

Impacto da lombociatalgia aguda na rotina e função da população brasileira: um estudo transversal

Impact of acute low back radicular pain on the routine and function of the Brazilian population: a cross-sectional study

Impacto del dolor radicular agudo en la rutina y función de la población brasileña: un estudio transversal

Resumo

Objetivos: avaliar as características sócio-demográficas e clínicas de indivíduos com quadro clínico compatível com dor radicular aguda atendidos no serviço de urgência de um hospital de referência regional e identificar fatores associados à maiores índices de disfunção no atendimento inicial. **Métodos:** trata-se de um estudo observacional transversal com todos os pacientes atendidos por dor ciática aguda entre agosto de 2020 e janeiro de 2021, em um serviço de referência. Estes foram avaliados em relação aos dados sociodemográficos, clínicos e submetidos aos scores de Oswestry (ODI) e Visual Analog Scale (VAS). Ainda, foram divididos em dois grupos de acordo com a presença de incapacidade funcional pelo ODI (valores acima de 60) para comparação da prevalência das variáveis sociais e clínicas entre ambos. **Resultados:** a amostra, constituída de 49 pacientes, teve maior prevalência de pacientes do sexo feminino (59,2%), com idade média de 44 anos e com IMC médio de 28,1, caracterizando sobrepeso. Foi identificado um valor basal de disfunção pelo ODI de 48,2, consideravelmente maior que outras séries semelhantes na literatura. No grupo com incapacidade funcional, notou-se maior prevalência estatística de indivíduos com inatividade profissional ($p=0,047$), presença de déficit motor ($p=0,01$) e maior intensidade da dor irradiada ($p=0,02$). **Conclusões:** o estudo evidenciou que a dor

ciática aguda acomete principalmente pacientes brasileiros na quarta década de vida e que apresentam sobrepeso, sendo que a inatividade profissional, déficit motor e intensidade da dor irradiada estão associadas a maior severidade do quadro. **Nível de Evidência III**; estudo transversal

Descritores: dor lombar, ciática, radiculopatia

Abstract

Objectives: to evaluate the socio-demographic and clinical characteristics of individuals with a clinical history compatible with acute radicular pain seen in the emergency department of a reference hospital and to identify variables associated with higher rates of dysfunction in the initial assessment. **Methods:** a cross-sectional study with all patients evaluated for acute sciatica between August 2020 and January 2021, at a referral service. They were evaluated about sociodemographic, clinical data and submitted to Oswestry (ODI) and Visual Analog Scale (VAS) scores. In addition, they were divided into two groups according to the functional disability obtained by ODI (values above 60) to compare the prevalence of social and clinical variables between the groups, through the application of the chi-square test and the Contingency Coefficient. **Results:** the sample, consisting of 49 patients, had a higher prevalence of female patients (59.2%), with an average age of 44 years and an average BMI of 28.1, characterizing overweight. An ODI baseline value of 48.2 was identified, considerably higher than other similar series in the literature. In the group with functional disability, there was a higher statistical prevalence of patients with work inactivity ($p = 0.047$), presence of motor deficit ($p = 0.01$) and most severe intensity of irradiated pain ($p = 0.02$). **Conclusions:** the study showed that acute sciatica affects mainly Brazilian

patients in the fourth decade of life and who are overweight. Professional inactivity, motor deficit and intensity of irradiated pain are associated with most severe disfunction. **Level of Evidence III; cross-sectional study**

Key-words: low back pain, sciatica, radiculopathy

Resumen

Objetivos: evaluar las características sociodemográficas y clínicas de individuos con cuadro clínico compatible con dolor radicular agudo atendidos en el servicio de urgencias de un hospital regional de referencia e identificar factores asociados a mayores tasas de disfunción en la atención inicial. **Métodos:** se trata de un estudio observacional transversal con todos los pacientes tratados por ciática aguda entre agosto de 2020 y enero de 2021, en un servicio de referencia. Estos se evaluaron en relación con los datos sociodemográficos y clínicos y se enviaron a las puntuaciones de Oswestry (ODI) y Visual Analog Scale (VAS). Además, se dividieron en dos grupos según la presencia de discapacidad funcional por ODI (valores superiores a 60) para comparar la prevalencia de variables sociales y clínicas entre ellos mediante la aplicación de la prueba de chi-cuadrado y el Coeficiente de Contingencia. **Resultados:** la muestra, formada por 49 pacientes, tuvo una mayor prevalencia de pacientes del sexo femenino (59,2%), con una edad promedio de 44 años y un IMC promedio de 28,1, caracterizando el sobrepeso. Se identificó un valor de disfunción basal ODI de 48,2, considerablemente más alto que otras series similares en la literatura. En el grupo con discapacidad funcional, hubo mayor prevalencia estadística de individuos con inactividad profesional ($p = 0,047$), presencia de déficit motor ($p = 0,01$) y mayor intensidad de dolor irradiado ($p = 0,02$). **Conclusiones:** el estudio mostró que la ciática

aguda afecta principalmente a pacientes brasileños en la cuarta década de la vida y con sobrepeso. La inactividad profesional, el déficit motor y la intensidad del dolor irradiado están asociados con la disfunción más grave. **Nivel de evidencia III**; estudio transversal

Descriptor: lumbalgia, ciática, radiculopatía

1. Introdução

A lombociatalgia aguda, também chamada dor ciática ou ciatalgia é um condição clínica bastante frequente na população e representa porção expressiva dos atendimentos de urgência nos serviços de saúde pública^{1,2}. A etiologia mais comum são as causas discogênicas, como a hérnia de disco lombar^{3,4}, porém causas degenerativas, articulares, neoplásicas e infecciosas também podem cursar com estes sintomas^{5,6}.

A incidência e prevalência da dor ciática ainda é controversa, com ampla variação entre estudos disponíveis na literatura⁷. Uma revisão epidemiológica de 2008⁸ identificou que a prevalência dos sintomas de dor radicular variavam entre 1,6 a 43%, sendo que a prevalência anual variava de 2,2 a 34%^{9,10} na população adulta em geral. Há evidência robusta, por outro lado, que a incidência desta patologia está associada à faixa etária do indivíduo, sendo raramente presente antes dos 20 anos de idade, com pico ao redor da quinta década de vida e sendo decrescente a partir de então^{11,12}.

A história natural da dor radicular aguda (início há menos de 3 meses) é, em sua maioria, benigna, com cerca de 70% dos pacientes apresentando melhora considerável em 4 semanas e 60% destes retomando a atividade profissional após tratamento clínico com repouso relativo, analgesia e reabilitação física^{13,14}. Apesar disso, por apresentar

alta prevalência e afetar majoritariamente a população mais economicamente ativa, a ciatalgia aguda provoca enormes impactos sócio-econômicos diretos e indiretos¹⁵.

Até o presente momento não foram identificados estudos que fizeram uma avaliação da epidemiologia da dor radicular aguda no contexto social brasileiro. E esta avaliação para a identificar estas características é fundamental para possibilitar a melhor tomada de condutas tanto preventivas, de intervenção e prognóstico para esta prevalente e importante afecção. Assim, o objetivo é avaliar as características clínicas, demográficas e a intensidade da dor e disfunção de pacientes com quadro clínico compatível com dor ciática aguda, em uma unidade de pronto-atendimento ortopédico referência do sistema público de saúde brasileiro, bem como identificar quais destas podem estar relacionados à maior disfunção.

2. Materiais e Métodos

2.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal desenvolvido em uma unidade de pronto-atendimento ortopédico de um hospital referência do Sistema Único de Saúde (Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo).

Esta pesquisa é um desdobramento de outro projeto de pesquisa que está sendo desenvolvido pelo mesmo grupo de pesquisadores e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob o parecer de número 4.524.612 (Projeto 0572/2020).

2.2 Participantes e Procedimentos

Todos pacientes com quadro clínico compatível com dor ciática (dor lombar irradiada para uma região dos membros inferiores associada a piora nos testes de estiramento radicular¹⁶) de início ou re-incidência em até 3 meses, atendidos em uma unidade de pronto atendimento ortopédico entre setembro de 2020 e janeiro de 2021, foram referenciados para avaliação do grupo da coluna. Caso elegíveis, eram orientados a respeito dos procedimentos do estudo e, havendo concordância, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram considerados critérios de não inclusão pacientes com sintomas iniciados há mais de 3 meses, antecedentes pessoais de cirurgias na coluna vertebral, infecções ou trauma/fraturas vertebrais recentes.

Na entrevista inicial, foram coletados, por médicos da equipe de pesquisa, dados demográficos/sociais, clínicos e aplicado o Índice de Disfunção de Oswestry (ODI), em sua versão traduzida e adaptada para língua portuguesa do Brasil¹⁷ e a Escala Analógica Visual de dor (VAS) na região lombar e irradiada aos membros inferiores¹⁸. Além disso, foi realizada o completo exame físico do participante, buscando identificar o dermatomo/miótomo acometido e os sinais característicos desta patologia.

As variáveis demográficas levantadas incluíram idade, sexo, peso e altura expressos pelo índice de massa corporal (IMC), situação profissional, prática de atividades físicas regulares, antecedentes de tabagismo e comorbidades. As variáveis clínicas englobaram tempo de início dos sintomas, lado acometido e presença de déficit motor ou sensitivo.

Foi utilizado o sistema RedCAP para armazenamento e sigilo dos dados obtidos, com acesso exclusivo pela equipe de pesquisadores, após verificação e autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo (CoEP).

2.3 Análise Estatística

As análises estatísticas foram feitas utilizando o *SPSS Statistics Software*¹⁹, a partir das variáveis exportadas do banco de dados do RedCAP.

As variáveis categóricas foram analisadas por meio de cálculo de frequência e as contínuas através do cálculo das médias e suas respectivas variâncias^{20,21}.

Buscando identificar correlação entre fatores demográficos e clínicos com a disfunção apresentada no atendimento inicial, avaliado pela escala de Oswestry, os participantes foram divididos em dois grupos²²: disfunção não-incapacitante e incapacitante, segundo a qual os indivíduos necessitam de meios auxiliares para realização de atividades rotineiras ($ODI \geq 60$). A partir de então, ambos os grupos foram comparados em relação às variáveis sócio-demográfica e clínicas através de uma tabela de contingência para variáveis independentes e aplicação dos *testes do chi-quadrado e t de student*. Foi considerada significância estatística quando $p < 0,05$ (Intervalo de Confiança > 95%).

Para análise da força de associação, aplicou-se o Coeficiente de Contingência²³ para variáveis que apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos.

3. Resultados

No período compreendido entre julho de 2020 e janeiro de 2021, foram atendidos 58 pacientes com dor ciática, sendo que destes, 49 pacientes apresentavam quadro clínico agudo (com início há menos de 3 meses) e eram elegíveis para o estudo, o que corresponde a cerca de 1,4% do total de atendimentos ortopédicos realizados por este serviço neste período, sendo 20 (40,8%) do sexo masculino e 29 (59,2%) do sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 44,0 anos, com desvio padrão de 16,1 anos.

O IMC (índice de massa corporal) médio foi de 28,1, com desvio padrão de 5,30. Quando estratificado por sexo, em pacientes do sexo masculino a média foi de 26,8, com DP de 4,8 e, em pacientes do sexo feminino, a média encontrada foi de 28,9, com DP de 5,5, não havendo diferença estatisticamente significativa entre ambos ($p=0,11$). Em relação aos hábitos, 11 (22,4%) dos pacientes referiam uso regular de tabaco e 37 (75,5%) participantes informaram que não realizavam atividades físicas habituais (em frequência mínima de 3 vezes por semana).

A respeito da situação profissional, 41 pacientes (83,7%) eram considerados empregados (com emprego formal registrado em carteira de trabalho), 4 (8,2%) pacientes desempregados (trabalho informal ou em busca de emprego) e 4 (8,2%) pacientes já eram aposentados. As variáveis sócio-demográficas estão resumidas na *Tabela 1*.

O exame físico identificou presença de déficit motor (considerando a escala global de força proposta pela *Medical Research Council*^{18,24}) em 9 pacientes (18,4%),

principalmente da raiz de L5 (66,6% dos indivíduos). A presença de déficit de sensibilidade foi constatada em 19 (38,8%) participantes.

No que diz respeito a avaliação da função pela escala de Oswestry, verificou-se valor médio de 48,2 pontos, com DP de 17,2 (*Gráfico 1*). De acordo com o gênero, o valor médio em indivíduos do sexo masculino foi de 49,4, com DP de 15,6 e de 47,5 entre pacientes do sexo feminino, com DP de 18,5, não apresentando diferença estatística ($p=0,2$) entre ambos.

A intensidade da dor no atendimento inicial foi avaliada através do VAS, sendo que o valor médio encontrado para dor lombar foi de 6,6, com DP de 2,8 e para dor irradiada foi de 6,7, com DP de 2,2. Os dados obtidos através da avaliação clínica estão sumarizados na *Tabela 2*.

Ainda, foi avaliada a relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas com a severidade da disfunção. Assim, dentre as características sócio-demográficas, observou-se diferença estatisticamente relevante apenas a respeito da atividade profissional ($p=0,047$), com maior prevalência de indivíduos inativos dentre os considerados com incapacidade funcional.

Já em relação às variáveis clínicas, foi observada diferença estatisticamente relevante entre os grupo na prevalência de déficit motor ($p=0,01$) e na intensidade dos sintomas algícos irradiados aos membros inferiores avaliada pelo VAS ($p=0,02$).

Através do Coeficiente de Contigência demonstrou-se associação moderada entre atividade profissional ($R=0,3$), intensidade da dor irradiada ($R=0,32$) e presença de déficit motor ($R=0,34$) com incapacidade funcional.

4. Discussão

A dor lombar aguda, quando irradiada para os membros inferiores, sendo denominada dor radicular e/ou radiculopatia, é uma das principais causas de disfunção na população entre 20-60 anos²⁵, o que provoca enormes impactos econômicos diretos e indiretos, estimado em cerca de 100 bilhões de dólares por ano nos EUA²⁶.

Não há relatos na literatura de estudos que buscaram avaliar as características clínicas e demográficas dos pacientes com dor radicular de início recente na população brasileira. Um estudo conduzido por Gotfryd et.al²⁷, realizou uma avaliação epidemiológica em pacientes brasileiros com lombalgia aguda. Nosso estudo difere deste por uma série de fatores. Inicialmente, apesar de ambos envolverem a mesma amostra populacional em relação a nacionalidade, com patologias na coluna lombar de início agudo (menor que 3 meses), eles diferem tanto nas características socioeconômicas da amostra quanto à patologia avaliada, já que nosso estudo avaliou indivíduos com quadro clínico compatível com radiculopatia aguda, enquanto o publicado anteriormente enfatizou participantes com dor predominantemente axial.

Nesta amostra, a ampla maioria (75,5%) dos pacientes apresentava IMC acima do normal ($>24,9$), sendo o valor médio na amostra de $28,1 \pm 5,3$, com 24,5% dos indivíduos apresentando $IMC \geq 30$, caracterizado, assim, como obesos. Em uma meta-análise que incluiu 26 estudos, publicada em 2013, Shiri. et al³⁰ identificou correlação

estatisticamente significativa entre o sobrepeso/obesidade e a incidência de dor ciática, o que pode justificar os valores obtidos neste grupo de pacientes.

Em outra meta-análise publicada pelo mesmo autor³¹, em 2015, com cerca de 28 artigos, foi identificado o tabagismo ativo como fator de risco moderado (OR=1,64) para o desenvolvimento de dor radicular aguda. Em nossa amostra, estimou-se uma prevalência de 22,4% de pacientes fumantes ativos. Considerando que, na população brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional em Saúde^{28,29}, cerca de 12,8% dos indivíduos declaram-se usuários de derivados do tabaco, nota-se prevalência consideravelmente maior em nossa mostra, ainda que, não se verificou diferença relevante entre a proporção de fumantes nos grupos, de acordo com a incapacidade funcional apresentada.

O valor médio obtido com a aplicação do score de Oswestry ($48,2 \pm 17,2$) é substancialmente maior que o encontrado na maioria das séries semelhantes disponíveis na literatura³²⁻³⁶ que, apesar de avaliar desfechos distintos, envolveram amostras de pacientes com quadro clínico semelhante ao nosso. Meyer et.al³², em um artigo cujo desfecho buscava comparar os resultados da cirurgia endoscópica em relação a microdissectomia para hérnia de disco lombar, obteve, em uma amostra de 47 participantes, um valor médio de $29,0 \pm 8,8$, enquanto que em outra série, cujo desfecho era a eficácia do bloqueio anestésico transforaminal no tratamento da dor radicular aguda³³, com uma amostra de 61 participantes, o valor médio foi de $40,85 \pm 5,36$. É importante ressaltar, entretanto, que ambos estudos envolviam pacientes cujos sintomas persistiam mesmo após tratamento conservador. Quando consideradas populações de

outras nacionalidades, os valores médios descritos também são menores, variando desde $30 \pm 13,2$, em pesquisa conduzida por Iversen et.al³⁴, até 42,4 (variando de 14 a 80) em artigo publicado por Kennedy et.al³⁵. Ainda, Konstatinou et.al³⁶ buscando comparar o impacto disfuncional provocado pela dor radicular aguda em relação a dor lombar isolada, verificou que a lombalgia associada a irradiação para membros inferiores é potencialmente mais incapacitante. Nessa série, os autores demonstraram um valor médio basal do ODI, para pacientes com dor ciática, de cerca de 49,1, assemelhando-se à nossa pesquisa.

Uma das possíveis causas associada a este maior índice de disfunção no atendimento inicial pode ser atribuída ao contexto social vigente no período de realização desta pesquisa. O recrutamento destes pacientes foi realizada durante a pandemia de COVID-19³⁷, cujo primeiro caso, no Brasil, foi documentado no fim de fevereiro e se estende até a data de publicação deste estudo. Na ausência de um tratamento eficaz em retardar ou evitar a disseminação do *Sars-CoV-2*, as principais estratégias de saúde residiam na utilização de máscaras e no distanciamento social. Além disso, houveram diversas recomendações, por parte das autoridades públicas, para que a população evitasse procurar atendimento hospitalar salvo em casos de maior gravidade³⁸.

Dessa forma, é provável que a maior parte dos indivíduos que apresentavam um quadro mais brando evitaram atendimento médico hospitalar. Assim, é possível que tenha ocorrido uma “seleção indireta” de pacientes, de forma que apenas aqueles com dor e disfunção mais severas foram os que buscaram avaliação em um hospital de maior

complexidade, que também é referência regional no tratamento de COVID-19, elevando o valor basal médio do índice de disfunção avaliada pelo ODI.

Buscando identificar variáveis relacionadas a severidade da disfunção no atendimento inicial, verificou-se maior prevalência de indivíduos profissionalmente inativos no grupo com incapacidade funcional. Uma das possíveis explicações está relacionada às compensações e benefícios trabalhistas. Atlas et al.³⁹, em estudo publicado em 2000, demonstrou que o grupo de pacientes que estavam recebendo algum tipo de compensação trabalhista apresentavam maior disfunção ao atendimento inicial em relação aos que estavam profissionalmente ativos. O mesmo pesquisador, utilizando dados obtidos pelo Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT)⁴⁰ verificou, ainda, que pacientes que estavam recebendo auxílios trabalhistas apresentavam piores desfechos ao tratamento, o que ressalta a importância da identificação de possíveis ganhos secundários na avaliação clínica destes pacientes.

Além disso, podemos atribuir esta diferença também à deterioração da saúde mental, como ansiedade, medo e depressão, associadas às inatividade profissional. A relação entre a percepção da dor ciática aguda, tanto em intensidade e disfunção, com a saúde mental é bem estabelecida, assim como o prognóstico e a evolução do quadro clínico⁴¹.

A presença de déficit motor significativo (menor ou igual a 3 pela *MRC scale*) também apresentou prevalência distinta entre os grupos, estando associada, quando presente, à maior impacto funcional. Esses achados divergem de uma série de casos descrita por Falavigna et.al⁴². Os autores, neste trabalho que buscava avaliar os impactos do déficit motor nos resultados pós operatórios, identificaram pequena

diferença na média do índice entre os grupos, que era estatisticamente relevante, mas que não atingia valores mínimos considerados clinicamente relevantes para esse parâmetro (10 pontos).

A amostra deste estudo apresenta características diferentes àquela, já que o artigo publicado em 2014 incluía apenas indivíduos cujo tratamento conservador falhou e havia indicação cirúrgica. Assim, é possível que o paciente, com déficit há maior tempo, já adaptou a rotina habitual e profissional à limitação na força motora e, assim, os impactos em relação a função tenham diminuído. Essa opinião é semelhante ao de Stienen et.al⁴³, em 2020, que demonstra que os formulários de qualidade de vida, como o ODI, tendem a subestimar os impactos do déficit motor na função de pacientes com patologias na coluna vertebral.

Este estudo apresenta algumas limitações. A principal delas se deve ao contexto social excepcional provocado pela pandemia de COVID-19, que, associada às recomendações de isolamento social preconizadas pelas autoridades sanitárias, impactaram no atendimento de patologias diversas pelos serviços de saúde, além da amostra ser limitada.

Ainda, por se tratar um estudo observacional transversal, com uma amostra restrita a um único centro, há limitação nas análises possíveis em relação de fatores causais associados a disfunção nesse grupo de pacientes. Estudos longitudinais são necessários para avaliarem se de fato, as variáveis que apresentaram relevância estatística, tem relação de causalidade com a severidade mensurada pelo ODI.

5. Conclusões

O presente estudo evidenciou que a dor ciática de início agudo acomete principalmente indivíduos na quarta década de vida, com discreta prevalência do sexo feminino e sobrepeso. A inatividade profissional, presença de déficit motor e a intensidade da dor irradiada estão relacionadas a maior severidade funcional pelo quadro clínico.

6. Conflitos de Interesses

Os autores declaram inexistência de conflitos de interesses na realização deste trabalho.

8. Referências

1. Scheer SJ, Radack KL, O'Brien DR Jr. Randomized controlled trials in industrial low back pain relating to return to work. Part 2. Discogenic low back pain. *Arch Phys Med Rehab* 1996;77:1189-97
2. Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* 2007;334:1313-7
3. Borenstein DG, Wiesel SW, Boden SD. Low back and neck pain, comprehensive diagnosis and management. New York: Saunders Publishers; 1995
4. Manek NJ, MacGregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Curr Opin Rheumatol*. 2005;17:134-40.
5. Stafford MA, Peng P, Hill DA. Sciatica: a review of history, epidemiology, pathogenesis, and the role of epidural steroid injection in management. *Br J Anaesth*. 2007;99:461-73.
6. Tubach F, Beaute J, Leclerc A. Natural history and prognostic indicators of sciatica. *J Clin Epidemiol* 2004;57:174-9.
7. Deyo RA, Tsui-Wu YJ. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1987 Apr;12(3):264-8.
8. Konstantinou K, Dunn KM. Sciatica: review of epidemiological studies and prevalence estimates. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 Oct 15;33(22):2464-72.
9. Younes M, Béjia I, Aguir Z, Letaief M, Hassen-Zrour S, Touzi M, et al. Prevalence and risk factors of disk-related sciatica in an urban population in Tunisia. *Joint Bone Spine*. 2006 Oct;73(5):538-42.

10. Riihimäki H, Tola S, Videman T, Hänninen K. Low-back pain and occupation. A cross-sectional questionnaire study of men in machine operating, dynamic physical work, and sedentary work. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1989 Feb;14(2):204-9.
11. Frymoyer J. Lumbar disc disease: epidemiology. *Instr Course Lect* 1992;41: 217–23
12. Chiodo A, Haig AJ. Lumbosacral radiculopathies: conservative approaches to management. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2002;13:609–21
13. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, et al. Characteristics of patients with acute low back pain presenting to primary care in Australia. *Clin J Pain* 2009;25:5–11
14. Weber H. The natural history of disc herniation and the influence of intervention. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1994 Oct 1;19(19):2234-8;
15. Bush K, Cowan N, Katz DE, Gishen P. The natural history of sciatica associated with disc pathology. A prospective study with clinical and independent radiologic follow-up. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1992 Oct;17(10):1205-12
16. Tawa N, Rhoda A, Diener I. Accuracy of clinical neurological examination in diagnosing lumbo-sacral radiculopathy: a systematic literature review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 Feb 23;18(1):93
17. Vigatto R, Alexandre NM, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007;32(4):481-6
18. Carvalho DS, Kowacs PA. Avaliação da intensidade da dor. *Migrâneas Cefaléias*. 2006;9(4):164-8
19. IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp
20. McHugh ML. The chi-square test of independence. *Biochem Med (Zagreb)*. 2013;23(2):143-9.
21. Mehta CR, Patel NR. A network algorithm for performing Fisher's exact test in rcontingency tables. *JAmStatAssoc*. 1983;78:427-434
22. Vianin M. Psychometric properties and clinical usefulness of the Oswestry Disability Index. *J Chiropr Med*. 2008 Dec;7(4):161-3
23. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg*. 2018 May;126(5):1763-1768.
24. John J. Grading of muscle power: comparison of MRC and analogue scales by physiotherapists. Medical Research Council. *Int J Rehabil Res*. 1984;7(2):173-81.
25. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2197-223.

26. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J.* 2008 Jan-Feb;8(1):8-20. doi: 10.1016/j.spinee.2007.10.005
27. Gotfryd AO, Valesin Filho ES, Viola DC, Lenza M, Silva JA, et al. Analysis of epidemiology, lifestyle, and psychosocial factors in patients with back pain admitted to an orthopedic emergency unit. *Einstein (Sao Paulo).* 2015 Apr-Jun;13(2):243-8.
28. Spijker-Huiges A, Groenhof F, Winters JC, van Wijhe M, Groenier KH, van der Meer K. Radiating low back pain in general practice: incidence, prevalence, diagnosis, and long-term clinical course of illness. *Scand J Prim Health Care.* 2015 Mar;33(1):27-32.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2020). Pesquisa Nacional de Saúde. Retrieved from <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>
30. Shiri R, Lallukka T, Karppinen J, Viikari-Juntura E. Obesity as a risk factor for sciatica: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2014 Apr 15;179(8):929-37
31. Shiri R, Falah-Hassani K. The Effect of Smoking on the Risk of Sciatica: A Meta-analysis. *Am J Med.* 2016 Jan;129(1):64-73.e20.
32. Meyer G, DA Rocha ID, Cristante AF, Marcon RM, Coutinho TP, Torelli AG, et al. Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy Versus Microdiscectomy for the Treatment of Lumbar Disc Herniation: Pain, Disability, and Complication Rate-A Randomized Clinical Trial. *Int J Spine Surg.* 2020 Feb 29;14(1):72-78.
33. Souza Fabiano Fonseca Rodrigues de, Nicolau Rodrigo Junqueira, Longo Daiane Magioni, Rodrigues Luciano Miller Reis. Estudo clínico da eficácia do bloqueio anestésico radicular transforaminal no tratamento da radiculopatia lombar. *Coluna/Columna* [Internet]. 2011;10(3): 234-238
34. Iversen T, Solberg TK, Wilsgaard T, Waterloo K, Brox JI, Ingebrigtsen T. Outcome prediction in chronic unilateral lumbar radiculopathy: prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2015 Feb 7;16(1):17
35. Kennedy DJ, Plastaras C, Casey E, Visco CJ, Rittenberg JD, Conrad B, Sigler J, et al. Comparative effectiveness of lumbar transforaminal epidural steroid injections with particulate versus nonparticulate corticosteroids for lumbar radicular pain due to intervertebral disc herniation: a prospective, randomized, double-blind trial. *Pain Med.* 2014 Apr;15(4):548-55.
36. Konstantinou K, Hider SL, Jordan JL, Lewis M, Dunn KM, Hay EM. The impact of low back-related leg pain on outcomes as compared with low back pain alone: a systematic review of the literature. *Clin J Pain.* 2013 Jul;29(7):644-54.
37. Organization WH. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report–51. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020
38. Nussbaumer Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID 19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020

39. Atlas SJ, Chang Y, Kammann E, Keller RB, Deyo RA, Singer DE. Long-term disability and return to work among patients who have a herniated lumbar disc: the effect of disability compensation. *J Bone Joint Surg Am*. 2000 Jan;82(1):4-15.
40. Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, Deyo RA, Singer DE. Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: 10 year results from the maine lumbar spine study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005 Apr 15;30(8):927-35.
41. Konstantinou K, Dunn KM, Ogollah R, Lewis M, van der Windt D, Hay EM; ATLAS Study Team. Prognosis of sciatica and back-related leg pain in primary care: the ATLAS cohort. *Spine J*. 2018 Jun;18(6):1030-1040
42. Falavigna Asdrubal, Righesso Orlando, Teles Alisson Roberto, Bossardi Julia Bertholdo, Silva Pedro Guarise da. Preoperative motor deficit in lumbar disc herniation and its influence on quality of life. *Coluna/Columna [Internet]*. 2014 Dec;13(4):282-286.
43. Stienen MN, Maldaner N, Sosnova M, Joswig H, Corniola MV, Regli L, Hildebrandt G, Schaller K, Gautschi OP. Lower Extremity Motor Deficits Are Underappreciated in Patient-Reported Outcome Measures: Added Value of Objective Outcome Measures. *Neurospine*. 2020 Mar;17(1):270-280.

Tabela 1. Resumo dos dados sócio-demográficos obtidos na entrevista

		N	% de N	Média	Desvio padrão
Sexo	Masculino	20	40,8%		
	Feminino	29	59,2%		
Idade	18-20	2	4,1%	44,0	16,1
	21-40	19	38,8%		
	41-60	22	44,9%		
	> 60	6	12,2%		
Índice de Massa Corporal	Baixo Peso	0	0,0%	28,1	5,3
	Normal	9	24,5%		
	Sobrepeso	21	51,0%		
	Obesidade Grau I	7	14,3%		
	Obesidade Grau II	3	6,1%		
	Obesidade Grau III	2	4,1%		
Situação Profissional	Ativo	41	83,7%		
	Desempregado	4	8,2%		
	Afastado com auxílio	0	0,0%		
	Aposentado	4	8,2%		
Tabagismo ativo?	Sim	11	22,4%		
	Não	38	77,6%		
Atividade física regular?	Não	37	75,5%		
	Sim	12	24,5%		
Total		49	100%		

Tabela 2. Resumo dos dados obtidos através do exame físico e aplicação dos formulários de Oswestry e VAS

		N	% da amostra
Tempo de Início dos Sintomas	0 a 7 dias	12	24,5%
	7 dias a 1 mês	25	51,0%
	Entre 1 e 3 meses	12	24,5%
Episódios prévios semelhantes	Sim	23	53,1%
	Não	19	46,9%
Déficit Motor	Sim	9	18,4%
	Não	40	81,6%
Déficit Sensitivo	Sim	19	38,8%
	Não	30	61,2%
Valor ODI (em categorias)	Leve/Moderada	17	34,7%
	Grave	15	30,6%
	Incapacitante	17	34,7%
VAS para dor irradiada aos membros inferiores	Leve/Moderada	8	16,3%
	Severa	21	42,9%
	Muito severa	20	40,8%
VAS para dor axial lombar	Leve/Moderada	12	24,5%
	Severa	14	28,6%
	Muito Severa	23	46,9%
Total		49	100%

Tabela 3. Tabela de contingência para comparação das variáveis socio-demográficas de acordo com a severidade da disfunção

		Não incapacitante (<60) 34 (69,4%)	Incapacitante (≥ 60) 15 (30,6%)	Total - 49 (100,0%)	Significância (p-valor)
Sexo do Paciente	Masculino	15 (30,6%)	5 (10,2%)	20 (40,8%)	0,542
	Feminino	19 (38,8%)	10 (20,4%)	29 (59,2%)	
Idade do Paciente (Categorizado)	≤ 40 anos	17 (34,7%)	4 (8,2%)	21 (42,9%)	0,210
	> 40 anos	17 (34,7%)	11 (22,4%)	28 (57,1%)	
Índice de Massa Corporal (Categorias)	Normal	10 (20,4%)	2 (4,1%)	12 (24,5%)	0,298
	Sobrepeso/Obesidade	24 (49,0%)	13 (26,5%)	37 (75,5%)	
Tabagismo ativo?	Sim	7 (14,3%)	4 (8,2%)	11 (22,4%)	0,716
	Não	27 (55,1%)	11 (22,4%)	38 (77,6%)	
Atividade física regular (pelo menos 3x/semana)	Não	26 (53,1%)	11 (22,4%)	37 (75,5%)	0,540
	Sim	8 (16,3%)	4 (8,2%)	12 (24,5%)	
Atividade Profissional	Emprego formal	31 (63,3%)	10 (20,4%)	41 (83,7%)	0,047
	Inativo (desemprego, aposentadoria)	3 (6,1%)	5 (10,2%)	8 (16,3%)	

Tabela 4. Tabela de contingência para comparação das variáveis clínicas de acordo com a severidade da disfunção

		Não incapacitante (<60) 34 (69,4%)	Incapacitante (≥ 60) 15 (30,6%)	Total - 49 (100,0%)	Significância (p-valor)
Episódios prévios semelhantes - N (%)	Sim	19 (38,8%)	7 (14,3%)	26 (53,1%)	0,757
	Não	15 (30,6%)	8 (16,3%)	23 (36,9%)	
Tempo de Início dos Sintomas - N(%)	0 a 7 dias	9 (18,4%)	3 (6,1%)	12 (24,5%)	0,314
	7 dias a 1 mês	15 (30,6%)	10 (20,4%)	25 (51,0%)	
	Entre 1 e 3 meses	10 (20,4%)	2 (4,1%)	12 (24,5%)	
Déficit Motor - N (%)	Sim	3 (6,1%)	6 (12,2%)	9 (18,4%)	0,016
	Não	31 (63,3%)	9 (18,4%)	40 (81,6%)	
Déficit Sensitivo - (N%)	Sim	12 (24,5%)	7 (14,3%)	19 (38,8%)	0,532
	Não	22 (44,9%)	8 (16,3%)	30 (61,2%)	
VAS para dor axial lombar - (N%)	Leve/Moderada (0 a 4)	9 (18,4%)	3 (6,1%)	12 (24,5%)	0,155
	Severa (5 a 7)	12 (24,5%)	2 (4,1%)	14 (28,6%)	
	Muito Severa (8 a 10)	13 (26,5%)	10 (20,4%)	23 (46,9%)	
VAS para dor irradiada aos membros inferiores - N (%)	Leve/Moderada (0 a 4)	8 (16,3%)	0 (0,0%)	8 (16,3%)	0,021
	Severa (5 a 7)	15 (30,6%)	6 (12,2%)	21 (42,9%)	
	Muito Severa (8 a 10)	11 (22,4%)	9 (18,4%)	20 (40,8%)	