove tendões flexores, portanto esse espaço fica susceptível a reações inflamatórias dos tendões, surgindo edema e aumento da pressão no túnel. A compressão do nervo mediano no túnel do carpo decorre na maioria dos casos de tenossinovite crônica flexora não-específica⁶, sendo esta considerada etiologia idiopática, mas podendo ser também intrínseca, como em pacientes com hipotireoidismo, em estado de retenção de líquidos (gravidez) e pacientes crônicos de hemodiálise, ou ainda extrínseca, em casos de mudança da dimensão do canal do carpo sem aumento das estruturas internas, como em fraturas ou subluxação dos ossos do carpo e artrite de punho⁷. A síndrome do túnel do carpo tem sido relacionada ao aumento de peso corporal e índice de massa corpórea, onde um aumento de peso representa risco adicional para início dos sintomas, devido ao aumento do tecido de gordura dentro do canal do carpo e conseqüente aumento da pressão hidrostática⁸.

O diagnóstico diferencial da síndrome do túnel do carpo deve ser baseado em sinais e sintomas clínicos e no exame eletrofisiológico⁹ pois, embora em

algumas publicações a síndrome do túnel do carpo seja utilizada como sinônimo de compressão do nervo mediano no carpo, outras afecções como radiculopatias, plexopatias, lesões osteoarticulares, e mesmo compressão do nervo mediano em outros locais são citadas como possíveis causas dos mesmos sintomas^{1,10}.

A parestesia e sintomas noturnos, que são considerados sintomas primários da síndrome do túnel do carpo e normalmente são atribuídos à compressão neural, foram encontrados expressivamente em pacientes com exames eletrofisiológicos normais, não mostrando correlação significativa com compressão do nervo mediano no carpo. Já o sintoma dor, considerado secundário da síndrome, foi encontrado predominantemente em pacientes sintomáticos com exames normais⁹. Daí a importância de avaliação sistemática, padronizada, com quantificação dos sintomas.

Vários estudos têm sido feitos em torno do comprometimento neuromuscular e outros achados físicos, porém a grande preocupação dos pacientes se volta para os sintomas e diminuição de função em mão e punho acometidos¹¹.

Diante de tão significativos sintomas da síndrome do túnel do carpo e das incapacidades funcionais encontradas e relatadas pelos pacientes, o objetivo deste estudo é a aplicação de questionário sobre a gravidade dos sintomas e sobre o estado funcional, utilizado e desenvolvido como instrumento¹¹, traduzido e validado no Brasil¹², tendo em vista a avaliação padronizada desses pacientes.

METODOLOGIA

Foi utilizado o questionário formulado por Levine et al.¹¹ chamado *Self administered questionnaire for the assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome*, desenvolvido no Brigham and Women's Hospital em Boston. Esse instrumento de quantificação da parestesia e dor nas mãos e punhos,

entre outros sintomas, foi traduzido e validado no Brasil¹², estando apto a ser aplicado diretamente a nossa população. Esse questionário tem sido utilizado em vários países^{13,14} como Itália e Turquia^{15,16}, tendo sido denominado Boston Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ) em sua versão italiana¹⁵. Foi aplicado em estudos pré e pós-operatórios de síndrome do túnel do carpo, tendo também sido utilizado para constatação de mudanças clínicas após reabilitação com exercícios de deslizamento de tendões e nervo, no tratamento conservador da síndrome do túnel do carpo¹³. Em contato prévio com os autores do questionário, recebemos autorização para sua utilização neste estudo.

Instrumento de fácil compreensão e aplicação simples e com tempo apropriado de administração, consta de duas partes: escala de gravidade dos sintomas e escala do estado funcional (ver Anexo). O questionário aborda seis domínios críticos na síndrome do túnel do carpo: dor, parestesias, adormecimento, fraqueza, sintomas noturnos e estados funcionais globais. A escala de gravidade (Escala G) dos principais sintomas é composta de 11 questões de múltipla escolha pontuadas de 1 a 5, onde 1 ponto representa sintoma leve, passando gradativamente a 5 pontos, representando sintomas mais graves. A pontuação da escala é calculada pela média dos escores para os 11 itens individuais. A escala do estado funcional ou escala funcional (Escala F) aborda 8 atividades usuais, que contemplam desde as atividades de jovens trabalhadores que têm sua ocupação relacionada à STC até indivíduos com mais idade. As respostas vão também de 1 a 5 pontos, onde 1 ponto representa nenhuma dificuldade e 5 pontos, que o indivíduo não consegue realizar o quesito citado devido aos sintomas. A pontuação total é dada pela média dos escores dos 8 itens¹¹.

O questionário foi aplicado pessoalmente pelo mesmo examinador, em 30 pacientes portadores de síndrome

Tabela 1 Freqüência e estatística descritiva das variáveis sociodemográficas

Idade (categórica)	Freqüência		
	N	%	Cumulativa
<45	14	46,67	14
≥45	16	53,33	30

Idade (contínua)					
N	Média	DP	Máx.	Mediana	Mín.
30	43,63	8,9	62	45	26

Sexo	Freqüência		
	N	%	Cumulativa
F	27	90,00	27
M	3	10,00	30

Mão (mais) afetada	Freqüência		
	N	%	Cumulativa
D	14	46,67	14
E	16	53,33	30

Profissão	Freqüência		
	N	%	Cumulativa (%)
doméstica	4	13,33	13,3
serviços gerais	4	13,33	26,7
faxineira	3	10,00	36,7
auxiliar de cozinha	2	6,67	43,4
auxiliar de limpeza	1	3,33	46,7
copeira	1	3,33	50,0
operário	5	16,67	66,7
cortador de cana	2	6,67	73,4
operador de caixa	1	3,33	76,7
auxiliar de enfermagem	4	13,33	90,0
costureira	3	10,00	100,0

do túnel do carpo, no Ambulatório de Nervos Periféricos do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, em uma sala reservada, sem interferência externa, onde os pacientes foram orientados a responder somente em relação à mão mais sintomática.

Tabela 2 Consistência interna do BTCQ utilizando o coeficiente alfa de Cronbach

Escore na Escala G (11 itens)		Escore na Escala F (8 itens)		r *
Coeficiente alpha de Cronbach		Coeficiente alpha de Cronbach		
Escola completa	0,691632	Escola completa	0,745333	0,012
		sem F1	0,793515	

* r = correlação do item com o total

Tabela 3 Cruzamentos entre escalas do BTCQ e variáveis sociodemográficas

Idade													
Escore na Escala G							Escore na Escala F						
Idade	N	Média	DP	Máx.	Mediana	Mín.	Idade	N	Média	DP	Máx.	Mediana	Mín.
<45	14	3,16	0,61	4,36	3,09	1,55	<45	14	3,13	0,77	4,25	3,31	1,75
≥45	16	2,95	0,55	4,09	2,95	2,09	≥45	16	3,08	0,61	4,13	3,19	1,88
p-valor = 0,2598							p-valor: 0,7543						
Coeficiente de correlação de Spearman							Coeficiente de correlação de Spearman						
r = 0,0075 ; p = 0,9686							r = 0,13406 ; p = 0,4800						
Mão afetada													
Escore na Escala G							Escore na Escala F						
Mão	N	Média	DP	Máx.	Mediana	Mín.	Mão	N	Média	DP	Máx.	Mediana	Mín.
Direita	14	2,90	0,54	3,45	3,05	1,55	Direita	14	3,15	0,76	4,13	3,44	1,75
Esquerda	16	3,18	0,60	4,36	3,09	2,09	Esquerda	16	3,06	0,62	4,25	3,06	2,13
p-valor: 0,2511							p-valor: 0,4279						
Coeficiente de correlação de Spearman entre os escores G e F: r = 0,65235; p = 0,0001													

A análise estatística foi utilizada para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis categóricas (sexo, profissão) e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (idade, escores das escalas). Quanto à idade, os pacientes foram agrupados em menores de 45 anos e os que tinham 45 anos ou mais, tendo em vista a idade média apontada pela literatura. Para comparação dos escores entre as classes de variáveis com duas categorias foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para verificar a existência de correlação (associação linear) entre os escores das escalas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Esse coeficiente assume valores de -1 a +1: quanto mais próximo de zero, menos correlacionadas são as variáveis, e quanto mais próximo de 1 ou -1, mais correlacionadas são as variáveis. Para verificação da consistência do instrumento foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach para consistência interna. Esse coeficiente é utilizado para verificar a homogeneidade ou acurácia dos itens do instrumento, ou seja, a concordância

intra-individual. Como regra geral, a acurácia não deve ser menor que 0,80 se a escala for amplamente utilizada, porém valores acima de 0,60 já indicam consistência. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

RESULTADOS

O questionário de Boston (BCTQ), para avaliação da gravidade dos sintomas e estado funcional, foi aplicado em 30 pacientes com STC que se encontravam em acompanhamento médico. Destes, 27 eram do sexo feminino. A idade dos pacientes variou de 26 a 57 anos (Tabela 1).

Os pacientes foram orientados a responder o questionário apenas sobre a mão mais afetada pela síndrome do túnel do carpo. Neste estudo, 16 pacientes (53%) têm a mão esquerda mais afetada e 14 (47%), a mão direita; 20 pacientes apresentavam sintomas em ambas as mãos, porém responderam sobre a mais acometida (Tabela 1). Todos os pacientes são destros, isto é, têm a mão direita dominante. Nenhum dos pacientes tinha sido submetido a procedimento cirúrgico na mão sobre a qual estava respondendo o questionário.

As atividades profissionais dos sujeitos caracterizam-se como ocupa-

ções manuais, assim distribuídas: 50% serviços que requerem mão-de-obra não-qualificada (domésticos, de cozinha, de limpeza, serviços gerais), 27% operários (cortadores de cana, operador de caixa, operários industriais), 13% auxiliares de enfermagem e 10% costureiras (Tabela 1). Metade do total (15 pessoas) estavam afastadas do serviço devido à falta de condições para exercer a função.

O resultado da análise da consistência interna do instrumento é apresentado na Tabela 2. Tendo em vista uma dúvida de cerca de metade dos pacientes sobre a primeira questão da escala funcional (uso da mão para escrever), discutida adiante, foi calculado o coeficiente de consistência interna do instrumento retirando-se esse primeiro item, pelo quê o coeficiente seria aumentado (Tabela 2).

No cruzamento entre escalas e variáveis sociodemográficas não houve correlação significativa entre as idades, divididas em indivíduos com menos de 45 anos (47%) e com 45 anos ou mais (53%), o mesmo ocorrendo em relação à mão afetada dos sujeitos, onde não houve correlação significativa (Tabela 3). O coeficiente de correlação de Spearman entre os escores obtidos nas escalas de gravidade e funcional indica forte correlação entre as escalas: quanto maior a gravidade dos sintomas, maior o acometimento da funcionalidade.

DISCUSSÃO

A aplicação do questionário (BCTQ), formulado por Levine *et al.*¹¹, foi realizada em 30 pacientes, diagnosticados como portadores de síndrome do túnel do carpo, sem qualquer intercorrência cirúrgica realizada previamente a esta avaliação. A escolha do questionário deve-se a ser este um instrumento de fácil aplicação, tempo

adequado para ser completado e fácil compreensão, levando em consideração o baixo nível de escolaridade da população da amostra.

Em relação ao sexo, 90% dos pacientes avaliados pertenciam ao sexo feminino, em concordância com a literatura^{2,4,5,17}; quanto à idade, não houve predominância de mais jovens ou mais velhos (não houve relação significativa entre pessoas com mais, ou com menos de 45 anos), mas a faixa de idade dos sujeitos estudados (26-57) é bastante semelhante à indicada na literatura^{2,4,5}.

As pessoas foram orientadas a responder sobre a mão mais afetada, e esta não era necessariamente a mão dominante. Há estudos referindo que, geralmente, a mão dominante é a mais freqüentemente envolvida, mas a não-dominante também pode ser afetada sozinha¹⁷. Em nossa amostra houve 53% de mãos não-dominantes afetadas (47% mãos dominantes). A primeira questão da escala funcional trouxe dúvidas aos pacientes no momento da aplicação do questionário, no caso de a mão mais afetada, sobre a qual deveria responder, ser a mão não-dominante (com a qual ele não escreve, mas deveria responderia à pergunta sobre dificuldade em escrever). Isso levou a certa ambigüidade que foi demonstrada na análise estatística ao se avaliar a consistência interna do instrumento pois, se retirada essa questão, o coeficiente de consistência interna do instrumento melhora substancialmente. Sugerimos que esta questão seja repensada na utilização do questionário pois, se a atividade funcional "escrever", na grande maioria das vezes, é realizada somente pela mão dominante (em raríssimos casos o indivíduo realiza a escrita bilateralmente), e se o sujeito deve responder somente sobre a mão mais afetada e esta for não dominante, ele não

realizaria a tarefa pedida com essa mão. Uma sugestão é o instrumento ser aplicado separadamente para cada mão do indivíduo.

A profissão que o indivíduo exerce muitas vezes está diretamente relacionada à instalação dos sintomas da síndrome do túnel do carpo. Em nossa amostra, todos os pacientes realizam atividades manuais em sua atividade profissional, muitas vezes com movimentos repetitivos e de força; 50% deles indivíduos estão afastados de seu serviço devido aos sintomas da doença. A experiência de trabalho nessa área sugere que pacientes que recebem benefícios em seu afastamento apresentam piores resultados de tratamentos feitos, baixa satisfação e mais queixas de sintomas. Tem sido relatado que pacientes com benefícios devido a doenças musculoesqueléticas têm marcadamente piores resultados, possivelmente devido a fatores como posições ergonômicas, ganhos secundários, insatisfação no trabalho, fatores psicológicos e sociais¹⁸. Este não é interesse direto em nosso estudo, requerendo maior aprofundamento nas questões de saúde do trabalho; apenas vale ser ressaltado como influência nos resultados e em estudos posteriores.

CONCLUSÃO

O questionário Boston Carpal Tunnel Questionnaire, já validado no Brasil, apresenta boas condições para detectar mudanças clínicas e padronizar avaliações de sintomas e funções de pacientes com síndrome do túnel do carpo. Sugerimos no entanto a aplicação do instrumento separadamente para cada mão do paciente, para que fique clara a sintomatologia em cada uma, principalmente com relação às atividades realizadas somente pela mão dominante, pela possível presença de sintomas bilateralmente, embora com diferentes intensidades.

REFERÊNCIAS

- 1 Stevens J C. AAEE minimonograph #26: the electrodiagnosis of carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve*. 1997;20:1477-86 .
- 2 Kouyoumdjian J. Síndrome do túnel do carpo: aspectos clínicos-epidemiológicos. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2-A):202-7.
- 3 Seradge H, Parker W, Baer C, Mayfield K, Schall L. Conservative treatment of carpal tunnel syndrome. *J Okla State Med Assoc*. 2002;95(1):7-14.
- 4 Provinciali L, Giattini A, Splendiani G, Logullo F. Usefulness of hand rehabilitation *Muscle Nerve*. 2000;2:211-6.
- 5 Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter for carpal tunnel syndrome. *Neurology*. 1993;43:2406-9.
- 6 Kouyoumdjian J. Aspectos atuais da síndrome do túnel do carpo. *Arq Neuropsiquiatr* .1999;57(2-B):504-12.
- 7 Strickland JW. A clinical monograph series. [on-line] [cited 2002, Nov 12] Available from: <http://www.neurometrix.com>.
- 8 Kouyoumdjian JA. Evaluation of age, body mass index and wrist index as risk factors for carpal tunnel syndrome severity. *Muscle Nerve*. 2002;25:93-7.
- 9 Campos CC, Manzano GM, Castelo Fo A, Nóbrega JAM. Parestesia e/ou dor nas mãos e /ou punhos como motivo de encaminhamento para estudo eletroneuromiográfico. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(1):56-60.
- 10 American Association of Electrodiagnostic Medicine, American Academy of Neurology, American Academy of Physical Medicine Rehabilitation. Literature review of the usefulness of nerve conduction studies and electromyography for evaluation of patients with carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve*. 1993;16:1392-1414.
- 11 Levine DW, Simmons BP, Koris MJ, Daltroy LH, Hohl GG, Fossel AH, et al. A self administered questionnaire for the assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg*. 1993;75A:1585-92.
- 12 Campos CC, Manzano GM, Andrade LB, Castelo Fo A, Nóbrega JAM. Tradução e validação do questionário de avaliação de gravidade dos sintomas e do estado funcional na síndrome do túnel do carpo *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(1):51-5.
- 13 Akalin E, Peker Ö, Senocak Ö, Tamci S, Gülbahar S, Cakmur R, et al. Treatment of carpal tunnel syndrome with nerve and tendon gliding exercises *Am J Phys Med Rehabil*. 2002;81(2):108-13.
- 14 Gianini F, Cioni R, Mondelli M, Padua R, Gregori B, D'Amico P, et al. A new clinical scale of carpal tunnel syndrome: validation of the measurement and clinical-neurophysiological assessment. *Clin Neurophysiol*. 2002;113:71-7.
- 15 Padua L, Padua R, Aprile I, Tonali P. Italian Multicenter study of carpal tunnel syndrome differences in the clinical and neurophysiological feature between male and female patients *J Hand Surg*. 1999;24B:579-82.
- 16 Heybeli N, Kutluhan S, Demirci S, Kerman M, Mumcu EF. Assessment of outcome of carpal tunnel syndrome: a comparison of electrophysiological findings and a self administered Boston questionnaire. *J Hand Surg*. 2002;27B:259-64.
- 17 Youmans JR. Neurological surgery: a comprehensive reference guide to the diagnosis and management of neurological problems. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1996.
- 18 Bessete L, Keller R, Lew R, Simmons B, Fossel A, Mooney N, et al. Prognostic value of a hand symptom diagram in surgery for carpal tunnel syndrome. *J Rheumatol*. 1997; 24(4):726-34.

Anexo: Questionário utilizado

Escala G: Escala de gravidade dos sintomas

As questões seguintes se referem aos seus sintomas durante um típico período de 24 horas, nas duas últimas semanas. Circule uma resposta para cada questão.

- Qual é a gravidade da dor em punho ou mão que você tem à noite?
 - 1 Não tenho dor em punho ou mão à noite
 - 2 Dor leve
 - 3 Dor moderada
 - 4 Dor forte
 - 5 Dor muito forte
- Com que frequência você é acordado pela dor em punho ou mão, durante uma noite típica, nas duas últimas semanas?
 - 1 Nunca
 - 2 1 vez
 - 3 2 ou 3 vezes
 - 4 4 ou 5 vezes
 - 5 Mais que 5 vezes
- Você normalmente tem dor em punho ou mão durante o dia?

Nunca tenho dor durante o dia

Dor leve

Dor moderada

Dor forte

Dor muito forte
- Com que frequência você tem dor no punho ou mão durante o dia?
 - 1 Nunca
 - 2 1 a 2 vezes ao dia
 - 3 3 a 5 vezes ao dia
 - 4 Mais que 5 vezes ao dia
 - 5 A dor é constante
- Quanto tempo dura, em média, um episódio de dor durante o dia?
 - 1 Nunca tenho dor durante o dia
 - 2 Menos que 10 minutos
 - 3 10 a 60 minutos
 - 4 Mais que 60 minutos
 - 5 A dor é constante ao longo do dia
- Você tem adormecimento em sua mão? (perda de sensação)
 - 1 Não
 - 2 Adormecimento leve
 - 3 Adormecimento moderado
 - 4 Adormecimento grave (forte)
 - 5 Adormecimento muito grave (muito forte)
- Você sente fraqueza na mão ou punho?
 - 1 Não
 - 2 Fraqueza leve
 - 3 Fraqueza moderada
 - 4 Fraqueza grave
 - 5 Fraqueza muito grave
- Você tem sensação de formigamento em sua mão?
 - 1 Não
 - 2 Formigamento leve
 - 3 Formigamento moderado
 - 4 Formigamento grave (forte)
 - 5 Formigamento muito grave (muito forte)
- Qual é a gravidade do adormecimento e formigamento durante a noite?
 - 1 Não tenho adormecimento ou formigamento durante a noite
 - 2 Leve
 - 3 Moderado
 - 4 Grave
 - 5 Muito grave (gravíssimo)
- Com que frequência você é acordado pelo adormecimento ou formigamento em punho ou mão, durante uma noite normal, durante as duas últimas semanas?
 - 1 Nunca
 - 2 1 vez
 - 3 2 ou 3 vezes
 - 4 4 ou 5 vezes
 - 5 Mais que 5 vezes
- Você tem dificuldade ao pegar e usar pequenos objetos, como chaves ou canetas?
 - 1 Não tenho dificuldade
 - 2 Dificuldade leve
 - 3 Dificuldade moderada
 - 4 Dificuldade grave
 - 5 Dificuldade muito grave

Escala F: Escala funcional

Em um dia normal, durante as duas últimas semanas, os sintomas no punho e mão têm causado alguma dificuldade para realizar estas atividades? Circule o número que melhor descreve sua habilidade para realizar a atividade.

(Para todos os quesitos abaixo, o paciente era convidado a marcar uma das opções a seguir:)

Escrever; Abotoar roupas; Segurar um livro enquanto lê; Segurar o telefone enquanto fala; Abrir garrafas; Serviços domésticos; Carregar sacolas do supermercado; Tomar banho e vestir-se.

- 1 Não tenho dificuldade
- 2 Dificuldade leve
- 3 Dificuldade moderada
- 4 Dificuldade grave
- 5 Não consigo fazer devido aos sintomas em punho ou mão.