



**19 Congresso de Iniciação Científica**

**DOR NO OMBRO E SUA RELAÇÃO COM A FUNÇÃO DESEMPENHADA POR TRABALHADORES ACOMETIDOS POR LER/DORT**

**Autor(es)**

---

PAIGY COSTA

**Orientador(es)**

---

ROSANA MACHER TEODORI

**Apoio Financeiro**

---

PIBIC/CNPQ

**1. Introdução**

---

A prevalência dos sintomas de disfunções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho nos membros superiores é de aproximadamente 30% (PUNNETT; WEGMAN, 2004). A articulação escápulo-umeral está mais exposta a riscos por apresentar vários eixos de movimento (KAPANDJI, 2000) e permitir a estabilidade das articulações distais durante as tarefas de trabalho. Entre os principais fatores de risco para Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) estão a carga excessiva de trabalho, que obriga o trabalhador a realizar horas extras, predispondo a LER/DORT ou exacerbando os sintomas existentes (MELZER e IGUTI, 2010); a falta de preparo físico para atender a demanda de trabalho que exige força e resistência e a falta de controle sobre a função (SMITH et al., 2009). Quando a postura estática se associa à repetitividade em função com baixo nível de controle, o risco para desenvolvimento de LER/DORT é alto (TORNQVIST et al., 2009). A postura e o modo operatório para realização de determinadas funções, entre outros aspectos, pode contribuir para a presença de dor no ombro.

**2. Objetivos**

---

Investigar a associação entre presença de dor no ombro e a função de trabalhadores com diagnóstico de LER/DORT, em acompanhamento pelo Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST) – Piracicaba.

**3. Desenvolvimento**

---

Este estudo observacional transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da (CEP-UNIMEP - 56/08). Foram incluídos trabalhadores de ambos os gêneros com diagnóstico de LER/DORT por médico do CEREST, de 1997 a 2007, e excluídos prontuários do arquivo inativo e aqueles do ativo com disfunções não relacionadas ao sistema musculoesquelético; aqueles que mudaram de cidade de residência, que desistiram do tratamento ou foram a óbito. A amostra foi constituída de 1007 prontuários (24 prontuários excluídos por ausência de informações imprescindíveis). Foram coletados dados sobre função, tempo na empresa, tempo na função, situação ocupacional, afastamento do trabalho, exposição a fatores de risco, história clínica, queixa principal, presença de dor, hipótese diagnóstica, laudos de exames realizados, especialidades médicas consultadas. Após análise descritiva, realizou-se um estudo

de associação entre a ocorrência da queixa principal (dor no ombro) e as variáveis categorizadas, aplicando-se o teste X<sup>2</sup> de associação de Pearson. Para a análise de risco foi determinado o odds ratio (intervalo de confiança de 95%). Utilizou-se o aplicativo SPSS 13.0, considerando-se  $p < 0,05$ .

#### 4. Resultado e Discussão

---

Os resultados estão apresentados na tabela 1. Não houve associação entre dor no ombro e a função desempenhada por trabalhadores com diagnóstico de LER/DORT. Entretanto, 23,73% destes trabalhadores apresentavam dor no ombro, dentre os quais 42,67% trabalhavam há até 2 anos na empresa. Dentre os trabalhadores com dor no ombro, 59,41% atuavam na função há até 3 anos, sendo a maioria trabalhadores com registro. Maior prevalência de dor no ombro foi observada em cozinheiras, domésticas e serviços gerais, concordando com Andersen, Haahr e Frost (2007), que identificaram disfunções no ombro mais evidentes em cozinheiras e trabalhadores de limpeza. A redução do número de merendeiras e serventes nas escolas, além da falta de investimento em instalações e equipamentos, gera sobrecarga às trabalhadoras que, em menor número, tem que atender à demanda de trabalho em tempo limitado, o que favorece o adoecimento (BRITO, 2000). A permanência na postura em pé, estática e com flexão do pescoço por longo tempo gera deformação do tecido conjuntivo e aumento da pressão intramuscular, que podem afetar o fluxo sanguíneo muscular, reduzindo sua capacidade de produzir força (SJOGAARD, 1990). Quanto menor o tempo na empresa e/ou na função, maior foi o número de trabalhadores com dor no ombro, sugerindo que o contato inicial com movimentos repetitivos e posturas estereotipadas, além da falta de controle sobre o trabalho, seja o “gatilho” para desenvolvimento da dor. As domésticas desempenham uma ampla variedade de tarefas. Andersen, Haahr e Frost (2007) observaram que a repetitividade, excesso de peso, suporte de peso acima do ombro, movimento de empurrar e puxar objetos, são os principais responsáveis pelas disfunções nos ombros, pescoço, braços, coluna lombar e membros inferiores de faxineiras. Em “serviços gerais” a variabilidade das tarefas limita o controle sobre o trabalho, favorecendo alterações musculoesqueléticas (SMITH et al., 2009). Nas funções onde a dor no ombro foi mais prevalente havia repetitividade, posturas estereotipadas durante as atividades de trabalho, além de ausência de pausa. Alto índice de dor no ombro em empregados com registro sugere haver orientação nas empresas para o tratamento da LER/DORT, ou ainda, que é a população trabalhadora ativa que mais sofre as consequências de condições de trabalho que incluem riscos, pressão temporal, repetitividade, posturas estáticas e esforço excessivo. Alta porcentagem de afastamento do trabalho por mais de 15 dias (60%) poderia indicar o nível de incapacidade causada pela LER/DORT, que segundo Seidler et al. (2010), apresenta dor como principal sintoma. No contexto da LER/DORT, a repetitividade predispõe lesão tecidual, seguida por inflamação aguda. O overuse induz um ciclo contínuo de trauma tecidual que impede o reparo, favorecendo uma resposta inflamatória crônica, com reação fibrogênica. O desempenho continuado de tarefas de alta demanda gera desorganização estrutural, redução da tolerância biomecânica e remodelamento patológico dos tecidos, resultando em dor e disfunção motora (BARBE e BARR, 2006). A recuperação exige tempo, o que explicaria o alto índice de afastamento do trabalho neste estudo. Apesar de não ter havido associação entre os diferentes fatores de risco e a dor, 78,24% dos trabalhadores com dor no ombro estavam expostos ao determinante de risco “organização e ergonomia do trabalho”. Inflexibilidade e ritmo excessivo de trabalho, mobiliário e equipamentos desconfortáveis, pressão temporal e ausência de pausas, tornam o trabalhador mais exposto a lesões. A dor em queimação foi predominante e estava associada à queixa principal. Essa dor é característica da fase aguda da inflamação e tem origem na modulação de receptores nociceptivos por substâncias químicas durante atividades anormais do corpo, como a inflamação (MOREIRA e LARA, 2005). Houve associação de risco entre Síndrome do Manguito Rotador (SMR) e a presença de dor no ombro. SMR relacionada ao trabalho está associada com altas cargas de trabalho estático ou repetitivo envolvendo a cintura escapular, principalmente em combinação com abdução, rotação ou flexão (HAGBERG et al., 1996). No caso das cozinheiras, a posição dos membros superiores em elevação por longos períodos envolvendo rotação e abdução, a postura para lavar louças, o ato de levantar peso e realizar movimentos repetitivos do ombro, favoreceria a inflamação, degeneração e ruptura dos tendões no ombro. Nas domésticas, a repetitividade, excesso de peso, suporte de peso acima do ombro, movimento de empurrar e puxar objetos, também poderia predispor a SMR; enquanto na função de serviços gerais, notam-se características semelhantes de atividades do membro superior. A ruptura do MR estava associada com a queixa principal. Para Pereira et al. (2007), trabalho repetitivo com os membros superiores acima do nível da cabeça, trabalho pesado e impacto subacromial são fatores que favorecem esta patologia. Lesão do m. supra-espinhal foi a mais prevalente e estava associada à queixa principal. Sporrang et al. (1998) observaram aumento da atividade eletromiográfica do m. supra-espinhal durante a realização de movimentos de precisão manual nas angulações de 30°, 45°, 60° e 90° de flexão escápulo-umeral, possivelmente porque a estabilização do ombro para execução das tarefas é realizada principalmente pela ação dos mm. supra e infra-espinhal, aumentando seu estresse. Palmerud et al. (2000) observaram aumento da pressão intramuscular nos mm. supra e infra-espinhal à medida que o movimento de flexão e abdução do ombro evoluía de 0° para 90°. Dependendo da posição do ombro, a pressão nestes músculos é aumentada, favorecendo o cansaço muscular e até a ruptura de seus tendões (PALMERUD et al., 2000). Houve associação entre capsulite adesiva e dor no ombro. Trauma e imobilização são as principais causas desta patologia, podendo estar relacionados aos riscos físicos no trabalho (EJNISMANN, MONTEIRO e UYEDA, 2008). Também houve associação entre tenossinovite e dor no ombro. Tenossinovite pode causar dor, principalmente quando ocorre no tendão do m. bíceps, pois a anatomia do tendão favorece que seja frequentemente atingido por processo inflamatório que afete o MR (LAM e MOK, 2006). A associação entre dor no ombro e LER/DORT reafirma resultados de estudos que apontam que a LER/DORT é mais prevalente em membros superiores (STRAZDINS e BAMMER, 2004), sendo o ombro a articulação mais exposta a riscos. Houve associação entre Bursite e dor no ombro. Atividades realizadas com o membro superior na linha dos ombros ou acima podem causar

Bursite (BRASIL, 2008). As funções onde a dor no ombro foi mais prevalente se caracterizam por ações dos membros superiores acima do nível do ombro. Também houve associação entre tendinose e dor no ombro. Tendinose resulta de carga excessiva sobre o tendão, causando falha funcional e microlesões tendíneas. A consequente produção exacerbada de colágeno diminui a capacidade do tendão de se regenerar. Cargas impostas posteriormente desencadearão um ciclo de pequenas lesões não seguidas de reparo, instalando-se a tendinose (COHEN et al., 2008). Entre as funções onde a dor no ombro foi mais prevalente, carga excessiva e microlesões tendíneas estão propensas a ocorrer. A alteração neurogênica dos mm. deltóide, bíceps braquial e braquiorradial estava associada à queixa principal. Distúrbios neurogênicos são alterações dos nervos que predis põem fadiga muscular (CARVALHO, 2005). Devido a existência da inflamação neurogênica em pessoas com diagnóstico de LER/DORT, estas alterações podem “sensibilizar” os nervos, causando dor. A rotura do tendão do m. supraescapular estava associada à queixa principal, entretanto, nenhum estudo relatando esse tipo de lesão em trabalhadores foi encontrado. Médicos do trabalho e ortopedistas foram os principais atores no tratamento dos voluntários deste estudo, provavelmente devido aos tipos de lesão encontrados (ortopédicas) e à abordagem do médico do trabalho sobre estas lesões.

## 5. Considerações Finais

---

Não houve associação entre dor no ombro e a função de trabalhadores com LER/DORT; a dor no ombro ocorreu em 23,73% dos trabalhadores com LER/DORT cadastrados no CEREST, sendo mais prevalente nas funções: cozinheira, doméstica e serviços gerais; os tipos de dor associadas ao ombro foram: “em queimação” e “em pontada”; dor no ombro estava associada com a SMR, capsulite adesiva, síndrome do m. supra-espinal, tenossinovite, bursite, tendinose e lesão no ombro, sendo parte destas hipóteses confirmadas por laudos de exames clínicos; laudos de exames associados à dor no ombro foram: alteração neurogênica dos mm. deltóide, bíceps e braquiorradial, rotura dos tendões do m. supraescapular, do manguito rotador, do m. supra-espinal e tendinose no ombro, sendo estes considerados a causa da dor no ombro dos trabalhadores.

## Referências Bibliográficas

---

- ANDERSEN, J. H., HAAHR, J. P., FROST, P. Risk Factors for More Severe Regional Musculoskeletal Symptoms. *Arthritis & Rheumatism*. Vol. 56, No. 4, April, pg. 1355–1364, 2007.
- BARBE, M. F., BARR, A. E. Inflammation and the pathophysiology of work-related musculoskeletal disorders. *Brain Behav Immun* September ; 20(5): 423–429, 2006.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Diretrizes de apoio à decisão médico-pericial em ortopedia e traumatologia, 2008. Disponível em: [http://peritomed.files.wordpress.com/2010/09/diretrizesortopedia\\_consultapublica-abril2008.pdf](http://peritomed.files.wordpress.com/2010/09/diretrizesortopedia_consultapublica-abril2008.pdf) Acessado em: 14 jul. 2011.
- BRITO, J. Gender focus and the relationship between health and work in the context of productive reorganization and underemployment. *Cad Saúde Pública* 16(1): 195-204, 2000.
- CARVALHO, A. A. de S. Miopatias. *Revista Neurociências* V13 N3 (supl-versão eletrônica) – jul/set, 2005.
- COHEN, M., FERRETTI, M., MARCONDES, F. B., AMARO, J. T., EJNISMAN, B. Tendinopatia patelar. *Rev Bras Ortop*. 43(8):309-18, 2008.
- EJNISMANN, B., MONTEIRO, G. C., UYEDA, L. F. Ombro doloroso. *einstein*. 6 (Supl 1):S133-S7, 2008.
- HAGBERG M., SILVERSTEIN, B., WELLS, R., et al. Work-related musculoskeletal disorders (WRMDs). A reference for prevention. London, England: Taylor & Francis, 24-57;1996.
- KAPANDJI, A. I. *Fisiologia Articular*. 5º Ed., Volumes 1,2 e 3. Editora Médica Panamericana S. A. Rio de Janeiro, 2000.
- LAM, F., MOK, D. Treatment of the painful biceps tendon—Tenotomy or tenodesis? *Current Orthopaedics*. 20, 370–375; 2006.
- MELZER ACS, IGUTI AM. Working conditions and musculoskeletal pain among Brazilian pottery workers. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3): 492-502, mar, 2010.
- MOREIRA, H. S. B., LARA, S. M. Prevalência da sintomatologia dolorosa das berçaristas dos centros educacionais infantis do município de Cascavel (Monografia). Faculdade Assis Gurgacz – FAG. Cascavel-PR, 2005.
- PALMERUD, G., FORSMAN, M., SPORRONG, H., HERBERTS, P., KADEFORS, R. Intramuscular pressure of the infra-and supraspinatus muscles in relation to hand load and arm posture. *Eur J Appl Physiol* 83: 223-30, 2000.
- PEREIRA, E.S., EJNISMAN B., ARCHETTI NETTO N., SKAF, A.Y. Roturas Completas do Manguito Rotador: Tratamento Cirúrgico. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 19 de out de 2007. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/7\\_volume/38Roturas\\_Co\\_%20Mang\\_Rotad.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/7_volume/38Roturas_Co_%20Mang_Rotad.pdf) Acessado em 19 jul 2011.
- PUNNETT, L., WEGMAN, D. H. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *Journal of Electromyography and Kinesiology* 14; 13–23, 2004.
- SEIDLER A., BOLM-AUDORFF U., PETEREIT-HAACK, BALL E., KLUPP M. , KRAUSS N., ELSNER G.. Work-related lesions of the supraspinatus tendon: a case–control study. *Int Arch Occup Environ Health*, Springer-Verlag, 1-9, mar, 2010.
- SJOGAARD, G. Exercise-induced muscle fatigue: the significance of potassium. *Acta Physiol Scand* 140 suppl 593: 1-64, 1990.
- SMITH, C. K., SILVERSTEIN, B. A., FAN, Z. J., BAO, S., JOHNSON, P. W. Psychosocial Factors and Shoulder Symptom

**Anexos**

Degeração do m. deltóide anterior	CDO (238) SDO (768)			
	Sem o laudo - 238 767 Com o laudo - 0 1	0,577		
Redução do espaço do acrómio	CDO (238) SDO (768)			
	Sem o laudo - 238 767 Com o laudo - 0 1	0,577		
Tendão suprazepalino heterogêneo	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 238 765 Com o laudo - 1 2	0,696	0,146	17,825
Calcificação do tendão do suprazepalino	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 237 763 Com o laudo - 2 5	0,763	0,246	6,681
Espessamento do tendão do suprazepalino	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 233 757 Com o laudo - 6 11	0,299	0,646	4,844
Espessamento do tendão do infraepalino	CDO (238) SDO (768)			
	Sem o laudo - 238 765 Com o laudo - 0 3	0,333		
Espessamento do tendão do biceps	CDO (238) SDO (768)			
	Sem o laudo - 238 767 Com o laudo - 0 1	0,577		
Artrite no ombro	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 223 734 Com o laudo - 16 34	0,199	0,839	2,389
Ruptura do tendão do biceps	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 238 765 Com o laudo - 1 3	0,562	0,111	10,346
Bursite no ombro	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 232 745 Com o laudo - 7 23	0,568	0,414	2,307
Alteração neurogênica do deltóide, biceps e braquiorradial	CDO (238) SDO (768)			
	Sem o laudo - 238 768 Com o laudo - 2 0	0,002		
Ruptura do tendão do músculo supraesapular	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 82 884 Com o laudo - 48 74	0,0001	1,487	8,388
Ruptura do tendão do músculo subesapular	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 237 765 Com o laudo - 2 3	0,391	0,397	12,966
Ruptura do tendão do músculo infraepalino	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 226 741 Com o laudo - 13 27	0,184	0,801	3,110
Ruptura da Manguilha rotador	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 82 881 Com o laudo - 47 77	0,0001	1,478	8,288
Ruptura do tendão do músculo supraepalino	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 82 886 Com o laudo - 48 78	0,0001	1,642	8,382
Tendinite no ombro	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 200 888 Com o laudo - 88 72	0,008	1,282	2,870
Tendinite no ombro	CDO (238) SDO (768)		Lower	Upper
	Sem o laudo - 231 757 Com o laudo - 8 11	0,057	0,947	5,596

SDO = indivíduos sem dor no ombro; CDO = indivíduos com dor no ombro;  
Negrito = Resultado com nível de significação (Teste Qui Quadrado de Associação de Pearson) ou com nível de risco (p < 0,05).

Dor em escapula	CDO (238) SDO (768) Sem a dor - 238 768 Com a dor - 0 3	0.333		
Hipótese Diagnóstica				
Síndrome do Manguito Rotador	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese: 232 768 Com a hipótese: 7 6	0.006	Lower 1.448	Upper 14.844 4804
Capacidade aditiva	CDO (238) SDO (768) Bem a hipótese - 238 768 Com a hipótese - 3 0	0.002		
Síndrome do Supraespinhoso	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese: 232 768 Com a hipótese: 11 0	0.002	Lower 1.634	Upper 3.721 3.867
Cisto acromial	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese: 238 768 Com a hipótese: 1 8	0.371	Lower 0.090	Upper 3.208 0.399
Shoulder	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese: 238 768 Com a hipótese: 1 8	0.371	Lower 0.090	Upper 3.208 0.399
Terna visível no ombro	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese - 212 828 Com a hipótese - 27 08	0.040	Lower 0.405	Upper 0.562 0.631
Artrose	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese: 234 768 Com a hipótese: 5 15	0.893	Lower 0.336	Upper 2.963 1.073
Fibromialgia	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese: 229 746 Com a hipótese: 10 23	0.367	Lower 0.663	Upper 3.016 1.414
Buraco no ombro	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese - 228 767 Com a hipótese - 10 11	0.008	Lower 1.280	Upper 7.188 3.006
Tendinite no ombro	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese - 127 687 Com a hipótese - 112 201	0.0001	Lower 1.342	Upper 3.380 2.483
Lesão no ombro	CDO (238) SDO (768) Sem a hipótese - 236 768 Com a hipótese - 4 2	0.012	Lower 1.137	Upper 26.318 8.618
Lauda de Exame c				
Hiperfora acromio clavicular	CDO (238) SDO (768) Sem o laudo - 238 767 Com o laudo - 0 1	0.577		
Intimação do Del Mide	CDO (238) SDO (768) Sem o laudo - 236 766 Com o laudo - 3 2	0.096	Lower 0.809	Upper 29.311 4.899
Intimação do Ombro	CDO (238) SDO (768) Sem o laudo - 238 767 Com o laudo - 0 1	0.577		
Cisto no DelMide	CDO (238) SDO (768) Sem o laudo - 238 766 Com o laudo - 1 2	0.696	Lower 0.146	Upper 17.325 1.609
Migração escapular	CDO (238) SDO (768) Sem o laudo - 238 767 Com o laudo - 1 1	0.362	Lower 0.201	Upper 51.720 3.223
Osteólise no ombro	CDO (238) SDO (768) Sem o laudo - 238 764 Com o laudo - 1 4	0.844	Lower 0.039	Upper 7.215 0.803
Atletismo do supraespinhoso	CDO (238) SDO (768) Sem o laudo - 238 768 Com o laudo - 1 0	0.073		
Artrose do supraescapular	CDO (238) SDO (768) Sem o laudo - 238 768 Com o laudo - 1 0	0.073		

**Tabela 1:** Resultados das associações: Variáveis x Queixa Principal (dor no ombro).

Variável	Indivíduo (1007):		Pearson Chi Squared	Odds Ratio	
	BDO: 768	CDO: 239			
<u>Função</u>	135 profissões		0,661		
	S00: 768	C00: 239			
<u>Tempo na empresa</u>	0- 30 anos (tempo mínimo e máximo relatado pelos trabalhadores)		0,060		
	S00: 768	C00: 239			
<u>Tempo na função</u>	0- 43 anos (tempo mínimo e máximo relatado pelos trabalhadores)		0,339		
	S00: 768	C00: 239			
<u>Situação ocupacional</u>			0,165		
	S00: 768	C00: 239			
<u>Risco</u>					
<u>Risco Físico</u>	C00 (239) S00 (768)		0,060	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem o risco - 146	416		0,560	1,012
	Com o risco - 93	352		0,753	
<u>Risco Químico</u>	C00 (239) S00 (768)		0,106	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem o risco - 192	578		0,520	1,096
	Com o risco - 47	190		0,745	
<u>Risco Biológico</u>	C00 (239) S00 (767)		0,371	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem o risco - 239	749		0,060	3,203
	Com o risco - 1	8		0,399	
<u>Organização e economia no trabalho</u>	C00 (239) S00 (768)		0,675	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem o risco - 52	157		0,661	1,321
	Com o risco - 187	609		0,927	
<u>Duração da dor</u>	0- 15 anos (mínimo e máximo de duração da dor relatada pelos trabalhadores)		0,275		
	S00: 768	C00: 239			
<u>Tipos de dor</u>					
<u>Dor em queimação</u>	CDO (288) BDO (788)		0,028	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem a dor - 206	808		0,425	0,960
	Com a dor - 84	188		0,625	
<u>Dor em pontada</u>	CDO (288) BDO (788) Sem a dor		0,004	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	- 226	761		1,834	6,888
	Com a dor - 14	17		2,748	
<u>Dor em agulhada</u>	C00 (239) S00 (768)		0,391	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem a dor - 237	765		0,367	12,985
	Com a dor - 2	3		2,152	
<u>Dor irradiada</u>	C00 (239) S00 (768)		0,844	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem a dor - 238	764		0,089	7,215
	Com a dor - 1	4		0,803	
<u>Dor em queimação + paralisia</u>	C00 (239) S00 (768)		0,577		
	Sem a dor - 239	767			
	Com a dor - 0	1			
<u>Dor neuropática</u>	C00 (239) S00 (768)		0,577		
	Sem a dor - 239	767			
	Com a dor - 0	1			
<u>Dor em cansaço</u>	C00 (239) S00 (768)		0,073		
	Sem a dor - 238	768			
	Com a dor - 1	0			
<u>Dor em paralisia</u>	C00 (239) S00 (768)		0,732	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem a dor - 236	766		0,224	2,862
	Com a dor - 3	12		0,801	
<u>Dor constante</u>	C00 (239) S00 (768)		0,452	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem a dor - 227	738		0,695	2,582
	Com a dor - 12	30		1,300	
<u>Dor lateral</u>	C00 (239) S00 (768)		0,933	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem a dor - 237	762		0,216	6,346
	Com a dor - 2	6		1,072	
<u>Dor em formigamento</u>	C00 (239) S00 (768)		0,781	<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
	Sem a dor - 236	760		0,318	4,589
	Com a dor - 3	8		1,208	
<u>Dor em fisgada</u>	C00 (239) S00 (768)		0,333		
	Sem a dor - 239	765			