



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

Autora: Ana Vanessa Ramos

Tradução e Adaptação para a Cultura Portuguesa do *Social Touch Questionnaire* (STQ)

**Projeto elaborado com vista à obtenção de grau de Mestre em Fisioterapia,
na Especialidade de Músculo-Esquelética**

Orientador:

Professor Doutor Luís Cavalheiro, Fisioterapeuta

Co-orientadores:

Mestre Ana Vieira, Fisioterapeuta

Mestre Patrícia Almeida, Fisioterapeuta

Alcoitão

Março de 2014

RESUMO

Introdução: É reconhecida a importância do toque na área da fisioterapia, dada a sua ampla utilização avaliativa e terapêutica por parte dos fisioterapeutas. Justifica-se assim o estudo e a compreensão do seu significado para a população portuguesa. O Questionário sobre o Toque Social (STQ) é um instrumento autoadministrado capaz de aferir a percepção de cada indivíduo face ao toque social. **Objetivo:** Traduzir e adaptar para a cultura portuguesa o STQ. **Metodologia:** A tradução do STQ para o português foi realizada em duas fases: Tradução, retroversão, obtenção de versões de consenso, e análise da qualidade da tradução; Validade de Conteúdo: que consistiu na análise de compreensão e aceitação por um painel de 20 indivíduos adultos, 10 doentes com esquizofrenia, e 10 alunos do 4º ano do curso de Fisioterapia. **Resultados:** Obteve-se equivalência semântica e de conteúdo. O questionário foi bem aceite pelos indivíduos inquiridos. O tempo de preenchimento médio foi de 9,1 ±6,9 minutos. **Conclusão:** Foi obtida a versão portuguesa do Questionário sobre o Toque Social, equivalente em termos semânticos e de conteúdo à versão original. Estudos futuros devem debruçar-se na análise das qualidades psicométricas da medida.

Palavras-Chave: Questionário sobre o Toque Social (STQ), Toque Social, Adaptação Intercultural, Validação.

ABSTRACT

Introduction: It's well recognized the importance of touch in physiotherapy, due to it's wide use in the evaluation and intervention by the physiotherapists. It's then justified the study and comprehension of it's meaning to the Portuguese population. The Social Touch Questionnaire (STQ) is a self-administered tool that shows every individual perception to touch. **Goal:** Cross-cultural adaptation of the STQ to the Portuguese culture. **Methodology:** The Portuguese version of STQ was obtain in the following two phases: Forward-backward translations, obtaining a consensus version and analysis of the quality of the translation; Content validity: was made through a cognitive debriefing with 20 individuals (only adults- 10 with schizophrenia and the other 10 were 4th year physiotherapy students), which understood and accept the translation. **Results:** It was obtained equivalence in terms of semantics and contents. The questionnaire was well accepted by the panel. The range of time which individuals took to finish the questionnaire was $9,1 \pm 6,9$ minutes. **Conclusion:** It was obtained an equivalency in the Portuguese version of the Social Touch Questionnaire in terms of semantics and contents. Future studies should develop the analysis of the psychometrics measure.

Key words: Social Touch Questionnaire (STQ), Social Touch, Intercultural Adaptation, Validation.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge do interesse crescente sobre o estudo do toque por parte da fisioterapia. O toque tem sido ao longo dos tempos um referencial associado à profissão de fisioterapeuta, uma vez que constitui uma peculiar e crucial competência relacional, comunicacional, de avaliação e terapêutica.

O fisioterapeuta é o profissional que mais interage com os utentes através do toque, estabelecendo uma relação empática que transcende a execução dos procedimentos técnicos, constituindo este um elemento potencial de demonstração de cuidado holístico, tendo em consideração o indivíduo como um ser bio-psico-social (Burgoon, Guerrero, & Floyd, 2010; Field, 2003; Hertenstein, 2002; Hertenstein & Weiss, 2011; Serino, 2010; Stack, 2001).

O toque é definido como um método de avaliação e intervenção que se inicia por um estímulo mecânico superficial aplicado na pele (Valenza, Seghier, Schwartz, Lazeyras & Vuilleumier., 2004), que poderá ser uma combinação de pressão, vibração, estiramento e/ou deslize, em que os recetores sensoriais apresentam sensibilidade discriminativa à pressão, temperatura, dor, posição articular, de movimento e da componente muscular (Berkley & Hubscher, 1995; Gallace & Spence, 2010).

A informação cutânea provinda do toque permite discriminar a localização do estímulo na superfície da pele, bem como explorar objetos, e levando à sua identificação e manipulação (Morrison, 2010). Desta forma, o *input* sensorial fornecido aos mecanorreceptores da pele e articulações modelam funções de motricidade grosseira como a marcha, e funções de motricidade fina como a manipulação de objetos (Ho'mke et al., 2009).

A importância do toque é longínqua, uma vez que este faz parte da vida do ser humano desde o seu nascimento até a idade adulta e idosa (Gallace & Spence, 2010). O toque é assim, um dos principais sentidos a serem desenvolvidos, onde a sua maturação continua a desenvolver-se desde a infância até à idade adulta (Burgoon, Guerrero, & Fold, 2010; Field, 2003; Hertenstein, 2002; Hertenstein & Weiss, 2011; Stack, 2001), tendo um papel vital no seu desenvolvimento físico, neurofisiológico, cognitivo, emocional e social, visto ser o tipo de interação mais imediata que o indivíduo tem com a sociedade (Dunbar, 2010; Field, 1998; Greenough, 1990; Hertenstein & Campos 2001; Hertenstein, 2002; Hertenstein & Weiss, 2011; Stack, 2001).

O toque é um agente crucial na construção da identidade do indivíduo e da percepção de si próprio no meio contextual em que se encontra (Gallace & Spence, 2010; Hertenstein & Keltner, 2006), sendo distinguido pelos neurocientistas como a via mais importante de informação somatosensorial (Serino, A., 2010), considerado de forma protagonista como o elemento mais importante do sistema sensorial (Field, 2001; Hertenstein, 2002). Esta noção espacial entre o indivíduo e o meio externo é potenciada pelo toque e pela somatização dos *skills*

neurofisiológicos, uma vez que o nosso cérebro tem a capacidade de distinguir e discriminar toque interpessoal, intrapessoal e o toque passivo de objetos recebido pela nossa pele. (Bolanowski, Verrillo, McGlone, 1999; Gallace & Spence, 2010).

O toque deve ser enquadrado também segundo um contexto sociocultural, dado que este representa um marco e faz parte das maiores tradições e práticas de saúde ao longo da história humana, sendo utilizado na medicina, bem como na área da psicoterapia (Aposhyan, 2004; Zur, 2007). O toque como meio terapêutico aumentou a sua popularidade e prática nas últimas duas décadas (Chu, 2004; So, Jiang & Qin, 2008), e inúmeras publicações científicas têm vindo a suportar a efetividade do toque como meio terapêutico (So, Jiang & Qin, 2008; Wardell, Tan, Rintala & Duan, 2005).

Na mesma linha, verificam-se vários estudos científicos que demonstram a importância do toque no benefício da saúde, no desenvolvimento humano, nas relações interpessoais, nos vínculos afetivos, na comunicação interpessoal (Young, 2005; Zur, 2007), no desenvolvimento neural e comportamento sócio-emocional (Wilhelm, Kochar, Roth & Gross, 2001).

Para além da dimensão biológica, é reconhecida também a dimensão erógena do toque, pois a partir dele são desencadeadas sentimentos de prazer ou desprazer a partir da relação com o outro e do contato com o meio externo (Machado & Winograd, 2007).

Na dimensão afetiva e relacional, o toque social é definido como o contacto entre a pessoa que é tocada por outra (Haans & Jsselsteijn, 2006). A nossa pele contém recetores que desencadeiam uma resposta afetiva (Gallace, & Spence, 2010; Valentini, Kischka & Halligan, 2007), sendo esta o local de eventos e de processos cruciais para demonstrar o que pensamos, e o que sentimos, de forma a podermos interagir com os outros (Morrison, Loken & Olausson, 2010).

A integração da informação sensorial externa, com a informação interna homeostática e propriocetiva são vitais não só para a componente física (Barrett & Bliss-Moreau, 2009), como para as relações interpessoais, tendo demonstrado ser um elemento promocional do bem-estar físico e psicológico (Field, 2001; Gallace & Spence, 2010; Haans & Jsselsteijn, 2006; Spence, 2002).

O contato físico tem um papel importante nas relações sociais desde o início da nossa interação (Wilhelm et al., 2001). O toque constitui um poderoso sistema sensorial na comunicação de emoções e de outras informações sendo descrito como uma das mais importantes formas de comunicação humana sendo considerado por vários autores como uma necessidade humana fundamental (Haans & Jsselsteijn, 2006; Jones & Yarbrough, 2006).

O toque é a forma de interação social mais importante, e representa o meio mais eficaz de despoletar consequências emocionais (Wilhelm, et al., 2001), especialmente numa relação romântica (Gallace & Spence, 2010; Gullledge & Fischer-Lokou, 2003) em que o toque promove

a proximidade física e emocional, a intimidade e a cumplicidade relacional (Hertenstein, Verkamp, Kerestes & Holmes, 2006).

O toque é por isso um meio poderoso e intensificador de emoções (Hertenstein & Keltner, 2006), promovendo uma comunicação emocional traduzida em aspetos como meio de ligação, de *compliance*, de força, de intimidade, de hedonismo, de simpatia e afeto (Hertenstein et al., 2006). Estes aspetos reforçam e convergem para a análise constitucional de que o toque promove e intensifica as relações afetivas interpessoais e influenciam o comportamento social, sendo o melhor meio de demonstração de sentimentos (Gallace & Spence, 2010).

Em compêndio, vários autores referem e consideram o toque como apogeu do elo de ligação interpessoal, referindo-o como o elemento auge na comunicação de emoções e de afeto, comparados à linguagem verbal e não-verbal (Field, 2001; Gallace & Spence, 2010; Hertenstein, 2002).

Através do toque é possível demonstrar emoções sociais de gratidão, modos de prática de atos altruístas, de conforto, simpatia, prazer intrínseco e amor (Hertenstein & Keltner, 2006). O toque pode ser utilizado também como modo de saudação, chamada de atenção, e relação social expressiva entre indivíduos (Sussman & Rosenfeld, 1978; Wilhelm et al., 2001).

Verifica-se na pesquisa bibliográfica que diferentes formas de toque implicam reações emocionais distintas, nomeadamente o sentimento de simpatia está associado com o toque em forma de carícia, sentimento de raiva está associada ao toque em forma de apertar e bater, a gratidão está associada ao aperto de mão, o sentimento de medo está associado ao toque em forma de abanar, e o sentimento de amor está também associado ao toque em forma de carícia (Hertenstein, Holmes & McCullough, 2009). Um toque apropriado pode acalmar, e um toque desapropriado pode desencadear/aumentar a ansiedade (Wilhelm & Kochar, 2001).

Constata-se que o mesmo *input* tátil pode ser sentido como uma experiência negativa por uns e como uma experiência de prazer por outros. A comunicação através do toque pode gerar tanto emoções positivas como negativas, consoante a forma como o toque é processado e percecionado (Hertenstein et al., 2006). A natureza ubíqua do toque justifica o facto das pessoas ajustarem constantemente a sua perceção do toque aos *inputs* e experiências somatossensoriais (Hertenstein & Weiss, 2011).

Percebe-se então que o toque pode ser um elo positivo de intimidade, ou criar ênfase negativa na produção de dor e desconforto.

De uma forma genérica pode-se afirmar que as pessoas com elevado nível de ansiedade apresentam grande aversão a situações sociais que envolvam o toque (Wilhelm et al., 2001), os indivíduos que apresentam medo/evitamento ao toque são pessoas que experienciaram o toque de forma negativa, por elas mesmas ou por outros indivíduos (Hertenstein & Weiss, 2011). Outro elemento que está associado à experiência ofensiva, intrusiva e desencandadora de medo ao

toque, refere-se à percepção do indivíduo que recebe o toque provindo de um estranho (Wilhelm, et al., 2001).

Apesar destas últimas discriminações alusivas à percepção negativa do toque, a grande maioria de estudos indicam e enfatizam que o toque comunica emoções positivas e reforça positivamente as outras formas de estimulação (Hertenstein et al., 2006).

Estudos têm demonstrado que a estimulação tátil interpessoal é efetivamente importante e influente no fórum emocional e no comportamento social, tendo a capacidade de modulação de emoções negativas para positivas (So, Jiang, & Qin, 2008), modulação de atitudes comportamentais sociais (Field, 2001; Gallace & Spence, 2010), promove e expressa alterações nos indivíduos no que toca a pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos em função de quem toca (Haans & Jsselsteijn, 2006; Hertenstein, 2002; Hertenstein & Weiss, 2011) e promove a capacidade persuasiva a alguém relativamente a algo (Crusco & Wetzel, 1984; Gallace & Spence, 2010).

O toque social promove também o aumento da afeição ao indivíduo ou ao lugar, e promove a confiança e a *compliance* entre indivíduos (Morrison, 2010) em função do contexto histórico, social e económico em que este é experienciado (Haans & Jsselsteijn, 2006; Hertenstein, 2002; Hertenstein & Weiss, 2011). De forma a expressar particularmente a relevância da *compliance* entre indivíduos, faz-se referência a um estudo de Bickmore (2010) em que foi demonstrada que a comunicação verbal associada ao toque promove a empatia entre profissional de saúde e utentes, refletindo-se numa maior adesão às práticas de cuidados de saúde, compreensão da sua condição clínica, e na promoção da sensação de conforto e *distress*.

No mesmo âmbito conceptual verifica-se que a variância positiva da *compliance* está dependente do aumento da quantidade de toque (Field, 2011; Valenza et al., 2004), e que esta varia consoante a intensidade e durabilidade, ou seja, o toque de elevada intensidade durante um tempo moderado é associado ao sentimento de raiva, e o toque de moderada intensidade de longa duração é associado ao sentimento de amor (Hertenstein & Keltner, 2006).

Concordantemente com os resultados referidos anteriormente, constata-se num outro estudo que o toque promove a proximidade e a atração entre casais (Bickmore et al., 2010). A relação amorosa é a relação interpessoal onde mais afetos táteis são praticados, como por exemplo nas mãos dadas, nos abraços, nos beijos, nas carícias e nas massagens (Field, 2011; Gullledge & Fischer-Lokou, 2003), e o aumento de contato físico demonstrado através do toque está diretamente relacionado com o grau de satisfação do parceiro conjugal (Gallace & Spence, 2010).

De referir que a análise percetiva do indivíduo relativamente ao toque tem que ser contextualizada em função da cultura, idade e género do indivíduo, pois face a estas variáveis existem respostas percetivas distintas (Gallace & Spence, 2010).

Recentemente, com o desenvolvimento de novas técnicas especializadas de pesquisa em neurofisiologia tem vindo a aumentar o interesse pelo estudo das bases neurais envolvidas nos processos das emoções, a partir da caracterização e das investigações sobre o sistema límbico (Esperdião-Antonio, Mjeski-Colombo, Toledo-Monteverde, Moraes-Martins, Fernandes, Assis & Siqueira-Batista, 2008), e estas comprovam e reforçam a correlação entre a experiência emocional e a resposta afetiva do toque com a ativação de áreas neurais específicas (Barrett & Bliss-Moreau, 2009; Kringelbach & Rools, 2004; Rolls, 2010).

Diversos estudos científicos têm reconhecido a importância do toque como meio facilitador da interação entre o profissional de saúde e o utente. Dada a divergência da utilização do toque em diferentes áreas terapêuticas, sociais e emocionais, e dada a diversidade dos indivíduos e os seus contextos psicossociais observam-se respostas discrepantes e distintas da perceção do toque por parte de cada indivíduo.

Por sua vez, na ausência ou défice de toque são potencializados de uma forma geral atrasos no neurodesenvolvimento, défices neuro-motores, (Chugani, Behen, Muzik, Juhasz, Nagy & Chugani, 2001; Field, 2011), défices cognitivos (Field, 2011; MacLean, 2003), problemas emocionais, problemas imunológicos, depressão, agressividade, delinquência e o isolamento social (Field, 2003; Zur, 2007).

Por outro lado, estudos demonstram que o toque promove benefícios fisiológicos e bioquímicos, pela ativação do sistema parassimpático, refletindo-se na redução da pressão sanguínea e cardíaca, com a redução da noradrenalina, diminuição do cortisol e aumento da oxitocina, associadas ao estado de relaxamento e bem-estar (Field, 2011; Henricson, Berglund, Maatta, Segesten & Berglund, 2008). A libertação de endorfinas e dopamina despoletadas pelo toque bloqueiam os recetores opióides (Morrison, 2010), induzindo a redução da ansiedade (Henricson et al., 2008) e a diminuição do *stress* (Gallace & Spence, 2010).

O toque terapêutico abrange um amplo espectro de áreas de intervenção, promovendo a redução significativa do alívio e diminuição da dor, desde a dor de origem músculo-esquelética, neural, ou psicossomática, à dor provocada pelo cancro, e à dor aguda e crónica (So, Jiang & Qin, 2008).

Apesar da inquestionável importância do toque, o papel deste no domínio da comunicação e perceção tem sido negligenciado (Hertenstein, 2002), ainda não está totalmente explicado qual o seu impacto na perceção de cada indivíduo, nem a forma como o podemos utilizar adequadamente em função do indivíduo e do objetivo terapêutico pretendido.

Constata-se assim que apesar do reconhecimento, da importância e influência do toque tanto no âmbito biológico como no emocional, verifica-se que este é imposto e exercido sobre os utentes sem existir a preocupação ou a sensibilidade de perceber se essa estratégia de intervenção será bem aceite ou não.

Compreende-se assim que o toque é inequivocamente um elemento de elevado impacto na vida social, e pelas premissas apresentadas anteriormente é importante examinar a variação da resposta dos afetos e atitudes dos indivíduos relacionadas com o mesmo, de forma a adequá-lo na decisão terapêutica aos utentes.

Tendo em consideração estas particularidades, torna-se relevante saber e compreender o significado que os indivíduos pertencentes à cultura portuguesa atribuem ao toque, para que na prática clínica, haja um planeamento da intervenção mais adaptado e envolvendo um maior respeito por todos aqueles de que se cuida.

Os profissionais de saúde, como os fisioterapeutas que utilizam o toque como principal instrumento de trabalho poderão obter assim melhores resultados na sua abordagem se equacionarem e utilizarem o toque de forma apropriada, considerando e adaptando-o à perceção que cada indivíduo apresenta face ao mesmo.

Apesar da sua pertinência avaliativa, verifica-se na literatura e na revisão bibliográfica uma escassez de estudos e de formas de avaliação do toque explícita através de comportamentos e atitudes sociais. Este défice pode ser justificado pela dificuldade em comunicar e sobretudo em conseguir expressar a resposta de toque social de forma objetiva e mensurável, mesmo se efetuada através de questionários de autopreenchimento. Esta adversidade pode ter uma maior dimensão no caso da população em estudo apresentar alterações cognitivas e/ou emocionais, uma vez que os dados objetivos do questionário podem não corresponder à realidade e poderá não ser possível expressar a verdadeira resposta do indivíduo associada ao toque.

Por fim, outro elemento a equacionar nas limitações de recolha de dados refere-se ao meio social em que os indivíduos se encontram inseridos, este pode, pelo contexto sociocultural e histórico da população inquirida, condicionar as características e a resposta dos mesmos relativamente ao toque (Hertenstein & Weiss, 2011). O toque social é definido e controlado por cada cultura e respetivas regras, em quem, como e em que região corporal é aceitável tocar (Wilhelm, et al., 2001).

Considerando a escassez de métodos de avaliação do toque e contemplando as exigências e a necessidade crescente de fundamentação científica e monitorização suportada com a evidência e efetividade do efeito do toque, é urgente desenvolver estudos científicos que tenham a capacidade de medir o impacto e a perceção dos indivíduos face ao toque social.

Esta necessidade quantitativa é suportada e salientada pelos padrões de prática, aprovados pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF). A APF refere que o processo de avaliação é uma das etapas fundamentais da intervenção do fisioterapeuta, no que se refere à informação recolhida sobre o utente ou relacionada com o seu problema atual- padrão de prática 5, devendo basear-se na utilização de instrumentos de medição de resultados -padrão de prática 6 (APF,

2005), instrumentos estes que deverão ser válidos e fiáveis a fim de credibilizar a atuação e demonstrem a eficácia dos fisioterapeutas (Assunção, 2006).

A avaliação em Fisioterapia é o alicerce da construção do processo de cuidados ao utente, uma vez que fornece informação, orienta e condiciona a intervenção e determina o processo de tomada de decisão tendo como base o corpo de saberes próprio de cada profissional (Amorim, Morais, Oliveira & Mamede, 1992). Maitland (1991) defendia que a fase mais importante de todo o processo de intervenção do fisioterapeuta é a avaliação, pois é através desta que se consegue identificar um conjunto de sinais e sintomas, estabelecer um plano de tratamento adequado, avaliar a sua eficácia e decidir sobre a necessidade ou não de modificar a abordagem e/ou quando a deverá terminar. Por estas razões é necessário que se disponibilizem instrumentos adequados de forma a que esta tarefa se torne cada vez mais objetiva (Lopes, 1991).

Os instrumentos de medição do toque são relevantes de forma a integrar a informação subjetiva e objetiva dos indivíduos que estudamos, e promovem o desenvolvimento do conhecimento sobre as características e propriedades do mesmo, bem como das suas consequentes influências na relação interpessoal de crianças e de adultos (Hertenstein & Weiss, 2011). Desta forma será possível a análise das diferentes respostas ao toque e de como estas podem influenciar os resultados de saúde e do estado psicossocial (Hertenstein & Weiss, 2011; Weiss & Wilson, 2004). Devendo estes ser *standardizados*, ou seja construídos com uma finalidade e para uma população específica, possuindo instruções detalhadas da sua administração e a forma como cada item é cotado e interpretado (Cole, Finch, Gowland & Mayo, 1994).

Desta forma e após alguma discussão sobre o cerne dos conceitos em estudo, bem como da pertinência, significância do presente estudo para a prática clínica e do seu contributo para continuidade de futuros estudos científicos, decidiu-se desenvolver o processo de adaptação linguística e cultural do *Social Touch Questionnaire* (STQ).

O objetivo do presente estudo é proceder à tradução e adaptação cultural do STQ para a língua portuguesa. A utilização deste questionário, na cultura portuguesa, permitirá aferir objetivamente e de forma mensurável quais as atitudes de evitamento ao toque e o nível de desconforto face ao mesmo, ajudando assim o fisioterapeuta a escolher a melhor abordagem terapêutica através do toque, adequando-o a cada indivíduo.

A evolução na construção e no desenvolvimento de instrumentos de medição do toque e das suas respetivas qualidades psicométricas vão enriquecer a efetividade e o rigor da avaliação da resposta comportamental do toque, assim como o conhecimento do seu impacto na adversidade e variação de aspetos psicossociais (Hertenstein & Weiss, 2011).

Posteriormente, este estudo será um alicerce importante na aferição objetiva das atitudes de evitamento do toque bem como do nível de desconforto relativo ao mesmo a serem tidas em consideração em futuros estudos científicos.

METODOLOGIA

Em termos de metodologia de investigação, é considerado um estudo não experimental, designando-se assim um estudo do tipo metodológico. Este estudo pretende contribuir para a adaptação cultural e linguística do instrumento de medição das atitudes de evitamento ao toque e nível de desconforto face ao mesmo - *Social Touch Questionnaire* (STQ) - (Anexo I) - para a população portuguesa. Face a este intuito, o presente estudo apresenta a seguinte questão orientadora: “Será que a versão portuguesa do STQ obtida neste estudo é equivalente à versão original, em termos semânticos e de conteúdo?”

A grande maioria dos questionários foram desenvolvidos em países de língua inglesa, desta forma a adaptação intercultural de um instrumento de medição em saúde para ser usado num país, cultura e/ou língua diferente necessita do uso de um método específico para se conseguir obter equivalência entre a versão original e as versões adaptadas do instrumento (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000).

Atualmente, reconhece-se que se um instrumento for utilizado em culturas diferentes, os itens devem não só estar traduzidos linguisticamente como adaptados culturalmente para manterem a validade de conteúdo da medida ao nível conceptual nas diferentes culturas (Beaton et al, 2000). A preocupação com este nível de informação e creditação permite aumentar a confiança nos resultados obtidos após a utilização do instrumento, e permite verificar que o impacto da doença e/ou do tratamento foi descrito de igual modo em experiências multinacionais ou em avaliações de resultados (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2002).

Os processos de adequação de medidas às populações e culturas onde são aplicadas assumem-se hoje como a melhor forma de obter, em tempo e custos, instrumentos credíveis, válidos e fiáveis de modo a viabilizar a sua utilização quer em termos de prática clínica, como na área de investigação científica. Deste modo justifica-se a pertinência do tema desenvolvido nesta dissertação, a que acresce a relação com a fisioterapia.

Sendo este um estudo de carácter metodológico, segue a metodologia sequencial que define um conjunto de etapas, com características específicas, baseada na bibliografia internacionalmente recomendada (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993; Beaton et al., 2000 e 2002).

Este processo teve início com o pedido de autorização aos autores da medida original (STQ) para a adaptação e validação da escala. Posteriormente ao contato com os autores foi-nos

dada uma resposta positiva (Anexo II), sendo assim possível dar continuidade ao processo metodológico de validação da medida.

O procedimento metodológico proposto para a adaptação linguística e cultural é composta por duas fases:

1ª Fase: Processo de Tradução- que consiste na tradução, retroversão, obtenção de versões de consenso, e análise da qualidade da tradução;

2ª Fase: Processo de verificação da Validade de Conteúdo – que consiste na análise da aceitação e compreensão por um painel de gente comum.

1ª FASE: Tradução

O processo de tradução foi realizado com a colaboração do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). A tradução da medida, da língua inglesa para a língua portuguesa, foi iniciada de forma independente e autónoma por dois tradutores oficiais bilingues (A e B), cuja língua materna é a portuguesa.

Obtidas as duas traduções, foram ambas confrontadas por um painel, constituído por investigadores do CEISUC e pela autora do trabalho, de forma a resolver as divergências existentes entre as traduções, e com o objetivo de alcançar uma primeira versão de consenso da medida na língua portuguesa.

1ª FASE: Retroversão

Posteriormente, oriundo da primeira versão de consenso, foi efetuada de forma cega uma retroversão (da língua portuguesa para a língua inglesa), por outro tradutor bilingue, cuja língua materna é o Inglês, o qual não tinha conhecimento prévio da versão original. O resultado foi então analisado, pelo painel descrito anteriormente, de modo a confrontar a retroversão com a medida original, concluindo assim a segunda versão de consenso.

Com esta etapa pretendeu-se verificar a validade da tradução, e assegurar que o processo de tradução da primeira versão de consenso reflete os itens da versão original. O acordo entre a retroversão e a versão original não garante uma tradução satisfatória da primeira versão de consenso, nem a considera incorreta, mas aumenta a consistência da tradução (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993).

Desta forma, a retroversão é um modo de verificar a equivalência semântica, a deteção das incongruências que podem existir e/ou identificar a presença de erros conceptuais da tradução.

1ª FASE: Qualidade da Tradução

Por fim, e com o intuito de avaliar a qualidade da tradução resultante da segunda versão de consenso foi requerido uma revisão clínica, de forma independente, a dois especialistas em “toque social” (duas fisioterapeutas com vasta experiência e trabalhos desenvolvidos na área específica em análise). O objetivo deste procedimento por parte dos dois clínicos era recolher a análise dos mesmos sobre esta versão, de modo a prestarem particular atenção aos termos técnicos e semi-técnicos incluídos no questionário, e que dessem um especial contributo na forma como descreveriam ou discutiriam tal terminologia adequada à população.

O objetivo deste painel de revisores consistiu por isso em rever a qualidade da tradução do STQ (segunda versão portuguesa), no sentido de a tornar mais precisa, mais clara e/ou de mais fácil compreensão, mais correta gramaticalmente- no que se refere ao estilo e leitura, e com uma linguagem mais familiar/corrente para os inquiridos.

Os comentários e propostas de ambos os revisores foram depois analisados pelo painel de consenso (investigadores do CEISUC e autora), que tomou as decisões finais sobre as propostas avançadas, resultando na terceira versão de consenso ou versão portuguesa pré-final do STQ.

2ª FASE

Esta fase pretende aferir a validade de conteúdo da versão portuguesa do STQ. Com este intuito foi realizado um teste de compreensão a um conjunto de 20 indivíduos adultos. Dez indivíduos identificados como tendo evitamento ao toque e/ou resposta negativa face ao mesmo, com patologia de esquizofrenia, pertencentes à Casa de Saúde de Idanha- Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. E os outros 10 indivíduos que não apresentam alterações da perceção ao toque, sendo estes alunos do 4º ano do curso de fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA).

De referir que o doente esquizofrénico evita o contacto com o outro e quando forçado tem um pensamento de evitamento assim como uma diminuição da motivação por situações sociais que possam promover este contacto (Vieira, et al, 2010). Estas características de alteração de comportamento social, de isolamento e de alteração de perceção física e mental do seu Eu (*American Psychiatric Association*, 2002; Marques, Queirós & Rocha, 2006), leva-nos a escolher a população de esquizofrenia como um referencial de uma população que apresenta de forma genérica medo/evitamento do toque social.

Por outro lado, escolheu-se um outro grupo constituído por alunos do 4º ano do curso de Fisioterapia, que devido à exposição contínua e natural do toque social inculcida e integrada no curso de Fisioterapia apresentam de forma genérica menos atitudes de evitar o toque social.

A aplicação dos questionários (terceira versão de consenso) bem como as entrevistas decorreram na área da grande Lisboa, na Casa de Saúde de Idanha no dia 17 (primeiro grupo), e na ESSA no dia 20 (segundo grupo) de Janeiro de 2014.

No início, foi explicado o objetivo da entrevista, a metodologia a seguir e a importância do estudo, tendo os participantes assinado o consentimento informado. De seguida a medida foi preenchida individualmente e registado o tempo de preenchimento de cada participante. Foi explicado que o interesse residia na formulação das notas introdutórias, das perguntas e respetivas opções de resposta e não nas respostas propriamente ditas.

Após o término do preenchimento do questionário, sucedeu-se a entrevista, em que foi pedido inicialmente a cada individuo uma opinião geral sobre o questionário, e depois uma análise particular quer das instruções fornecidas, quer de cada item e respetiva opção de resposta. Esta entrevista teve como intuito verificar a facilidade/dificuldade na compreensão da linguagem e conceitos usados, nas instruções explicativas fornecidas, em cada item e nas suas respetivas opções de respostas, aferindo assim, nesta etapa metodológica, informações relacionadas com a compreensão, interpretação, clareza e possíveis propostas de alteração.

Os problemas encontrados bem com as soluções propostas foram revistos, tendo os consensos resultado na versão portuguesa do STQ (Apêndice I). Esta versão portuguesa do STQ deverá posteriormente sofrer uma aferição das suas qualidades psicométricas.

De qualquer das fases do estudo e de cada uma das suas etapas foram gerados relatórios tendo em vista a descrição das atividades, resultados obtidos, e conclusões produzidas (Dossier Complementar).

Por forma a enquadrar, contextualizar e compreender a dimensão do instrumento de medição em estudo, procede-se à apresentação e caracterização do STQ, com base na revisão da literatura, fazendo algumas referências de conceitos teóricos intrínsecos no mesmo e relacionais com o objetivo de estudo.

Social Touch Questionnaire (STQ)

O *Social Touch Questionnaire* (Wilhelm, et al., 2001) foi criado com o intuito de desenvolver um instrumento de medição capaz de aferir afetos e atitudes sociais despoletadas pelo toque. Sendo este um questionário autoadministrado, desenvolvido para aplicação em indivíduos adolescentes e adultos (Hertenstein & Weiss, 2011).

O STQ é constituído por 20 itens, avaliando o toque social em diversas dimensões, tais como dar *versus* receber o toque social, toque social com pessoa conhecida *versus* com um estranho, toque social exercido em público *versus* num local privado, e toque com a vertente sexual *versus* toque sem vertente sexual. Este questionário apresenta a possibilidade de resposta

numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 0 (zero) corresponde a “absolutamente nada” e 4, a “extremamente”. Para obter a pontuação total da medida, dez dos itens necessitam ser recodificados de forma inversa (item 1,4,6,9,11,12,14,15,18 e 20), já que apresentam polaridade negativa. A pontuação total é assim obtida pela soma das pontuações de cada um dos itens, apresentando um espectro de quantificação do score total numa escala de 0 (menor evitamento ao toque) a 80 (maior evitamento ao toque) (Wilhelm, et al., 2001).

Segundo os autores o STQ apresenta valores aceitáveis de coerência interna, com um valor de alfa de *Cronbach* de 0,89, e um valor médio de correlação inter-item de 0,29. A validade foi demonstrada pela capacidade de discriminação entre grupos ($p < 0,0001$) com maior e menor ansiedade social (Wilhelm, et al., 2001).

RESULTADOS

Tradução

Da análise das equivalências de significado da tradução do *Social Touch Questionnaire* (STQ) resultaram os seguintes consensos:

- O painel considerou o Título: “Questionário Sobre Toque Social” como equivalente semântico de “*Social Touch Questionnaire*”;
- Instruções: Decidiu-se reformular a tradução de forma a tornar mais fácil e explícita a compreensão da presente afirmação informativa. Assim, optou-se por subescrever “As seguintes afirmações fornecem uma ampla amostra dos afetos e atitudes relativas ao toque social” como equivalente semântico de “*Items provide a broad sample of affects and attitudes toward social touch*”;
- Ainda referente às Instruções, notifica-se as duas traduções no seguinte consenso “Uma pontuação mais alta indica que o toque é evitado e provoca desconforto”, como tradução de “*A higher score indicates more avoidance attitudes and discomfort towards touch*”;
- Por fim, na dimensão das Instruções, indo de encontro ao conceito referido pelo autor do STQ, o painel decidiu que a melhor tradução semântica seria “Indique até que ponto cada uma das seguintes afirmações o/a caracteriza ou é verdadeira” para “*Indicate how characteristics or true each of the following statements is of you*”;

De modo a permitir uma adaptabilidade do género masculino e feminino o painel decidiu explicitar de forma individual o género através da tradução- “o/a caracteriza”;

- O painel optou por classificar a cotação de 0 como “absolutamente nada” face à original “*not at all*”, nas restantes cotações houve um consenso unânime, sendo assim classificado como “1= ligeiramente”; “2= moderadamente”; “3= muito”; “4= extremamente”, referente a “*1=slightly*”; “*2= moderately*”; “*3= very*”; “*4= extremely*”;

- No item 1 e para o item 4, o painel traduziu “*Generally*” para “Normalmente”.

No mesmo item o painel optou por “gosto que as pessoas manifestem o seu afeto por mim de uma forma física” relativamente ao original “*like when people express their affection towards me in a physical way*”;

- No item 2, o painel optou pela tradução “pouco à vontade” para “*uncomfortable*” alegando que a população portuguesa não se encontra familiarizada com o conceito “desconfortável”, sendo assim mais facilmente perceptível e intuitivo o conteúdo da afirmação através do conceito -“pouco à vontade”;
- No item 3, o painel alterou a construção frásica de forma a ser possível uma melhor perceção do sentido da frase, rescrevendo para “Fico nervoso/a quando uma pessoa não larga a minha mão depois de apertar a mão”;

Neste item, o painel voltou a adaptar aos dois géneros- masculino e feminino- designando esta especificidade de género por- “nervoso/a”;

O termo “*accuaintance*” desencadeou dubiedade relativamente à sua tradução, pois o painel considerou que seria mais apropriado definir como “alguém” em vez de “um conhecido”, por ser possível estabelecer um aperto de mão com um uma pessoa conhecida, ou não;

- No item 4, tal como no item 1, o painel optou pela tradução de “Normalmente” para “*generally*”;
- No item 5, o painel optou pela tradução que inicia por “Sinto-me” sugerindo a tradução de “constrangido” para “*embarrassed*” do original;

Relativamente ao presente conceito, o painel considerou pertinente discriminar também, neste item, ambos os géneros: “constrangido/a”;

- No item 6, o painel optou por iniciar o item com “Considero-me” face ao original “*I consider*”;

Relativamente ao conceito “*touchy-feely*”, não houve concordância com o termo “melada” nem com o termo “afetuosa”, esta última que por ser demasiado generalista e não especifica a relação direta com o toque. Por outro lado, a primeira também não expressa o ato de tocar;

Dada esta incapacidade das traduções definirem o intuito do conceito original, o painel sugeriu que se transcrevesse como “uma pessoa que gosta de tocar nos outros”. Sendo este conjunto de palavras a atribuição de um conceito optou-se por escrever “gosta de tocar nos outros” entre aspas;

- No item 7, houve consenso absoluto em traduzir “*unexpectedly*” para “inesperadamente”;
- No item 8, pelas mesmas razões apresentadas na discussão do item 2, o painel optou por “pouco à vontade” como tradução de “*uncomfortable*”;
- O painel optou por iniciar o item 9 por “Teria todo o gosto” face ao original “*I’d be happy*”;

No seguimento do item, o painel optou por traduzir em “fazer uma massagem” pela da tradução “*to give*” argumentando que o verbo “fazer” uma massagem se adequaria de uma forma mais específica ao ato de tocar, sendo, neste caso específico, expresso através da massagem;

O painel optou pela tradução de “*feeling stressed*” para “estivesse tenso”, de forma a ser mais próximo ao conceito semântico da população portuguesa e considerando o intuito dos autores do STQ;

- No item 10, tal como no item 2, o painel escolheu a tradução de “pouco à vontade” como tradução de “*uncomfortable*”, pelas mesmas razões apresentadas no item 2;

O painel deu uma sugestão alternativa às traduções propostas de “se tiver” para “*if I make*” pois consideraram que “se estabelecer” e “se há” não descreve com precisão o facto de estabelecer o ato de contato físico;

- No item 11, o painel optou por “receber carícias para a tradução de “*being caressed*”;
- No item 12, o painel considerou a melhor tradução de “*family members*” como “os meus familiares”, e de seguida enumerou-os da seguintes forma “(por exemplo, pais e irmãos)” como resultado da tradução “(e.g. *parents, siblings*)”. Por fim, o painel após discussão e análise concetual do original “*often cuddled*” considerou a tradução como “faziam-me festas muitas vezes”;
- No item 13 o painel escolheu a tradução de “Prefiro evitar” para “*I would rather avoid*”, a restante frase manteve-se em concordância com as duas traduções;
- No item 14, o painel considerou mais apropriado “amigos mais chegados” por poder abranger uma maior amostra populacional do que “amigos íntimos” cuja tradução igualmente pretende englobar com “*close friends*”.

Por unanimidade, o painel escolheu “beijo na face” em vez de “beijo na cara”;

- No item 15, o painel concordou em absoluto com a Tradução 2, nomeadamente em “Sinto-me à vontade” para “*I feel comfortable*”, “para tocar pessoas” para “*touching people*” e “muito bem” para “*very well*”;
- No item 16, o painel oferece uma sugestão de “Desagrada-me quando vejo” para “*I feel disgusted when I see*” uma vez que demonstra o desagrado sem ser demasiado relutante como “repugnam-me”, e sem perder o intuito do conceito original que seria com “fico desgostoso/aborrecido”;

De seguida o painel apresenta como sugestão uma alteração organográfica da frase, conservando o intuito da original para “Desagrada-me quando vejo demonstrações íntimas de afeto em público” face a “*I feel disgusted when I see public displays of intimate affection*”;

- No item 17, o painel apresenta uma sugestão para dar início ao item “Sentir-me-ia ansioso” como tradução de “*I would make me feel anxious*”. O seguimento do item, o painel consente com a tradução proposta pelos dois tradutores;

Também neste item, o painel discriminou os dois géneros: “ansioso/a”;

- No item 18, o painel apresenta uma sugestão de iniciar o item por “Se tivesse condições” em detrimento do original “*If I had means*”;

Neste mesmo item, o painel apresenta uma modificação da organização da frase de forma a tornar mais perceptível a sua leitura e interpretação, desta forma sugere que o item seja transcrito da seguinte forma “Se tivesse condições, todas as semanas, fazia massagens com um profissional” em função do original “*If I had the means, I would get weekly professional massages*”;

- No item 19 e 20 não existiram divergências nas duas traduções propostas e o painel concordou em absoluto com ambas as traduções.

Retroversão

Da análise das equivalências de significado da tradução do *Social Touch Questionnaire* com a versão original resultaram os seguintes consensos face às divergências e discussões analisadas:

- O painel nas Instruções alterou a frase da tradução para “Uma pontuação mais alta indica que há mais atitude de evitar o toque e de desconforto relativo ao toque” sendo desta forma mais explícito a atitude de evitar o toque;

Ainda nesta componente decidiu-se iniciar a frase por “Indique até que ponto cada uma das seguintes afirmações o/a caracteriza ou é verdadeira”, sem a palavra “Pergunta” no início, uma vez que se trata de uma frase afirmativa, sendo esta de carácter informativo;

- No item 3, o painel decidiu retirar a redundância da palavra “mão”, substituindo-a pelo pronome substantivo “a”, ficando o item 3 como- “Fico nervoso/a quando uma pessoa não larga a minha mão depois de a apertar”;
- No item 4, o painel decidiu retirar o artigo definido masculino de “o contato físico” para “contato físico”;
- No item 6 após análise do conceito “*touchy-feely*” e “gosta de tocar nos outros” o painel, decidiu que o conceito que mais se aproxima da equivalência semântica do original é “afetuosa”, uma vez que esta palavra remete para uma expressão positiva e relativa ao toque;
- No item 13, alterou-se a tradução de “Prefiro” do Presente do Indicativo para “Preferiria” ficando no futuro do pretérito indicativo, sendo mais coerente e próximo do original “*would rather*”. Desta forma, o item 13 fica “Preferiria evitar dar apertos de mão a estranhos”;
- No item 15, o painel acrescentou a palavra “em”, desta forma o presente item fica como “Sinto-me à vontade ao tocar em pessoas que não conheço muito bem”;
- No item 16, o painel decidiu que a melhor equivalência semântica para “*I feel disgusted*” seria “Sinto-me revoltado” de forma a adaptar semanticamente à cultura portuguesa, uma vez

que na cultura portuguesa não é atribuído o carácter negativo com a devida grandeza à palavra “Desagrada-me”. De forma a não enviesar positivamente a resposta da população portuguesa, decidiu-se alterar para “Revolta-me” para expressar de forma mais vigorosa o carácter negativo da ação;

- Por fim, no item 18 retira-se a segunda vírgula após a identificação de “todas as semanas”.

Qualidade da Tradução

Após a análise de equivalência de significado, a partir das revisões clínicas do STQ, realizadas por duas Fisioterapeutas com especialidade na área de Neurologia e com desenvolvimento de estudos no âmbito do toque social, resultam os consensos que se descrevem seguidamente:

- Nas instruções: Um dos clínicos, e aprovado pelo painel alterou, na frase inicial, a expressão “ampla amostra” para “uma variedade” de forma a adequar à linguagem corrente;
- No item 3: No presente item substituiu-se “depois de a apertar” para “depois de um aperto de mão” justificando ser uma linguagem mais compreensível para os utentes;
- No item 6: O painel considerou ser mais compreensível e uma linguagem mais familiar para os utentes “pessoa que gosta de expressar afeto através do toque” invés de “pessoa afetuosa”. Optando-se por pessoa que gosta de expressar afeto através do toque sem aspas, dado tratar-se de uma expressão e não de um conceito;
- No item 8: O painel decidiu manter a tradução proposta na segunda versão de consenso- “Sentir-me-ia desconfortável se um professor me tocasse no ombro em público”, alegando que esta frase torna mais clara e fácil a sua compreensão;
- No item 10: O painel decidiu igualmente manter a tradução resultante na segunda versão de consenso- “Sinto-me pouco à vontade se tiver contato físico com um estranho no autocarro ou no metropolitano”;
- No item 16: O painel decidiu alterar “revoltado” para “enojado/a”, justificando que esta tradução torna mais clara e fácil a sua compreensão;
- No item 18: O painel decidiu manter a tradução realizada na segunda versão de consenso- “Se tivesse condições, todas as semanas fazia massagens com um profissional”;

Validade de Conteúdo

As características do painel, correspondente a 20 indivíduos que foram escolhidos por conveniência, 10 adultos com a patologia de esquizofrenia, e 10 indivíduos adultos alunos do 4º ano do curso de Fisioterapia da ESSA- com predomínio de elementos do sexo feminino (90%) e

com idade média de $39 \pm 18,4$ anos, que responderam ao questionário- STQ e participaram no teste de compreensão encontram-se descritas na Tabela 1.

Para a descrição e caracterização da amostra foram utilizadas as medidas estatísticas de tendência central e de dispersão (média, desvio padrão e amplitude: mínimo e máximo).

Tabela1: Características da Amostra (N=20)

Variáveis	Dados
Indivíduos adultos doentes com esquizofrenia (com alteração da percepção ao toque)	10
Indivíduos adultos estudantes de 4º ano de Fisioterapia (sem alteração da percepção ao toque)	10
Género Feminino	18
Género Masculino	2
Idade Média	$39 \pm 18,4$ (21-64)*
Idade em doentes com esquizofrenia	$56,8 \pm 4,0$ (50-64)*
Idade alunos de 4º ano de Fisioterapia	$21,3 \pm 0,4$ (21-22)*
Tempo Médio de Preenchimento do Questionário –STQ (minutos)	$9,1 \pm 6,9$ (2-23)*
Tempo Médio de Preenchimento em indivíduos com esquizofrenia	$15,3 \pm 3,7$ (11-23)*
Tempo Médio de Preenchimento de alunos do 4º ano de Fisioterapia da ESSA	$3 \pm 0,8$ (2-4)*
Tempo Médio Entrevista (minutos)	$35,3 \pm 9,4$ (20-62)*
Tempo Médio de Preenchimento em indivíduos com esquizofrenia	$40,4 \pm 9,1$ (30-62)*
Tempo Médio de Preenchimento de alunos do 4º ano de Fisioterapia da ESSA	$30,3 \pm 6,3$ (20-38)*

*média $\pm$ desvio padrão (amplitude: mínimo e máximo)

Enfatize-se que em primeira instância era explicado aos indivíduos inquiridos qual o objetivo do estudo, e posteriormente eram convidados a participar no estudo, sendo suportados burocraticamente com a sua aprovação através da assinatura do consentimento informado, no qual está implícito a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Desta forma, assegurava-se a participação voluntária e consciente dos indivíduos inquiridos, estando estes informados dos objetivos, procedimentos, implicações e contributos do presente estudo.

Seguidamente procedeu-se à administração e preenchimento do Questionário do Toque Social e do Teste de Compreensão inerente ao referido questionário. Após a análise dos resultados obtidos, verificou-se que a duração média do preenchimento do questionário foi de $9,1 \pm 6,9$ minutos, para um mínimo de 2 e um máximo de 23 minutos. A duração média da entrevista foi de $35,3 \pm 9,4$ minutos, para um mínimo de 20 e um máximo de 62 minutos (Tabela 1).

Relativamente à análise global do instrumento, no que diz respeito à clareza, compreensão e adequação deste a cada indivíduo e à sua situação em particular, resultou o consenso de que o questionário é simples, de fácil compreensão, útil, relevante e adequado à população a que se dirige. Foi igualmente maioritária a opinião de que a linguagem utilizada é

simples e clara, apenas dois indivíduos, do grupo com a patologia de esquizofrenia, referiram que a linguagem não era simples.

Apenas três indivíduos, dois do grupo com patologia de esquizofrenia e um do grupo de alunos consideram que o questionário era um pouco extenso.

Na análise individual de cada item e respetivas respostas, verificou-se as seguintes observações/sugestões- no grupo com patologia de esquizofrenia:

No item 5, dois indivíduos referiram apresentar dificuldade de compreensão da palavra “constrangido”. Foi-lhes explicado o conceito da palavra, após terem compreendido o seu significado, um dos participantes considerou que a melhor alternativa seria a que se apresentava no questionário. Por sua vez, o outro indivíduo deu como sugestão “pouco à vontade”.

O painel considera que este problema se justifica por dificuldade de literacia, considerando que o conceito “constrangido” deve ser mantido como tradução de “*embarrassed*”, uma vez que o conceito “pouco à vontade” foi usado no item 10 como tradução de “*uncomfortable*”, salientando que deve ser respeitada a diferença destes dois conceitos descritos, bem como o objetivo intencionado no questionário original.

No item 8, dois participantes referiram que a designação de “professor” excluía grande parte da população, e que não se adequava a toda a população, uma vez que nem todos interagem diretamente com a classe profissional- professor. Desta forma, um dos inquiridos apresentou como sugestão a modificação do conceito específico de “professor” para “uma pessoa”.

Após análise de um perito nesta área clínica, ficou referenciado que a categorização de “uma pessoa” era demasiado generalista e redutor para a relação pretendida através deste item, que seria a apreciação do toque no ombro realizada por um indivíduo que não é íntimo, nem desconhecido. O painel considera esta justificação válida, intensificando esta análise pela justificação de que está descrito e definido de forma clara no questionário original a referência ao “professor”. O painel alega de forma concordante à relevância de manter o “professor”, referindo que esta figura é universal e surge no questionário como uma representação da sua imagem, e mesmo que não haja contacto direto com esta figura, a formulação da frase por “sentir-me-ia” facilita a transposição hipotética para esta personagem, imaginando esse contexto.

No item 10, um indivíduo referiu que o “metropolitano” pode não ser aplicado a toda a população, uma vez que apenas a população da metrópole ou de grandes cidades é que tinham contato com este meio de transporte. Desta forma, sugeriu a abrangência de “autocarro e metropolitano” pela designação de “transportes públicos”.

Apesar desta sugestão, o painel considerou manter a designação discriminativa “metropolitano”, uma vez que o autocarro e o metropolitano são representativos de uma gama de transportes públicos de grande massa, e nestes é propício o contato físico interpessoal, o que não aconteceria por exemplo num táxi.

Tanto no item 11 como no 16, dois indivíduos referiram que tanto os termos “situações íntimas” como “demonstrações íntimas” eram pouco específicos. Em que na primeira não era explícito o contexto, se se tratava de relação de amizade ou amorosa. Por sua vez, no item 16 referiram que o grau de enojamento e aceitação dependiam do tipo de demonstração íntima, que também não era explícito.

Relativamente a estas questões, o painel reforça que tal como na medida original estes conceitos são pouco específicos, dando assim liberdade aos inquiridos de interpretar o significado destes conceitos relativamente à sua perceção e vivência, podendo diferenciá-los de forma individualizada através da classificação quantitativamente da escala de *Likert*.

Por fim, no item 17, um dos participantes referiu não estar familiarizado com o termo “pulso”, não associando à região corporal pretendida. O mesmo participante sugeriu alterar para “mão”.

Face a esta sugestão apresentada, o painel considera que não se deve realizar a alteração do conceito do questionário original, considerando que não existe uma designação mais comum desta localização e esquema corporal que “pulso”, sendo esta familiar e corrente para a maioria da população portuguesa.

Relativamente à análise mais pormenorizada do segundo grupo, alunos do 4º ano do curso de Fisioterapia, verificou-se que:

No item 4, e 10 um indivíduo refere para cada um dos itens que “contato físico” é pouco específico para caraterizar que tipo de contato é estabelecido com os outros. O painel não considera este aspeto válido, uma vez que tal como no original o questionário pretende aferir o “contato físico” de forma generalista;

No item 7, um indivíduo refere que o termo “aborrece-me” não é explícito com a relação de desconforto/evitamento do toque, sugerindo a reformulação do item para “Sentir-me-ia constrangido”. O painel concorda que o conceito “aborrece-me” não é explícito para a relação de desconforto/evitamento do toque, porém considera que a melhor designação deste conceito seria “incomoda-me”;

No item 11, três indivíduos referem dificuldade na compreensão deste item, dois deles por considerarem pouco explícita “situações íntimas” e um outro indivíduo por considerar “carícias” igualmente pouco explícito”. Neste item, tal como no item 4, o painel considera o mesmo critério de manter o conceito similar ao questionário original, pela mesma razão;

No item 16, tal como mencionado no item 4 e 10, um indivíduo refere “demonstrações íntimas de afeto” pouco explícito relativamente a que tipo de demonstrações de afeto se refere. O painel reforça a decisão tomada anteriormente para este item, salientando que este conceito não é específico, sendo abstrato e dependente do significado para cada indivíduo consoante a sua

vivência, por estas mesmas razões é que se pretende que o indivíduo distinga a sua apreciação através da classificação da escala *Likert*;

Por fim, no item 17, um indivíduo considera este item pouco relevante, uma vez que o toque é exercido ao nível do “pulso”, considerando que a intenção de aferir a percepção do toque neste item é repetitivo e redundante.

O painel considera que este item é pertinente e relevante, devendo fazer parte do esquema deste questionário, tal como no original. A relevância deste item depreende-se e justifica-se pela revisão da literatura que refere que a resposta, a percepção e o significado do toque são variáveis face à região corporal onde o toque é exercido (Nguyen, M., Heslin, R., Nguyen, T., 1976; Hertenstein & Weiss, 2011).

Por não serem referenciadas outras dificuldades, relativamente à análise de conteúdo dos itens traduzidos do Questionário sobre o Toque Social foi preparada a versão final do questionário (Apêndice I).

DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o processo de tradução e adaptação do STQ da língua inglesa para a língua portuguesa. Na sua conclusão foi elaborada uma versão final do STQ (Apêndice I) após a sua tradução e adaptação cultural.

O processo de tradução e adaptação cultural foi baseado nos métodos propostos e nas linhas orientadoras de Guillemín et al. (1993) e Beaton et al. (2000 e 2002). De facto, advoga-se que questionários desenvolvidos em países de língua estrangeira, necessitam de sofrer uma adaptação intercultural, com base em metodologias reconhecidas, para serem usadas num país, cultura e/ou língua diferente, de modo a obter-se a equivalência entre a versão original e as versões adaptadas do instrumento, o que permite aumentar a confiança nos resultados obtidos pela sua utilização (Beaton, et al., 2000).

Assim, o presente estudo necessitou de obedecer a algumas etapas metodológicas, descritas no capítulo anterior, para ser considerado válido e analisar os procedimentos metodológicos e as tomadas de decisão patentes aos mesmos. As etapas metodológicas realizadas permitiram verificar a adequação da versão traduzida do presente questionário à realidade e população portuguesas.

Uma das etapas mais importantes do estudo é o processo de tradução, pois é a partir desta etapa que todos os restantes procedimentos metodológicos surgem, daí a escolha adequada dos tradutores e o contributo do CEISUC ser fulcral e enriquecedor para este trabalho. Os processos de tradução e retroversão foram os mais longos de todo o estudo, tendo datas de desenvolvimento compreendidas entre Julho a Outubro.

O processo de tradução e adaptação do STQ foi descrito e analisado no capítulo do presente estudo, nomeado por Resultados. Acresce referir que todas as informações referentes às instruções e análise individualizada de cada item foram sucessivamente sujeitas a consensos em cada uma das fases, tradução, retroversão, análise de tradução e análise de conteúdo, face aos problemas levantados e pelas sugestões preconizadas, de modo a chegarmos à versão final de consenso do STQ para a Língua Portuguesa.

Após a análise destes procedimentos metodológicos, pode-se concluir que a maioria das alterações propostas esteve relacionada com o nível linguístico dos diferentes autores.

Resultante do processo de tradução e adaptação cultural do STQ à população portuguesa não se verificou grandes adversidades e dificuldades na análise da qualidade das traduções do STQ e na equivalência de significado, o que se refletiu numa fácil concretização da primeira versão de consenso do STQ.

Relativamente à retroversão, não se verificou igualmente grandes discrepâncias, não apresentando grandes divergências e diferenças face ao questionário original. Após o confronto da versão da retroversão com a versão original, analisada pelo painel, obteve-se uma concordância total em 60% dos itens.

Dos 40% dos itens em que não houve concordância absoluta 71,4% deveu-se a modificação frásica evitando redundâncias e recorrendo a substantivos como no item 3, 4 e 15, bem como alteração do tempo verbal no item 13. A restante não concordância absoluta dos itens equivalente à percentagem de 28,6 refere-se à alteração do conceito de forma a obter a melhor equivalência semântica com a versão original do STQ, desta forma no item 6 optou-se pelo conceito de “afetuosa” invés de “pessoa que gosta de tocar nos outros”, e no item 16 para “Revolta-me” invés de “Desagrada-me”.

Seguidamente na fase da qualidade da tradução, cujo objetivo era produzir uma versão pré-final através de uma revisão por dois clínicos, não foram encontrados grandes problemas obstantes, apenas se efetuaram alterações relacionadas com o nível linguístico, com o objetivo de melhor clarificar e simplificar a linguagem descrita.

Na análise da qualidade da tradução foi resultante a concordância de 75% dos itens. Em 25% dos itens não se obteve uma concordância total, contudo nos itens 8,10,18 apesar de ser apresentada outra sugestão pelos clínicos, o painel decidiu manter a correlação com a segunda versão do STQ, de forma a não deletrear a equivalência semântica com a versão original.

Da percentagem de não concórdia, o painel com base na análise das sugestões e discordância dos clínicos realizou modificação nos itens 6 e 16 no que se refere à dimensão do conceito, alterando “pessoa afetuosa” para “pessoa que gosta de expressar afeto através do toque”, e de “revoltado/a” para “enojado/a” respetivamente.

De forma a facilitar a compreensão o painel alterou a construção frásica do item 3 de “depois de apertar a mão” para “depois de um aperto de mão”.

Consequentemente dos resultados obtidos nas etapas metodológicas antecedentes obteve-se a terceira versão de consenso. Esta versão de consenso foi posteriormente aplicada juntamente com o teste de compreensão a 20 indivíduos escolhidos por conveniência.

A escolha destes indivíduos, consubstanciada em 2 grupos distintos (doentes diagnosticados com esquizofrenia e alunos do 4º ano de licenciatura em fisioterapia) teve por justificação o facto de se tentar abranger uma população que pudesse de certo modo representar uma vasta amplitude de atitudes face ao toque social, podendo existir em cada grupo diferentes atitudes, derivados de distintos fatores pessoais e vivências (Hertenstein & Weiss, 2011). Espera-se que no grupo de doentes face à patologia considerada, possa representar genericamente atitudes mais negativas em relação ao toque social (Vieira, et al, 2010).

Por outro lado, o grupo de estudantes representa uma perspetiva mais positiva face ao toque social, dado que a sua formação profissional implica um contato físico muito próximo com o outro. Uma vez que o STQ é uma medida para ser utilizada numa população diversificada, pareceu-nos deste modo conseguir uma abrangência à generalidade da população.

Note-se que face às barreiras encontradas referente à motivação, competências cognitivas e de linguagem sentidas pela população com esquizofrenia e não querendo perder aferições importantes da sua análise, procedi a uma entrevista verbal e individual a cada indivíduo conjuntamente com a enfermeira da Casa de Saúde de Idanha, de forma a fazer um levantamento das dificuldades e sugestões sentidas por cada um participante incluído neste grupo, de forma a analisar as respostas da população contextualizadas com a sua condição psicossocial.

Resultante do processo de análise de equivalência de conteúdo, notificou-se que de forma generalista os indivíduos consideraram que o questionário apresenta uma linguagem acessível e um formato claro, não revelando dificuldades ou ambiguidades na compreensão, quer ao nível das instruções quer a nível de conteúdo de cada item do questionário, considerando-o adequado e relevante ao que se propõe medir.

Através da análise dos 20 itens verificou-se que surgiram no total dos dois grupos 8 itens em que surgiram algumas dúvidas/alterações, nos restantes 12 itens equivalente a 60% obteve-se uma concordância absoluta, não sofrendo alterações da versão final do STQ. Conclui-se na análise de conteúdo, resultante da reflexão do painel, existir concordância do seu conteúdo e literacia em 19 dos 20 itens e incluindo as instruções com a 3ª versão do STQ.

Apenas o item 7 foi reformulado, modificando o conceito de “aborrece-me” para “incomoda-me”, de forma a facilitar compreensão, clarificar a redação e adequar à linguagem corrente, sem alterar o conteúdo do item da versão original.

Em 4 itens-5,8,10 e 17 apesar de terem sido apresentadas algumas sugestões, manteve-se similar à terceira versão do STQ, uma vez que estes se aproximam mais da versão original e mantêm linearmente o conteúdo semelhante à versão original.

Por fim, em 3 itens- 4, 11 e 16 foram referidos que os conceitos alegóricos ao toque eram generalistas e pouco específicos, o painel considerou esta crítica pouco relevante para a reformulação do questionário, não os alterando, uma vez que tal como nos itens anteriores, deve-se preservar a melhor similaridade com a versão original

O questionário foi bem aceite pelos participantes, mostrando ter validade de conteúdo, tendo sido preenchido em tempo médio de 9,1 minutos $\pm 6,9$.

Na adaptação do STQ para a língua portuguesa encontrou-se um elevado nível de consenso, não se realizando grandes alterações ao questionário original. Saliente-se que a versão final do questionário em português apresenta as mesmas instruções e itens que o questionário original, uma vez que todos eles se adequam e são relevantes à população portuguesa.

Este estudo apresenta algumas limitações. Estas limitações constam com a reduzida amostra dos indivíduos que participaram no teste de compreensão. Deparamo-nos com esta dificuldade face à demora de resposta de autorização para aplicação do presente questionário. Para além do aumento do número da população inquirida, teria também enriquecido o presente estudo se tivesse sido aplicado o questionário noutras populações com patologias mentais ou não, às quais fosse identificado propensão para medo/evitamento do toque.

Poderíamos escolher grupos com uma maior abrangência geográfica, não estando limitado à área da grande Lisboa, e que a população não fosse escolhida por conveniência, de forma a garantir uma representatividade da população portuguesa, uma vez que o contexto cultural da área geográfica onde se encontram pode influenciar o tipo e análise dos itens do questionário. Para generalizar à população portuguesa o presente questionário, deveríamos também abranger uma amostra variada e ampla quanto à sua faixa etária.

O facto da população com esquizofrenia a que foram administrados o teste de compreensão apresentarem um nível reduzido de concentração e alterações cognitivas, pode ter comprometido o levantamento de problemas/sugestões pela sua dificuldade de expressão linguística, sobretudo escrita. Poderíamos ter optado por realizar entrevistas individualizadas, com a colaboração da enfermeira que lhes acompanha, por ser um membro de confiança e confiança para os mesmos. Com estas duas variantes conseguiríamos melhorar a colaboração dos indivíduos no teste de compreensão, e aferir por escrito ou verbalmente com maior eficácia os pareceres, dificuldades e sugestões mencionadas por estes indivíduos, que podem ter ficado limitados pela dificuldade destes indivíduos em permanecerem no mesmo espaço e a realizar a mesma atividade num moderado a longo espaço de tempo. O preenchimento do questionário

bem como o teste de compreensão deveria ter sido aplicado no período matinal, uma vez que é a altura temporal com melhor pico de concentração da mesma população, uma vez que apresentavam menor fadiga psíquica.

O facto da análise da tradução ter sido realizada apenas por duas fisioterapeutas pode constar igualmente uma limitação, um grupo maior de peritos traria vantagens à validação de conteúdo deste questionário. No entanto, saliente-se que na literatura não define um número mínimo de peritos que devem analisar o conteúdo da tradução, de forma a potenciar a qualidade do mesmo procedimento.

Ainda na mesma linha, no decorrer deste procedimento se tivéssemos incluído outros profissionais de saúde como neurologistas, neuropsicólogos, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala poderíamos ter um maior levantamento de juízos sobre a clareza, inclusão, redundância e relevância, bem como uma convergência de consensos relativamente à linguagem mais acessível à população com patologia do fórum neurológico/mental, garantindo a equivalência semântica, idiomática, experimental e conceptual.

Considera-se também uma limitação para o presente estudo, que a comparação/análise da tradução entre a versão portuguesa com a versão inglesa da retroversão, bem como a análise de conteúdo não tenha sido discutida e definida o seu consenso com o parecer e aprovação dos autores do STQ original. Para que estas etapas do estudo fossem mais corretas do ponto de vista metodológico, esta comparação deveria ter sido executada pelos autores do STQ.

Caso existisse validação deste questionário para outras populações culturais seria mais fácil e complementar a análise e o paralelismo das variações e modificações da versão final do STQ face ao contexto cultural e linguístico do questionário original.

Por último, outra das limitações prende-se com o facto de se ter realizado apenas o processo de tradução e adaptação cultural e linguística, faltando o teste de fiabilidade, validade, concordante com a opinião de Rothstein (1985). Desta forma, sugere-se que desenvolvam estudos futuros a fim de dar resposta a esta lacuna.

CONCLUSÃO

A versão portuguesa do *Social Touch Questionnaire* designada por Questionário Sobre o Toque Social (STQ), demonstrou apresentar equivalência semântica e de conteúdo relativamente a versão original. Apresentando-se como uma medida simples, curta, adequada e de fácil compreensão.

O questionário STQ fica assim disponível para ser utilizado pelos diversos profissionais de saúde que lidam na sua clínica com utentes com diferentes percepções do toque social, facilitando a quantificação do nível de medo/evitamento do toque social que cada indivíduo

possa apresentar. Esta aferição quantitativa permite planejar de forma efetiva e adequada qual a melhor estratégia terapêutica para cada indivíduo.

Este estudo é um assim um contributo relevante para a área da saúde, quer no contexto clínico quer científico, disponibilizando um recurso para a avaliação da percepção do toque social para cada indivíduo.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Versão Portuguesa)*. 4º Edição. Lisboa, Climepsi;

Amorim, Morais, Oliveira & Mamede (1992). Diagnóstico em Fisioterapia- o afirmar da autonomia. *Fisioterapia*, 3 (1), 30-35;

Aposhyan, S. (2004). *Body-Mind Psychotherapy: Principles, Techniques, and Practical Applications*. New York: W. W. Norton;

Associação Portuguesa de Fisioterapia (APF). (2005). *Padrões de Prática: Adaptação do Documento da Região Europeia da WCPT (3ª edição)*- Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice;

Assunção, L. (2006). *Contributo para a adaptação e validação da Rating Scale for Affective Behavior in the Elderly à realidade portuguesa*. Monografia final do curso de Licenciatura em Fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão;

Barrett, L.F., & Bliss-Moreau, E. (2009). Affect as a Psychological Primitive. *Adv Exp Society Psychology*, 41, 167-218;

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25 (24), 3186-3191;

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2002). Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. *American Academy of Orthopaedic Surgeons: Institute for Work & Health*;

Berkley, K., Hubscher, C., 1995. Are there separate central nervous system pathways to touch and pain? *Nature Medicine* 1, 766-773;

Bickmore, T., Fernando, R., Ring, L., Schulman, D. (2010). Empathic Touch by Relational Agents. *IEEE Transactions on Affective Computing*, Vol.1.N.1;

Bolanowski, S. Verrillo, R. McGlone, F. (1999). Passive, active and intra-active (self) touch. *Somatosensory & Motor Research* 16, 304-311;

Burgoon, J.K., Guerrero, L. K., & Floyd, K. (2010). *Nonverbal communication*. Boston, M.A: Allyn & Bacon;

Chino, B., Mizuno, M., Nemoto, T., Yamashita, C., Kashima, H. (2006). Relation between functioning and neurocognitive test results using the Optional Thinking Test in Schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 60, 63-69;

Chu, D.A. Tai Chi. (2004). Qi Gong and Reiki. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*; 15 (4):773-81;

Chugani, T., Behen, E., Muzik, O., Juhasz, C., Nagy, F., & Chugani, D. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized Romanian orphans, *Neuroimage*, 14, 1290-1301;

Cole, B., Finch, E., Gowland, C. & Mayo, N. (1994). *Physical Rehabilitation Outcomes Measures*. Canada: *Canadian Physiotherapy Association*. 1-33;

Crusco, A.H., Wetzel, C.G., 1984. The Midas touch: the effects of interpersonal touch on restaurant tipping. *Personality and Social Psychology Bulletin* 10, 512-517;

Dunbar, R. (2010). The social role of touch in humans and primates: Behavioural function and neurobiological mechanics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 260-268;

Esperdião-Antonio, V., Mjeski-Colombo, M., Toledo-Monteverde, D., Moraes-Martins, G., Fernandes, J., Assis, M., Siqueira-Batista. (2008). Neurobiologia das emoções. *Revista Psiquiatria. Clínica*. 35 (2); 55-65;

Field, T. (1998). Massage therapy effects. *American Psychologist*, 53, 1270-1281;

Field, T. (2001). *Touch*. Cambridge, M.A: MIT Press;

Field, T. (2003). *Touch*. Cambridge, M.A: MIT Press;

Field, T. (2011). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review* (30), 367-383;

- Gallance, A., Spence, C. (2010). The science of interpersonal touch: An overview. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (34), 246-259;
- Greenough, W.T. (1990). *Brain storage of information from cutaneous and other modalities in development and adult-hood*. In K.E. Barnard & T.B. Brazelton (Eds.);
- Guillemin, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*. 46 (12), 1417-1432;
- Gulledge, N., & Fischer-Lokou, J., (2003). Another evaluation of touch and helping behavior. *Psychological Repots*, 92, 62-64;
- Haans, A., Jsselsteijn, W. (2006). Mediated social touch: a review of current research and future directions. *Virtual Reality*, (9): 149-159;
- Henricson, M., Berglund, A., Maatta, S., Segesten, K, Berglund, A. (2008). The outcome of tactile touch on stress parameters in intensive care: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. (14), 244-254;
- Hertenstein, M. (2002). *Touch: The foundation of experience*: Full revised and expanded proceedings of Johnson & Johnson Pediatric Round Table X (pp.97-126). Madison, CT: International Universities Press;
- Hertenstein, M., & Campos, J.J. (2001). Emotion regulation via maternal touch. *Infancy*, 2, 549-566;
- Hertenstein, M., Holmes, R., & McCullough, M. (2009). The communication of emotion via touch. *American Psychological Association*, 9, 566-573;
- Hertenstein, M. & Keltner, D. (2006). Touch Communicates Distinct Emotions. *Emotion*, 6 (3), 528-533;
- Hertenstein, M., Verkamp, J., Kerestes, A. M., Holmes, R. (2006). Genetic, Social, and General Psychology Monographs. *Human Development*, 132 (1), 5-94;

- Hertenstein, M., Weiss, S., J. (2011). *The handbook of touch- Neuroscience, behavioral and health perspectives*. New York: Springer Publishing Company;
- Ho'mke, L., Amunts, K., Bo'ning, L., Fretz, C., Binkofski, F., Zilles, K., Weder, B. (2009). Analysis of lesions in patients with unilateral tactile agnosia using cytoarchitectonic probabilistic maps. *Human Brain Mapp*, 30 (5), 1444-56;
- Jones, S., Yarbrough, A., (2006). A naturalistic study of the meaning of touch. *Communication Monographs*, 52, 19-56;
- Kringelbach, M.L., & Rolls, E. T. (2004). The functional neuroanatomy of the human orbitofrontal cortex: evidence from neuroimaging and neuropsychology. *Journal Neurobiology*, 72 (5), 341-372;
- Lopes, A. (1991). Resolução de Problemas- Base do processo de Intervenção do Fisioterapeuta, *Fisioterapia*, 2, (4), p. 15-23;
- Machado, R., Winograd, M. (2007). A importância das experiências táteis na organização psíquica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ*, v.7, n.3, p. 462-476;
- MacLean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and psychopathology*, 15, 853-884;
- Maitland, G. D., (1991). *Peripheral Manipulation Buttherworth Heinemann*, 3ª edição;
- Marques, A., Queirós, C., Rocha, N. (2006). Metodologia de Reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 109-116;
- Morrison, I., Loken, L., Olausson, H. (2010). The skin as a social organ. *Exp. Brain. Reviews*. 204:305-314;
- Rolls, E.T. (2010). The affective and cognitive processing of touch, oral texture, and temperature in the brain. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(2), 237-245;

- Serino, A., Haggard, P., (2010). Neuroscience and Biobehavioral Reviews. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, (34), 224-236;
- So, P., Jiang, Y., Qin, Y. (2008). Touch therapies for pain relief in adults. *The Cochrane Collaboration*, (4);
- Spence, C., (2002). *The ICI report on the secret of the senses*. The Communication Group, London;
- Stack, D. M. (2001). *The salience of touch and physical contact during infancy: Unraveling some of the mysteries of the somesthetic sense*. In J.G. Bremner & A. Fogel. Blackwell handbook of infant development (pp.351-378). Malden;
- Sussman, N.M., Rosenfeld, H.M. (1978). Touch, justification, and sex: influences on the aversiveness of spatial violations. *Journal of Social and Psychology*. 106 (2), 215-225;
- Valentini, M., Kischka, W., Halligan, P. (2007). Residual haptic sensation following stroke using ipsilateral stimulation. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* 79, 266-270;
- Valenza, N., Seghier, M. L., Schwartz, S., Lazeyras, F., Vuilleumier, P. (2004). Tactile awareness and limb position in Neglect: Functional Magnetic Resonance imaging. *Annals of Neurology*, 55 (1), 139-143;
- Vieira, A., Moreira, J., Loureiro, K., Morgadinho, R. (2010). Esquizofrenia e outras Perturbações Psicóticas. *Psicologia.com.pt- O Portal dos Psicólogos*;
- Wardell, D., Tan, G., Rintala, D., Duan, Z. (2005). Healing Touch for chronic neuropathic pain in spinal cord injury: a pilot study. *International Journal for Human Caring*, Proceeding of the 27th Conference of the International Association for Human Caring, 9:2;
- Weiss, S., Wilson, P., & Morrison, D. (2004). Maternal tactile stimulation and the neurodevelopment of low birth weight infants. *Infancy*, 5, 85-107;
- Wilhelm, F., Kochar, A., Roth, W., Gross, J. (2001). Social anxiety and response to touch: incongruence between self-evaluative and physiological reactions. *Biological Psychology*, 58, 181-202;

Young, C.(2005). About the ethics of professional touch.
<http://www.eabp.org/pdf/TheEthicsofTouch.pdf>. Retirado a 3 de Setembro de 2013;

Zur, O., (2007). Touch In Therapy And Standard of Care In Psychotherapy and Counseling.
United States Association of Body Psychotherapists Journal, (6), 61-93.

AGRADECIMENTOS

O espaço limitado desta secção de agradecimentos, seguramente, não permite agradecer de forma merecida e honrosa a todas as pessoas que ao longo do meu Mestrado em Fisioterapia-especialidade de Músculo-Esquelética me ajudaram direta ou indiretamente a atingir os meus objetivos e a concretizar esta etapa crucial da minha formação académica. Assim, pronuncio algumas palavras de agradecimento com um sentido e sentimento profundo.

Ao Professor Doutor Luís Cavalheiro expresso o meu profundo agradecimento pelo seu apoio, disponibilidade incondicional, a cordialidade com que sempre me recebeu e me respondeu, pela sua orientação, críticas, correções e sugestões relevantes que promoveram o enriquecimento dos meus conhecimentos científicos e metodológicos. Agradeço a partilha do seu saber e de todas as suas valiosas contribuições para o trabalho, estou igualmente grata pela liberdade de ação que me permitiu, e que foi decisiva para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Agradeço à Professor Patrícia Almeida e Ana Vieira a excelência na formação prestada, conhecimentos transmitidos, e pelos seus contributos profissionais especializados nesta área, que foram fundamentalmente úteis para esta dissertação. Agradeço em especial à Fisioterapeuta Ana Vieira pela confiança que depositou em mim, pelo incentivo de desenvolver esta temática, pelo contributo de material de apoio bibliográfico fornecido que me permitiu arrecadar um manancial de informação, pela sua orientação e sugestões dadas ao longo de todo o processo de desenvolvimento do presente trabalho. O seu contributo foi determinante na elaboração e finalização desta Tese. Agradeço também todas as suas palavras de amizade, de conforto, de creditação e de louvor mantidas desde o momento de escolha desta temática até ao seu término.

Agradeço à Casa de Saúde de Idanha, em especial à Enfermeira Alda a possibilidade de me ter proporcionado as condições necessárias para a elaboração do Procedimento da Análise de Conteúdo, pelo seu profissionalismo, disponibilidade e simpatia.

Expresso também a minha gratidão a todos os utentes da Casa de Saúde da Idanha e da Escola Superior de Saúde do Alcoitão que embora no anonimato, prestaram uma contribuição científica nesta área do conhecimento.

Agradeço à Equipa de Fisioterapia do GIGA- à Tânia Martins, à Sara Tocha, ao Francisco Almeida, Sónia Saro e Ana Nunes, pelo apoio, pela amizade, e por possibilitarem a obtenção de objetivos comuns. O reconhecimento de profissionalismo do nosso serviço só é possível pelas características grandiosas e particulares de cada um de nós, no que se refere às competências profissionais e sobretudo humanas. Só graças a vocês é que foi possível conseguir

distanciar-me e poder desenvolver o meu trabalho, enquanto o nosso barco navegava para o melhor rumo. Tenho muito orgulho em todos vocês.

Agradeço à Professora Isabel Rasgado, por me ter proporcionado conhecer e apaixonar-me pela Fisioterapia. Agradeço por me ter ensinado a seguir a minha intuição na avaliação e em todo o procedimento terapêutico desde que conseguisse responder a uma única pergunta “Porquê?”. Aparentemente uma pergunta simples, mas que faz toda a diferença na nossa afirmação, no nosso suporte e na possibilidade de associar a arte à ciência, por este pequeno grande sustento. Por me ter incentivado na crescente e incessante vontade de que o “Bom” não chega, e em procurar a excelência continuamente. Este deve ser um princípio com que nos devemos comprometer em cada projeto, em cada objetivo da nossa vida, só assim nos concretizamos, só assim fazemos a diferença, só assim somos felizes. Por isso, obrigada por ter incutido estes princípios, por ter tocado a minha vida, por me apresentar um referencial de excelência, por orgulhar a Fisioterapia, por me continuar a acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse contínuo pelo conhecimento, pelo desenvolvimento académico pelo perfeccionismo e brio no desempenho da nossa profissão.

Agradeço de forma profunda ao Dr. Pedro Beja da Costa por quem tenho uma eterna admiração e sentimento afetuosos. Agradeço-lhe a partilha de *skills* técnicos, na subespecialidade em que encontro a minha felicidade e concretização profissional. Agradeço sobretudo aos ensinamentos que me tem transmitido e que têm promovido a minha construção profissional e pessoal. Tem sido um elemento de sustentabilidade, de incentivo crítico e promovedor de elevação dos meus sonhos. Obrigada por ser motivo da minha motivação diária, e de possibilitar exercer os princípios e padrões em que acredito e defendo.

À minha família, em especial aos meus Pais, um enorme obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço, e sobretudo por dar-me a possibilidade de o fazer. Devo-vos a pessoa que sou hoje, por todos os vossos ensinamentos de vida, pela educação e pela liberdade que me deram em seguir os meus sonhos. Obrigada por me deixarem seguir em frente, percorrer o meu caminho, mesmo que isso nos custe a distância dos corações, e ausência de afeto físico de aconchego diário. Só por vocês é que olho para trás e mais poder atribuo à minha causa. A vocês, dedico todo este trabalho e todo este percurso.

Anexo I

Aprovação dos autores do STQ a ser validado
para a cultura Portuguesa

Solicitação ao pedido de Tradução e Adaptação à cultura Portuguesa do STQ:

On Wed, May 9, 2012 at 7:35 AM, Patricia Almeida <patriciamdalmeida@gmail.com> wrote:

Dear Professor Wilhelm and James Gross

Regarding our PhD research (Health Sciences - Neurorehabilitation - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa www.ics.lisboa.ucp.pt), we need to use a questionnaire related with touch.

On our literature review we found the following article (written by you and colleagues):

Frank H. Wilhelm, Ajay S. Kochar c, Walton T. Roth, James J. Gross

"Social anxiety and response to touch: incongruence between self-evaluative and physiological reactions."

Biological Psychology 58 (2001) 181–202.

The questionnaire used on this study and we believe that created by you, responds to our needs. To use it we need to make the validation process to Portuguese language and culture. For that purpose, we kindly ask you your permission for this validation process and the original of the questionnaire.

Certain you your attention, we kindly thank you in advance.

Best regards

Ana Isabel Vieira

MsC, Senior Lecturer - Physiotherapy Department of Higher Health School of Alcoitão - Portugal www.essa.pt

Patrícia Almeida

MsC, Senior Lecturer - Physiotherapy Department of Higher Health School of Alcoitão - Portugal www.essa.pt

Resposta do autor do STQ

From: **James Gross** <gross@stanford.edu>

Date: 2012/5/9

Subject: Re: Social Touch Questionnaire - validation

To: Patricia Almeida <patriciamdalmeida@gmail.com>

Cc: fwilhelm@stanford.edu, Ana Isabel Vieira <vieira.anaisabel@gmail.com>

You'd be welcome to translate this measure.

Best,

James

Anexo II

Versão Original do
Social Touch Questionnaire

Social touch questionnaire (STQ)

Frank H. Wilhelm, Ajay S. Kochar, Walton T. Roth and James J. Gross (2001)

Items provide a broad sample of affects and attitudes towards social touch.

A higher score indicates more avoidance attitudes and discomfort towards touch

Question: "indicate how characteristic or true each of the following statements is of you"

0=not at all 1=slightly 2=moderately 3=very 4=extremely

1	I generally like when people express their affection towards me in a physical way				
2	I feel uncomfortable when someone I don't know very well hugs me				
3	I get nervous when an acquaintance keeps holding my hand after a handshake				
4	I generally seek physical contact with others				
5	I feel embarrassed if I have to touch someone in order to get their attention				
6	I consider myself to be a 'touchy-feely' person				
7	It annoys me when someone touches me unexpectedly				
8	I'd feel uncomfortable if a professor touched me on the shoulder in public				
9	I'd be happy to give a neck/shoulder massage to a friend if they are feeling stressed				
10	I feel uncomfortable if I make physical contact with a stranger on the bus or subway				
11	I like being caressed in intimate situations				
12	As a child, I was often cuddled by family members (e.g. parents, siblings)				
13	I would rather avoid shaking hands with strangers				
14	I greet my close friends with a kiss, cheek-to-cheek				
15	I feel comfortable touching people I do not know very well				
16	I feel disgusted when I see public displays of intimate affection				
17	It would make me feel anxious if someone I had just met touched me on the wrist				
18	If I had the means, I would get weekly professional massages				
19	I hate being tickled				
20	I like petting animals				

Total Score: _____

Apêndice I

Questionário do Toque Social, resultante do
consenso da análise de conteúdo

Questionário sobre o Toque Social

Frank H. Wilhelm, Ajay S. Kochar, Walton T. Roth and James J. Gross (2001)

As seguintes afirmações fornecem uma variedade de afetos e atitudes relativas ao toque social. Uma pontuação mais alta indica que há mais atitudes de evitar o toque e de desconforto relativo ao toque.

Indique até que ponto cada uma das seguintes afirmações o/a caracteriza ou é verdadeira.

0=absolutamente nada 1=ligeiramente 2=moderadamente 3=muito 4=extremamente

1	Normalmente gosto que as pessoas manifestem o seu afeto por mim de uma forma física				
2	Sinto-me pouco à vontade quando alguém que não conheço muito bem me dá um abraço				
3	Fico nervoso/a quando uma pessoa não larga a minha mão depois de um aperto de mão				
4	Normalmente procuro contato físico com os outros				
5	Sinto-me constrangido/a se tenho de tocar em alguém para chamar a sua atenção				
6	Considero-me uma pessoa que gosta de expressar afeto através do toque				
7	Aborreço-me que alguém me toque inesperadamente				
8	Sentir-me-ia pouco à vontade se um professor me tocasse no ombro em público				
9	Teria todo o gosto em fazer uma massagem no pescoço ou nos ombros a uma pessoa amiga que estivesse tensa				
10	Sinto-me pouco à vontade se tiver contato físico com um estranho no autocarro ou no metropolitano				
11	Gosto de receber carícias em situações íntimas				
12	Quando era criança, os meus familiares (por exemplo, pais, irmãos) faziam-me festas muitas vezes				
13	Preferiria evitar dar apertos de mão a estranhos				
14	Cumprimento os meus amigos mais chegados com um beijo na face				
15	Sinto-me à vontade ao tocar em pessoas que não conheço muito bem				
16	Sinto-me enjoado/a quando vejo demonstrações íntimas de afeto em público				
17	Sentir-me-ia ansioso/a se alguém que tivesse acabado de conhecer me tocasse no pulso				
18	Se tivesse condições, todas as semanas fazia massagens com um profissional				
19	Detesto que me façam cócegas				
20	Gosto de fazer festas a animais				

Pontuação Final: _____