



Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Testagem: \_\_\_\_\_  
Nº banco: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Questionário de Sensibilização Central**  
**Brazilian Portuguese Central Sensitization Inventory - BP-CSI**

Os sintomas avaliados por este questionário se referem a sua presença diária ou na maioria dos dias dos últimos três meses.

Circule na coluna da direita a melhor resposta para cada questão.

**PARTE A**

|  |                   |                       |                      |                            |                    |
|--|-------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|--------------------|
| 1. Sinto-me cansado (a) ao acordar pela manhã.   | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 2. Sinto que minha musculatura está enrijecida e dolorida.                             | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 3. Tenho crises de ansiedade.  | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 4. Costumo apertar (ranger) os dentes.   | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 5. Tenho diarreia e/ou prisão de ventre.   | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 6. Preciso de ajuda para fazer as tarefas diárias.                                     | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 7. Sou sensível à luminosidade excessiva.  | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 8. Canso-me facilmente ao realizar atividades diárias que exigem algum esforço físico. | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 9. Sinto dor em todo o corpo.  | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 10. Tenho dores de cabeça.   | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 11. Sinto desconforto e/ou ardência ao urinar.   | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 12. Durmo mal.   | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 13. Tenho dificuldade para me concentrar.  | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 14. Tenho problemas de pele como ressecamento, coceira e vermelhidão.                  | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |
| 15. O estresse piora meus sintomas.  | 0<br><i>Nunca</i> | 1<br><i>Raramente</i> | 2<br><i>Às vezes</i> | 3<br><i>Frequentemente</i> | 4<br><i>Sempre</i> |

|   |                          |                              |                             |                                   |                           |
|---|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| <b>16.</b> Me sinto triste ou deprimido(a).   | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |
| <b>17.</b> Tenho pouca energia.   | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |
| <b>18.</b> Tenho tensão muscular no pescoço e nos ombros.                             | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |
| <b>19.</b> Tenho dor no queixo.   | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |
| <b>0.</b> Fico enjoado (a) e tonto (a) com cheiros como o de perfumes.                | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |
| <b>21.</b> Preciso urinar frequentemente.   | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |
| <b>22.</b> Quando vou dormir à noite sinto minhas pernas inquietas e desconfortáveis. | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |
| <b>23.</b> Tenho dificuldade para me lembrar das coisas.                              | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |
| <b>24.</b> Sofri trauma emocional na infância.  | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |
| <b>25.</b> Tenho dor na região pélvica.   | <i>0</i><br><i>Nunca</i> | <i>1</i><br><i>Raramente</i> | <i>2</i><br><i>Às vezes</i> | <i>3</i><br><i>Frequentemente</i> | <i>4</i><br><i>Sempre</i> |

**TOTAL:**

Você recebeu de algum médico algum (s) diagnóstico (s) dos citadas abaixo?

Preencha as colunas da direita para cada diagnóstico.

**PARTE B**

|  | <i>Não</i> | <i>Sim</i> | <i>Ano do Diagnóstico</i> |
|--|------------|------------|---------------------------|
| <b>1.</b> Síndrome das pernas inquietas.                                 |            |            |                           |
| <b>2.</b> Síndrome da fadiga crônica.                                    |            |            |                           |
| <b>3.</b> Fibromialgia.  |            |            |                           |
| <b>4.</b> Disfunção da articulação temporomandibular (ATM).              |            |            |                           |
| <b>5.</b> Enxaqueca ou cefaleia tensional.                               |            |            |                           |
| <b>6.</b> Síndrome do intestino (côlon) irritável.                       |            |            |                           |
| <b>7.</b> Hipersensibilidade química (ex. poeira, cosméticos, poluição). |            |            |                           |
| <b>8.</b> Lesão cervical (incluindo lesão de chicote).                   |            |            |                           |
| <b>9.</b> Ansiedade ou ataques de pânico.                                |            |            |                           |
| <b>10.</b> Depressão.  |            |            |                           |