



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

A INCAPACIDADE CAUSADA PELA LOMBALGIA EM JOVENS E ADULTOS
ATIVOS: ESTUDO DA SUA RELAÇÃO COM O DESEMPENHO COGNITIVO, A
PERSONALIDADE E A SATISFAÇÃO COM A VIDA

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Ana Margarida Carimbo Ruivo

Orientador: Professor Doutor Pedro Armelim Baptista de Almiro e Albuquerque

Número da candidata: 20160343

Outubro de 2023

Lisboa

*“(...) quando olhares para o céu à noite,
eu estarei a habitar uma delas, e de lá estarei a rir;
então será, para ti, como se todas as estrelas rissem!
Dessa forma, tu, e somente tu, terás estrelas que sabem rir!”*
- Antoine de Saint-Exupéry, “O Príncipezinho”

Dedico esta grande vitória às estrelas com o sorriso mais lindo do universo:
Avôzinho (*Faustino Ruivo*) e Paizão (*Nuno Batista*).
(*in memoriam*)

Agradecimentos

A UAL - Universidade Autónoma de Lisboa acolheu-me numa altura da minha vida em que eu sabia bem o que queria, só não sabia o que mais fazer para seguir o meu sonho. Sou muito grata à UAL, ao segurança/porteiro que me recebeu no primeiro dia e nunca mais se esqueceu de mim, em suma, a todo o pessoal não docente da UAL, que fazem muita diferença no dia-a-dia do aluno.

Sou muito grata aos meus colegas de turma, assim como a todos os docentes com quem tive a oportunidade de aprender, mas não posso deixar de agradecer em especial à Prof. Doutora Rute Brites, ao Prof. Doutor Tito Laneiro, ao Prof. Doutor Carlos Calado, à Prof. Doutora Fernanda Lencastre e ao Prof. Doutor Pedro Almiro, todos, em algum momento fizeram a diferença, ser-vos-ei sempre grata.

Quanto ao Prof. Doutor Pedro Almiro, o meu orientador da dissertação de mestrado, sou-lhe muito grata por toda a paciência que teve para comigo, por toda a ajuda, por todos os conselhos, pela sua empatia, por me fazer acreditar que conseguia. Nunca serão suficientes as palavras para lhe expressar o quão grata lhe sou, e serei, sempre.

Nada disto seria possível sem a minha Mãe e o meu Pai. A eles devo tudo, incentivaram-me a estudar, a seguir o meu coração, e concederam-me todas as condições para que isso fosse possível. São os melhores pais do mundo. Ao menino dos meus olhos, o meu irmão, Simão Batista, por toda a paciência que teve comigo. Aos meus avós maternos, à minha avó paterna e à minha bisavó materna, por tudo o que fizeram por mim, um enorme obrigada.

Sou muito grata, também, ao meu namorado, à Sara, ao Hugo, à Bronze, à Cláudia, ao Bruno, à Bibiana, ao Ricardo, à Maria e à Carina, e por toda a ajuda que me deram sempre que precisei. Quero agradecer também aos meus amigos de quatro patas pela grande companhia que me fizeram ao longo de toda esta jornada. Não posso deixar de agradecer à Dr.^a Sofia, ao Gonçalo, à Mónica, à minha tia Georgete e à minha prima Matilde. Sou muito grata a todos (família, amigos e amigos de amigos) os que dispensaram um bocadinho do seu tempo sempre que precisei de alguma ajuda.

Um agradecimento especial ao Eng. Arnaldo e a todos os que com ele trabalham, ao Dr. João Mourato, ao Dr. Cristóvão, ao Dr. Nuno e à Dr.^a Eliana.

No final do ensino secundário alguém me disse que não era o final de nada, mas sim o início da viagem. Terminar a licenciatura foi um itinerário, o término do mestrado foi outro. E assim vou continuar nesta viagem tão linda que é a vida e a busca pelos nossos sonhos. Que venham mais destinos maravilhosos.

Resumo

A dor e a incapacidade são as características mais acentuadas da lombalgia. Contudo, poucos são os estudos que relacionem a incapacidade causada pela lombalgia (ICL) com as dimensões de personalidade desenvolvidos por Eysenck, com o desempenho cognitivo e com a satisfação com a vida, em jovens e adultos ativos, sendo este o objetivo principal deste estudo. Este estudo, que é do tipo quantitativo, transversal, correlacional e exploratório, contou com uma amostra de 89 participantes, divididos em dois grupos: grupo clínico, que complementa os participantes com diagnóstico de lombalgia, e grupo da comunidade, que complementa os participantes saudáveis. Foram-lhes aplicados diversos instrumentos de avaliação, designadamente: o Questionário de Incapacidade de Roland Morris (RMDQ) para medir a ICL, o Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R) para avaliar a personalidade, o *Trail Making Test A & B* (TMT A e B) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) para avaliar o desempenho cognitivo, e a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) como forma de medir a satisfação com a vida.

Aquando dos resultados, podemos observar correlações estatísticas significativas entre os totais do RMDQ e a escala de N ($p < .01$) e o domínio da Abstração ($p < .05$) do MoCA. Relativamente às comparações, foram observadas diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias no total do RMDQ ($p < .01$), na escala do Neuroticismo do EPQ-R ($p < .01$) e na escala do Psicoticismo do EPQ-R ($p < .05$) relativamente ao grupo clínico, e no total da SWLS ($p < .01$) relativamente ao grupo da comunidade. Foi observado também que os participantes do grupo clínico demoraram mais tempo a completar o TMT A & B, comparativamente aos participantes do grupo saudável. Não foram encontradas correlações significativas nas restantes variáveis.

Com base nestes dados, foi possível concluir que a ICL se encontra relacionada com as dimensões da personalidade, nomeadamente o Neuroticismo. É possível concluir também que a satisfação com a vida é inferior nos indivíduos com diagnóstico de lombalgia.

Palavras-Chave: Incapacidade causada pela lombalgia; Personalidade; Neuroticismo; Desempenho Cognitivo; Satisfação com a Vida.

Abstract

Pain and disability are the most pronounced characteristics of low back pain. However, there have been few studies relating the disability caused by low back pain (DLBP) to the personality dimensions developed by Eysenck, cognitive performance and life satisfaction in young and active adults, which is the main aim of this study. This study This quantitative, cross-sectional, correlational and exploratory study had a sample of 89 participants, divided into two groups: a clinical group, which included participants diagnosed with low back pain, and a community group, which included healthy participants. They were given various assessment instruments, namely: the *Roland Morris Disability Questionnaire* (RMDQ) to measure the disability caused by low back pain, the *Eysenck Personality Questionnaire - Revised Form* (EPQ-R) to assess personality, the *Trail Making Test A & B* (TMT A & B) and the *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) to assess cognitive performance, and the *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) to measure satisfaction with life.

The results showed statistically significant correlations between the RMDQ totals and the N scale ($p < .01$) and the Abstraction domain ($p < .05$) of the MoCA. Regarding comparisons, statistically significant differences were observed between the mean scores on the RMDQ total ($p < .01$), the EPQ-R Neuroticism scale ($p < .01$) and the EPQ-R Psychoticism scale ($p < .05$) for the clinical group, and on the SWLS total ($p < .01$) for the community group. It was also observed that participants in the clinical group took longer to complete the TMT A & B compared to participants in the healthy group. No significant correlations were found in the remaining variables.

Based on these data, it was possible to conclude that disability caused by low back pain is related to personality dimensions, namely Neuroticism. It is also possible to conclude that life satisfaction is lower in individuals diagnosed with low back pain.

Keywords: Disability caused by low back pain; Personality; Neuroticism; Cognitive performance; Satisfaction with life.

Índice

Introdução.....	10
I – Fundamentação Teórica	12
1.1- A incapacidade causada pela lombalgia	13
1.1.1- A Dor	13
1.1.2- A Lombalgia	14
1.2- Desempenho cognitivo.....	22
1.3- Personalidade	27
1.4- Satisfação com a vida.....	30
II – Metodologia.....	32
2.1- Delineamento, objetivos e hipóteses	33
2.2- Participantes	34
2.3- Instrumentos.....	35
2.3.1- Questionário de Incapacidade de Roland Morris (RMDQ)	35
2.3.2- Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R).....	36
2.3.3- Trail Making Test A & B (TMT A e B)	37
2.3.4- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	38
2.3.5- Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	39
2.4- Procedimentos.....	39
III – Resultados	41
3.1- Caracterização sociodemográfica da amostra	42
3.2- Correlações entre os instrumentos e as variáveis sociodemográficas.....	49
3.3- Correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos.....	53
3.4- Comparações das médias considerando os dados sociodemográficos.....	57
3.5- Comparações das médias entre os grupos considerando os resultados nos instrumentos	67
IV – Discussão e Conclusão.....	70
4.1- Discussão	71
4.2- Conclusão.....	78
Referências Bibliográficas	80
Anexos.....	91

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos da amostra.	42
Tabela 2. Características físicas da amostra.	43
Tabela 3. Avaliação do esforço físico reportado pelos participantes.	44
Tabela 4. Dados sociodemográficos do Grupo Clínico.	45
Tabela 5. Dados sociodemográficos do Grupo Clínico (continuação).	46
Tabela 6. Dados sociodemográficos do Grupo Clínico (continuação).	47
Tabela 7. Correlações entre o Questionário de Incapacidade de Roland Morris e as características sociodemográficas da amostra.	49
Tabela 8. Correlações entre o Neuroticismo e as características sociodemográficas da amostra.	50
Tabela 9. Correlações entre a Desejabilidade Social / Mentira e a idade.	51
Tabela 10. Correlações entre a Escala de Satisfação com a Vida e as características sociodemográficas da amostra.	51
Tabela 11. Correlações entre o total dos instrumentos que medem o desempenho cognitivo e a idade.	52
Tabela 12. Correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos para a Amostra Total.	55
Tabela 13. Correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos para o Grupo Clínico e para o Grupo da Comunidade.	56
Tabela 14. Comparação das médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente à Incapacidade Causada pela Lombalgia.	57
Tabela 15. Comparação das médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilitações Literárias, relativamente à Incapacidade Causada pela Lombalgia.	58
Tabela 16. Comparação das médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente à Personalidade.	59
Tabela 17. Comparação das médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilitações Literárias, relativamente à Personalidade.	60
Tabela 18. Comparação das médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente ao Desempenho Cognitivo (Totais do TMT e MoCA).	61
Tabela 19. Comparação das médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente ao Desempenho Cognitivo (domínios do MoCA).	62

Tabela 20. Comparação das médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilitações Literárias, relativamente ao Desempenho Cognitivo (Totais do TMT e MoCA).	63
Tabela 21. Comparação das médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilitações Literárias, relativamente ao desempenho cognitivo (domínios do MoCA). ...	65
Tabela 22. Comparação de médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente à Satisfação com a Vida.	66
Tabela 23. Comparação de médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilitações Literárias, relativamente à Satisfação com a Vida.	67
Tabela 24. Comparação das pontuações médias obtidas nos instrumentos entre o Grupo Clínico e o Grupo da Comunidade.	68

Lista de Siglas e Abreviaturas

MCP – Memória a curto prazo

MLP – Memória a longo prazo

MT – Memória de trabalho

FE – Funções executivas

RMDQ – Questionário de Incapacidade de Roland Morris

EPQ-R – Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista

N – Neuroticismo

E – Extroversão

P – Psicoticismo

L – Desejabilidade Social/Mentira

TMT A & B – Trail Making Test A & B

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

SWLS – Escala de Satisfação com a Vida

GC – Grupo Clínico

GCo – Grupo Comunitário

IMC – Índice de Massa Corporal

QSD – Questionário Sociodemográfico

ICL – Incapacidade causada pela lombalgia

Introdução

A incapacidade causada pela lombalgia (ICL) é um problema crónico que afeta cerca de 11% a 12% da população mundial, sendo que a prevalência da dor lombar nos Estados Unidos da América e na Europa é de 60% a 70% e situa-se entre os 35 e os 55 anos, levando a uma baixa qualidade de vida, problemas socioeconómicos, incapacidade laboral e dificuldade na realização das atividades do dia-a-dia (Balagué et al., 2012; Hooshmand et al., 2022; Manfrè & Goethem, 2020).

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2020), em 2019, a dor lombar e/ou outros problemas crónicos nas costas têm vindo a aumentar, com uma predominância no sexo feminino (43%).

A lombalgia caracteriza-se como uma dor localizada acima das pregas glúteas inferiores, que pode, ou não, evidenciar dor nos membros inferiores. Pode ser classificada com base na duração da dor, ou seja, aguda, subaguda ou crónica, e pode também ser classificada de acordo com o seu mecanismo etiopatogénico, ou seja, mecânica ou não mecânica (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004; Gomes, 2006; Lopes, 2021).

Relativamente à avaliação do doente com lombalgia, esta deve incidir numa abordagem biopsicossocial, pluridisciplinar e abrangente, e deve contemplar um despiste para os sinais e sintomas que justifiquem uma intervenção urgente ou para a existência de doenças sistémicas (Martins, 2006).

A lombalgia inespecífica é a mais comum, podendo afetar todos os indivíduos uma vez na vida, por se tratar de uma lombalgia sem uma origem específica da dor (Ambrosio et al., 2023; Maher et al., 2017).

Contudo, todos os indivíduos, desde a juventude, devem considerar certas alterações no seu estilo de vida de forma a prevenir a lombalgia, como realizar uma boa alimentação e praticar exercício físico de forma consciente para evitar hábitos sedentários e a obesidade, evitar o excesso de carga, entre outros. Existem fatores de risco no prognóstico da lombalgia, como o tabagismo, a depressão, o stress, a regulação emocional, a atitude perante a dor, a insatisfação laboral, carregar pesos de forma indevida, entre outros fatores (Ambrosio et al., 2023; Martins, 2006).

A dor crónica é uma dor contínua ou intermitente durante 3 meses ou mais. A lombalgia é uma das causas mais comuns de dor crónica, sendo que a dor crónica (nomeadamente causada pela lombalgia) pode afetar significativamente o desempenho cognitivo dos indivíduos, segundo alguns estudos (e.g., Baker et al., 2017; Schiltenwolf et al., 2017; Treede et al., 2019).

Também existem estudos que evidenciaram a relação entre a dor causada pela lombalgia e o funcionamento emocional. Designadamente, o sofrimento psicológico está associado aos aspetos da personalidade relacionados com a lombalgia, ou seja, os indivíduos com maior Neuroticismo apresentam um sofrimento psicológico mais intenso, dores físicas mais intensas e maior incapacidade funcional (BenDebba et al., 1997). A lombalgia crónica pode também afetar a tomada de decisão emocional e causar mal-estar no trabalho e no ambiente familiar (Tamburin et al., 2014).

Esta dissertação pretende analisar as associações entre a ICL, medida pelo Questionário de Incapacidade de Roland Morris (RMDQ), com as dimensões da personalidade, principalmente o Neuroticismo, avaliadas pelo Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R), o desempenho cognitivo, examinado pelo *Trail Making Test A & B* (TMT A e B) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), e a satisfação com a vida, medida pela Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), e a incapacidade causada por este problema de saúde em jovens e adultos ativos.

Primeiramente, no Enquadramento será realizada uma revisão da literatura científica sobre a ICL e a sua relação com o desempenho cognitivo, com a personalidade e com a satisfação com a vida. Depois, segue-se a Metodologia, onde será descrito o delineamento desta dissertação, os objetivos e as hipóteses, a caracterização dos participantes, dos instrumentos e dos procedimentos de investigação realizados. Posteriormente, serão apresentados e analisados os Resultados obtidos. Depois, a Discussão, onde será aprofundada a interpretação dos resultados obtidos e feita a confrontação das hipóteses. E, por fim, a Conclusão desta dissertação.

I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1- A incapacidade causada pela lombalgia

1.1.1- A Dor

Uma das principais causas de incapacidade é a dor, sendo considerada um problema multifatorial e multidimensional na sociedade. Isto leva a uma maior procura de cuidados médicos, tornando a dor um dos principais encargos socioeconómicos dos sistemas de saúde ao nível mundial (Li et al., 2023; Liu & Kelliher, 2022).

De acordo com Croft et al. (2010), a dor é como um sintoma de alerta, que necessita de ser investigado para alcançar o diagnóstico de determinada patologia. A dor é uma experiência desagradável, sensorial e emocional, de foro pessoal, que sofre sempre influência dos fatores biopsicossociais do indivíduo. A experiência de dor assemelha-se a uma possível lesão dos tecidos e não pode ser apenas identificada pela atividade dos neurónios sensoriais. Possui um efeito adaptativo na vida do indivíduo, contudo existe uma elevada probabilidade de prejudicar o seu bem-estar físico e psicológico (*Internacional Association for the Study of Pain [IASP]*, 2011).

A dor, embora não seja uma experiência agradável para o indivíduo, tem como objetivo protegê-lo de estímulos nocivos. Segundo Sharma et al. (2023), a dor é medida através do tempo que perdura, sendo aguda ou crónica e possui quatro mecanismos: dor nociceptiva, dor neuropática, dor nociva e dor psicogénica.

A dor nociceptiva resulta da ativação dos nociceptores através de uma lesão dos tecidos não neurais. Os nociceptores são os recetores sensoriais que traduzem e codificam os estímulos nocivos. Pode ser classificada de acordo com o estímulo nocivo: dor nociceptiva mecânica, térmica e/ou química, ou pode, apenas, ser classificada como somática, somática profunda e/ou visceral (IASP, 2011, Sharma et al., 2023).

De acordo com o Instituto Internacional para o Estudo da Dor (IASP) (2011), a dor neuropática é causada por uma lesão, ou por uma doença, no sistema nervoso somatossensorial, isto é., lesões ou doenças provenientes de informação interna do corpo humano, numa ativação patológica das vias da dor. Existem três tipos de classificação para a dor neuropática: considera-se que a dor neuropática é periférica quando as lesões são ao nível dos nervos periféricos (provenientes do sistema nervoso periférico), dos plexos e das raízes dorsais; caracteriza-se por neuropática central quando é ao nível da medula espinal e do cérebro (sistema nervoso central); e neuropática mista quando possui lesões de carácter neuropático periférico e neuropático central (Dmytriiev et al., 2019, Sharma et al., 2023, Sindaco et al., 2019). A dor neuropática é mais duradora e intensa, é acompanhada de ansiedade, depressão e perturbações de sono, tem

um impacto menos positivo na qualidade de vida do indivíduo e gera custos mais elevados (Lopes, 2021).

A dor nociva é uma dor intensa e generalizada relativamente ao tamanho da inflamação e das lesões nervosas. Existe uma alteração do processamento sensorial e da modulação no sistema nervoso central e no sistema nervoso periférico.

E, por fim, a dor psicogénica é a dor sentida com ausência de doença, trauma ou inflamação. Este mecanismo de dor está associado a fatores emocionais, mentais e comportamentais do indivíduo (Sharma et al., 2023).

1.1.2- A Lombalgia

Segundo Key (2010), de um modo geral, a Lombalgia, ou seja, a dor de costas, é considerada um sintoma revelador de uma possível disfunção do sistema músculo-esquelético que está associada a diferentes tipos de dor, como a dor nociceptiva, a dor neuropática, a dor não específica ou inespecífica, e estes tipos de dor, por vezes, sobrepõem-se (Knezevic et al., 2021). As dores músculo-esqueléticas são mais frequentes em indivíduos do sexo feminino, fazendo também com que todos os sujeitos que sofram desta condição clínica necessitem de recorrer, com maior frequência, a cuidados de saúde (Picavet, 2010).

A lombalgia pode ser considerada um sintoma dentro das disfunções músculo-esqueléticas, sendo que uma das causas de dor e de incapacidade na lombalgia é a degeneração e a perda das características viscoelásticas do disco intervertebral IV da coluna vertebral. O disco intervertebral IV protege as estruturas neurológicas vertebrais, é o responsável pela transmissão do peso e do movimento às vertebbras adjacentes, assim como também é o que recebe uma parte do impacto originário do processo de marcha. Atrás do disco intervertebral encontram-se as facetas articulares que são suportadas por diversos músculos paravertebrais e ligamentos, num processo de marcha normativo, 70% do peso passa pelos discos intervertebrais e o restante é distribuído pelos outros elementos, isto é, facetas articulares, músculos e ligamentos. Quando há uma degeneração do disco intervertebral, o processo de distribuição de peso é invertido, causando repercussões no desempenho motor e no controlo neuromuscular (Mineiro et al., 2006; Taimela et al., 2004).

Lopes (2021, p. 1) define a Lombalgia como “(...) uma condição que se define como dor e desconforto localizados numa área compreendida entre as margens inferiores costais posteriores e acima das pregas glúteas inferiores, com ou sem dor projetada para os membros inferiores”, sendo que quando há dor nos membros inferiores, os clínicos denominam essa dor

de ciática. Os autores Koes et al. (2006) acrescentam que a dor e a incapacidade são os sintomas mais importantes na lombalgia.

Devido ao impacto que a pandemia da SARS-CoV-2 (covid-19) teve nos cuidados de saúde, Weiss et al. (2023) realizaram um estudo que teve como objetivo descrever a prevalência do sofrimento psicológico e da dor músculo-esquelética, assim como investigar quais os fatores que pudessem estar associados a um elevado sofrimento psicológico e à dor músculo-esquelética em 762 profissionais de quiroprática e de naprapatia, durante a segunda vaga da pandemia da SARS-CoV-2, na Suécia. A prevalência de profissionais com depressão foi de 17%, com stress foi de 12% e com ansiedade foi de 7%. A região de dor predominante foi a cervical, com 50% das queixas, seguindo-se a região lombar com 46% e os ombros com 39%. Houve também uma relação entre as consequências socioeconómicas, alusivas ao período pandémico, com o elevado sofrimento psicológico.

Segundo Gomes (2006), existem três tipos de lombalgia categorizados com base na duração da dor, definindo-se a lombalgia como (a) aguda quando esta permanece entre duas a quatro semanas; (b) subaguda quando se estende entre quatro e doze semanas; (c) crónica quando está presente por mais de doze semanas.

Existe ainda outra forma de classificar a lombalgia que está relacionada com o mecanismo etiopatogénico deste sintoma, podendo ser: (1) lombalgia mecânica (i.e., comum) quando diz respeito a uma dor alusiva à sobrecarga ou a uma estrutura anatómica normal usada de forma excessiva; (2) lombalgia não mecânica (i.e., atípica ou sintomática) remetendo para uma origem extraraquidiana, podendo também resultar de situações heterogéneas, como inflamações, infeções, entre outras (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004; Gomes, 2006).

Os autores Will et al. (2018) definem a lombalgia mecânica como a dor nas costas que se origina de forma intrínseca na coluna vertebral, nos discos intravertebrais ou nos tecidos moles envolventes. A lombalgia mecânica pode ser causada por fortes traumatismos, ou por diversos traumatismos na mesma região, e está relacionada com patologias como a hérnia discal e a espondilose lombar.

Para Martins (2006), a lombalgia é mais comum entre os 35 e os 45 anos de idade, em indivíduos pertencentes a populações urbanas que estejam envolvidas em trabalhos físicos e com um índice baixo de satisfação laboral, acrescentando um apoio social no trabalho fraco.

Uma revisão sistemática realizada por Pengel et al. (2003) procurou descrever o desenvolvimento da lombalgia aguda e da ciática, assim como identificar fatores de prognóstico pertinentes para estas condições clínicas. Confirmaram que a lombalgia aguda, geralmente,

apresenta um bom prognóstico quanto à dor e à incapacidade, sendo que os indivíduos tendem a regressar ao mundo laborar após um mês de baixa médica. No entanto, é recorrente a reincidência da dor no prazo de um ano.

Existe outra classificação de diagnóstico da lombalgia para quando esta é apresentada durante a gravidez. Quando há um quadro de lombalgia na gravidez, deve-se a alterações hormonais e biomecânicas e, de acordo com os autores Mühlemann e Mühlemann (2015), esta gera dor moderada, grave e incapacitante. A lombalgia, neste caso específico, é classificada em: (1) lombalgia relacionada com a gravidez; (2) dor na cintura pélvica e (3) lombalgia relacionada com a gravidez agregada a dor na cintura pélvica. Para os mesmos autores, nestes casos, a melhor forma de tratamento é através de exercício físico específico, acupuntura, cintas estabilizadoras e analgésicos.

Na avaliação do doente com lombalgia, de acordo com Martins (2006, p. 9), é necessário realizar uma avaliação biopsicossocial, pluridisciplinar e abrangente. Deve-se realizar de antemão um despiste às *red flags*, isto é, “(...) sinais ou sintomas que alertam para a necessidade de uma atuação imediata, ou para a existência de doença sistémica que justifique as queixas”, tendo sempre em conta que a maioria das lombalgias são inespecíficas, e que devem ser realizados exames de imagem, mas também avaliados os aspetos culturais, psicológicos e sociais do doente. A terapêutica, segundo Martins (2006), deve seguir uma abordagem multidisciplinar já com eficácia comprovada. Contudo, os autores Knezevic et al. (2021) consideram haver uma falta de consenso quanto ao melhor método de diagnóstico da lombalgia.

A lombalgia inespecífica centra-se na manifestação mais comum de dor lombar, dado à ausência de uma origem específica da dor. Posto isto, o tratamento baseia-se numa tentativa de redução da dor e das consequências agregadas (Maher et al., 2017).

Ainda sobre a lombalgia inespecífica, Ambrosio et al. (2023) afirmam que este tipo de lombalgia afeta todos os indivíduos pelo menos uma vez na vida, sendo crucial adotar um estilo de vida saudável com uma boa alimentação, exercício físico, programas educativos e fisioterapia, pois quando há um episódio de lombalgia durante a adolescência, é mais provável que esta se desenvolva durante a vida adulta. Os autores apontam causas na adolescência como a obesidade, falta de atividade física, hábitos sedentários, excesso de peso na mochila escolar, fatores psicossociais, hiperlordose lombar, défice ou insuficiência de vitamina D, e degeneração prematura do disco intervertebral.

Sánchez Milá et al. (2023) realizaram um estudo Delphi com o objetivo de entender quais as melhores técnicas de exercício terapêutico que poderiam ser utilizadas com indivíduos

diagnosticados com lombalgia inespecífica. Concluíram que o exercício terapêutico deve iniciar-se com uma avaliação personalizada, ser monitorizado e os exercícios devem ser integrados de forma funcional, assim como os equipamentos que sejam necessários para acompanhar os exercícios. Devem ser consideradas, também, as necessidades psicológicas dos indivíduos, assim como o seu nível de aptidão física e cinesiofobia. Sendo assim, o exercício terapêutico é beneficiário para os indivíduos com lombalgia inespecífica.

Os autores Hartvigsen et al. (2018) consideram os indivíduos com trabalhos fisicamente mais exigentes, os que possuem comorbilidades físicas e mentais, os que são fumadores ativos, e os que são ou possuem risco de obesidade, correm um risco mais elevado de vir a sofrer de lombalgia.

Segundo Bontrup et al. (2019), há algumas controvérsias sobre o sedentarismo e o tempo que o indivíduo passa sentado, relativamente à lombalgia. Posto isto, estes autores realizaram um estudo com 64 funcionários de *call-center*, através da utilização de um tapete de pressão têxtil, com o objetivo de investigar e relacionar a dor lombar e os hábitos ocupacionais de estar sentado. O tapete avaliou e parametrizou o comportamento dos indivíduos, quando sentados, por 400 horas, e utilizaram uma bateria de questionários para avaliar a dor lombar aguda e crónica. Observaram uma associação entre a lombalgia crónica e o comportamento sentado, o que pode significar, para os autores, que os participantes com lombalgia crónica adequam as suas posições quando sentados para sentirem menos desconforto, contrariamente aos participantes com dor aguda, que possuem menos consciência da dor.

Karšaj et al. (2022) realizaram um estudo com o objetivo de verificar se a altura tem um efeito moderador na associação entre o peso e a ICL crónica, e se este efeito difere entre o sexo masculino e feminino. Esta análise contou com 72 participantes, com idades entre os 43 e os 55 anos, com dor lombar crónica e inespecífica. Foi utilizado o *Questionário de Incapacidade de Roland-Morris* (RMDQ) para avaliar a ICL. Os autores concluíram que os efeitos do peso corporal na incapacidade são moderados pela altura.

Para Hemmer (2021) existem dois tipos de classificação de diagnóstico de lombalgia: urgentes e menos críticos. Os diagnósticos urgentes traduzem uma compressão da espinal medula, um abscesso epidural, uma discite/osteomielite ou uma doença metastática. Nos diagnósticos menos críticos a dor é apresentada de forma atípica, pode ser causada por patologias como a hérnia discal, a estenose espinal ou neuroforaminal degenerativa, e incluir fratura por compressão vertebral e queixas radiculares.

A lombalgia é a principal causa de incapacidade a nível mundial, contudo o modelo utilizado pelos fisioterapeutas para o gerir sofre algumas controvérsias quanto ao seu significado e à melhor forma de o aplicar, Mescouto et al. (2022) concluíram, após uma análise crítica, que o modelo biopsicossocial utilizado na investigação e na prática da fisioterapia com doentes de lombalgia é limitado porque exclui aspetos sociais, a dinâmica de poder cultural, interpessoal e institucional do doente, sugerindo uma reformulação do modelo biopsicossocial atualmente utilizado que é limitado, isto é, somente centrado nos aspetos biológicos e cognitivo-comportamentais do indivíduo.

Martins (2006) considera três tipos de fatores de risco que influenciam o prognóstico da lombalgia: fatores de risco individuais; fatores de risco psicossociais e fatores de risco relacionados com a ocupação. Os fatores de risco individuais são categorizados como a idade, o nível socioeconómico, tabagismo e obesidade. Os fatores de risco psicossociais dizem respeito à relação entre a lombalgia e a depressão, e a associação da lombalgia ao stress, ao humor, às emoções, às funções cognitivas e a comportamentos perante a dor. Já os fatores de risco relacionados com a ocupação são constituídos por dois tipos de fatores, os psicológicos: stress e insatisfação laboral; e os fatores físicos: carregar objetos pesados, trabalhos que impliquem força muscular, utilização de cadeiras inadequadas e trabalhos noturnos.

Para os autores Gibbs et al. (2023) o tratamento adequado para a lombalgia inicia-se na alteração do estilo de vida do utente. Os anti-inflamatórios prescritos não devem conter esteróides, e em paralelo com a medicação, o utente, deve realizar fisioterapia e terapia cognitivo-comportamental. Os autores defendem que apenas devem ser realizados exames de imagem em caso de persistência da dor, após seis semanas deste tratamento convencional. As intervenções cirúrgicas são uma outra forma de tratamento, contudo Chou (2021) considera uma opção para os indivíduos que não respondam positivamente ao tratamento convencional.

Existe uma limitação na literatura científica quanto à qualidade dos cuidados de saúde na lombalgia, então, Ghafouri et al. (2023) compararam estudos sobre a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com lombalgia, realizados entre 1990 e 2017. Confirmaram a existência de uma melhoria nos cuidados, contudo consideram haver grandes diferenças entre os países de baixo e médio rendimento, e os países de rendimento elevado, pelo que sugerem que sejam tomadas medidas contínuas para minimizar estas diferenças.

Os autores Last e Hulbert (2009) afirmam que, ao realizar a história clínica e o exame físico do indivíduo com lombalgia, deve-se ter em consideração as seguintes categorias da dor: (a) dor lombar inespecífica; (b) dor lombar associada a radiculopatia ou estenose espinal; (c)

dor lombar referida a uma fonte não espinal ou, (d) dor lombar associada a outra causa espinal específica. Sugerem que os indivíduos da categoria (b) e (d), a melhor forma de estabelecer um diagnóstico e o tratamento é através da ressonância magnética ou da tomografia computadorizada. Os indivíduos da categoria (a) devem recorrer a uma terapia farmacológica, através de acetaminofeno e anti-inflamatórios não esteróides, sendo que apenas se deve prescrever tramadol, opiáceos e outros medicamentos da mesma linha caso o indivíduo não esteja a responder ao tratamento com anti-inflamatórios não esteróides.

Quanto ao diagnóstico e gestão da lombalgia incapacitante, O'Sullivan et al. (2018) referem que a maioria das abordagens foram criticadas pela literatura por serem unidimensionais e reducionistas, não sendo observáveis resultados positivos. Posto isto apresentam a terapia cognitivo-funcional, uma evolução da integração da psicologia comportamental fundamental e da neurociência na prática da fisioterapia, sustentada por uma estrutura de raciocínio clínico multidimensional com o objetivo de identificar os fatores modificáveis e não modificáveis associados à lombalgia incapacitante do indivíduo, que abrange uma abordagem comportamental integrada e flexível que individualiza a gestão da lombalgia incapacitante. Esta terapia utiliza estratégias de controlo da dor e do comportamento, de forma a permitir o regresso dos indivíduos às suas atividades funcionais valorizadas e a hábitos diários saudáveis. A fisioterapia pode, quando indicada, ser introduzida nos cuidados interdisciplinares. Assim, os indivíduos são levados ao desenvolvimento da autoeficácia, quebrando o ciclo de sofrimento e a incapacidade relacionada com a dor (O'Sullivan et al., 2018).

1.1.2.1 - A dor crónica e a lombalgia crónica

Treede et al. (2019) definem a dor crónica como uma dor que persiste ou que se vai repetindo durante 3 ou mais meses. Uma das causas mais comuns da dor crónica é a lombalgia. Esta pode manifestar-se de três formas: dor nociceptiva, dor neuropática ou dor mista, isto é, prevalência tanto da dor nociceptiva como da dor neuropática (Lopes, 2021). Estima-se que entre 7% a 10% dos indivíduos com dor crónica, em diversos países, possuem também características de dor neuropática (Dmytriiev et al., 2019).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2017), a dor crónica é uma das principais causadoras de sofrimento físico e psicológico do indivíduo, retirando-lhe também qualidade de vida, capacidades, vida social e recursos socioeconómicos. Afeta a sociedade como um todo,

devido aos elevados custos nos cuidados de saúde e à falta de produtividade (Moisieienko et al., 2022).

Para Hudspeth et al. (2020) a dor crónica é cada vez mais comum e não existe uma abordagem uniforme de tratamento da mesma. Este tipo de dor pode estar associado a défices cognitivos específicos (ainda que indefinidos) que afetam o funcionamento da pessoa no seu quotidiano (Schiltewolf et al., 2017).

Existem poucos estudos que abordam os efeitos cognitivos da dor lombar, posto isto, Ling et al. (2007) procuraram determinar se a dor crónica influenciava no processo de memória prospetiva. Aplicaram o *Questionário de Memória Prospetiva* a 50 participantes com dor crónica e a 50 participantes sem dor, concluindo que a memória prospetiva de curto prazo dos participantes com dor crónica estava significativamente alterada, em comparação com os participantes sem dor.

Relativamente à lombalgia crónica, os autores Konno e Sekiguchi (2018) concluíram que esta poderá estar associada a fatores psiquiátricos, sendo útil a realização de uma avaliação multifacetada, incluindo às funções cerebrais, para objetivar os mecanismos da lombalgia crónica. Para isso, realizaram um rastreio com indivíduos portadores de lombalgia crónica, através da escala *Brief Scale for Psychiatric Problems in Orthopaedic Patients* (BS-POP), após obterem os resultados dividiram a amostra em dois grupos: doentes com lombalgia e doentes com lombalgia e problemas psiquiátricos. Posto isto, submeteram-nos a exames de imagem. Na BS-POP obtiveram resultados inferiores nos doentes com lombalgia crónica e problemas psiquiátricos nas escalas da família, da saúde mental e da qualidade de vida relacionada com a dor comparativamente aos doentes com lombalgia crónica. Na Ressonância magnética funcional (RMf) existem diferenças entre os doentes com lombalgia crónica e problemas psiquiátricos e os doentes com lombalgia crónica, a RMf mostrou uma alteração no *núcleo accumbens* nos doentes com lombalgia crónica e problemas psiquiátricos, o que sugere que os doentes com lombalgia crónica e problemas psiquiátricos podem ter alguma disfunção no *núcleo accumbens*. Os autores levantaram algumas questões sobre o mecanismo de inibição da dor em indivíduos que sofrem de depressão, stress ou ansiedade, e deixam a indicação da necessidade de mais estudos sobre a relação das funções cerebrais e a dor crónica.

A lombalgia crónica pode originar défices cognitivos, sendo cada vez mais importante uma abordagem multidisciplinar na reabilitação dos indivíduos com este sintoma (Corti et al., 2021). Com o objetivo de reduzir a dor crónica lombar e auxiliar os pacientes a recuperar uma correta imagem corporal, Alemanno et al. (2019), realizaram um estudo com 20 participantes,

onde recorreram à realidade virtual. Realizaram um exame neurológico, uma avaliação neuropsicológica e testes de capacidades funcionais sensoriomotoras, antes e após o estudo. Os participantes foram submetidos a 12 sessões do tratamento através de realidade virtual, que consistia na execução de movimentos adequados com as partes do corpo onde sentiam maior intensidade de dor, com base num feedback multissensorial (auditivo e visual) através da realidade virtual. Após o término das sessões, os autores confirmaram que este método conseguiu agir sob os aspetos multidimensionais da dor e melhorar a qualidade de vida dos participantes, a intensidade da dor, o humor e as capacidades funcionais dos mesmos.

Um estudo transversal observacional realizado por Aminde et al. (2020), teve como objetivo avaliar a qualidade de vida ao nível da saúde, contando assim com um total de 150 participantes com lombalgia. Concluíram que a lombalgia crónica afeta a qualidade de vida dos indivíduos, ao nível da saúde e ao nível socioeconómico.

A qualidade do sono pode, também, afetar a qualidade de vida dos indivíduos com lombalgia, devido ao agravamento da dor e à sensibilização central e a fatores cognitivos, contudo esta relação causal ainda não tinha sido confirmada, e Moriki et al. (2023) realizaram um estudo transversal com a hipótese de que a qualidade de sono em 101 indivíduos com lombalgia crónica se deve à dor, a fatores cognitivos e à sensibilização central, influenciando a qualidade de vida. Concluíram que a qualidade de sono dos indivíduos com lombalgia crónica é afetada pelos fatores cognitivos e pela sensibilização central, não havendo relação entre a qualidade de sono e a qualidade de vida.

1.1.2.2- Epidemiologia

Diversos autores afirmam que a lombalgia é uma das principais causas da falta de qualidade de vida dos indivíduos, devido às limitações físicas que acarreta, impedindo-os de trabalhar e de realizar as suas atividades diárias de forma normal, por consequência, afetá-los economicamente (Hooshmand et al., 2022; Manfrè & Goethem, 2020).

Peliz (2006) considera a lombalgia uma das primeiras razões que levam o indivíduo a uma consulta médica, sendo a causa de cerca de 15% das baixas médicas. Cerca de 11% a 12% da população mundial encontra-se incapacitada devido à lombalgia crónica (Balagué et al., 2012).

De acordo com uma análise realizada por Mattiuzzi et al. (2020), a nível mundial, a lombalgia é um sintoma mais comum no sexo feminino, afetando a vida saudável das mulheres acima de 40%, comparativamente ao sexo masculino, é também mais comum nos países com

um índice sociodemográfico mais elevado. A tendência ao nível mundial é que a lombalgia continue a afetar cada vez mais adultos, não havendo, segundo os autores, indícios que esta tendência se reverta.

Nos Estados Unidos da América e na Europa, a prevalência da dor lombar é de 60% a 70%, sendo que as idades mais afetadas são entre os 35 aos 55 anos. Contudo, a dor lombar, já se começa a manifestar em faixas etárias mais jovens (Manfrè & Goethem, 2020).

Em Portugal, no ano de 2019, eram contabilizados 3 322 161 habitantes que sofriam de dores lombares ou de outros problemas crónicos, nas costas, existindo maior prevalência no sexo feminino, com um total de 2 041 290 habitantes (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020).

De acordo com o INE (2020), a dor lombar e/ou outros problemas crónicos nas costas, são predominantes no sexo feminino e têm vindo a aumentar. Em 2014, 39.7% da população portuguesa do sexo feminino sofria de dor lombar ou de outros problemas crónicos nas costas, enquanto 25.2% eram do sexo masculino. Já em 2019 o sexo masculino sofreu um aumento superior a 5%, e o sexo feminino sofreu um aumento de quase 4% (sexo masculino 30.9% e sexo feminino 43%, respetivamente).

Ponte (2005) realizou um estudo analítico transversal que teve como objetivo determinar a prevalência da lombalgia nos adultos portugueses, caracterizar o quanto à dor, duração, intensidade de dor e ao número de dias que o indivíduo necessitou de faltar ao trabalho, tomar conhecimento da terapêutica do paciente e da sua satisfação quanto à mesma, e relacionar a lombalgia com o sexo, a idade, o estado civil, situação laboral, a escolaridade e o tabagismo. Este estudo contou com uma amostra de 300 utentes, entre os 18 e os 65 anos de idade. Registaram uma prevalência de 49% de lombalgia, sendo que 39.3% dos participantes afirmam que a dor prevalece entre um dia a uma semana. 67% dos casos classificou na escala de dor, a intensidade da lombalgia, entre 4 e 7. E 35.9% dos utentes optou pela consulta médica. O autor verificou também existir uma associação entre as variáveis: idade, estado civil e lombalgia, não encontrando qualquer outra associação. O autor sugere a realização de mais estudos em Portugal, porque observou uma escassez de estudos alusivos ao tema referentes à população portuguesa.

1.2- Desempenho cognitivo

Segundo Baker et al. (2017), a dor crónica afeta significativamente o desempenho cognitivo dos indivíduos.

Atendendo à prevalência da dor crónica e do défice cognitivo em adultos mais velhos, Weiner et al. (2006) realizaram um estudo com o objetivo de estudar a inter-relação do declínio cognitivo e a dor lombar crónica em adultos mais velhos. A amostra tinha uma média de idades de 73.5 anos, e era composta por 160 participantes isentos de dor e por 163 participantes com dor crónica lombar. Foram encontradas diferenças significativas nos testes neuropsicológicos aplicados, nomeadamente memória imediata, na linguagem, na memória diferida, na flexibilidade mental e no teste *Grooved Pegboard*. Concluíram assim que os indivíduos que possuem dor crónica lombar demonstraram um declínio do desempenho neuropsicológico, comparativamente aos adultos mais velhos sem dor.

Devido à ausência de informação sobre a relação da dor crónica e o desempenho cognitivo nas culturas orientais, Nadar et al. (2016), realizaram um estudo comparativo que teve como objetivo comparar a memória, a atenção, a velocidade de processamento e as funções executivas, em 69 adultos independentes do médio oriente, com e sem dor crónica. Para medir o desempenho cognitivo os autores usaram o *Contextual Memory Test* (a curto e a longo prazo), *A Quick Test*, o *Trail Making Test*, o teste *Digit Forward*, o teste *Digit Backward* e o teste *D2*. Foi observado que os pacientes com dor crónica sofriam de um declínio no processamento cognitivo, nomeadamente na memória a longo prazo, na atenção seletiva, na velocidade de processamento e nas funções executivas. Tendo em conta estudos idênticos anteriores realizados com adultos ocidentais, concluíram também existir uma harmonia relativamente ao desempenho cognitivo dos participantes do médio oriente, comparativamente aos adultos ocidentais.

A memória trata-se de uma capacidade intrínseca que, neste caso, o ser humano possui e que lhe permite adquirir, reter e reaver informação com base em experiências anteriores, de forma consciente, sendo assim capaz de reconhecer padrões e condutas idênticas às já vivenciadas (Abreu et al., 2014). Esta subdivide-se em três tipos de sistemas de armazenamento: memória sensorial, memória a curto prazo (MCP) memória a longo prazo (MLP), que variam mediante a sua duração da reserva de informação e função, sendo que a memória de trabalho (MT) pertence à MCP (Abreu et al., 2014; Feldman, 2001; Izquierdo, 2011).

Maezawa e Kawahara (2021) afirmam que a MT é partilhada pela visão e pela audição, pois é lá que estes dois sentidos gerem a informação. A MT é o compartimento da MCP responsável por guardar e trabalhar toda a informação, com uma capacidade de armazenar entre 5 e 9 elementos por 20 segundos, prestando apoio a diversas operações do foro mental, estando

envolvida na realização de tarefas em simultâneo, na evocação de informação e na antecipação de planos futuros, tendo um carácter prospetivo (Abreu et al., 2014; García, 2022).

Não existem muitos estudos científicos sobre o declínio cognitivo em indivíduos com lombalgia, mas Schiltenswolf et al. (2017) realizaram um estudo de *coorte* com o objetivo de observar e comparar a função cognitiva de 33 indivíduos com lombalgia crónica que frequentavam tratamentos multidisciplinares da dor, enfatizando a memória da dor, antes, durante e pós tratamentos, através de uma bateria de testes neuropsicológicos, incluindo o *Trail Making Test A & B*. Concluíram que estes indivíduos começam a diminuir a velocidade de processamento de informação e, também, a memória de trabalho, existindo uma interação da função cognitiva com a dor, a depressão, a ansiedade e a medicação. Contudo, não registam alterações na atenção e no processo de reconhecimento.

A associação entre a dor crónica e a disfunção cognitiva tem sido confirmada através de diversos estudos empíricos, posto isto, Moriarty et al. (2017) procuraram verificar se as funções cognitivas, em doentes com um diagnóstico de dor neuropática ou radicular crónica, são afetadas, relativamente a indivíduos saudáveis. Estudaram também a interação da dor com a idade, relativamente ao desempenho cognitivo. Obtiveram uma amostra de 76 participantes, que foi dividida em dois grupos e emparelhada por idade, sexo e anos de escolaridade. Aplicaram uma bateria de testes como forma de medir o Quociente de Inteligência (QI), a memória espacial e verbal, a atenção e as funções executivas, avaliaram os níveis educacionais, os sintomas depressivos, a ansiedade de estado, a utilização de medicação, o consumo de cafeína e nicotina. Registaram resultados mais elevados nos níveis de ansiedade e de depressão nos participantes com dor crónica. Estes participantes também eram dotados de um QI inferior ao dos participantes sem dor crónica. Os participantes com dor crónica também apresentaram uma resposta atencional alterada. Em suma, os investigadores indicam a possibilidade de haver uma associação entre a dor crónica e a diminuição da memória e da atenção.

Relativamente à atenção, é sabido que o controlo postural é uma tarefa exigente em indivíduos com lombalgia crónica, Hemmati et al. (2018) realizaram um estudo e observaram que a lombalgia crónica afetava a atenção relativamente ao controlo postural dos indivíduos.

A atenção dá-se quando o indivíduo se concentra em determinado estímulo, de forma voluntária ou involuntária, sendo bem-sucedida mediante a intensidade, o movimento e o número de repetições que a pratica (Dumard, 2016).

Devido às frequentes queixas dos indivíduos com dor crónica grave face à concentração e à atenção, e à associação destas queixas aos sintomas depressivos, Landrø et al. (2013)

realizaram um estudo com o objetivo de demonstrar que as queixas destes doentes com dor crónica, depois de eliminado o grau de sintomas depressivos, estão associadas ao desempenho em testes objetivos na área do controlo inibitório. Observaram que cerca de 20% dos doentes com dor crónica tiveram um desempenho abaixo do ponto de corte nos testes de funcionamento neuro cognitivo básicos, sugerindo uma perturbação clinicamente significativa. Sugerem a realização de uma avaliação sistemática das funções neuro cognitivas básicas dos doentes com dor crónica, aquando do tratamento.

É possível que as perturbações locomotoras forneçam uma medida sensível de adaptação da marcha durante a atenção dividida em jovens adultos, sendo que o controlo cognitivo do processo de marcha está alterado em indivíduos com lombalgia. Seguindo esta premissa, Smith et al. (2017) realizaram um estudo com 28 participantes entre os 18 e os 40 anos de idade, divididos em dois grupos: participantes com dor lombar e participantes saudáveis, onde pretenderam observar as alterações de marcha ao longo das rotações de 90° ipsilaterais que realizavam, a uma velocidade média de 1.5m/s, com a condicionante da atenção dividida que foi aplicada através da prova “*N-Back Task*”, *2-back task* especificamente. Observaram uma alteração na capacidade de alternar os recursos de atenção durante o processo de marcha nos participantes com dor lombar.

As funções executivas (FE) são capacidades mentais, cognitivas e de atenção que permitem ao indivíduo tomar decisões, dar uma resposta a determinada situação e capacidade de organização perante qualquer tarefa, sendo que, quando maior for o grau de exigência da tarefa, maior será o envolvimento das FE (Malloy-Diniz et al., 2014).

Os autores Nguyen et al. (2023) realizaram um estudo onde quantificaram a intensidade da dor, a cinesiofobia, as estratégias de controlo da dor, a depressão e o funcionamento executivo em 108 indivíduos com lombalgia crónica, com o objetivo de relacionar a intensidade da dor, os fatores psicossociais, o funcionamento cognitivo e a atividade do córtex pré-frontal durante o processo de marcha com o desempenho da marcha de tarefa simples e a marcha de tarefa dupla. Para isso, mediram a cinemática da marcha e a atividade da espectroscopia funcional de infravermelhos próximos durante a marcha de tarefa simples e dupla. Observaram que os indivíduos que sofriam de uma dor mais intensa e aguda e que tinham melhores capacidades de lidar com a dor, revelaram uma marcha mais lenta e menos variável, podendo refletir uma estratégia de minimização da dor. As funções executivas aparentam ser um pré-requisito para um melhor desempenho da marcha nos indivíduos com lombalgia crónica. É fundamental haver uma disponibilização e uma utilização dos recursos cerebrais para um bom

desempenho da marcha, relativamente às associações específicas entre os parâmetros de marcha e a atividade do córtex pré-frontal.

A linguagem é uma aptidão cognitiva, utilizada no processo de socialização e de comunicação, podendo ser processada e compreendida de forma oral, escrita e corporal/gestual, que se representa em oito fatores: semântico; fonético; fonológico; morfológico; lexical; sintático; pragmático e prosódico (Salles & Rodrigues, 2014).

Quando existem perturbações ao nível do desempenho cognitivo, num indivíduo, este poderá sofrer de diversos tipos de afasias (e.g. Afasia de Broca, Afasia Transcortical Motora; Afasia Global; Afasia de Wernicke; entre outras), isto é, de perturbações ao nível da linguagem, provocadas por danos cerebrais, e que estão também relacionadas com outras funções cognitivas (Salles & Rodrigues, 2014).

A orientação é a noção do indivíduo do tempo e do espaço em que está inserido, e está relacionada com a atenção, com a memória e com a perceção (Dumard, 2016). A perceção é, então, interpretada como um processo que interpreta os estímulos, analisa-os e relaciona-os com outras informações sensoriais que, assim como a perceção, também possam envolver os órgãos sensoriais e o cérebro (Feldman, 2001).

Tamburin et al. (2014) basearam o seu estudo em publicações anteriores que relatavam declínios nas funções cognitivas e na tomada de decisão em doentes com dor crónica. A fim de acrescentar evidência aos estudos do ramo, os autores exploraram o perfil cognitivo da dor lombar crónica em 24 participantes diagnosticados com lombalgia crónica, e em 24 participantes saudáveis, através da aplicação de uma bateria de testes neuropsicológicos centrados na tomada de decisão emocional (designadamente: *Digit Span Test*; *Modified Card Sorting Test*; *Stroop Test*; *Trail Making Test*; *Interference Memory Task*) e através do *Lowa Gambling Task* (IGT). Enquanto 24 participantes (12 de cada grupo) realizavam o IGT, foram expostos simultaneamente a um EEG. Observaram uma pontuação inferior nos participantes com lombalgia no *Modified Card Sorting Test* que foi significativamente influenciada pela duração e intensidade da dor; os participantes com lombalgia também revelaram um pior desempenho no IGT comportamental e a ausência de um processo de aprendizagem, tendo sido revelado pelo EEG um anormal processamento do feedback nos participantes com lombalgia. Em síntese, observaram que a dor causada pela lombalgia crónica se sobrepõe ao défice de tomada de decisão emocional, podendo isto ser originário de mau estar no trabalho e no ambiente familiar.

Os autores BenDebba et al. (1997) realizaram um estudo com o objetivo de analisar o sofrimento psicológico, a duração da dor, o Neuroticismo, a Extroversão, a gravidade da dor e a incapacidade funcional em indivíduos com lombalgia. Os indivíduos foram avaliados no ano anterior ao tratamento, e dois anos após o tratamento. Concluíram que o sofrimento psicológico relatado pelos indivíduos estava associado aos aspetos da personalidade relacionados com a lombalgia, ou seja, os indivíduos com valores mais elevados de Neuroticismo acusaram níveis mais elevados de sofrimento psicológico. Os indivíduos com dores de maior intensidade e com maior incapacidade funcional padeciam de maior sofrimento psicológico devido à dor. A relação entre o sofrimento psicológico e o Neuroticismo, antes do tratamento, era forte, contudo após o tratamento era moderada. Já a relação entre o sofrimento psicológico, a gravidade da dor e a incapacidade funcional foi reforçada após o tratamento. Os autores afirmam que as alterações encontradas derivam da alteração da percepção dos indivíduos face à lombalgia.

1.3- Personalidade

De acordo com Feist et al. (2015), a personalidade pode ser considerada um conjunto de traços, isto é, diferenças individuais, consistência e estabilidade do comportamento ao longo do tempo e nas diversas situações diárias, que podem ser únicos, comuns a determinado grupo de indivíduos e compartilhados com toda a espécie, contudo, sempre com um padrão individual; e de características, isto é, qualidades com características peculiares, ou seja, temperamento, psique e inteligência, permanentes que integram o comportamento humano.

Eysenck e Eysenck (1985) definem a personalidade como uma “(...) organização mais ou menos estável e perdurável do caráter, do temperamento e dos aspetos intelectuais e físicos de um sujeito, que determina o seu ajustamento único ao meio ambiente.” (como citado em Almiro & Simões, 2021, p. 154).

Hall et al. (2007) refere-se à teoria de Eysenck como um modelo biossocial, ou seja, um modelo que interliga as aprendizagens, o meio social e os aspetos biológicos de cada indivíduo. Posto isto, Eysenck dividiu a personalidade em três dimensões inatas, e que vão ditar o comportamento do indivíduo: Neuroticismo (N) *versus* estabilidade emocional, Extroversão (E) *versus* introversão e Psicoticismo (P) *versus* controlo dos impulsos (como citado por Hall et al., 2007; Pervin & John, 2001).

A teoria dos traços de Eysenck é fundamentada na análise fatorial e na biologia, defendendo que as diferenças individuais na personalidade eram aspetos biológicos e psicológicos. Eysenck defendia que as diferenças genéticas geram distinções estruturais no

SNC que conduzem a diferenças nos três traços de personalidade por ele definidos (Feist et al., 2015).

A dimensão de N caracteriza o indivíduo como alguém com medo do outro, ansioso, depressivo, com baixa autoestima, com um pensamento irracional, humor tenso e emocional em oposição a alguém estável, isto é, alguém com estabilidade emocional. A dimensão E caracteriza um indivíduo como sociável, amigável, com vitalidade, ativo, assertivo, aventureiro, despreocupado, dominador, entusiasmado, ousado e simpático, em oposição a uma pessoa que não gosta de correr riscos, ou seja, um indivíduo introvertido. E, por fim, a dimensão P caracteriza o indivíduo como um ser solitário, agressivo, frio, egocêntrico, impessoal, impulsivo, pouco empático, criativo, rígido e insensível, em oposição a um indivíduo que aceita os costumes sociais, assim como também aceita bem o outro (Hall et al., 2007; Pervin & John, 2001; Sevilla, 2021).

Clark et al. (2019) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a capacidade de previsão dos perfis sensoriais de traço e a sua relação, a capacidade de previsão da ansiedade de traço, os sintomas de sensibilização central e a capacidade de previsão dos tipos de personalidade sobre os sintomas de sensibilização central, em 165 adultos com lombalgia crônica não especificada. Concluíram que a hipersensibilidade e/ou a hiposensibilidade sensorial de traços, assim como as características de tipo de personalidade, quando relacionadas com elevados traços de ansiedade, traduzem o aumento de sintomas de sensibilização central em indivíduos com lombalgia crônica não especificada.

Devido à elevada relação da dor crônica com as perturbações psiquiátricas, os autores Chang et al. (2017) realizaram um estudo onde procuraram investigar as relações entre ligações parentais, as características da personalidade, o traço alexitímico, isto é, a dificuldade em identificar sentimentos, e a saúde mental em pacientes com dor crônica. Concluíram que os participantes com mães mais protetoras apresentavam um valor mais elevado de Neuroticismo, mais dificuldade em identificar sentimentos, uma saúde mental mais debilitada e uma maior associação com a dor crônica generalizada. O Neuroticismo e o traço alexitímico de identificação de sentimentos são um dos principais fatores que define a dor crônica generalizada. Posto isto, os autores recomendam que os indivíduos com dor crônica frequentem consultas de psiquiatria, façam psicoterapia, e realizem o tratamento farmacológico adequado prescrito nas consultas dirigidas para a dor.

Os autores Koh e Othman (2019) realizaram um estudo transversal com o objetivo de estudar a prevalência da dor cônica em 151 ex-consumidores de opiáceos que frequentaram a

terapia de manutenção com metadona e verificar se existe uma relação significativa entre a dor crônica e o Neuroticismo. Procuraram também relacionar o Neuroticismo com a prevalência da dor crônica. Concluíram que existia uma relação, independente, entre o Neuroticismo, a ansiedade e o uso regular de analgésicos com a dor crônica.

A dimensão de personalidade N é dotado de um elevado fator hereditário. Quando um indivíduo apresenta valores muito altos de N, é sinónimo de que tendencialmente reage de forma exageradamente emocional a determinados estímulos, e sente dificuldade a retomar ao seu estado emocional normal após um momento de elevada excitação emocional. Existem sintomas físicos associados como cefaleias, dores nas costas, preocupação excessiva e ansiedade, no entanto o traço N não está significativamente associado a psicopatologias (Feist et al., 2015).

Após a realização de uma meta-análise de variância ponderada inversa, Elgaeva et al. (2023) concluíram que a dimensão de Neuroticismo deve ser considerado na terapêutica dos doentes com lombalgia.

De acordo com investigações científicas anteriormente realizadas, a depressão, o Neuroticismo e o enviesamento da memória afetam a avaliação da dor, posto isto, um estudo realizado por Raselli e Broderick (2007) a 66 participantes com dor crônica, teve como objetivo determinar se a avaliação da dor momentânea comparativamente com memória da dor diminuía a influência do Neuroticismo e da depressão na avaliação da dor. A memória da dor foi avaliada semanalmente ao longo de quatro semanas, e a dor momentânea foi avaliada ao longo de duas semanas. Os autores observaram que o Neuroticismo e a depressão influenciaram a avaliação da alteração da dor.

Ropponen et al. (2012) investigaram as dimensões da personalidade e a insatisfação com a vida, em 24043 gémeos entre os 18 e os 65 anos de idade, com pensão de invalidez devido a diagnósticos lombares, atendendo à confusão familiar. Utilizaram a versão reduzida do *Questionário de Personalidade de Eysenck*, e mediram a insatisfação com a vida através de quatro itens: interesse, felicidade, facilidade e solidão da vida. Concluíram que a insatisfação com a vida e o Neuroticismo podem ser fatores de risco motivadores de pensão de invalidez, por via de diagnósticos lombares.

Um estudo realizado por Goubert et al. (2004), teve como objetivo esclarecer o papel exato da catastrofização da dor, do medo relacionado com a dor e das dimensões da personalidade na vigilância da dor e na sua gravidade, em 122 indivíduos com lombalgia. Concluíram que a vigilância à dor depende do pensamento catastrófico e do medo relacionado

com a mesma, e que o Neuroticismo é desenvolvido como fator de vulnerabilidade, reduz o limiar a partir do qual a dor é assimilada como ameaça e de onde surgem os pensamentos catastróficos sobre ela.

1.4- Satisfação com a vida

A satisfação com a vida é a avaliação individual de cada indivíduo da qualidade de certos domínios específicos da vida, podendo estes ser mais gerais ou mais específicos, como a satisfação com o seu casamento, com o seu trabalho, com o seu estado de espírito, com a sua saúde, com as suas metas já alcançadas, entre outros domínios preditores de bem-estar (Fugl-Meyer, 2002).

A dor influencia negativamente a satisfação com a vida nos indivíduos, nomeadamente nos mais jovens (Dong et al., 2020; Kuronen et al., 2018).

A literatura evidencia o quão importantes são os processos de avaliação cognitiva na descoberta da natureza e da eficácia do confronto na dor crónica, sendo que a catastrofização e a perceção de injustiça agravam a gravidade da angústia relacionada com a dor e aumentam o risco de incapacidade a longo prazo, através de respostas comportamentais desadaptativas, contudo a catastrofização e a perceção de injustiça nunca haviam sido comparadas. Sturgeon et al. (2017) realizaram um estudo com 330 indivíduos com dor crónica, para avaliarem a dor crónica, a perceção da injustiça, a gravidade da angústia relacionada com a dor e a satisfação com a vida. Observaram que a relação entre a dor e a satisfação com a vida é mediada pelos sintomas depressivos, a intensidade da dor e a satisfação com a vida é mediada pela interferência da dor, contudo a perceção de injustiça revela uma relação significativa e negativa com a satisfação com a vida.

Dong et al. (2020) realizaram um estudo transversal com o objetivo de avaliar os fatores que determinam a satisfação com a vida em indivíduos com mais de 65 anos de idade, com dor crónica. Foi avaliado a vida no geral, a saúde somática e a saúde psicológica. Concluíram que estes indivíduos, comparativamente aos restantes participantes que não sofriam de dor crónica, obtiveram valores superiores de insatisfação com a vida. Verificaram que os hábitos tabágicos são preditores de insatisfação com a vida, assim como a obesidade e o consumo de bebidas alcoólicas em excesso. A intensidade da dor também é um dos fatores de insatisfação com a vida, quer a nível geral, como a nível de saúde somática e de saúde psicológica.

Boonstra et al. (2013) pretenderam determinar a satisfação com a vida em doentes com dor músculo-esquelética crónica, comparativamente a indivíduos saudáveis, assim como

identificar os fatores preditores da satisfação com a vida. Mediram a satisfação com a vida como um todo, oito domínios da vida, o funcionamento físico, emocional e social e a intensidade da dor em ambos os grupos. Observaram que os participantes com dor crónica indicaram menor satisfação com a vida como um todo nos seguintes domínios da vida: autocuidado, lazer, situação profissional e financeira, vida sexual e contactos com amigos. Já o estado civil, a idade, a saúde mental, a vitalidade e a dor foram os indicadores independentes que mais mostraram influência na satisfação com a vida.

II – METODOLOGIA

2.1- Delineamento, objetivos e hipóteses

Este estudo é quantitativo, transversal, correlacional e exploratório.

O objetivo geral deste estudo é analisar as associações entre a incapacidade causada pela lombalgia (ICL) com as dimensões da personalidade – principalmente o Neuroticismo – o desempenho cognitivo e a satisfação com a vida.

A fim de atingir o objetivo geral, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a incidência da ICL numa amostra de jovens e adultos ativos, através da aplicação do *Questionário de Incapacidade de Roland Morris* (RMDQ);
- Verificar a relação entre a lombalgia e a personalidade, principalmente o Neuroticismo, através do *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista* (EPQ-R);
- Verificar a relação entre a lombalgia e o desempenho cognitivo através dos seguintes instrumentos de avaliação: *Trail Making Test A & B* (TMT A e B) e *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA);
- Verificar a relação entre a lombalgia e a satisfação com a vida através da *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS).

Foram criadas sete hipóteses para serem testadas:

Hipótese 1

Espera-se que os participantes com diagnóstico de lombalgia possuam um nível maior de incapacidade, medido através do RMDQ, em comparação com os participantes saudáveis.

Hipótese 2

Espera-se que os participantes com diagnóstico de lombalgia possuam um nível maior de Neuroticismo (avaliado pelo EPQ-R), em comparação com os participantes saudáveis.

Hipótese 3

Espera-se que os participantes com diagnóstico de lombalgia possuam um nível menor de desempenho nas dimensões cognitivas (avaliadas pelo MoCA e pelo TMT A e B), em comparação com os participantes saudáveis.

Hipótese 4

Espera-se que os participantes com diagnóstico de lombalgia possuam um nível menor de satisfação com a vida (avaliado pela SWLS), em comparação com os participantes saudáveis.

Hipótese 5

Espera-se que quanto maior for a incapacidade causada pela lombalgia (medida pelo RMDQ), maior será o nível de Neuroticismo (avaliado pelo EPQ-R) dos participantes.

Hipótese 6

Espera-se que quanto maior for a incapacidade causada pela lombalgia (medida pelo RMDQ), menor será o nível do desempenho nas dimensões cognitivas (avaliadas pelo MoCA e pelo TMT A e B) dos participantes.

Hipótese 7

Espera-se que quanto maior for a incapacidade causada pela lombalgia (medida pelo RMDQ), menor será o nível de satisfação com a vida (avaliado pela SWLS) dos participantes.

2.2- Participantes

O presente estudo foi desenvolvido com recurso a uma amostra recolhida com uma técnica de amostragem não probabilística, obtida por conveniência.

A amostra em estudo é composta por 89 participantes, com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos ($M = 40.01$; $DP = 11.51$), provenientes de dois grupos: o grupo clínico (GC) e o grupo da comunidade (GCo). Ambos os grupos, com base no critério de inclusão, foram constituídos por indivíduos com idade para exercerem atividade no mundo laboral. Foram considerados como critérios de exclusão: indivíduos analfabetos, indivíduos com perturbações psicológicas graves, perturbações psiquiátricas e/ou neurológicas, assim como outras patologias causadoras de dor e/ou incapacidade.

O grupo clínico (GC) é composto por 41 participantes com uma média de idades de 42.83 anos ($DP = 11.44$), com diagnóstico de lombalgia (aguda, subaguda ou crónica), sendo que 22 são do sexo masculino (53.66%) e 19 são do sexo feminino (46.34%). Os dados do GC foram recolhidos em diversas empresas da zona oeste de Portugal, através da recomendação do médico responsável pelas consultas de medicina do trabalho e, também, numa clínica no concelho de Abrantes, sob supervisão do médico responsável.

O grupo da comunidade (GCo) foi recolhido também em empresas da zona oeste de Portugal, e na comunidade, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo. É composto por 48 participantes com uma média de idades de 37.60 anos ($DP = 11.13$), sem diagnóstico de lombalgia, sendo que 32 são do sexo masculino (66.67%) e 16 são do sexo feminino (33.33%).

2.3- Instrumentos

O protocolo do estudo iniciou-se com a aplicação de um Questionário Sociodemográfico (QSD), que teve como objetivo recolher os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes. O anonimato dos participantes foi garantido através de um código que só o investigador responsável criou e teve acesso.

As questões iniciais do QSD são de carácter sociodemográfico, como sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e profissão. E possui outras que são de carácter clínico, como: peso e altura, realização diária de muito esforço físico, número de horas sentado e em pé e, por último, uma avaliação geral da saúde e uma escala numérica do nível de intensidade da dor (ver Anexo 2).

O QSD possui ainda questões relacionadas com a dor lombar, como a frequência da dor, a predominância, problemas associados à dor lombar, entre outras.

Por último, possui a questão de carácter eliminatório: “*Possui alguma doença física ou psiquiátrica?*”, utilizada para excluir os participantes, no cumprimento dos critérios de exclusão já mencionados anteriormente.

Após a apresentação do QSD, foram aplicados cinco instrumentos de avaliação, pela seguinte ordem: 1) o *Questionário de Incapacidade de Roland Morris* (RMDQ) para avaliar a incapacidade funcional da lombalgia; 2) o *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista* (EPQ-R) para avaliar as dimensões da personalidade; 3) o *Trail Making Test A & B* (TMT A e B); e 4) o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) que avaliam o desempenho em diversas dimensões cognitivas, e, por fim, 5) a *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS) para avaliar a satisfação com a vida.

2.3.1- Questionário de Incapacidade de Roland Morris (RMDQ)

O Questionário de Incapacidade de Roland Morris (*Roland Morris Disability Questionnaire*, RMDQ) foi desenvolvido em 1983 por Roland e Morris, e a versão portuguesa foi validada por Monteiro et al. em 2010 (Monteiro et al., 2010).

Este questionário possui o objetivo de medir a incapacidade funcional que a lombalgia proporciona aos doentes nas suas atividades, através de questões simples como: “*Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas*”; “*Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar*” e “*Por causa das minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas*”.

O RMDQ é um instrumento que faz uma avaliação quantitativa da ICL, com base em autorrespostas de «Sim» ou «Não» (resposta dicotómica) para um conjunto de 24 questões, cujo resultado é obtido após a soma do total das respostas assinaladas como «Sim», podendo variar entre 0 (representa que o indivíduo não possui queixas) a 24 (representa que o indivíduo possui limitações graves) (Monteiro et al., 2010).

A pontuação total obtida no âmbito do estudo da validação da versão portuguesa do RMDQ resultou numa Média $\pm$ Desvio-Padrão de 9.68 ± 5.60 valores. Quando às medidas de consistência interna, de acordo com Monteiro et al. (2010), o RMDQ possui um α de Cronbach de .81 e uma estabilidade temporal de $r = .86$ (correlação no teste-reteste), que indicam níveis de fiabilidade elevados.

2.3.2- Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R)

O Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (*Eysenck Personality Questionnaire – Revised*, EPQ-R), foi desenvolvido em 1985 por S. Eysenck, H. Eysenck e Barret, e a versão portuguesa foi adaptada e validada por Almiro e Simões em 2014.

O EPQ-R é um instrumento do tipo quantitativo, baseado no modelo P-E-N com o intuito de avaliar o Psicoticismo (P), a Extroversão (E) e o Neuroticismo (N), que são as denominadas as Três Grandes dimensões da personalidade.

É constituído por 70 itens de resposta dicotómica que se encontram distribuídos por quatro escalas: (P) contém 9 itens, (E) contém 20 itens, (N) contém 23 itens e (L) é uma escala de Mentira / Desejabilidade Social que é composta por 18 itens. A cotação deste instrumento é realizada através de uma chave de cotação, sendo que a pontuação obtida é independente para cada escala, cuja interpretação dos resultados é realizada com base numa amostra normativa representativa da população portuguesa ($N=1689$, Almiro & Simões, 2021).

O EPQ-R possui um α de Cronbach para cada escala: .87 na escala de (N); .83 na escala de (E); .55 na escala de (P) e .78 na escala de (L). Os valores de consistência interna deste instrumento de avaliação indicam níveis de fiabilidade adequados, exceto para a escala de (P) (Almiro & Simões, 2014; Almiro & Simões, 2021).

2.3.3- Trail Making Test A & B (TMT A e B)

O *Trail Making Test* (TMT) é um instrumento de avaliação neuropsicológica que foi desenvolvido em 1994 para a *Army Individual Test Battery*, tendo sido utilizado para avaliar os efeitos dos danos cerebrais em combatentes em 1946 pela Armitage; apenas mais tarde, em 1993, o TMT foi integrado na bateria neuropsicológica de Halstead-Reitan, a versão portuguesa do TMT A e B foi validada em 2013 por Cavaco et al. (2013).

Atualmente, o TMT divide-se em dois subtestes - A e B - onde o A é utilizado para medir a atenção, a percepção visual, a velocidade de coordenação óculo-manual e também a velocidade do processamento da informação, e a parte B mede a atenção dividida e a flexibilidade cognitiva, sendo este, por completo, um instrumento que avalia as alterações cognitivas, podendo ajudar a distinguir condições neurológicas (Cavaco et al., 2013; Pinho et al., 2011).

O TMT A inicia-se com a apresentação da “Amostra”, que é uma condição de treino. Em caso de sucesso, procede-se ao teste. É pedido ao participante que una os números por ordem crescente «1-2-3-4...» com uma linha contínua, o mais rápido que conseguir. O teste é dado como terminado após 200 segundos ou caso o participante cometa quatro erros, sendo que os erros devem ser assinalados no momento com um corte na linha, explicados e o participante deve ser direcionado para o último círculo correto para que consiga continuar. Enquanto se corrige um erro, a contagem do tempo continua.

O TMT B é idêntico ao TMT A na sua forma de aplicação. Deve ser apresentado ao participante após este terminar o TMT A. Contudo o TMT B contém números e letras, e pede-se ao participante que una os números às letras da seguinte forma: «1-A-2-B-3-C...». O participante só realiza o TMT B caso consiga realizar a condição de teste com menos de dois erros. A realização do teste é cronometrada e apenas é interrompida caso o participante exceda os 400 segundos ou cometa quatro erros, que devem ser devidamente assinalados e explicados, tal como no TMT A.

Em ambos os testes: A & B, os participantes só podem cometer quatro erros, com a exceção de estarem a menos de 3 círculos do final do teste.

Posto isto, o tempo, e os cálculos anteriormente referidos são as pontuações que se pode obter do TMT A e B, sendo que as pontuações em bruto mais baixas e as pontuações ajustadas mais elevadas são as que irão corresponder a um melhor desempenho (Cavaco et al., 2013).

2.3.4- Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) foi desenvolvido em 2005 por Nasreddine et al., e validado em 2010 por Freitas et al. para a versão portuguesa, avaliando oito domínios cognitivos: Função Executiva; Capacidade visuoespacial; Memória; Atenção, Concentração e Memória de Trabalho; Linguagem e Orientação Temporal e Espacial, contabilizando, no máximo, um total de 30 pontos (Freitas et al., 2010).

Este instrumento baseia-se na avaliação do desempenho cognitivo de adultos com envelhecimento normal e adultos com défices cognitivos ou com declínio cognitivo, avaliando também estádios intermédios, tanto de Déficit Cognitivo Ligeiro, como das Demências, incluindo a Doença de Alzheimer (Freitas et al., 2010).

O MoCA possui um total de 11 provas, agrupadas por domínios cognitivos: 1) Visuoespacial/Executiva; 2) Nomeação; 3) Memória; 4) Atenção; 5) Linguagem; 6) Abstração; 7) Evocação Diferida e 8) Orientação (Montreal Cognitive Assessment [MoCA], 2018; Nasreddine, 2018).

A capacidade visuoespacial/executiva contém três provas. A primeira é uma adaptação do TMT – B, está relacionada com a Alternância Conceptual. A segunda e a terceira provas avaliam as capacidades visuoespaciais, a segunda é a prova do Cubo e a terceira é a prova do relógio. O domínio da atenção é composto por quatro provas. A primeira prova é a sequência numérica em sentido direto, a segunda prova é a sequência numérica em sentido inverso e a terceira é a prova da concentração. A última prova é a subtração. O domínio da linguagem possui duas provas. A primeira prova é a da repetição de frases e a prova seguinte é de fluência verbal fonética. No domínio da orientação é questionado a data (dia, mês e ano), dia da semana, o lugar e a localidade/cidade/vila onde se encontra.

A pontuação final do MoCA é contabilizada após a soma de todas as pontuações totais das provas. Deve-se adicionar 1 ponto caso o participante tenha menos de 12 anos de escolaridade. É considerada uma pontuação adequada quando esta é igual ou superior a 26 pontos (MoCA, 2018; Nasreddine, 2018)

Relativamente à sua consistência interna, esta obteve um α de Cronbach de .94 e um teste-reteste de $r = .85$, refletindo um índice de fiabilidade e uma estabilidade temporal excelentes (Freitas et al., 2010).

2.3.5- Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction With Life Scale*, SWLS) foi desenvolvida nos Estados Unidos da América por Diener et al. em 1985, e validada para a população portuguesa por A. Simões em 1992 e, posteriormente por Figueiras et al. em 2010 (Figueiras et al., 2010).

Na versão portuguesa, é composto por apenas cinco itens, com resposta baseada numa escala do tipo *Likert* de sete pontos, onde os participantes têm de assinalar o seu grau de concordância com cada afirmação, onde 1 significa “Totalmente em desacordo” e 7 “Totalmente de acordo”.

Relativamente aos índices de fiabilidade, este possui um valor de consistência interna (α de *Cronbach*) de .82, e correlações inter-item entre .40 e .63 e correlações item-total entre .54 e .70 (Figueiras et al., 2010).

2.4- Procedimentos

O presente estudo está enquadrado num projeto de investigação mais alargado do CIP – Centro de Investigação em Psicologia, da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). Foram cumpridos todos os pressupostos do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Após a submissão do projeto do estudo, este foi aceite pela Comissão de Ética do CIP-UAL. Posteriormente, foram contactadas diversas clínicas especializadas em fisioterapia, centros de fisioterapia, hospitais, empresas certificadas em serviços de medicina no trabalho e outras clínicas com a especialidade de medicina geral e familiar / ortopedia / medicina no trabalho / fisioterapia. Numa primeira abordagem, como forma de apresentação, foi efetuado um contacto telefónico e de seguida foi enviado um e-mail para todos os tipos de entidades referidos acima com uma pequena apresentação do estudo e um pedido de colaboração. As entidades que aceitaram colaborar pré-selecionaram os participantes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e, após o seu consentimento, foram agendadas as datas com o investigador para aplicar o protocolo presencialmente.

A todos os participantes foi apresentado e explicado em primeira instância o consentimento informado, para que assinassem, caso estivessem de acordo, deixando explícito que a participação no estudo era de carácter voluntária, não remunerada e que este poderia desistir a qualquer momento. Foi também explicado que os dados seriam anónimos e apenas analisados em conjunto. Todos os participantes foram informados que poderiam ter acesso ao resultado do estudo após a sua conclusão, via e-mail.

A aplicação do protocolo foi realizada apenas pelo investigador do estudo, pela ordem apresentada anteriormente, tendo em conta a ética e deontologia no desenvolvimento de estudos em Psicologia. A aplicação do protocolo teve uma duração variável entre 30 e 50 minutos, adequada ao participante.

Após terminar a recolha de dados, procedeu-se à cotação manual do MoCA e do RMDQ, seguindo-se a importação de todos os dados para a respetiva base de dados. O programa utilizado foi o *IBM SPSS Statistics* (versão 26.0; Armonk, New York, IBM Corp.). Após terem sido inseridos todos os dados na base de dados cotou-se os totais de todos os instrumentos. Foram calculadas as estatísticas descritivas dos dois grupos da amostra, GC e GCo, nomeadamente a Média (*M*), o Desvio-Padrão (*DP*), o valor mínimo e o valor máximo.

De seguida foram calculadas as correlações através do teste de *Pearson*, e posteriormente para a comparação de médias entre dois grupos utilizou-se o teste *t-student* e para a comparação de médias entre mais de dois grupos utilizou-se o teste *One-way ANOVA*. No teste *t-student* foi também calculado o *d* de *Cohen* para os dados significativos, com o objetivo de verificar a magnitude do efeito da diferença significativa entre os valores.

III – RESULTADOS

3.1- Caracterização sociodemográfica da amostra

Como já foi referido anteriormente, a amostra deste estudo é composta por um total de 89 participantes, divididos em dois grupos: o GC, que é composto por 41 participantes, e o GCo, que é composto por 48 participantes.

Na Tabela 1 encontram-se os dados sociodemográficos, nomeadamente o sexo, o estado civil e as habilitações literárias, da amostra, recolhidos através do questionário sociodemográfico (QSD).

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos da amostra.

	Grupo Clínico		Grupo da Comunidade	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	42.83	11.44	37.60	11.13
	Grupo Clínico		Grupo da Comunidade	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Grupos Etários				
20-30 anos	6	14.63	18	37.50
31-45 anos	15	36.59	17	35.42
46-60 anos	20	48.78	13	27.08
Sexo				
Masculino	22	53.66	32	66.67
Feminino	19	46.34	16	33.33
Estado Civil				
Solteiro	15	36.59	23	47.92
União de Facto	2	4.88	6	12.50
Casado	18	43.90	15	31.25
Divorciado	4	9.76	4	8.33
Viúvo	2	4.88	-	-
Habilitações Literárias				
Ensino Básico	14	34.15	8	16.67
Ensino secundário/profissional	23	56.10	28	58.33
Licenciatura	2	4.88	8	16.67
Mestrado	2	4.88	4	8.33

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão, *N* = Participantes; % = Percentagem.

Os participantes do GC e do GCo foram divididos por grupos etários: a) 20-30 anos; b) 31-45 anos e c) 46-60 anos. O GC é composto por 22 participantes do sexo masculino (53.66%) e por 19 participantes do sexo feminino (46.34%). O participante mais novo tinha 20 anos e o participante mais velho tinha 60 anos, resultando numa média de 42.83 anos (*DP* = 11.44). Ao serem divididos por grupos etários, o grupo etário com mais participantes é o dos 46 aos 60 anos, com 20 participantes (48.78%), seguindo-se o dos 31 aos 45 anos, com 15 participantes

(36.59%) e, por fim, o dos 20 aos 30 anos, com 6 participantes (16.63%). Quanto ao estado civil, 18 participantes eram casados (43.90%), 15 participantes eram solteiros (36.59%), 4 participantes estavam divorciados (9.76%), 2 participantes estavam em união de facto (4.88%) e 2 participantes eram viúvos (4.88%). Relativamente às habilitações literárias, 23 participantes concluíram o ensino secundário regular ou profissional (56.10%), 14 participantes concluíram o ensino básico (34.15%), 2 participantes concluíram a licenciatura (4.88%) e 2 participantes concluíram o mestrado (4.88%).

Quanto ao GCo, este é composto por 32 participantes do sexo masculino (66.67%) e por 16 participantes do sexo feminino (33.33%). O participante mais novo tinha 20 anos e o participante mais velho tinha 59 anos, resultando numa média de 37.60 anos ($DP = 11.13$). Ao serem divididos por grupos etários, o grupo etário com mais participantes é o dos 20 aos 30 anos com 18 participantes (37.50%), seguindo-se o grupo dos 31 aos 45 anos com 17 participantes (35.42%) e, por fim, o dos 46 aos 60 anos com 13 participantes (27.08%). Relativamente ao estado civil, 23 participantes são solteiros (47.92%), 15 participantes são casados (31.25%), 6 participantes estão em união de facto (12.50%) e 4 participantes são divorciados (8.33%). Quanto às habilitações literárias, 28 participantes concluíram o ensino secundário regular ou profissional (58.33%), 8 participantes concluíram o ensino básico (16.67%), 8 participantes concluíram a licenciatura (16.67%) e 4 participantes concluíram o mestrado (8.33%).

Na Tabela 2 constam os valores da Média e do Desvio-Padrão da amostra, quanto ao peso, à altura e ao IMC.

Tabela 2. *Características físicas da amostra.*

	Grupo Clínico		Grupo da Comunidade	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Peso	75.33	15.61	74.54	14.53
Altura	1.69	0.09	1.70	0.08
Índice de Massa Corporal (IMC)	26.17	4.71	25.55	3.97

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão.

Quanto às características físicas, o GC registou um peso mínimo de 45kg, e um peso máximo de 105kg, resultando numa média de 75.33kg ($DP = 15.61$), uma altura mínima de 1.51m e uma altura máxima de 1.90m, resultando numa média de 1.69m ($DP = 0.09$). Por fim, o IMC mínimo foi de 16.73 e o máximo foi de 35.86, resultando numa média de 26.17 ($DP = 4.71$).

O GCo registou um peso mínimo de 45kg, e um peso máximo de 101kg, resultando numa média de 74.54kg ($DP = 14.53$), uma altura mínima de 1.53m e uma altura máxima de 1.85m, resultando numa média de 1.70m ($DP = 0.08$). O IMC do GCo mínimo é de 14.36 e o máximo é de 34.60, resultando numa média de 25.55 ($DP = 3.97$).

Na Tabela 3 constam os valores alusivos à avaliação do esforço físico da amostra.

Tabela 3. Avaliação do esforço físico reportado pelos participantes.

	Grupo Clínico		Grupo da Comunidade	
	N	%	N	%
Esforço físico diário				
Sim	34	82.93	29	60.42
Não	7	17.07	19	39.58
Muitas horas sentado				
Sim	20	48.78	26	54.17
Não	21	51.22	22	45.83
Avaliação geral da saúde				
Má	1	2.44	-	-
Razoável	22	53.66	13	27.08
Boa	15	36.59	25	52.08
Muito boa	3	7.32	8	16.67
Excelente	-	-	2	4.17

Nota: N = Participantes; % = Percentagem.

Relativamente ao esforço físico diário, no GC, 34 participantes responderam que realizam ou já realizaram muito esforço físico diário (82.93%), enquanto 7 participantes responderam que não realizam ou já realizaram muito esforço físico diário (17.07%). Quanto a estar muitas horas sentado durante o dia, 21 participantes consideram não passar muitas horas sentados (51.22%) e 20 participantes consideram estar muitas horas sentados durante o dia (48.78%). Os 20 participantes que costumam estar sentados durante o dia, relataram passar em média 6.25h ($DP = 2.55$) sentados. Quanto às horas em pé, apenas responderam 36 participantes ao número de horas que costumam estar em pé durante o dia (87.80%), resultando numa média de 8.39h ($DP = 3.81$). Na avaliação geral da saúde, 22 participantes avaliaram a sua saúde como «razoável» (53.66%), 15 participantes avaliaram como «boa» (36.59%), 3 participantes avaliaram como «muito boa» (7.32%) e 1 participante avaliou como «má» (2.44%).

No GCo, 29 participantes responderam que realizam ou já realizaram muito esforço diário (60.42%), sendo que 19 participantes responderam que não (39.58%). 26 participantes consideram passar muitas horas sentados (54.17%) e 22 participantes consideram não passar

muitas horas sentados (45.83%). Sendo que as questões “*número de horas sentada*” e “*número de horas em pé*” eram respostas condicionadas pela questão anterior, apenas foram respondidas por 29 participantes (60.42%) e por 37 participantes (77.08%), respetivamente. O número de horas sentado resultou uma média de 6.48h ($DP = 2.44$), e o número de horas em pé resultou numa média de 6.03h ($DP = 3.40$). Na avaliação geral de saúde, 25 participantes avaliaram a sua saúde como «boa» (52.08%), 13 participantes avaliaram a sua saúde como «razoável» (27.08%), 8 participantes avaliaram a sua saúde como «muito boa» (16.67%) e 2 participantes avaliaram a sua saúde como «excelente» (4.17%).

Foram realizadas questões exclusivas ao GC alusivas à dor lombar, a descrição dessas questões encontra-se na Tabela 4.

Tabela 4. *Dados sociodemográficos do Grupo Clínico.*

	Grupo Clínico			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo
Anos de diagnóstico	11.95	10.08	1	39
Dias de trabalho perdidos	84.83	366.31	0	2190
	<i>N</i>		%	
Frequência da dor				
Alguns dias	16		39.02	
Maioria dos dias	14		34.15	
Todos os dias	11		26.83	
Local predominante da dor				
Fundo das costas	19		46.34	
Meio das costas (dorsal)	4		9.76	
Pescoço (cervical)	4		9.76	
Fundo das costas e pescoço	6		14.63	
Meio das costas e pescoço	4		9.76	
Fundo das costas, meio das costas e pescoço	4		9.76	

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *N* = Participantes; % = Percentagem.

De acordo com as questões do QSD específicas para o GC, o mínimo de anos que os participantes foram diagnosticados com lombalgia foi 1 ano, e o máximo foi 39 anos, resultando numa média de 11.95 anos ($DP = 10.10$).

Quanto à frequência da dor, 16 participantes referiram sentir dor «Alguns Dias» (39.02%), 14 participantes referiram sentir dor na «Maioria dos Dias» (34.15%) e 11 participantes referiram sentir dor «Todos os Dias» (26.83%).

Relativamente à predominância da dor, 19 participantes referiram que é no fundo das costas (46.34%), 6 participantes referiram que é no fundo das costas e no pescoço (14.63%), 4 participantes referiram que é a meio das costas (i.e., na dorsal) (9.76%), 4 participantes referiram que é a dor no pescoço (i.e., na cervical) (9.76%), 4 participantes referiram que é a meio das costas (dorsal) e no pescoço (cervical) (9.76%) e 4 participantes referiram que a dor é no fundo das costas, no meio das costas (dorsal) e no pescoço (cervical) (9.76%).

No que concerne aos dias de trabalho perdidos devido à dor lombar, as respostas variaram entre 0 (zero) dias e 2190 dias (aproximadamente 6 anos), originando uma média de 84.83 dias ($DP = 366.31$).

Na Escala Numérica de Dor (EN) foi pedido que os participantes avaliassem o nível de intensidade de dor, sendo que 0 (zero) seria o equivalente à Dor Mínima e 10 o equivalente à Dor Máxima. As respostas variaram entre os níveis 2 e 9, com uma média de 5.63 ($DP = 1.827$). 12 participantes avaliaram com o nível 7 da EN da Dor (29.27%), 8 participantes avaliaram com o nível 4 da EN da Dor (19.51%), 5 participantes avaliaram com o nível 3 da EN da Dor (12.20%), 5 participantes avaliaram com o nível 5 da EN da Dor (12.51%), 5 participantes avaliaram com o nível 8 da EN da Dor (12.20%), 4 participantes avaliaram com o nível 6 da EN da Dor (9.76%), 1 participante avaliou com o nível 2 da EN da Dor (2.44%) e 1 participante avaliou com o nível 9 da EN da Dor (2.44%).

A Tabela 5 apresenta a descrição dos problemas associados à dor do GC.

Tabela 5. *Dados sociodemográficos do Grupo Clínico (continuação).*

	Grupo Clínico			Grupo Clínico	
	N	%		N	%
Problemas associados à dor			Outros problemas associados à dor		
Traumatismo da região lombar	1	2.44	Acidente de trabalho	1	2.44
Fratura da vértebra lombar	1	2.44	Défice de crescimento	1	2.44
Doença inflamatória	7	17.07	Doença de disco	2	4.88
Hérnia discal lombar	14	34.15	Escoliose	3	7.32
Hérnia discal lombar e outro	6	14.63	Esforço físico	3	7.32
Traumatismo, fratura e hérnia	1	2.44	Gravidez	1	2.44
Traumatismo e hérnia	1	2.44	Má postura	1	2.44
Outro	10	24.39	Movimentos repetitivos	1	2.44
			Queda	1	2.44
			Stress	2	4.88

Nota: N = Participantes; % = Percentagem.

No que diz respeito à causa da dor lombar, 14 participantes afirmaram sofrer de uma hérnia discal lombar (34.15%) e 6 participantes afirmaram ser uma hérnia discal lombar e outro problema (14.63%), 7 participantes afirmaram sofrer de uma doença inflamatória (17.07%), sendo estas as principais causas da dos lombar dos participantes. 10 participantes assinalaram que a causa da dor lombar se devia a outros problemas (24.39%), sendo que 3 participantes consideraram o esforço físico (7.32%), 3 participantes consideraram a Escoliose (7.32%), 2 participantes consideraram a Doença de Disco (4.88%) e 2 participantes consideraram o stress (4.88%).

A Tabela 6 apresenta os últimos dados abordados no QSD, isto é, antecedentes familiares e altura do dia em que o participante sentia mais dor.

Tabela 6. *Dados sociodemográficos do Grupo Clínico (continuação).*

	Grupo Clínico	
	N	%
Antecedentes familiares		
Sim	25	60.98
Não	16	39.02
Familiares		
Mãe	11	26.83
Pai	5	12.20
Irmãos	5	12.20
Pais e irmãos	2	4.88
Avós e tios	1	2.44
Pais e avós	1	2.44
Altura do dia com mais dor		
Manhã	4	9.76
Tarde	5	12.20
Final do dia	14	34.15
Noite	7	17.07
Todo o dia	6	14.63
Manhã e noite	3	7.32
Manhã e final do dia	2	4.88

Nota: N = Participantes; % = Percentagem.

Quanto aos antecedentes familiares, 25 participantes do GC afirmaram ter algum familiar direto com algum dos problemas acima mencionados (60.98%), 16 participantes mencionaram que não (39.02%). 11 participantes mencionaram a mãe (26.83%), 5 participantes mencionaram o pai (12.20%), 5 participantes mencionaram os irmãos (12.20%), 2 participantes

mencionaram os pais e os irmãos (4.88%), 1 participante mencionou serem os pais e os avós (2.44%) e 1 participante mencionou serem os avós e os tios (2.44%).

Quanto à altura do dia em que sentem mais dor, 14 participantes afirmam ser ao final do dia (34.15%), 7 participantes afirmaram ser à noite (17.07%), 6 participantes afirmaram sentir dor durante o dia todo (14.63%), 5 participantes afirmam ser no período da tarde (12.20%), 4 participantes afirmaram ser no período da manhã (9.76%), 3 participantes afirmaram ser no período da manhã e no da noite (7.07%) e 2 participantes afirmaram sentir mais dor de manhã e ao final do dia (4.88%).

Por último, foi pedido que os participantes caracterizassem as seguintes ações quanto à intensidade da dor: dobrar-se, evacuar, caminhar, fazer exercício, carregar pesos e estar deitado. 13 participantes caracterizaram a ação «dobrar-se» como uma dor ligeira (31.71%), 11 participantes caracterizaram como uma dor moderada (26.83%), 8 participantes caracterizaram como uma dor intensa (19.51%), 5 participantes caracterizaram como uma dor mínima (12.20%) e 4 participantes caracterizaram como uma dor incapacitante (9.76%). Quanto a «Evacuar», 35 participantes caracterizaram como uma dor mínima (85.37%), 3 participantes caracterizaram como uma dor moderada (7.32%), 1 participante caracterizou como uma dor ligeira (2.44%), 1 participante caracterizou como uma dor intensa (2.44%) e 1 participante caracterizou como uma dor incapacitante (2.44%). A ação de «caminhar» foi caracterizada por 15 participantes como uma dor ligeira (36.59%), por 12 participantes como uma dor mínima (29.27%), por 10 participantes como uma dor moderada (24.39%), por 3 participantes como uma dor intensa (7.32%) e por 1 participante como uma dor incapacitante (2.44%). Para 14 dos participantes, a ação «fazer exercício» foi caracterizada como dor moderada (34.15%), para 10 participantes como uma dor ligeira (24.39%), para 9 participantes como uma dor intensa (21.95%) e para 8 participantes causa uma dor mínima (19.51%). «Carregar pesos» foi caracterizado como uma dor intensa para 19 participantes (46.34%), 14 participantes caracterizaram como uma dor moderada (34.15%), 4 participantes caracterizaram como uma dor incapacitante (9.76%), 3 participantes caracterizaram como uma dor ligeira (7.32%) e 1 participante caracterizou como uma dor mínima (2.44%). Por fim, «estar deitado», para 14 participantes foi caracterizado como uma dor ligeira (34.15%), para 10 participantes foi caracterizado como uma dor moderada (24.39%), para 10 participantes foi caracterizado como uma dor intensa (24.39%), para 6 participantes foi caracterizado como uma dor mínima (14.63%) e para 1 participante foi caracterizado como uma dor incapacitante (2.44%).

3.2- Correlações entre os instrumentos e as variáveis sociodemográficas

De seguida, passou-se à análise das correlações. Para realizar a correlação entre os resultados obtidos nos instrumentos foi utilizado o método de *Pearson*. De acordo com Marôco (2018) as correlações podem ser de intensidade fraca ($p < .25$), moderada ($p > .25$ e $< .50$), forte ($p > .50$ e $< .75$) ou muito forte ($p > .75$) e de direção positiva ou negativa.

Em primeiro lugar, correlacionou-se o total do RMDQ, ou seja, a ICL com as características sociodemográficas da amostra. O grupo de questões do tópico 12 do QSD dirigiam-se, apenas, aos participantes com diagnóstico de lombalgia (GC), pelo que estas questões não foram analisadas nos participantes avaliados no contexto da comunidade (GCo), sem diagnóstico de lombalgia.

A Tabela 7 apresenta os valores obtidos através da correlação de *Pearson*, entre o total do RMDQ e as características sociodemográficas dos dois grupos da amostra.

Tabela 7. Correlações entre o Questionário de Incapacidade de Roland Morris e as características sociodemográficas da amostra.

	Total	GC	GCo
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Idade	.21	.09	.10
Peso	.14	.13	.25
Altura	.05	.10	.16
IMC	.14	.10	.23
Nº de horas sentado/dia	-.02	.20	-.28
Nº de horas em pé/dia	.10	-.11	-.13
Nº dias de trabalho perdidos	-	.44**	-
Intensidade da dor	-	.31*	-
Intensidade da dor ao dobrar-se	-	.35*	-
Intensidade da dor ao evacuar	-	.35*	-
Intensidade da dor ao caminhar	-	.50**	-
Intensidade da dor ao fazer exercício	-	.34*	-
Intensidade da dor ao carregar pesos	-	.49**	-
Intensidade da dor ao estar deitado	-	.39*	-

Nota: GC = Grupo clínico; GCo = Grupo da comunidade; *r* = Coeficiente de correlação de *Pearson*; ** $p < .01$; * $p < .05$; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Relativamente à ICL, medida através do RMDQ, foram encontradas oito correlações significativas de direção positiva, com relação de proporcionalidade direta, e de intensidade moderada, entre a ICL e a intensidade da dor (medida pela EN da dor) ($r = .31$; $p < .05$), entre a ICL e a intensidade da dor ao praticar exercício físico ($r = .34$; $p < .05$), entre a ICL e a intensidade da dor ao dobrar-se ($r = .35$; $p < .05$), entre a ICL e a intensidade da dor ao evacuar

($r = .35$; $p < .05$), entre a ICL e a intensidade da dor ao estar deitado ($r = .39$; $p < .05$), entre a ICL e a questão do QSD “*Quantos dias de trabalho perdeu devido à dor lombar?*” ($r = .44$; $p < .01$), entre a ICL e a intensidade da dor ao carregar pesos ($r = .49$; $p < .01$), e entre a ICL e a intensidade da dor ao caminhar ($r = .50$; $p < .01$). Não foram encontradas correlações significativas entre o RMDQ e estas variáveis no GCo. Também não foram encontradas correlações significativas nas restantes variáveis.

De seguida, procedeu-se à análise das correlações dos instrumentos de avaliação do domínio emocional (i.e., EPQ-R e respetivas escalas, N, E, P e L, e a SWLS). A Tabela 8 apresenta os valores obtidos através da correlação de *Pearson*, entre o total da escala de Neuroticismo com o total da amostra, com o GC e com o GCo.

Tabela 8. *Correlações entre o Neuroticismo e as características sociodemográficas da amostra.*

	<i>Total</i>	<i>GC</i>	<i>GCo</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Nº de horas sentado/dia	.13	.39	-.02
Nº de horas em pé/dia	.16	-.02	.15
Nº dias de trabalho perdidos	-	.12	-
Intensidade da dor (EN)	-	.03	-
Intensidade da dor ao dobrar-se	-	.21	-
Intensidade da dor ao evacuar	-	.10	-
Intensidade da dor ao caminhar	-	.16	-
Intensidade da dor ao fazer exercício	-	.27	-
Intensidade da dor ao carregar pesos	-	.10	-
Intensidade da dor ao estar deitado	-	.32*	-

Nota: GC = Grupo clínico; GCo = Grupo da comunidade; r = Coeficiente de correlação de *Pearson*; ** $p < .01$; * $p < .05$; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Quanto às correlações realizadas com a escala do Neuroticismo, foi encontrada uma correlação significativa de direção positiva, de intensidade moderada, entre o Neuroticismo e a intensidade da dor ao estar deitado ($r = .32$; $p < .05$). No GCo não foram encontradas correlações significativas com a escala de Neuroticismo. Também não foram encontradas correlações significativas nas restantes variáveis.

Seguiu-se a análise das correlações da escala de L do EPQ-R com a idade no total da amostra, no GC e no GCo; os resultados encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9. Correlações entre a Desejabilidade Social / Mentira e a idade.

	Total	GC	GCo
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Idade	.48**	.47**	.44**

Nota: GC = Grupo clínico; GCo = Grupo da comunidade; *r* = Coeficiente de correlação de *Pearson*; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Foram encontradas correlações significativas de direção positiva e de intensidade moderada, entre a escala de L do EPQ-R e a idade, nomeadamente entre o total da amostra e a idade ($r = .48$; $p < .01$), entre o GC e a idade ($r = .47$; $p < .01$) e entre o GCo e a idade ($r = .44$; $p < .01$).

Na Tabela 10 encontram-se os resultados das correlações entre os totais da SWLS e a as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 10. Correlações entre a Escala de Satisfação com a Vida e as características sociodemográficas da amostra.

	Total	GC	GCo
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Nº de horas sentado/dia	-.30*	-.45*	-.28
Nº de horas em pé/dia	-.03	.21	-.14
Nº dias de trabalho perdidos	-	-.18	-
Intensidade da dor (EN)	-	-.03	-
Intensidade da dor ao dobrar-se	-	-.32*	-
Intensidade da dor ao evacuar	-	.02	-
Intensidade da dor ao caminhar	-	-.19	-
Intensidade da dor ao fazer exercício	-	-.28	-
Intensidade da dor ao carregar pesos	-	-.16	-
Intensidade da dor ao estar deitado	-	-.21	-

Nota: GC = Grupo clínico; GCo = Grupo da comunidade; *r* = Coeficiente de correlação de *Pearson*; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Foram encontradas correlações significativas de direção negativa e de intensidade moderada, entre o total da amostra e a questão “*Costuma estar muitas horas sentado/a durante o dia? Se sim quantas?*” ($r = -.30$; $p < .05$), entre o GC e a intensidade da dor ao dobrar-se ($r = -.32$; $p < .05$) e, também, entre o GC e a mesma questão ($r = -.45$; $p < .05$). Não foram encontradas correlações significativas nas restantes variáveis.

Os instrumentos que medem o desempenho cognitivo foram correlacionados apenas com a variável idade, e os resultados encontram-se na Tabela 11.

Tabela 11. Correlações entre o total dos instrumentos que medem o desempenho cognitivo e a idade.

	Idade		
	<i>Total</i>	<i>GC</i>	<i>GCo</i>
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
TMT A	.34**	.30	.37*
TMT B	.44**	.37*	.47**
MoCA Atenção	-.03	.17	-.21
MoCA Orientação	.01	. ^a	-.02
MoCA Visuoespacial	-.34**	-.29	-.34*
MoCA Linguagem	-.27*	-.24	-.23
MoCA Abstração	.13	-.02	.17
MoCA Evocação Diferida	-.33**	-.34*	-.28
MoCA Total	-.36**	-.30	-.36*

Nota: GC = Grupo clínico; GCo = Grupo da comunidade; *r* = Coeficiente de correlação de *Pearson*; TMT = *Traik Making Test*; MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*; .^a = Não foi possível calcular porque a variável é uma constante; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Relativamente ao TMT A, foram encontradas correlações significativas de direção positiva, de intensidade moderada, entre o total da amostra e a idade ($r = .34$; $p < .01$), e entre o GCo e a idade ($r = .37$; $p < .05$). No TMT B, foram encontradas correlações de direção positiva, de intensidade moderada, entre o GC e a idade ($r = .37$; $p < .05$), entre o total da amostra e a idade ($r = .44$; $p < .01$) e entre o GCo e a idade ($r = .47$; $p < .01$). No domínio visuoespacial/executivo do MoCA foram encontradas correlações de direção negativa, de intensidade moderada, entre o total da amostra e entre a idade ($r = -.34$; $p < .01$), e entre o GCo e a idade ($r = -.34$; $p < .05$). No domínio da linguagem foi encontrada uma correlação, de direção negativa, de intensidade moderada entre o total da amostra e a idade ($r = -.27$; $p < .05$). No domínio da evocação diferida, foram encontradas correlações direção negativa, de intensidade moderada, entre o total da amostra e a idade ($r = -.33$; $p < .01$), e entre o GC e a idade ($r = -.34$; $p < .05$). Por fim, quanto ao total do MoCA, foram encontradas correlações direção negativa, de intensidade moderada, entre o total da amostra e a idade ($r = -.36$; $p < .01$), e outra entre o GCo e a idade ($r = -.36$; $p < .05$). Não foram encontradas correlações significativas nas restantes variáveis. Não foi possível calcular o coeficiente de correlação de *Pearson* para o domínio da Orientação do MoCA no GC porque a variável é uma constante.

3.3- Correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos

Foram analisadas as correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos, considerando a amostra total, o GC e o GCo (ver Tabela 12). Na amostra total, foi encontrada uma correlação significativa, de direção positiva e de intensidade muito forte entre o TMT B e o TMT A ($r = .76; p < .01$). Foram encontradas correlações significativas, de direção positiva e de intensidade forte, entre o total do MoCA e o domínio da Linguagem do MoCA ($r = .52; p < .01$), entre o total do MoCA e o domínio da Atenção do MoCA ($r = .62; p < .01$) e o total do MoCA e o domínio da Evocação Diferida do MoCA ($r = .72; p < .01$). Foram encontradas correlações significativas, de direção positiva e de intensidade moderada, entre o instrumento TMT A e a escala de L do EPQ-R ($r = .28, p < .01$), entre o instrumento TMT B e a escala de L do EPQ-R ($r = .33; p < .01$), entre a escala de N do EPQ-R e o RMDQ ($r = .35; p < .01$) e entre o total do MoCA e o domínio Visuoespacial do MoCA ($r = .42; p < .01$). As restantes correlações significativas foram de intensidade fraca.

Ainda no total da amostra, foram encontradas correlações significativas, de direção negativa e de intensidade moderada entre o domínio da Linguagem do MoCA e o RMDQ ($r = -.26; p < .05$), entre o domínio da Linguagem do MoCA e a escala de E do EPQ-R ($r = -.27; p < .05$), entre o domínio da Linguagem do MoCA e o TMT B ($r = -.28; p < .01$), entre o domínio da Linguagem do MoCA e a escala de L do EPQ-R ($r = -.30; p < .01$), entre o total do MoCA e a escala de L do EPQ-R ($r = -.30; p < .01$), entre o domínio Visuoespacial do MoCA e o TMT A ($r = -.31; p < .01$), entre o domínio Visuoespacial e o TMT B ($r = -.31; p < .01$), entre a escala de E do EPQ-R e a escala de N do EPQ-R ($r = -.32; p < .01$), entre o domínio da Linguagem do MoCA e o TMT A ($r = -.36; p < .01$), e entre a SWLS e a escala de N do EPQ-R ($r = -.34; p < .01$). As restantes correlações significativas foram de intensidade fraca.

Os valores correspondentes às correlações realizadas entre os instrumentos para o GC encontram-se acima da diagonal da Tabela 13.

Relativamente ao GC, foram encontradas correlações significativas, de direção positiva e de intensidade forte, entre o total do MoCA e o domínio da Atenção do MoCA ($r = .53; p < .01$), entre o total do MoCA e o domínio da Linguagem do MoCA ($r = .55; p < .01$), entre o TMT B e o TMT A ($r = .63; p < .01$) e entre o total do MoCA e o domínio da Evocação Diferida ($r = .73; p < .01$). Foram encontradas correlações significativas, de direção positiva e de intensidade moderada, entre o domínio da Abstração do MoCA e o RMDQ ($r = .31; p < .05$), e entre o TMT B e a escala de N do EPQ-R ($r = .35; p < .05$). Não foram observadas mais correlações significativas.

Foram encontradas correlações significativas, de direção negativa e de intensidade moderada, entre a SWLS e a escala de N do EPQ-R ($r = -.31$; $p < .05$), entre o domínio da Linguagem do MoCA e a escala de L do EPQ-R ($r = -.32$; $p < .05$), entre o domínio da Linguagem do MoCA e a escala de E do EPQ-R ($r = -.33$; $p < .05$), entre o total do MoCA e o TMT A ($r = -.37$; $p < .05$), entre o total do MoCA e a escala de E do EPQ-R ($r = -.39$; $p < .05$) e entre a SWLS e o domínio Visuoespacial do MoCA ($r = -.39$; $p < .05$). Não foram observadas mais correlações significativas.

Os valores correspondentes às correlações realizadas entre os instrumentos para o GCo encontram-se abaixo da diagonal na Tabela 13.

Quanto ao GCo, foi encontrada uma correlação significativa, de direção positiva e de intensidade muito forte, entre o TMT A e o TMT B ($r = .82$; $p < .01$). Foram encontradas correlações significativas, de direção positiva e de intensidade forte, entre o domínio Visuoespacial do MoCA e o total do MoCA ($r = .54$; $p < .01$), entre o domínio da Evocação Diferida do MoCA e o total do MoCA ($r = .70$; $p < .01$). Foram encontradas correlações significativas, de direção positiva e de intensidade moderada, entre o domínio da Atenção do MoCA e o domínio da Abstração do MoCA ($r = .29$; $p < .05$), entre a escala de L do EPQ-R e o TMT A ($r = .30$; $p < .05$), entre a escala de N do EPQ-R e o domínio da Abstração do MoCA ($r = .30$; $p < .05$), entre o domínio Visuoespacial do MoCA e o domínio da Atenção do MoCA ($r = .32$; $p < .05$), entre a escala de L do EPQ-R e o TMT B ($r = .40$; $p < .01$) e entre o domínio da Linguagem do MoCA e o total do MoCA ($r = .45$; $p < .01$). Não foram observadas mais correlações significativas.

Foram encontradas correlações significativas, de direção negativa e de intensidade forte, entre o TMT B e o total do MoCA ($r = -.51$; $p < .01$) e entre o TMT B e o domínio da Linguagem do MoCA ($r = -.56$; $p < .01$). Foram encontradas correlações significativas, de direção negativa e de intensidade moderada, entre a escala de N do EPQ-R e o TMT B ($r = -.29$; $p < .05$), entre o TMT B e o domínio da Atenção do MoCA ($r = -.30$; $p < .05$), entre a escala de N do EPQ-R e a escala de E do EPQ-R ($r = -.33$; $p < .05$), entre a escala de P do EPQ-R e o domínio da Abstração do MoCA ($r = -.35$; $p < .05$), entre a escala de N do EPQ-R e a escala de E do EPQ-R ($r = -.36$; $p < .05$), entre o TMT B e o domínio Visuoespacial do MoCA ($r = -.41$; $p < .01$), entre o TMT A e o total do MoCA ($r = -.42$; $p < .01$), entre o TMT A e o domínio da Linguagem do MoCA ($r = -.45$; $p < .01$) e entre o TMT A e o domínio Visuoespacial do MoCA ($r = -.46$; $p < .01$). Não foram observadas mais correlações significativas.

Tabela 12. Correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos para a Amostra Total.

	RMDQ	EPQ-R N	EPQ-R E	EPQ-R P	EPQ-R L	TMT A	TMT B	MoCA V	MoCA No	MoCA At	MoCA Li	MoCA Ab	MoCA ED	MoCA O	MoCA total	SWLS
RMDQ	-	.35**	-.04	.16	.14	.02	.13	-.25*	. ^a	.06	-.26*	.25*	-.22*	.04	-.20	-.17
EPQ-R N	-	-	-.32**	.21*	-.05	.01	.02	-.08	. ^a	.04	.05	.23*	.02	.18	.07	-.34**
EPQ-R E	-	-	-	-.01	.01	.18	.11	-.13	. ^a	-.04	-.27*	-.18	-.03	.14	-.18	.19
EPQ-R P	-	-	-	-	-.00	.07	-.01	-.14	. ^a	.09	-.10	-.18	.04	.08	-.04	.07
EPQ-R L	-	-	-	-	-	.28**	.33**	-.19	. ^a	-.07	-.30**	-.01	-.21*	-.08	-.30**	-.01
TMT A	-	-	-	-	-	-	.76**	-.31**	. ^a	-.23*	-.36**	-.17	-.15	.07	-.40	.11
TMT B	-	-	-	-	-	-	-	-.32**	. ^a	-.24*	-.28**	-.04	-.19	-.05	-.40	.06
MoCA V	-	-	-	-	-	-	-	-	. ^a	.08	.08	.02	.16	-.07	.42**	-.22*
MoCA No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a
MoCA At	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.18	.20	.13	.13	.62**	-.06
MoCA Li	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.02	.20	-.06	.52**	-.00
MoCA Ab	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.17	.21	.18	-.15
MoCA ED	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.02	.72**	.12
MoCA O	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.09	-.02
MoCA total	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-.04
SWLS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: r = Coeficiente de correlação de Pearson; ^a = Não foi possível calcular porque a variável é uma constante; RMDQ = *Questionário de Incapacidade de Roland Morris*; EPQ-R = *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista*; N = Neuroticismo; E = Extroversão; P = Psicoticismo; L = Desejabilidade Social/Mentira; TMT = *Trail Making Test*; MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*; MoCA_V = Visuoespacial/Executiva; MoCA_No = Nomeação; MoCA_At = Atenção; MoCA_Li = Linguagem; MoCA_Ab = Abstração; MoCA_ED = Evocação Diferida; MoCA_O = Orientação; SWLS = *Escala de Satisfação com a Vida*; ** $p < .01$; * $p < .05$; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Tabela 13. Correlações entre os resultados obtidos nos instrumentos para o Grupo Clínico e para o Grupo da Comunidade.

	RMDQ	EPQ-R N	EPQ-R E	EPQ-R P	EPQ-R L	TMT A	TMT B	MoCA V	MoCA No	MoCA At	MoCA Li	MoCA Ab	MoCA ED	MoCA O	MoCA total	SWLS
RMDQ	-	.17	.07	-.02	.06	-.05	.01	-.20	. ^a	.11	-.19	.31*	-.23	. ^c	-.17	.01
EPQ-R N	.22	-	-.25	.06	.06	.16	.35*	-.14	. ^a	.02	.12	-.00	.11	. ^c	.08	-.31*
EPQ-R E	-.08	-.36*	-	-.08	-.05	.16	.22	-.25	. ^a	-.13	-.33*	-.11	-.21	. ^c	-.39*	.13
EPQ-R P	.10	.21	.12	-	.14	.19	.18	-.28	. ^a	.11	-.10	-.08	-.06	. ^c	-.11	.19
EPQ-R L	-.18	-.33*	.10	-.28	-	.21	.13	-.12	. ^a	.04	-.32*	-.16	-.21	. ^c	-.28	.12
TMT A	-.05	-.13	.22	-.03	.30*	-	.63**	-.12	. ^a	-.22	-.26	-.31	-.17	. ^c	-.37*	.08
TMT B	.11	-.29*	.07	-.24	.40**	.82**	-	-.19	. ^a	-.16	.07	-.12	-.10	. ^c	-.19	.16
MoCA V	-.05	.14	-.07	.16	-.12	-.46**	-.41**	-	. ^a	-.12	-.04	.12	.05	. ^c	.27	-.39*
MoCA No	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a
MoCA At	.15	.11	.03	.10	-.14	-.25	-.30*	.32*	. ^a	-	.13	.13	.05	. ^c	.53**	-.00
MoCA Li	-.19	.17	-.26	.01	-.22	-.45**	-.56**	.14	. ^a	.23	-	.12	.23	. ^c	.55**	-.09
MoCA Ab	.15	.30*	-.20	-.35*	.00	-.14	-.04	.02	. ^a	.29*	.00	-	-.02	. ^c	.027	-.05
MoCA ED	-.05	.05	.10	.23	-.16	-.12	-.23	.23	. ^a	.20	.12	-.24	-	. ^c	.73**	-.00
MoCA O	-.07	.21	.20	.09	-.15	.08	-.08	-.08	. ^a	.20	-.06	.23	-.00	-	. ^c	. ^c
MoCA total	.00	.23	-.04	.15	-.25	-.42**	-.51**	.54**	. ^a	.73**	.45**	.20	.70**	.15	-	-.16
SWLS	-.01	-.21	.22	.09	.01	.20	.06	-.15	. ^a	-.17	-.02	-.17	.19	.02	-.04	-

Nota: Acima da diagonal = r do grupo clínico; Abaixo da diagonal = r do grupo da comunidade; r = Coeficiente de correlação de Pearson; ^a = Não foi possível calcular porque a variável é uma constante; RMDQ = *Questionário de Incapacidade de Roland Morris*; EPQ-R = *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista*; N = Neuroticismo; E = Extroversão; P = Psicoticismo; L = Desejabilidade Social/Mentira; TMT = *Trail Making Test*; MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*; MoCA_V = Visuoespacial/Executiva; MoCA_No = Nomeação; MoCA_At = Atenção; MoCA_Li = Linguagem; MoCA_Ab = Abstração; MoCA_ED = Evocação Diferida; MoCA_O = Orientação; SWLS = *Escala de Satisfação com a Vida*; ** $p < .01$; * $p < .05$; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

3.4- Comparações das médias considerando os dados sociodemográficos

De acordo com Marôco (2018), para comparar médias em variáveis com dois grupos utiliza-se o teste *t-student* e, deve ser calculado o *d* de *Cohen* para analisar a magnitude do efeito quando se verificam diferenças estatísticas significativas. Para comparar médias em variáveis com mais de dois grupos utiliza-se o teste *One-way ANOVA*.

Foram comparadas as médias obtidas pelos homens e pelas mulheres, relativamente à ICL (medida pelo RMDQ), no total da amostra e nos grupos GC e GCo, através do teste *t-student*. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 14.

Tabela 14. Comparação das médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente à *Incapacidade Causada pela Lombalgia*.

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
Total	3.28	4.16	3.86	4.89	-0.598	87	.551	-
GC	6.05	4.73	6.79	5.00	-0.490	39	.627	-
GCo	1.38	2.31	0.38	0.72	2.241	40.988	.031*	0.70

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; GC = Grupo Clínico; GCo = Grupo da Comunidade; *t* = teste *t-student*; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; *d* = *d* de *Cohen*; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Atendendo à média da pontuação total obtida no estudo de validação do RMDQ ($M = 9.68 \pm DP = 5.60$) de Monteiro et al. (2010), foi analisada a ICL no GC e no GCo, considerando os seguintes valores: a) os participantes com o total do RMDQ superior a 15.28 pontos ($M + 1 DP$) possuem ICL acima da média; b) os participantes com o total do RMDQ entre 15.28 e 4.08 pontos possuem ICL na média (valores que não excedem a medida do *DP*); c) os participantes com o total do RMDQ inferior a 4.08 pontos ($M - 1 DP$) possuem ICL abaixo da média. No GC, 1 participante possui ICL acima da média (2.44%), 25 participantes possuem ICL na média (60.98%) e 15 participantes possuem ICL abaixo da média (36.59%). No GCo, 4 participantes possuem ICL na média (8.33%) e 44 participantes possuem ICL abaixo da média (91.67%).

Conforme mostra a Tabela 14, no que se refere ao GCo, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo sexo masculino e pelo sexo feminino [$t = 2.241$; $df = 40.988$; $p < .05$; $d = 0.70$] (diferenças com magnitude de efeito forte), sendo que o sexo masculino possui uma média superior ($M = 1.38$; $DP = 2.31$) ao sexo feminino ($M = 0.38$; $DP = 0.72$).

Contudo, atendendo às médias, e mesmo sem terem sido verificadas diferenças significativas, é possível observar que no GC o sexo feminino possui uma média ligeiramente mais elevada no RMDQ ($M = 6.79$; $DP = 5.00$) que o sexo masculino ($M = 6.05$; $DP = 4.73$).

Não foram encontradas diferenças significativas relativamente às restantes variáveis.

Seguiu-se a comparação das médias obtidas relativamente à ICL, no GC e no GCo, considerando os grupos etários, o estado civil e as habilitações literárias, através da análise estatística *One-way ANOVA*. Os resultados dessa comparação estão representados na Tabela 15.

Tabela 15. *Comparação das médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilitações Literárias, relativamente à Incapacidade Causada pela Lombalgia.*

	Grupo clínico			Grupo da Comunidade		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Grupos etários	0.289	2	.751	0.384	2	.684
Estado civil	1.821	4	.146	2.030	3	.123
Habilitações literárias	0.616	3	.609	0.530	3	.664

Nota: *F* = valor do teste *One-way ANOVA*; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Não foram observadas diferenças estatísticas significativas, quer no GC, quer no GCo, relativamente à ICL.

De seguida, foram comparadas as médias obtidas pelo sexo masculino e feminino, relativamente à personalidade (medida pelo EPQ-R), nos grupos GC e GCo, através do teste *t-student*. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 16.

Tabela 16. Comparação das médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente à Personalidade.

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
GC								
EPQ-R N	13.32	6.21	14.68	5.23	-0.755	39	.455	-
EPQ-R E	11.00	4.51	11.21	4.47	-0.150	39	.882	-
EPQ-R P	1.23	1.07	1.05	1.35	0.462	39	.647	-
EPQ-R L	11.50	3.00	11.11	3.28	0.402	39	.690	-
GCo								
EPQ-R N	8.31	5.44	11.19	6.63	-1.605	46	.115	-
EPQ-R E	12.59	3.96	10.69	5.13	1.422	46	.162	-
EPQ-R P	0.78	1.01	0.25	0.77	2.019	37.966	.051	-
EPQ-R L	9.78	3.55	9.00	3.41	0.728	46	.470	-

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = teste t-student; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; *d* = *d* de Cohen; GC = Grupo Clínico; GCo = Grupo da Comunidade; EPQ-R = *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista*; N = Neuroticismo; E = Extroversão; P = Psicoticismo; L = Desejabilidade Social/Mentira; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Não foram observadas diferenças estatísticas significativas, quer no sexo masculino, quer no sexo feminino, relativamente à personalidade.

Seguiu-se a comparação das médias obtidas relativamente à personalidade (medida através do EPQ-R), no GC e no GCo, considerando os grupos etários, o estado civil e as habilitações literárias, através da análise estatística *One-way ANOVA*. Os resultados dessa comparação estão representados na Tabela 17.

Tabela 17. Comparação das médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilitações Literárias, relativamente à Personalidade.

	Grupo clínico			Grupo da Comunidade		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Grupos Etários						
EPQ-R N	1.515	2	.233	1.601	2	.213
EPQ-R E	0.895	2	.417	0.846	2	.436
EPQ-R P	0.567	2	.572	1.542	2	.225
EPQ-R L	8.349	2	.001**	5.476	2	.007**
Estado Civil						
EPQ-R N	1.937	4	.125	0.550	3	.651
EPQ-R E	0.464	4	.762	1.134	3	.346
EPQ-R P	2.105	4	.100	1.257	3	.258
EPQ-R L	1.562	4	.205	2.349	3	.085
Habilitações Literárias						
EPQ-R N	1.041	3	.386	1.294	3	.288
EPQ-R E	2.406	3	.083	0.405	3	.750
EPQ-R P	0.022	3	.995	0.084	3	.969
EPQ-R L	0.569	3	.288	2.912	3	.045

Nota: *F* = valor do teste *One-way ANOVA*; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; EPQ-R = *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista*; N = Neuroticismo; E = Extroversão; P = Psicoticismo; L = Desejabilidade Social/Mentira; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Quanto à escala de L, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GC considerando os grupos etários [*F* = 8.349, *df* = 2, *p* < .01]. De acordo com o teste de *Bonferroni*, estas diferenças situam-se entre o grupo etário dos 40-60 anos (*M* = 13.05; *DP* = 2.58) e o grupo etário dos 20-30 anos (*M* = 9.83; *DP* = 4.07), e entre o grupo etário dos 40-60 anos (*M* = 13.05; *DP* = 2.58) e o grupo etário dos 31-45 anos (*M* = 9.60; *DP* = 2.03).

Ainda sobre a escala de L, também existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GCo considerando os grupos etários [*F* = 5.476, *df* = 2, *p* < .01]. De acordo com o teste de *Bonferroni*, estas diferenças situam-se entre o grupo etário dos 46-60 anos (*M* = 11.38; *DP* = 3.93) e o dos 20-30 anos (*M* = 7.67; *DP* = 2.72).

Não foram encontradas diferenças significativas relativamente às restantes variáveis.

De seguida, foram comparadas as médias obtidas pelo sexo masculino e feminino, relativamente ao desempenho cognitivo, medido pelo TMT A & B e pelo MoCA, no GC e GCo, através do teste *t-student*. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 18.

Tabela 18. Comparação das médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente ao Desempenho Cognitivo (Totais do TMT e MoCA).

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
GC								
TMT A	45.04	13.95	41.22	16.28	0.809	39	.423	-
TMT B	101.85	32.84	108.58	48.36	-0.513	30.980	.612	-
MoCA	25.05	1.86	25.95	2.82	-1.188	30.445	.244	-
GCo								
TMT A	41.79	26.39	36.55	10.83	0.761	46	.451	-
TMT B	95.98	58.74	80.72	27.18	0.984	46	.330	-
MoCA	26.00	2.40	27.19	2.14	-1.676	46	.101	-

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = teste t-student; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; *d* = *d* de Cohen; GC = Grupo Clínico; GCo = Grupo da Comunidade; TMT = *Trail Making Test*; MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Não foram observadas diferenças estatísticas significativas, quer no sexo masculino, quer no sexo feminino, relativamente ao desempenho cognitivo medido através dos totais do TMT A, TMT B e MoCA.

Seguidamente, foram comparadas as médias obtidas pelo sexo masculino e feminino, relativamente ao desempenho cognitivo, medido através dos domínios do MoCA, nos grupos GC e GCo, através do teste *t-student*. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 19.

Tabela 19. Comparação das médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente ao Desempenho Cognitivo (domínios do MoCA).

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
GC								
V	4.45	0.67	4.37	0.76	0.385	39	.702	-
No	3.00	0.00	3.00	0.00	-	-	-	-
At	4.91	1.11	5.47	1.07	-1.650	39	.107	-
Li	2.36	0.90	2.58	0.69	-0.847	39	.402	-
Ab	1.86	0.35	1.89	0.35	-0.296	39	.769	-
ED	2.45	1.18	2.63	1.74	-0.375	31.042	.710	-
O	6.00	0.00	6.00	0.00	. ^b	. ^b	. ^b	-
GCo								
V	4.59	0.61	4.88	0.34	-2.035	45.362	.048	-
No	3.00	0.00	3.00	0.00	. ^b	. ^b	. ^b	-
At	5.25	0.95	5.31	1.01	-0.210	46	.835	-
Li	2.66	0.70	2.94	0.25	-2.027	43.031	.049*	-0.62
Ab	1.66	0.55	1.94	0.25	-2.448	45.811	.018*	-0.72
ED	2.84	1.44	3.19	1.28	-0.809	46	.423	-
O	6.00	0.00	5.94	0.25	1.000	15.000	.063	-

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = teste *t*-student; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; *d* = *d* de Cohen; GC = Grupo Clínico; GCo = Grupo da Comunidade; MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*, V = Visuoespacial/Executiva; No = Nomeação; At = Atenção; Li = Linguagem; Ab = Abstração; ED = Evocação Diferida; O = Orientação; .^b = impossível de calcular porque as médias são iguais nos dois grupos; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Relativamente ao domínio da Nomeação do MoCA, não foi possível calcular o valor do teste *t*-student porque a média no sexo masculino e no sexo feminino é igual.

Quanto ao GCo, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo sexo masculino e pelo sexo feminino no domínio da Linguagem [*t* = -2.448, *df* = 43.031, *p* < .05, *d* = -0.62] (diferenças com magnitude de efeito forte), sendo que o sexo feminino possui uma média superior (*M* = 2.94; *DP* = 0.25) ao sexo masculino (*M* = 2.66; *DP* = 0.77).

Foram encontradas, também, diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo sexo masculino e pelo sexo feminino no domínio da Abstração [*t* = -2.448, *df* = 45.811, *p* < .05, *d* = -0.72] (diferenças com magnitude de efeito forte), sendo que o sexo feminino possui uma média superior (*M* = 1.94; *DP* = 0.25) ao sexo masculino (*M* = 1.66; *DP* = 0.55).

Não foram encontradas diferenças significativas relativamente às restantes variáveis.

Seguiu-se a comparação das médias obtidas relativamente ao desempenho cognitivo, medido através dos totais dos instrumentos TMT A & B e MoCA, no GC e no GCo, considerando os grupos etários, o estado civil e as habilitações literárias, através da análise estatística *One-way ANOVA*. Os resultados dessa comparação estão representados na Tabela 20.

Tabela 20. Comparação das médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilitações Literárias, relativamente ao Desempenho Cognitivo (Totais do TMT e MoCA).

	Grupo clínico			Grupo da Comunidade		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
MoCA						
Grupos etários	3.138	2	.055	1.923	2	.158
Estado Civil	0.438	4	.780	0.380	3	.768
Hab. Literárias	2.189	3	.106	3.750	3	.017*
TMT A						
Grupos etários	2.809	2	.073	1.875	2	.165
Estado Civil	0.346	4	.845	1.810	3	.159
Hab. Literárias	1.839	3	.157	1.842	3	.153
TMT B						
Grupos etários	5.350	2	.009**	4.614	2	.015*
Estado Civil	0.384	4	.818	2.874	3	.047*
Hab. Literárias	2.260	3	.098	3.175	3	.033*

Nota: *F* = valor do teste One-way ANOVA; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; TMT = *Trail Making Test*; MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*. Hab. Literárias = Habilitações Literárias; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Quanto ao total do MoCA, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GCo considerando as habilitações literárias [*F* = 3.750, *df* = 3, *p* < .05]. De acordo com o teste de contraste de *Bonferroni*, estas diferenças situam-se entre o grupo Mestrado (*M* = 29.00; *DP* = 1.41) e o grupo Ensino Básico (*M* = 24.63; *DP* = 2.62).

Relativamente ao TMT B, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GC considerando os grupos etários [*F* = 5.350, *df* = 2, *p* < .01]. De acordo com o teste de *Bonferroni*, estas diferenças situam-se entre o grupo etário dos 46-60 anos (*M* = 124.01; *DP* = 33.50) e o dos 31-45 anos (*M* = 85.03; *DP* = 35.92).

Também no TMT B, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GCo considerando os grupos etários [$F = 4.614$, $df = 2$, $p < .05$]. De acordo com o teste de *Bonferroni*, estas diferenças situam-se entre o grupo etário dos 46-60 anos ($M = 120.47$; $DP = 73.05$) e o dos 20-30 anos ($M = 68.40$; $DP = 22.14$).

Ainda no TMT B, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GCo considerando o estado civil [$F = 2.874$, $df = 3$, $p < .05$] e entre as pontuações médias obtidas pelo GCo considerando as habilitações literárias [$F = 3.175$, $df = 3$, $p < .05$]. Contudo, não foi possível identificar entre quais os grupos se verificaram essas diferenças com o recurso ao teste de *Bonferroni*.

Não foram encontradas diferenças significativas relativamente às restantes variáveis.

Seguiu-se a comparação das médias obtidas relativamente ao desempenho cognitivo, medido através dos domínios do MoCA, no GC e no GCo, considerando os grupos etários, o estado civil e as habilitações literárias, através da análise estatística *One-way ANOVA*. Os resultados dessa comparação estão representados na Tabela 21.

Tabela 21. Comparação das médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilidades Literárias, relativamente ao desempenho cognitivo (domínios do MoCA).

	Grupo clínico			Grupo da Comunidade		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
V						
Grupos etários	2.849	2	.070	2.033	2	.143
Estado Civil	0.445	4	.775	2.143	3	.108
Hab. Literárias	1.211	3	.319	1.112	3	.354
At						
Grupos etários	0.585	2	.562	1.388	2	.143
Estado Civil	0.849	4	.504	0.235	3	.872
Hab. Literárias	1.756	3	.172	1.044	3	.382
Li						
Grupos etários	3.302	2	.048*	1.306	2	.281
Estado Civil	0.749	4	.565	0.876	3	.461
Hab. Literárias	0.638	3	.595	4.253	3	.010**
Ab						
Grupos etários	0.474	2	.626	1.260	2	.293
Estado Civil	1.278	4	.297	1.492	3	.230
Hab. Literárias	0.192	3	.901	0.937	3	.431
ED						
Grupos etários	1.825	2	.175	0.815	2	.449
Estado Civil	1.450	4	.238	0.064	3	.978
Hab. Literárias	2.297	3	.094	1.982	3	.131
O						
Grupos etários	. ^b	. ^b	. ^b	0.908	2	.411
Estado Civil	. ^b	. ^b	. ^b	0.347	3	.791
Hab. Literárias	. ^b	. ^b	. ^b	0.226	3	.878

Nota: *F* = valor do teste *One-way ANOVA*; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*, V = Visuoespacial/Executiva; No = Nomeação; At = Atenção; Li = Linguagem; Ab = Abstração; ED = Evocação Diferida; O = Orientação. Hab. Literárias = Habilidades Literárias; .^b = impossível de calcular porque as médias são iguais nos dois grupos; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

No domínio da Linguagem, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GCo considerando as habilidades literárias [*F* = 4.253; *df* = 3, *p* < .01]. Segundo o teste de *Bonferroni*, esta diferença encontra-se entre o grupo do Ensino Profissional (*M* = 2.39; *DP* = 0.78) e o grupo do Ensino Básico (*M* = 2.43; *DP* = 0.94).

No domínio da Linguagem, existem também diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GC considerando os grupos etários [$F = 3.302$, $df = 2$; $p < .05$]. Contudo, não foi possível identificar entre quais os grupos se verificaram essas diferenças com o recurso ao teste de *Bonferroni*.

Relativamente ao GC, quanto ao domínio da Orientação do MoCA, não foi possível calcular o valor do teste *One-way ANOVA* porque a média é igual quer nos grupos etários, quer no estado civil, quer nas habilitações literárias.

Não foram encontradas diferenças significativas relativamente às restantes variáveis.

Por último, foram comparadas as médias obtidas pelo sexo masculino e feminino, relativamente à satisfação com a vida (medida pela SWLS), nos grupos GC e GCo, através do teste *t-student*. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 22.

Tabela 22. Comparação de médias obtidas pelos homens e pelas mulheres relativamente à Satisfação com a Vida.

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
GC	25.23	4.58	21.74	4.40	2.028	39	.049*	0.65
GCo	26.81	3.91	25.88	4.54	0.676	46	.462	-

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = teste *t-student*; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; *d* = valor de *Cohen*; GC = Grupo Clínico; GCo = Grupo da Comunidade; *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Quanto ao GC, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo sexo masculino e feminino [$t = 2.028$, $df = 39$, $p = .049$, $d = 0.649$] (diferenças com magnitude de efeito forte), sendo que o sexo masculino possui uma média superior ($M = 25.23$; $DP = 4.58$) ao sexo feminino ($M = 21.74$; $DP = 4.40$), ou seja, a satisfação com a vida no GC é mais elevada no sexo masculino.

Não foram encontradas diferenças significativas relativamente às restantes variáveis.

Por último, procedeu-se à comparação das médias obtidas relativamente à satisfação com a vida, no GC e no GCo, considerando os grupos etários, o estado civil e as habilitações literárias, através da análise estatística *One-way ANOVA*. Os resultados dessa comparação estão representados na Tabela 23.

Tabela 23. Comparação de médias obtidas, considerando os Grupos Etários, o Estado Civil e as Habilitações Literárias, relativamente à Satisfação com a Vida.

	Grupo clínico			Grupo da Comunidade		
	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Grupos Etários	9.603	2	.000***	0.007	2	.993
Estado civil	2.590	4	.053*	1.046	3	.382
Habilitações literárias	3.487	3	.025*	0.470	3	.705

Nota: *F* = valor do teste One-way ANOVA; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Quanto à satisfação com a vida, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GC considerando os grupos etários [*F* = 9.603, *df* = 2, *p* < .001]. De acordo com o teste de *Bonferroni*, as diferenças encontram-se entre o grupo etário dos 31-45 anos (*M* = 24.27; *DP* = 4.06) e o dos 20-30 anos (*M* = 15.83; *DP* = 6.01), e entre o grupo etário dos 46-60 anos (*M* = 25.45; *DP* = 4.88) e o dos 20-30 anos (*M* = 15.83; *DP* = 6.01).

Existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GC considerando o estado civil [*F* = 2.590, *df* = 4, *p* < .05] e, também existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GC considerando as habilitações literárias [*F* = 3.487, *df* = 3, *p* < .05]. Contudo, não foi possível identificar entre quais os grupos se verificaram essas diferenças com o recurso ao teste de *Bonferroni*.

Não foram encontradas diferenças significativas relativamente ao GCo.

3.5- Comparações das médias entre os grupos considerando os resultados nos instrumentos

Por meio do teste *t-student*, e tendo em conta o valor mínimo de significância *p* < .05, foi comparado o nível de ICL, medido através do RMDQ, entre os participantes do GC e do GCo. Foram também realizadas comparações entre o GC e o GCo considerando as dimensões de personalidade e a satisfação com a vida, medidas através das escalas do EPQ-R e da SWLS, e o nível de desempenho cognitivo, medido através do TMT A, TMT B, e de todos os domínios do MoCA e respetivo total.

Os resultados obtidos na comparação das médias entre os participantes com diagnóstico de lombalgia e os participantes saudáveis estão representados na Tabela 24.

Tabela 24. Comparação das pontuações médias obtidas nos instrumentos entre o Grupo Clínico e o Grupo da Comunidade.

	GC		GCo		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				
RMDQ	6.39	4.81	1.04	1.98	6.661	51.498	.000***	1.86
EPQ-R N	13.95	5.74	9.27	5.95	3.758	87	.000***	0.81
EPQ-R E	11.10	4.44	11.96	4.42	-0.914	87	.363	-
EPQ-R P	1.15	1.20	.60	0.96	2.371	87	.020*	0.51
EPQ-R L	11.32	3.10	9.52	3.49	2.547	87	.013*	0.55
TMT A	43.27	15.00	40.04	22.43	0.784	87	.435	-
TMT B	104.97	40.37	90.90	50.64	1.432	87	.156	-
MoCA V	4.41	0.71	4.69	0.55	-2.006	75.194	.048*	-0.46
MoCA At	5.17	1.12	5.27	0.96	-0.455	87	.651	-
MoCA Li	2.46	0.81	2.75	0.60	-1.869	72.846	.066	-
MoCA Ab	1.88	0.33	1.75	0.48	1.473	83.280	.144	-
MoCA ED	2.54	1.45	2.96	1.38	-1.402	87	.165	-
MoCA O	6.00	0.00	5.98	0.14	0.923	87	.358	-
MoCA Total	25.46	2.37	26.40	2.36	-1.856	87	.067	-
SWLS	23.61	5.71	26.50	4.11	-2.770	87	.009**	-0.59

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *t* = teste *t*-student; *df* = graus de liberdade; *p* = valor de significância; *d* = *d* de Cohen; RMDQ = *Questionário de Incapacidade de Roland Morris*; EPQ-R = *Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista*; N = Neuroticismo; E = Extroversão; P = Psicoticismo; L = Desejabilidade Social/Mentira; TMT = *Trail Making Test*; MoCA = *Montreal Cognitive Assessment*; MoCA_V = Domínio Visuoespacial/Executiva; MoCA_At = Domínio da Atenção; MoCA_Li = Domínio da Linguagem; MoCA_Ab = Domínio da Abstração; MoCA_ED = Domínio da Evocação Diferida; MoCA_O = Domínio da Orientação; SWLS = *Escala de Satisfação com a Vida*; ****p* < .001; ***p* < .01; **p* < .05; Os valores significativos estão assinalados a negrito.

Como mostra a tabela, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GC e pelo GCo quanto à ICL [*t* = 6.661, *df* = 51.50, *p* < .001, *d* = 1.86] (diferenças com magnitude do efeito muito forte), sendo que o GC possui uma média superior (*M* = 6.39; *DP* = 4.81) ao GCo (*M* = 1.04; *DP* = 1.98), ou seja, o nível de ICL no GC é superior.

Quanto ao Neuroticismo, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GC e pelo GCo [*t* = 3.758, *df* = 87, *p* < .001, *d* = 0.81] (diferenças com magnitude de efeito forte), sendo que o GC possui uma média superior (*M* = 13.95; *DP* = 5.74) ao GCo (*M* = 9.27; *DP* = 5.95), ou seja, o nível de Neuroticismo no GC é superior.

Relativamente ao Psicoticismo, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas entre estes grupos [*t* = 2.371, *df* = 87, *p* < .05, *d* = 0.51] (diferenças

com magnitude de efeito forte), sendo que o GC possui uma média superior ($M = 1.15$; $DP = 1.20$) ao GCo ($M = .60$; $DP = 0.96$), ou seja, o nível de Psicoticismo no GC é superior.

No que diz respeito à Desejabilidade Social/Mentira, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas entre estes grupos [$t = 2.547$, $df = 87$, $p < .05$, $d = 0.55$] (diferenças com magnitude de efeito forte), sendo que o GC possui uma média superior ($M = 11.32$; $DP = 3.10$) ao GCo ($M = 9.52$; $DP = 3.49$), ou seja, o nível de Desejabilidade Social/Mentira também é superior no GC.

Na SWLS, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas entre os grupos [$t = -2.770$, $df = 87$, $p < .01$, $d = -0.594$] (diferenças com magnitude de efeito forte), sendo que o GCo possui uma média superior ($M = 26.50$; $DP = 4.11$) ao GC ($M = 23.61$; $DP = 5.71$), ou seja, o nível de satisfação com a vida é superior no GCo.

No que concerne ao domínio Visuoespacial/Executiva do MoCA, existem diferenças estatísticas significativas entre as pontuações médias obtidas pelo GC e pelo GCo [$t = -0.455$, $df = 87$, $p < .05$, $d = -0.46$] (diferenças com magnitude de efeito médio), sendo que o GCo possui uma média superior ($M = 4.69$; $DP = 0.55$) ao GC ($M = 4.41$; $DP = 0.71$), ou seja, a capacidade visuoespacial e executiva é superior no GCo.

Atendendo a que o TMT A & TMT B é medido em segundos/milésimos de segundo, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatísticas significativas com o teste *t-student*, é possível observar que o GCo demorou bastante menos tempo (aproximadamente menos 14 segundos em média) do que o GC a realizar a tarefa do TMT B, o que parece revelar um melhor desempenho por parte do GCo (ainda que o teste estatístico não evidencie estas diferenças).

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas relativamente às restantes variáveis.

IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

4.1- Discussão

O principal objetivo do presente estudo consistiu em analisar as associações entre a incapacidade causada pela lombalgia (RMDQ), tanto com as dimensões da personalidade medidas pelo EPQ-R (N, E, P e L), como com o desempenho cognitivo medido pelo TMT A & TMT B e pelo MoCA, e também com a satisfação com a vida medida pela SWLS, em jovens e adultos ativos (entre os 20 e os 60 anos de idade). Foram por isso elaboradas sete hipóteses para uma melhor estruturação e análise dos resultados.

De acordo com a literatura, a dor e a incapacidade são os sintomas mais importantes na lombalgia (Koes et al., 2006), esta pode revelar uma disfunção músculo-esquelética (Key, 2010), e, de acordo com Mineiro et al. (2006) uma das causas da dor e de incapacidade é a degeneração e a perda das características viscoelásticas do disco intervertebral IV da coluna vertebral. Contudo a dor crónica também afeta significativamente o desempenho cognitivo dos indivíduos (Baker et al., 2017), e influencia negativamente a satisfação com a vida (Fugl-Meyer, 2002). Já o Neuroticismo é uma dimensão da personalidade que deve ser considerada no tratamento dos doentes com lombalgia (Elgaeva et al., 2023; Feist et al., 2015).

Hipótese 1 – Espera-se que os participantes com diagnóstico de lombalgia possuam um nível maior de incapacidade, medido através do RMDQ, em comparação com os participantes saudáveis

A primeira hipótese foi testada através da comparação das médias entre o GC e o GCo, considerando os totais do RMDQ (teste *t-student*). Foram verificadas diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($t = 6.661$, $p < .001$), onde o GC registou uma média superior de ICL, mostrando assim que o nível de ICL é superior no GC (Ver Tabela 24).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2017), a dor crónica é um dos principais problemas causadores de sofrimento físico e psicológico no indivíduo, retirando-lhe também qualidade de vida, capacidades, vida social e recursos socioeconómicos. Afeta a sociedade como um todo, devido aos elevados custos nos cuidados de saúde e à falta de produtividade (Moisieienko et al., 2022). Neste sentido, e atendendo às características sociodemográficas, foram também observadas correlações significativas de direção positiva e de intensidade moderada entre a ICL e o nº de dias de trabalho perdidos ($r = .41$), a intensidade da dor avaliada através da EN da Dor, e a intensidade da dor ao dobrar-se ($r = .35$), evacuar ($r = .35$), caminhar ($r = .50$), fazer exercício físico ($r = .34$), carregar pesos ($r = .49$) e estar deitado ($r = .39$). Ou seja, a intensidade da dor tende a aumentar quando se verifica um aumento da ICL (ver Tabela

7), indo ao encontro do que já foi mencionado anteriormente e que tem sido evidenciado em diversos estudos realizados nesta área (Aminde et al., 2020; Konno & Sekiguchi, 2018; Moriki et al., 2023).

Segundo Will et al. (2018), a lombalgia mecânica pode ser causada por fortes traumatismos ou por diversos traumatismos na mesma região, estando relacionada com patologias como a hérnia discal e a espondilose lombar. E no presente estudo, 22 participantes (em 41 do GC, 53.66%) mencionaram a hérnia discal como um problema associado ao seu problema de lombalgia, ou a par de outros problemas associados como esforço físico (7.32%), escoliose (7.32%), stress (4.88%) ou queda (2.44%) (ver Tabela 5).

A faixa etária mais comum onde epidemiologicamente são registados casos de lombalgia é entre os 35 e os 50 anos, sendo o sexo feminino o grupo que mais padece deste sintoma (Hooshmand et al., 2022; Manfrè & Goethem, 2020; Mattiuzzi et al., 2020; Martins, 2006). Neste estudo, o grupo etário que registou mais participantes com diagnóstico de lombalgia foi o grupo etário dos 31 aos 45 anos (36.59%) (ver Tabela 1). Tendo em conta que também o GCo respondeu ao RMDQ, foram encontradas diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino ($t = 2.241$, $p < .05$), indicando que no presente estudo, mesmo não sofrendo de diagnóstico de lombalgia, as dores lombares são mais frequentes nos homens ($M = 1.38$; $DP = 2.31$) do que nas mulheres ($M = 0.38$; $DP = 0.72$) (ver Tabela 14). Contudo, relativamente à ICL no GC, mas sem diferenças estatísticas significativas, pode-se observar que a pontuação total média é mais elevada no sexo feminino $M = 6.79$ ($DP = 5.00$) comparativamente ao sexo masculino $M = 6.05$ ($DP = 4.73$) (ver Tabela 14).

Alguns hábitos da vida diária na adolescência e na vida adulta podem ser preditores de lombalgia, como a obesidade, o sedentarismo, carregar peso em excesso, adições, trabalhos fisicamente mais exigentes, entre outros (Ambrosio et al., 2023; Hartvigsen et al., 2018). Sendo que, de acordo com a DGS (2023), é considerado obesidade quando a divisão do peso pelo quadrado da altura [$IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 (\text{m}^2)$] é superior a 30, e excesso de peso quando os valores variam entre 25 e 29.9. Neste estudo, não foram encontradas correlações significativas entre a ICL e o IMC. Atendendo à média do IMC dos grupos em estudo, ainda que o GC possua um IMC mais elevado ($M = 26.17$; $DP = 4.71$) que o GCo ($M = 25.55$; $DP = 3.97$), ambos os grupos apresentam excesso de peso (ver Tabela 2).

Confirma-se parcialmente a Hipótese 1.

Hipótese 2 – *Espera-se que os participantes com diagnóstico de lombalgia possuam um nível maior de Neuroticismo, avaliado pelo EPQ-R, em comparação com os participantes saudáveis*

A segunda hipótese foi testada através da comparação das médias entre o GC e o GCo, considerando a pontuação obtida na escala de N do EPQ-R (teste *t-student*). Foram verificadas diferenças estatísticas significativas ($t = 3.758$, $p < .001$), tendo sido observada uma média superior no nível de Neuroticismo do GC ($M = 13.95$, $DP = 5.74$), ou seja, o nível de Neuroticismo é superior nos participantes com diagnóstico de lombalgia (ver Tabela 24).

BenDebba et al. (1997) observaram no seu estudo que os indivíduos com valores mais elevados de Neuroticismo apresentaram níveis mais elevados de sofrimento psicológico e que os indivíduos com dores mais intensas e com mais incapacidade funcional padeciam de um elevado sofrimento psicológico devido à dor, sendo que estas alterações derivam da alteração da percepção dos indivíduos face à lombalgia.

Chang et al. (2017) concluíram que o Neuroticismo e o traço alexitímico de identificação de sentimentos são um dos principais fatores que define a dor crónica generalizada, levando-os a recomendar que os indivíduos com dor crónica frequentem consultas de psiquiatria, façam psicoterapia, e realizem o tratamento farmacológico adequado prescrito nas consultas dirigidas para a dor.

Segundo os estudos desenvolvidos neste âmbito (BenDebba et al., 1997; Ropponen et al., 2012), o Neuroticismo deve ser considerado no diagnóstico e tratamento dos indivíduos que sofrem de lombalgia (Elgaeva et al., 2023).

Posto isto, confirma-se a Hipótese 2.

Hipótese 3 – *Espera-se que os participantes com diagnóstico de lombalgia possuam um nível menor de desempenho cognitivo, avaliado pelo MoCA e pelo TMT A e B, em comparação com os participantes saudáveis.*

A terceira hipótese foi testada através da comparação das médias entre o GC e o GCo, considerando os resultados nos instrumentos TMT A, TMT B, e MoCA, em todos os domínios e no respetivo total. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o GC e o GCo relativamente ao TMT A & B e ao total do MoCA.

Relativamente ao total do MoCA, mas sem diferenças estatísticas significativas, pode-se observar que a pontuação total média é mais elevada no GCo $M = 26.40$ ($DP = 2.36$) comparativamente ao GC $M = 25.46$ ($DP = 2.37$) (ver Tabela 24). Os valores de um

desempenho normativo considerados para o MoCA situam-se entre 26 e 30, sugerindo que o desempenho cognitivo é sensivelmente superior nos participantes saudáveis (MoCA, 2018).

No domínio Visuoespacial/Executiva do MoCA foram verificadas diferenças estatísticas significativas ($t = -2.006$; $p < .05$), sendo que o GCo possui uma média superior ao GC, ou seja, as capacidades visuoespaciais e executivas dos participantes sem diagnóstico de lombalgia são superiores às dos participantes com diagnóstico de lombalgia (ver Tabela 24).

Um estudo realizado por Nadar et al. (2016) revelou que a dor crónica provocava um declínio no processamento cognitivo dos indivíduos, assim como outro estudo realizado por Weiner et al. (2006) observou que os indivíduos mais velhos que sofrem com dor crónica apresentam um declínio no desempenho cognitivo, relativamente aos indivíduos mais velhos que não sofrem com dor crónica.

Relativamente ao TMT A foram ainda observadas correlações significativas e moderadas entre a idade e o GCo ($r = .37$). Quanto ao TMT B, foram observadas correlações significativas e moderadas entre a idade e o GCo ($r = .47$) e entre a idade e o GC ($r = .37$) (ver Tabela 11) – na interpretação destes resultados, é importante ter em consideração que no TMT o desempenho é medido através do tempo que o indivíduo demora a executar adequadamente a tarefa, pelo que quanto menos tempo o indivíduo demorar, melhor o seu desempenho; sendo assim, uma correlação positiva com a idade mostra que quanto maior a idade, mais tempo o indivíduo tende a demorar para executar a tarefa, logo menor o seu desempenho.

Contudo, na generalidade, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o GC e o GCo, considerando os resultados nos instrumentos TMT A & B e MoCA (com a exceção do domínio Visuoespacial/Executiva do MoCA), por isso deve-se rejeitar a Hipótese 3, sugerindo-se mais estudos alusivos à relação do desempenho cognitivo com a ICL.

Hipótese 4 – Espera-se que os participantes com diagnóstico de lombalgia possuam um nível menor de satisfação com a vida, avaliado pela SWLS, em comparação com os participantes saudáveis.

A fim de testar Hipótese 4, foi realizado o teste *t-student* comparando o GC e o GCo relativamente à pontuação média total da SWLS. Foi observada uma diferença estatística significativa ($t = -2.770$, $p < .01$), sendo que o GCo possui uma média mais elevada, ou seja, os participantes sem lombalgia possuem maior nível de satisfação com a vida comparativamente aos participantes com diagnóstico de lombalgia (ver Tabela 24).

De acordo com Boonstra et al. (2013), os indivíduos com dor crônica padecem de menor satisfação com a vida.

Posto isto, confirma-se a hipótese 4.

Hipótese 5 - *Espera-se que quanto maior for a incapacidade causada pela lombalgia, medida pelo RMDQ, maior será o nível de Neuroticismo, avaliado pelo EPQ-R, dos participantes.*

A quinta hipótese foi testada através do teste de correlação de *Pearson*. Foi encontrada uma correlação significativa e moderada entre a ICL e a escala do Neuroticismo ($r = .35$) (ver Tabela 12).

Este estudo confirma a importância da dimensão de personalidade de Neuroticismo neste contexto, que deve ser considerada no tratamento da lombalgia. Estes dados estão em consonância com os dados dos estudos de BenDebba et al. (1997), Elgaeva et al. (2023), e Ropponen et al (2012).

No GC, foi ainda encontrada uma correlação significativa e moderada entre o N e a intensidade da dor ao estar deitado ($r = .32$). Na literatura, Goubert et al. (2004) observaram que o Neuroticismo é desenvolvido como fator de vulnerabilidade, que reduz o limiar a partir do qual a dor é assimilada como ameaça e de onde surgem os pensamentos catastróficos sobre ela e que a vigilância à dor depende do pensamento catastrófico e do medo relacionado com a mesma, os autores Raselli e Broderick (2007) concluíram também que o Neuroticismo e a depressão influenciam a avaliação da alteração da dor.

Confirma-se assim Hipótese 5.

Ainda sobre a personalidade, relativamente às restantes escalas do EPQ-R, foram encontradas diferenças significativas na escala do Psicoticismo ($t = 2.371$, $p < .05$) e da Desejabilidade Social/Mentira ($t = 2.547$, $p < .05$) entre o GC e o GCo (ver Tabela 24), o que pode significar que alguns participantes do GC têm características da dimensão de Psicoticismo e também alguma tendência para se comportar de modo socialmente desejável. Contudo, não foram encontradas correlações significativas entre a ICL e estas duas escalas.

Hipótese 6 - *Espera-se que quanto maior for a incapacidade causada pela lombalgia, medida pelo RMDQ, menor será o nível do desempenho cognitivo, avaliado pelo MoCA e pelo TMT A e B, dos participantes.*

A sexta hipótese foi testada através do teste de correlação de *Pearson*. Não foram observadas correlações significativas entre a ICL e o TMT A & B, nem entre a ICL e o total do MoCA. Contudo, atendendo ao total da amostra, existem três correlações significativas e moderadas entre a ICL e o domínio Visuoespacial ($r = -.25$), a ICL e o domínio da Linguagem ($r = -.26$), e entre a ICL e o domínio da Abstração ($r = .25$) do MoCA, e uma correlação significativa e fraca entre a ICL e o domínio da Evocação Diferida ($r = -.22$) também do MoCA (ver Tabela 12). Tendo em conta apenas o GC, apenas se observou uma correlação significativa e moderada entre a ICL e o domínio da Abstração ($r = .31$) do MoCA (ver Tabela 13).

Moriarty et al. (2017) realizaram um estudo onde registaram resultados mais elevados nos níveis de ansiedade e de depressão nos participantes com dor crónica, apesar de apresentarem um nível de QI inferior ao dos participantes sem dor crónica. Os participantes com dor crónica também apresentaram uma resposta atencional alterada. Posto isto, os autores consideram a possibilidade de haver uma associação entre a dor crónica e a diminuição da memória e da atenção.

Schiltenswolf et al. (2017) concluíram, no seu estudo, que os participantes com lombalgia começam a diminuir a velocidade de processamento da informação e, também, a MT, existindo uma interação da função cognitiva com a dor, a depressão, a ansiedade e a medicação. Contudo, não registam alterações na atenção e no processo de reconhecimento. A restante revisão de literatura faz referência a alterações de diversos estados e/ou tipos de atenção causados pela dor crónica e/ou pela lombalgia.

Posto isto, deve-se rejeitar a Hipótese 6.

Hipótese 7 - *Espera-se que quanto maior for a incapacidade causada pela lombalgia, medida pelo RMDQ, menor será o nível de satisfação com a vida, avaliado pela SWLS, dos participantes.*

A sétima hipótese foi testada através do teste de correlação de *Pearson*. Não foram observadas correlações significativas entre a ICL, medida pelo RMDQ, e a SWLS, quer no total da amostra, quer nos dois grupos em estudo.

Adicionalmente, foram observadas também correlações estatísticas significativas e moderadas entre o GC e o nº de horas sentado por dia, relativamente à SWLS ($r = -.45$) e entre o GC e a intensidade da dor ao dobrar-se relativamente à SWLS ($r = -.32$) (ver Tabela 10).

Boonstra et al. (2013) verificaram no seu estudo que o estado civil, a idade, a saúde mental, a vitalidade e a dor foram os indicadores independentes do seu estudo que mais mostraram influência na satisfação com a vida. Atendendo também à literatura, existe uma relação entre a intensidade da dor e a insatisfação com a vida, sendo que a dor influencia negativamente a vida dos indivíduos, nomeadamente os mais jovens (Dong et al., 2020; Kuronen et al., 2018).

Os autores Sturgeon et al. (2017) observaram que a relação entre a dor e a satisfação com a vida é mediada pelos sintomas depressivos, a intensidade da dor e a satisfação com a vida é mediada pela interferência da dor, contudo a perceção de injustiça revela uma relação significativa e negativa com a satisfação com a vida.

Contudo, com base nos dados do presente estudo, deve-se rejeitar a Hipótese 7

4.2- Conclusão

O presente estudo teve como objetivo contribuir para o estudo da incapacidade causada pela lombalgia, na população portuguesa, em jovens e adultos, relacionando e aprofundando o estudo dessa incapacidade com o desempenho cognitivo, com a personalidade e com a satisfação com a vida.

A incapacidade causada pela lombalgia é sentida a nível mundial, e epidemiologicamente tende a crescer (Balagué et al., 2012; INE, 2020; Mattiuzzi et al., 2020). Esta incapacidade pode causar dor e a dor influencia negativamente a satisfação com a vida nos indivíduos, nomeadamente nos mais jovens (Dong et al., 2020; Kuronen et al., 2018).

Quanto à relação entre a incapacidade causada pela lombalgia e o desempenho cognitivo, a literatura científica é mais centrada em adultos mais velhos, sendo escassa a informação sobre o desempenho cognitivo em jovens e adultos ativos.

A incapacidade causada pela lombalgia também está relacionada, em alguns estudos consultados, com a dimensão da personalidade de Neuroticismo (Raselli & Broderick, 2007; Ropponen et al., 2012). Elgaeva et al. (2023) considera, também, importante considerar a dimensão de Neuroticismo na avaliação e tratamento dos indivíduos com lombalgia.

Das hipóteses formuladas, uma foi confirmada parcialmente e três foram confirmadas. Tendo sido rejeitadas as hipóteses 3, 6 e 7. Os resultados deste estudo mostraram que o nível de incapacidade causada pela lombalgia (ICL) é mais elevado nos participantes que tinham diagnóstico de lombalgia (ver Tabela 24), e que a intensidade da dor tende a aumentar quando existe um aumento da ICL (ver Tabela 7).

É cada vez mais importante cuidar da saúde mental no contexto do problema da lombalgia, uma vez que esta pode estar associada à ansiedade e a sintomas depressivos. Embora estas duas psicopatologias não sejam o foco deste estudo, verificamos que a dimensão da personalidade Neuroticismo está relacionada com a incapacidade causada pela lombalgia (ver Tabela 24), sendo que uma das características desta dimensão é a desregulação emocional. Concluímos também que quanto maior é o grau de Neuroticismo do indivíduo, maior é a sua insatisfação com a vida (ver Tabela 12 e Tabela 13). Foi verificado também que a dimensão de Neuroticismo tende a ser mais forte na personalidade do indivíduo, quando este padece de uma maior incapacidade causada pela lombalgia (ver Tabela 12). Contudo, seria pertinente a realização de mais estudos que relacionem a lombalgia e/ou a incapacidade causada pela mesma com o Neuroticismo, o Psicoticismo e com a Desejabilidade Social. Foi também verificado que

os participantes com diagnóstico de lombalgia tendem a ser mais insatisfeitos com a sua vida (ver Tabela 24).

Foram encontradas algumas limitações no decorrer deste estudo. A proposta inicial para a extensão da amostra era de 100 participantes, tendo sido impossível alcançar esta meta. Este estudo foi iniciado em período de pandemia da SARS-CoV-2, levando a muitas recusas de diversas entidades na colaboração com o estudo, por ter um protocolo exclusivamente presencial. A recolha de amostra foi realizada maioritariamente no mesmo local geográfico. O facto de as profissões dos participantes serem bastante discrepantes impossibilitou a análise entre a ICL e as profissões, que é uma variável frequente na literatura científica alusiva aos temas estudados. No QSD havia a possibilidade de múltiplas respostas a uma só questão, o que dificultou a análise dos dados. Por último, na análise de resultados, ao realizar o teste *One-way ANOVA*, em algumas análises foram verificadas diferenças estatísticas significativas que não foram possíveis identificar entre quais os grupos se verificaram essas diferenças com o recurso ao teste de *Bonferroni*.

Seria pertinente desenvolver mais estudos neste âmbito, utilizando um conjunto de testes mais completo para a avaliação de cada variável, com uma amostra mais extensa e mais representativa. Tendo em conta que a lombalgia pode ser influenciada por maus hábitos da vida diária, seria pertinente incluir questões no questionário sociodemográfico alusivas aos hábitos dos participantes (alimentação, adições, exercício físico, entre outros), inclusive se sofreram de obesidade em algum momento da vida. A divisão por setor laboral também é importante de ser explorada, assim como a satisfação laboral. A satisfação com a vida também deve ser considerada em outros aspetos mais específicos, como a satisfação relativamente à saúde, à vida amorosa, ao tempo de lazer, entre outros parâmetros que comprometem verdadeiramente a satisfação com a vida do indivíduo.

Ao longo da realização do estudo foi possível observar que apenas quem sofriam de um diagnóstico de lombalgia tinha consciência de alguns dos cuidados essenciais a ter com a mesma, assim como da prevenção necessária que poderia ter tido. Considero importante mencionar, sendo que a literatura afirma que a lombalgia tende a crescer, que é pertinente uma maior consciencialização da população portuguesa para a prevenção e para o tratamento dos problemas músculo-esqueléticos.

Referências Bibliográficas

- Abreu, N., Rivero, T. S., Coutinho, G. & Bueno, O. F. A. (2014). Neuropsicologia da aprendizagem e memória. Em D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo & R. M. Cosenza (Org.), *Neuropsicologia: teoria e prática* (2ª ed., pp. 103-114). Artmed.
- Alemanno, F., Houdayer, E., Emedoli, D., Locatelli, M., Mortini, P., Mandelli, C., Raggi, A. & Lannaccone, S. (2019). Efficacy of virtual reality to reduce chronic low back pain: Proof-of-concept of a non-pharmacological approach on pain, quality of life, neuropsychological and functional outcome. *PLoS ONE*, 14(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216858>
- Almiro, P. A. & Simões, M. R. (2021). Questionário de personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R): Estudo Normativo da Versão Portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 1(58), 153-168. <https://doi.org/10.21865/RIDEP58.1.13>
- Almiro, P.A., & Simões, M.R. (2014). Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R). In L.S. Almeida, M.R. Simões, & M.M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica – Vol. II* (pp.211-229). Almedina.
- Ambrosio, L., Mazzuca, G., Maguolo, A., Russo, F., Cannata, F., Vadalà, G., Maffei, C., Papalia, R., & Denaro, V. (2023). The burden of low back pain in children and adolescents with overweight and obesity: from pathophysiology to prevention and treatment strategies. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*, 15. <https://doi.org/10.1177/1759720X231188831>
- Aminde, J. A., Aminde, L. N., Bija, M. D., Lekpa, F. K., Kwedi, F. M., Yenshu, E. V. & Chichom, A. M. (2020). Health-related quality of life and its determinants in patients with chronic low back pain at a tertiary hospital in Cameroon: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035445>
- Baker, K. S., Georgiou-Karistianis, N., Gibson, S. J., & Giummarra, M. J. (2017). Optimizing Cognitive Function in Persons With Chronic Pain. *The Clinical journal of pain*, 33(5), 462–472. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000423>
- Balagué, F., Mannion, A. F., Pellisé, F., & Cedraschi, C. (2012). Non-specific low back pain. *Lancet (London, England)*, 379(9814), 482–491. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60610-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60610-7)
- BenDebba, M., Torgerson, W. S., & Long, D. M. (1997). Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with persistent

- low back pain. *Pain*, 72(1-2), 115–125. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(97\)00020-1](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(97)00020-1)
- Bontrup, C., Taylor, W. R., Fliesser, M., Visscher, R., Green, T., Wippert, P. M., & Zemp, R. (2019). Low back pain and its relationship with sitting behaviour among sedentary office workers. *Applied ergonomics*, 81, 102894. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.102894>
- Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., Post, M. W., & Schiphorst Preuper, H. R. (2013). Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 22(1), 93–101. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0132-8>
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J. & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail making test: Regression-based norms for the portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(2), 189-198. <https://doi.org/10.1093/arclin/acs115>
- Chang, M. C., Chen, P. F., & Lung, F. W. (2017). Personality disparity in chronic regional and widespread pain. *Psychiatry research*, 254, 284–289. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.059>
- Chou R. (2021). Low Back Pain. *Annals of internal medicine*, 174(8), 113–128. <https://doi.org/10.7326/AITC202108170>
- Clark, J. R., Nijs, J., Yeowell, G., Holmes, P., & Goodwin, P. C. (2019). Trait Sensitivity, Anxiety, and Personality Are Predictive of Central Sensitization Symptoms in Patients with Chronic Low Back Pain. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 19(8), 800–810. <https://doi.org/10.1111/papr.12809>
- Corti, E. J., Gasson, N., & Loftus, A. M. (2021). Cognitive profile and mild cognitive impairment in people with chronic lower back pain. *Brain and Cognition*, 151. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2021.105737>
- Croft, P., Blyth, F. M. & Windt, D. (2010). Chronic pain as a topic for epidemiology and public health. In P. Croft, F. Blyth & D. van der Windt (Eds.), *Chronic Pain Epidemiology: From Aetiology to Public Health* (pp.3-8). Oxford University Press.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2023, maio). Doenças Crónicas – Obesidade. Serviço Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-cronicas/obesidade/>

- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2004). *Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas* [Despacho Ministerial]. Ministério da Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Programa-Nacional-Doencas-Reumaticas-2004.pdf>
- Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Ministério da Saúde. https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/i024433.pdf
- Dmytriiev, D., Prudius, P., Zaletskaya, O., Lisak, Y., Rudnitsky, Y. & Korenchuk, N. (2019). Neuropathic pain: mechanisms of development, principles of diagnostics and treatment. *Pain Medicine*, 4(2), 4-32. <https://doi.org/10.31636/pmjua.v4i2.1>
- Dong, H., J., Larsson, B., Dragioti, E., Bernfort, L., Levin, L., Å., & Gerdle, B. (2020). Factors Associated with Life Satisfaction in Older Adults with Chronic Pain (PainS65+). *Journal of Pain Research*, 13, 475–489. <https://doi.org/10.2147/JPR.S234565>
- Dumard, K. (2016). *Neuropsicologia*. Cengage Learning
- Elgaeva, E. E., Williams, F. M. K., Zaytseva, O. O., Freidin, M. B., Aulchenko, Y. S., Suri, P., & Tsepilov, Y. A. (2023). Bidirectional Mendelian Randomization Study of Personality Traits Reveals a Positive Feedback Loop Between Neuroticism and Back Pain. *The journal of pain*, S1526-5900(23)00422-4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.05.012>
- Feist, J., Feist, G. J. & Roberts, T. (2015). *Teorias da Personalidade (8ª ed.)*. Artmed.
- Feldman, R. S. (2001). *Compreender a Psicologia (5ª Ed.)*. McGraw-Hill de Portugal
- Figueiras, T., Santana, P., Corte-Real, N., Dias, C., Brustad, R. & Fonseca, A. M. (2010). Análise da Estrutura Factorial e da Invariância da Versão Portuguesa da Satisfaction With Life Scale (SWLSp) quando aplicada a Adultos de Ambos os Sexos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 10(3), 11-30. https://rpcd.fade.up.pt/_arquivo/artigos_soltos/2010-3/01.pdf
- Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M. & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do montreal cognitive assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a02.pdf>
- Fugl-Meyer, A. R., Melin, R., & Fugl-Meyer, K. S. (2002). Life satisfaction in 18- to 64-year-old Swedes: in relation to gender, age, partner and immigrant status. *Journal of rehabilitation medicine*, 34(5), 239–246. <https://doi.org/10.1080/165019702760279242>
- García, E. M. (2022). *Memoria, Recordar y olvidar*. EMSE Publishing

- Ghafouri, M., Ghasemi, E., Rostami, M., Rouhifard, M., Rezaei, N., Nasserinejad, M., Danandeh, K., Nakhostin-Ansari, A., Ghanbari, A., Borghei, A., Ahmadzadeh Amiri, A., Teymourzadeh, A., Taylor, J. B., Moghadam, N., & Kordi, R. (2023). The quality of care index for low back pain: a systematic analysis of the global burden of disease study 1990-2017. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 81(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01183-3>
- Gibbs, D., McGahan, B. G., Ropper, A. E., & Xu, D. S. (2023). Back Pain: Differential Diagnosis and Management. *Neurologic clinics*, 41(1), 61–76. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2022.07.002>
- Gomes, A. (2006). Opióides e Lombalgia. *DOR – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED)*, 14(3), 26-29. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2006_03.pdf
- Goubert, L., Crombez, G., & Van Damme, S. (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain*, 107(3), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.11.005>
- Hall, C. S., Lindzey, G. & Campbell, J. B. (2007). *Teorias da Personalidade (4ª ed.)*. Artmed.
- Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karppinen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smeets, R. J., Underwood, M., & Lancet Low Back Pain Series Working Group (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet (London, England)*, 391(10137), 2356–2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
- Hemmati, L., Piroozi, S., & Rojhani-Shirazi, Z. (2018). Effect of dual tasking on anticipatory and compensatory postural adjustments in response to external perturbations in individuals with nonspecific chronic low back pain: Electromyographic analysis. *Journal of Back & Musculoskeletal Rehabilitation*, 31(3), 489–497. <https://doi.org/10.3233/BMR-170992>
- Hemmer, C. R. (2021). Evaluation and Treatment of Low Back Pain in Adult Patients. *Orthopaedic Nursing*, 40(6). 336-342. <https://10.1097/NOR.0000000000000804>
- Hooshmand, N., Someh, A. S., Jahan, A., & Amirshakeri, B. (2022). Interferential Current Ability to Change the Pattern of Brain Activity in Patients With Nonspecific Low Back Pain. *Iranian Rehabilitation Journal*, 20(4), 601–609. <https://10.32598/irj.20.4.1767.1>

- Horton, A. M., Jr, & Roberts, C. (2001). Derived trail making test indices in a sample of substance abusers: demographic effects. *The International journal of neuroscience*, 111(1-2), 123–132. <https://doi.org/10.3109/00207450108986557>
- Hudspeth, M., Rash, A., & Guffey, J. S. (2020). Association Between Personality Types and Predilection to Chronic Pain. *Journal of allied health*, 49(1), 69–72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32128552/>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). *População residente com 15 e mais anos de idade (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo, Grupo etário e Tipo de doença crónica; Quinquenal - INE, Inquérito nacional de saúde (série 2014)*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008800&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt
- Internacional Asociacion for the Study of Pain (IASP). (2011). *Terminology - Pain Terms and Defenitions*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Izquierdo, I. (2011). *Memória* (2ª ed. Revista e ampliada). Artmed
- Karšaj, M. J., Budišin, V., Bajić, Ž., Šubić, B. M., & Grazio, S. (2022). Moderating Effect of Body Height on the Association of Body Weight and Disability Caused by Non Specific Chronic Low Back Pain in Women and Men. *Acta clinica Croatica*, 61(4), 636–646. <https://doi.org/10.20471/acc.2022.61.04.10>
- Key, J. (2010). *Back Pain: A Movement Problem – A Clinical Approach Incorporating Relevant Research and Practice*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Knezevic, N. N., Candido, K. D., Vlaeyen, J. W. S., Van Zundert, J., & Cohen, S. P. (2021). Low back pain. *Lancet (London, England)*, 398(10294), 78–92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00733-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00733-9)
- Koes, B. W., Tulder, M. W., & Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7555), 1430–1434. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7555.1430>
- Koh, C. H. & Othman, Z. (2019). Neuroticism Is Associated with Chronic Severe Pain among Ex-Opioid Users on Methadone Maintenance Therapy. *International Medical Journal*, 26(1), 15–18. <https://10.5281/zenodo.2586235>
- Konno, S. & Sekiguchi, M. (2018). Association between brain and low back pain. *Journal of orthopaedic science: official journal of the Japanese Orthopaedic Association*, 23(1), 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.jos.2017.11.007>

- Kuronen, M., Kokki, H., Nyssönen, T., Savolainen, S., & Kokki, M. (2018). Life satisfaction and pain interference in spine surgery patients before and after surgery: Comparison between on-opioid and opioid-naïve patients. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 27(11), 3013–3020. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1961-x>
- Landrø, N. I., Fors, E. A., Våpenstad, L. L., Holthe, Ø., Stiles, T. C., & Borchgrevink, P. C. (2013). The extent of neurocognitive dysfunction in a multidisciplinary pain centre population. Is there a relation between reported and tested neuropsychological functioning?. *Pain*, 154(7), 972–977. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.01.013>
- Lange, R. T., Iverson, G. L., Zakrzewski, M. J., Ethel-King, P. E., & Franzen, M. D. (2005). Interpreting the trail making test following traumatic brain injury: comparison of traditional time scores and derived indices. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 27(7), 897–906. <https://doi.org/10.1080/1380339049091290>
- Last, A. R., & Hulbert, K. (2009). Chronic low back pain: evaluation and management. *American family physician*, 79(12), 1067–1074. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2009/0615/p1067.html>
- Li, S., Brimmers, A., Boekel, R., Vissers, K. & Coenen, M. (2023). A systematic review of genome-wide association studies for pain, nociception, neuropathy, and pain treatment responses. *The Journal of the International Association for the Study of Pain*, 00(00), 1-21. <https://10.1097/j.pain.0000000000002910>
- Ling, J., Campbell, C., Heffernan, T. M., & Greenough, C. G. (2007). Short-term prospective memory deficits in chronic back pain patients. *Psychosomatic medicine*, 69(2), 144–148. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802e0f22>
- Liu, S. & Kelliher, L. (2022). Physiology of pain – a narrative review on the pain pathway and its application in the pain management. *Digestive Medicine Research*, 56(5), 1-10. <https://10.21037/dmr-21-100>
- Lopes, B. C. (2021). Tratamento farmacológico na lombalgia. In F. Antunes (Coord.), *Tópicos em destaque na dor – Lombalgia – Tratamento não invasivo* (pp. 1-13). Permanyer Portugal
- Maezawa, T., & Kawahara, J. I. (2021). Commonalities of visual and auditory working memory in a spatial-updating task. *Memory & Cognition*, 49(6), 1172–1187. Doi: 10.3758/s13421-021-01151-8

- Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *Lancet (London, England)*, 389(10070), 736–747. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30970-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30970-9)
- Malloy-Diniz, L. F., Paula, J. J., Sedó, M., Fuentes, D. & Leite, W. B. (2014). Neuropsicologia das funções executivas e da atenção. Em D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo & R. M. Cosenza (Org.), *Neuropsicologia: teoria e prática* (2ª ed., pp. 115-138). Artmed.
- Manfrè, L., & Van Goethem, J. (2020). Low Back Pain. In J. Hodler (Eds.) et. al., *Diseases of the Brain, Head and Neck, Spine 2020–2023: Diagnostic Imaging*. (pp. 225–230). Springer.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics (7ª Ed.)*. ReportNumber.
- Martins, I. D. (2006). Lombalgias: Porquê tantos Insucessos Terapêuticos?. *DOR – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED)*, 14(3), 7-9. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2006_03.pdf
- Mattiuzzi, C., Lippi, G. & Bovo, C. (2020). Current epidemiology of low back pain. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 4(15), 1-5. <http://dx.doi.org/10.21037/jhmhp-20-17>
- Mescouto, K., Olson, R. E., Hodges, P. W., & Setchell, J. (2022). A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach?. *Disability and rehabilitation*, 44(13), 3270–3284. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1851783>
- Mineiro, J., Canas, J., Barroso, L. & Fernandes, P. (2006). A Dor Discogénica na Lombalgia – Parte I – Etiopatogenia e Clínica. *DOR – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED)*, 14(3), 12-16. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2006_03.pdf
- Moisieienko, A., Marchuk, O., Lisnyy, I. & Dmytriiev, D. (2022). Chronic pain in cancer patients. *Pain Medicine*, 7(2), 7-17. <https://doi.org/10.31636/pmjua.v7i2.1>
- Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O. & Hipólito, J. (2010). Questionário de incapacidade de roland morris: Adaptação e validação para os doentes de língua portuguesa com lombalgia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(5), 761-766. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/728/406>
- Montreal Cognitive Assessment [MoCA]. (2018). MoCA 8.1-Instructions_AU1.0_por-PT. In Z. Nasreddine (Ed.), *MoCA-8.1-Instructions - Portugal/Portuguese - Version of 19 Feb 2018 – Mapi*. MOCA Test.

- Moriarty, O., Ruane, N., O’Gorman, D., Maharaj, C. H., Mitchell, C., Sarma, K. M., Finn, D. P. & McGuire, B. (2017, junho). Cognitive Impairment in Patients with Chronic Neuropathic or Radicular Pain: An Interaction of Pain and Age. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 11, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2017.00100>
- Moriki, K., Ogihara, H., Yoshikawa, K., Kikuchi, K., Endo, R., & Sato, T. (2023). Effects of sleep quality on pain, cognitive factors, central sensitization, and quality of life in patients with chronic low back pain. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*. <https://doi.org/10.3233/BMR-220429>
- Mühlemann, D., & Mühlemann, M. B. (2015). Rückenschmerzen in der Schwangerschaft: Diagnose, Behandlungsoptionen, Outcomes [Low Back Pain in Pregnancy: Diagnosis, Treatment Options and Outcomes]. *Praxis*, 104(11), 565–574. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002014>
- Nadar, M. S., Jasem, Z. & Manee, F. S. (2016). The Cognitive Functions in Adults with Chronic Pain: A Comparative Study. *Hindawi Publishing Corporation*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/5719380>
- Nguyen, T., Behrens, M., Broscheid, K. C., Bielitzki, R., Weber, S., Libnow, S., Malczewski, V., Baldauf, L., Milberger, X., Jassmann, L., Wustmann, A., Meiler, K., Drange, S., Franke, J., & Schega, L. (2023). Associations between gait performance and pain intensity, psychosocial factors, executive functions as well as prefrontal cortex activity in chronic low back pain patients: A cross-sectional fNIRS study. *Frontiers in medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1147907>
- O’Sullivan, P. B., Caneiro, J. P., O’Keeffe, M., Smith, A., Dankaerts, W., Fersum, K., & O’Sullivan, K. (2018). Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. *Physical therapy*, 98(5), 408–423. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy022>
- Peliz, A. J. (2006). Lombalgia Aguda. *DOR – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED)*, 14(3), 10-12. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2006_03.pdf
- Pengel, L. H., Herbert, R. D., Maher, C. G., & Refshauge, K. M. (2003). Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 327(7410), 323. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7410.323>
- Pervin, L. A. & John, O. P. (2001). *Personalidade – Teoria e Pesquisa (8ª Ed.)*. Artmed.

- Picavet, H. S. J. (2010). Musculoskeletal pain complaints from a sex and gender perspective. In P. Croft, F. Blyth & D. van der Windt (Eds.), *Chronic Pain Epidemiology: From Aetiology to Public Health* (pp.119-126). Oxford University Press.
- Pinho, M, Cerqueira, R. & Peixoto, B. (2011). Pontuação psicométrica da encefalopatia hepática: Dados da normalização para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(2), 319-326. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1485>
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em Cuidados de Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21(3), 259-267. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v21i3.10136>
- Raselli, C., & Broderick, J. E. (2007). The association of depression and neuroticism with pain reports: a comparison of momentary and recalled pain assessment. *Journal of psychosomatic research*, 62(3), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.10.001>
- Ropponen, A., Svedberg, P., Huunan-Seppälä, A., Koskenvuo, K., Koskenvuo, M., Alexanderson, K., Silventoinen, K., & Kaprio, J. (2012). Personality traits and life dissatisfaction as risk factors for disability pension due to low back diagnoses: a 30-year longitudinal cohort study of Finnish twins. *Journal of psychosomatic research*, 73(4), 289–294. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.003>
- Salles, J. F. & Rodrigues, J. C. (2014). Neuropsicologia da linguagem. Em D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo & R. M. Cosenza (Org.), *Neuropsicologia: teoria e prática* (2ª ed., pp. 93-101). Artmed
- Sánchez Milá, Z., Muñoz, T. V., Ferreira Sánchez, M. D. R., Frutos Llanes, R., Barragán Casas, J. M., Rodríguez Sanz, D., & Velázquez Saornil, J. (2023). Therapeutic Exercise Parameters, Considerations and Recommendations for the Treatment of Non-Specific Low Back Pain: International DELPHI Study. *Journal of personalized medicine*, 13(10), 1510. <https://doi.org/10.3390/jpm13101510>
- Sarno, J. E. (2022). *Curar a dor de costas – Conexão corpo-mente*. Arena.
- Schiltenswolf, M., Akbar, M., Neubauer, E., Gantz, S., Flor, H., Hug, A. & Wang, H. (2017). The cognitive impact of chronic low back pain: Positive effect of multidisciplinary pain therapy. *Scandinavian Journal of Pain*, 17(1), 273-278. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.07.019>
- Sevilla, M. D. S. F. (2021). *Personalidad. Lo que nos hace únicos*. EMSE Publishing.

- Sharma, S., Sharma, S. K., Awasthi, P., Thakur, V., Dutt, A., Kumar, M. (2023). Pain - Mechanism, Types, Pathways, And Management: A Comprehensive Review. *Recent Advances in Biology and Medicine* 9(1), 1-6. <https://10.18639/RABM.2023.9800031>
- Sindaco, G., Grúa, M., Maida, G., Musarra, F., Agostini, A., Sterzo, E. & Ravaioli, L. (2019). L'algologia e lo Spine Center: un percorso multidisciplinare integrato. Em F. Bonetti (Ed.), *La lombalgia: approccio multiprofessionale per il fisioterapista (pp. 159-196)*. Edra.
- Smith, J. A., Gordon, J. & Kulig, K. (2017). The influence of divided attention on walking turns: Effects on gait control in young adults with and without a history of low back pain. *Gait & Posture*, 58. 498-503. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2017.09.019>
- Sturgeon, J. A., Ziadni, M. S., Trost, Z., Darnall, B. D., & Mackey, S. C. (2017). Pain catastrophizing, perceived injustice, and pain intensity impair life satisfaction through differential patterns of physical and psychological disruption. *Scandinavian journal of pain*, 17, 390–396. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.09.020>
- Taimela, S., Negrini, S. & Paroli, C. (2004). Functional rehabilitation of low back disorders. *Europa Medichophysica*, 40(1), 29-36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16030491/>
- Tamburin, S., Maier, A., Schiff, S., Lauriola, M. F., Rosa, E., Zanette, G. & Mapelli, D. (2014). Cognition and emotional decision-making in chronic low back pain: an ERPs study during Iowa gambling task. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01350>
- Treede, R., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *The Journal of the International Association for the Study of Pain*, 160(1), 19-27. <https://10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Weiner, D. K., Rudy, T. E., Morrow, L., Slaboda, J. & Lieber, S. (2006). The relationship between pain, neuropsychological performance, and physical function in community-dwelling older adults with chronic low back pain. *Pain Medicine*, 7(1), 60-70. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2006.00091.x>
- Weiss, N., Skillgate, E., & Axén, I. (2023). Psychological distress and musculoskeletal pain in manual therapists during the second wave of the COVID-19 pandemic in Sweden: a

cross-sectional study. *Chiropractic & manual therapies*, 31(1), 34.
<https://doi.org/10.1186/s12998-023-00511-2>

Will, J. S., Bury, D. C. & Miller, J. A. (2018). Mechanical Low Back Pain. *American family physician*, 98(7). 421-428. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/1001/p421.html>

ANEXOS

Anexo 1 – Consentimento Informado



APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Este conjunto de questões destina-se a estudar as associações entre a incapacidade causada pela lombalgia com as dimensões da personalidade, o desempenho cognitivo, as funções executivas e a satisfação com a vida, e é parte integrante do trabalho de investigação da dissertação com o título “*A incapacidade causada pela Lombalgia em jovens e adultos ativos: Estudo da sua relação com o Desempenho Cognitivo, a Personalidade e a Satisfação com a vida*”, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL), sob a orientação do Professor Doutor Pedro Armelim Almiro.

Os dados recolhidos serão anónimos, confidenciais, codificados e posteriormente eliminados, mantendo o anonimato. A sua resposta pessoal e sincera é muito importante!

O seu preenchimento total levará aproximadamente 50 minutos e é composto por 5 questionários: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Incapacidade de Roland Morris (RMDQ), Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R), *Trail Making Test A e B* (TMT A e B), *Mentreal Cognitive Assessment* (MoCA) e Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).

A participação neste estudo é de carácter voluntário, não remunerado, tendo a possibilidade de desistir a qualquer momento. O participante é livre de não responder ou partilhar informações se não se sentir confortável a fazê-lo.

Aqueles que optarem por participar do estudo e preencherem os questionários poderão receber os resultados e conclusões da investigação solicitando o envio da dissertação a margarida.ruivo95@outlook.pt

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração neste estudo.

Estamos disponíveis para responder a quaisquer questões.

Contacto: Ana Margarida Ruivo margarida.ruivo95@outlook.pt

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas, tendo a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas. Foi-me ainda garantido que todos os dados relativos à minha identificação neste estudo são confidenciais e anónimos. Compreendi a informação que me foi dada. Desta forma, eu,

_____, *aceito participar de livre vontade.*

Autorizo, de forma voluntária, a utilização de minhas respostas, confiando que apenas serão usadas para esta investigação.

1- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS
Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L. (CEU, C.R.L.) entidade instituidora da Universidade Autónoma de Lisboa, NIF: 501641238
Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa
Diretora do Departamento de Psicologia: Professora Doutora Odete Nunes
omunes@autonomia.pt
Orientador Científico: Professor Doutor Pedro A. Almiro
paalmiro@autonomia.pt

2- QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS
Dados dos participantes: sexo, idade, estado civil, peso, altura, habilitações literárias, profissão, dificuldades causadas pelo problema da lombalgia.

3- FUNDAMENTO JURÍDICO
Consentimento.

4- O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES)
Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

5- DURANTE QUANTO TEMPO ARMAZENAMOS OS SEUS DADOS
Os seus dados deixarão de ser tratados com a finalidade da investigação, logo que o Titular dos Dados retire o seu consentimento ou cinco anos após o fim do estudo.

6 – TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS

Estamos disponíveis para responder a quaisquer questões.
Contacto: Ana Margarida Ruivo margarida.ruivo95@outlook.pt



A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento.

7 – TRATAMENTO DOS DADOS

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

8 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA

A Cooperativa de Ensino Universitário toma as precauções necessárias e legalmente exigidas para garantir a proteção da informação recolhida junto dos Titulares dos Dados. Entre outras, estão implementadas as seguintes medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança e confidencialidade dos dados pessoais: segurança física (através de controlo de acessos), separação lógica dos registos, passwords de acesso e níveis de acesso, firewalls e programas antivírus.

9 – OS SEUS DIREITOS

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do email onunes@autonoma.pt, sem qualquer encargo.

O Titular dos Dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do endereço onunes@autonoma.pt

O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

DATA: ____ / ____ / ____

NOME: _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do Investigador Responsável

Estamos disponíveis para responder a quaisquer questões.

Contacto: Ana Margarida Ruivo margarida.ruivo95@outlook.pt

Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico

A incapacidade causada pela Lombalgia em jovens e adultos ativos:
Estudo da sua relação com o Desempenho Cognitivo,
a Personalidade e a Satisfação com a vida.

Ana Margarida Ruivo



Questionário Sociodemográfico

Código de Participante: _____ (a preencher pelo investigador).

Por favor, assinale com uma cruz (X) a resposta que considera que mais se adequa à sua situação atual. Algumas das respostas pedem que escreva por extenso, de forma direta.

1. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil: _____

4. Peso: _____ kg

5. Altura: _____ cm

6. Habilitações literárias: Ensino Básico ☐ Ensino Secundário/Ensino profissional ☐ Licenciatura ☐
Mestrado ☐ Doutoramento ☐

7. Profissão: _____

8. Considera que já realizou ou realiza muito esforço físico diário? Não ☐ Sim ☐

9. Costuma estar muitas horas sentado/a durante o dia? Não ☐ Sim ☐. Se sim quantas? _____ horas. E em pé? _____ horas

10. Como avaliaria a sua saúde em geral? Má ☐ Razoável ☐ Boa ☐ Muito Boa ☐ Excelente ☐

11. Tem diagnóstico de lombalgia: Não ☐ Sim ☐ Se sim, desde quando? _____

12. Caso tenha respondido "sim" à pergunta 11 nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu dor? Todos os dias ☐ Na maioria dos dias ☐ Em alguns dias ☐

12.1 A dor que sente é predominantemente: No fundo das costas ☐ A meio das costas (dorsal) ☐ No pescoço (cervical) ☐

12.2. Quantos dias de trabalho (ou de escola, ou de outra atividade de rotina) perdeu, devido à dor lombar? _____ dias

12.3 Assinale na Escala Numérica (EN) de dor apresentada abaixo, o nível de intensidade de dor que sentia com mais frequência:

Dor Mínima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

12.4. A dor lombar está associada a algum destes problemas? Traumatismo da região lombar ☐ Fratura da vértebra lombar ☐ Cirurgia da coluna lombar ☐ Doença inflamatória ☐ Hérnia discal lombar ☐ Outro ☐ Qual? _____

12.5. Tem algum familiar direto com algum dos problemas referidos na pergunta anterior (ou outro problema relacionado) na pergunta anterior? (*considere familiares diretos: pai, mãe, avós maternos e paternos, tios – irmãos do pai e da mãe*) Não ☐ Sim ☐
Quem? _____

12.6. Em que altura do dia é mais frequente ter dor? _____

12.7. Por favor, assinale com uma cruz (X) o que achar mais conveniente dada a sua situação, relativamente à intensidade de dor sentida:

	Dor Mínima	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Incapacitante
Ao dobrar-se					
Evacuar					
Caminhar					
Fazer Exercício					
Carregar Pesos					
Ao estar deitado					

13. Possui alguma doença física ou psiquiátrica?: Não ☐ Sim ☐ Qual/Quais?

Anexo 3 – Tabela de caracterização sociodemográfica – Profissões

Caracterização Sociodemográfica da Amostra – Profissões

Profissões	Grupo Clínico		Grupo da Comunidade	
	N	%	N	%
Administrativo	3	7.32	5	10.42
Agricultor	4	9.76	-	-
Analista financeiro	-	-	1	2.08
Assistente de contabilidade	-	-	1	2.08
Assistente dentária	-	-	1	2.08
Auditor financeiro	-	-	1	2.08
Auxiliar de educação	-	-	1	2.08
Auxiliar operacional	1	2.44	-	-
Canalizador	1	2.44	-	-
Construtor civil	1	2.44	-	-
Corretor de valores	-	-	1	2.08
Cozinheiro	2	4.88	-	-
Desempregado	3	7.32	-	-
Eletricista	13	31.71	18	37.50
Empregada doméstica	2	4.88	-	-
Empregado fabril	1	2.44	-	-
Engenheiro civil	-	-	1	2.08
Esteticista	1	2.44	-	-
Estudante	1	2.44	1	2.08
Fisioterapeuta	1	2.44	-	-
Formador	1	2.44	-	-
Gerente de café	1	2.44	-	-
Laminador	-	-	1	2.08
Lojista	1	2.44	2	4.17
Manobrador de máquinas	1	2.44	2	4.17
Prod. de máquinas de injeção de plástico	1	2.44	-	-
Professor	-	-	1	2.08
Psicólogo educacional	-	-	1	2.08
Retificador mecânico	-	-	1	2.08
Sacerdote católico	-	-	1	2.08
Serralheiro mecânico	-	-	1	2.08
Técnico de cardiopneumologia	-	-	1	2.08
Técnico de controlo de qualidade	-	-	1	2.08
Técnico de fisioterapia	1	2.44	-	-
Técnico de informática	1	2.44	-	-
Técnico de logística industrial	-	-	1	2.08
Técnico de manutenção	-	-	2	4.17
Técnico de manutenção industrial	-	-	1	2.08
Técnico de Seg. e Hig. no trabalho	-	-	1	2.08

Nota: Profissões de toda a amostra, divididas pelos dois grupos: grupo clínico e grupo da comunidade. N = Participantes; % = Percentagem. Prod. = Produção; Seg. = Segurança; Hig. = Higiene.