

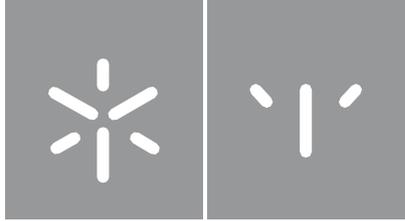


**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Jessica Filipa Coelho Lopes

**Interação entre o toque afetivo e a  
sintomatologia da Fibromialgia**



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Jessica Filipa Coelho Lopes

**Interação entre o toque afetivo e a  
sintomatologia da Fibromialgia**

**Dissertação de Mestrado em Psicologia  
Aplicada**

**Trabalho efetuado sob a orientação:**

Dr. Alberto González Villar

(Universidade do Minho - Escola de Psicologia - NPL)

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença [abaixo](#) indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações  
CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Jessica Coelho Lopes

Braga, 29 de dezembro de 2021

## **Interação entre o toque afetivo e a sintomatologia da Fibromialgia**

### **Resumo**

A fibromialgia (FM) é uma condição clínica manifestada por dor crónica generalizada e acompanhada de fadiga, distúrbios do sono e outros sintomas somáticos como dores de cabeça ou sintomas cognitivos como dificuldades de memória a curto prazo. Evidências científicas recentes apoiam que os pacientes com FM não só têm alterações no processamento da estimulação nociceptiva, mas também têm alterações no processamento do toque suave e afetivo.

No presente estudo, procurámos explorar a interação entre o toque afetivo e a sintomatologia FM e avaliar até que ponto as diferentes modalidades de toque afetivo podem constituir uma vantagem ou uma desvantagem para os seus portadores. Após análise dos dados recolhidos de uma amostra online de 104 pacientes FM, encontramos uma correlação significativa entre a atitude perante o tato desconhecido e os sintomas, impacto e funções gerais, perturbações do sono e dores de cabeça. Contudo, estas correlações não foram nem significativamente negativas nem positivas entre as outras dimensões do tato afetivo e a sintomatologia. Os nossos resultados sugerem que a dimensão de toque afetivo das "atitudes face ao toque não familiar" está negativamente relacionada com o impacto da fibromialgia.

**Palavras-chave:** fibromialgia; toque afetivo; interação;

## **Interaction between affective touch and the symptoms of Fibromyalgia**

### **Abstract**

Fibromyalgia (FM) is a clinical condition manifested by chronic widespread pain and accompanied by fatigue, sleep disturbances and other somatic symptoms such as headaches or cognitive symptoms such as short-term memory difficulties. Recent scientific evidence supports that FM patients not only have alterations in the processing of nociceptive stimulation, but also have alterations in the processing of soft and affective touch.

In the present study, we sought to explore the interaction between affective touch and FM symptomatology and assess to what extent the different modalities of affective touch may constitute an advantage or a disadvantage for its carriers. After analysing data collected from an online sample of 104 FM patients, we found a significant correlation between attitude towards unfamiliar touch and symptoms, general impact and function, sleep disturbance and headache. However, these correlations were neither significantly negative nor positive between the other dimensions of affective touch and symptomatology. Our results suggest that the affective touch dimension of "attitudes towards unfamiliar touch" is negatively related to the impact of fibromyalgia

**Keywords:** fibromyalgia; affective touch; interaction;

## Conteúdo

Introdução.....	X
Fibromialgia.....	X
Toque afetivo.....	xii
Interação entre toque afetivo e os sintomas da fibromialgia .....	xiii
Objetivos .....	xv
Metodologia.....	xvi
Participantes .....	xvi
Método de recolha de dados .....	xvi
Formulários aplicados.....	xvi
Processamento e análise dos dados recolhidos .....	xix
Resultados .....	xx
Análise descritiva da amostra.....	xx
Estatísticas descritivas das variáveis em estudo.....	xxii
Correlações entre variáveis .....	xxv
Discussão.....	xxx
Referências .....	xxxiv
Anexo 1.....	xxxviii

## Índice de tabelas

Tabela 1: <i>Caraterização sociodemográfica da amostra</i> .....	xx
Tabela 2: <i>Variáveis físicas e de hábitos da amostra</i> .....	xxi
Tabela 3: <i>Condições médicas da amostra</i> .....	xxii
Tabela 4: <i>Resultados obtidos da aplicação do FIQ-R</i> .....	xxiii
Tabela 5: <i>Resultados obtidos da aplicação do TEAQ</i> .....	xxiii
Tabela 6: <i>Resultados obtidos da aplicação do PHQ</i> .....	xxiii
Tabela 7: <i>Resultados obtidos da aplicação do SPAQ: Frequência absoluta de respostas “sim” às questões relativas ao abuso sexual (1-6)</i> .....	xxiv
Tabela 8: <i>Resultados obtidos da aplicação do SPAQ: Valores de média obtidos às questões relativas ao abuso físico (7-8)</i> .....	xxiv
Tabela 9: <i>Correlação entre as variáveis do TEAQ e as variáveis do FIQ-R</i> .....	xxvi
Tabela 10: <i>Correlação entre as variáveis do TEAQ e as variáveis do PHQ</i> .....	xxvii
Tabela 11: <i>Correlação entre as variáveis do TEAQ e a média da intensidade da dor relatada na coloração de imagens (n° de pixéis)</i> .....	xxvii
Tabela 12: <i>Correlação entre variáveis do TEAQ e os itens do SPAQ relativos a abusos sexuais: Dados referentes à infância (<math>\leq 13</math> anos de idade)</i> .....	xxviii
Tabela 13: <i>Correlação entre as variáveis do TEAQ e os itens do SPAQ relativos a abusos sexuais: Dados referentes à idade adulta (<math>\geq 14</math> anos de idade)</i> .....	xxix

## Índice de imagens

Imagem 1: <i>Manequins apresentados no estudo (direita) e exemplo da coloração (esquerda)</i> .....	xviii
Imagem 2: <i>Resultados obtidos na coloração do manequim: Intensidade e local da dor sentida (média geral)</i> .....	xxvix

## **Lista de abreviaturas**

FM – Fibromialgia

FIQ-R – *Fibromyalgia Impact Questionnaire Revised*

IASP – *International Association for the Study of Pain*

PHQ – *Physical Health questionnaire*

SPAQ – *Sexual and Physical Abuse Questionnaire*

TC – C-tátil

TEAQ – *Touch Experiences and Attitudes Questionnaire*

## Introdução

### Fibromialgia

A fibromialgia (FM) é uma patologia clínica caracterizada por dor generalizada com duração igual ou superior a três meses, fadiga, distúrbios de sono e outros sintomas - cognitivos e somáticos - que prejudicam a qualidade de vida. A sua caracterização providencia desde logo a sintomatologia principal que acarreta para os seus portadores. Em termos percentuais (dados de 2020), atinge cerca de 2 a 4% da população mundial (Bair & Krebs, 2020; Bazzichi et al., 2020; Løge-Hagen et al., 2019; Wolfe et al., 2011).

A dor é o sintoma mais referenciado pelos doentes com FM sendo esta uma dor crónica que ocorre sem que exista qualquer dano visível nos tecidos periféricos. Este fator, criou uma lacuna na definição mecanicista da dor e após alguns estudos e na sequência da proposta de Kosek et al. (2016), a *International Association for the Study of Pain* (IASP) aprovou em 2017, um novo conceito de dor: dor nociplástica – “Dor que surge de nociceção alterada apesar de não existirem provas claras de danos reais ou potenciais nos tecidos que justifiquem a ativação de nociceptores periféricos ou provas de doença ou lesão do sistema somatossensorial que causem a dor.” (Bazzichi et al., 2020; Häuser et al., 2019; Trouvin & Perrot, 2019).

Apesar dos estudos e investimentos da comunidade científica à desmistificação desta doença, a sua causa também ainda não é absolutamente concreta, no entanto, atualmente é caracterizada como uma desordem de regulação da dor e de sensibilização central, refutando teorias anteriores que a olhavam como uma doença psicogénica (Clauw, 2001; Masi & Vincent, 2015). No entanto, eventos de vida traumáticos e estressantes (tais como abuso físico ou emocional, traumas físicos após acidentes de trânsito, ou infecções) estão frequentemente associados ao desencadeamento de sintomas nestes pacientes (Ablin et al., 2008; Häuser et al., 2011). Os mecanismos subjacentes a este tipo de dor ainda não são amplamente compreendidos, no entanto, pesquisas já desenvolvidas revelam que na dor músculo-esquelética (caso das pessoas com fibromialgia), osteoartrite e dor neuropática existem mudanças na conectividade estrutural e funcional das regiões cerebrais envolvidas no processamento da dor, especialmente na ínsula, córtex cingulado anterior (ACC) e córtex pré-frontal (PFC) . A alteração na conectividade nestas estruturas está ligada a um aumento da intensidade da dor e da sua duração (Kuner & Flor, 2016; Meijer et al., 2021; Schmidt-Wilcke, 2015).

Estudos de Imagiologia Cerebral com recurso à ressonância magnética funcional e outras técnicas revelam diversas perturbações no processamento da dor e na sua regulação em doentes com FM e cujos efeitos se verificam no aumento da sensação de dor ou na diminuição da sua inibição. Algumas destas perturbações incluem uma maior atividade neuronal nas regiões do cérebro que processam a dor e, sendo estas alterações ao nível do Sistema Nervoso, podem estender-se a outras entradas sensoriais e, assim, também justificar outros sintomas da doença como a fadiga, as perturbações de sono e os problemas cognitivos como interferências na capacidade de memória a curto prazo e, ainda, o surgimento de depressão (Bair & Krebs, 2020).

A falta de uma explicação precisa e amplamente entendida pela comunidade científica, torna o diagnóstico médico da doença complexo, no entanto, deve começar a ser considerado quando um paciente relata dor com mais de 3 meses em múltiplos locais e em simultâneo. Partindo deste ponto e tendo por base o relato histórico e atual do paciente, para que o diagnóstico se confirme terão de estar obrigatoriamente presentes determinados critérios característicos da doença (mais recentes datam de 2016) (Wolfe et al., 2016), ou seja, os sintomas, bem como exames físicos que comprovem sensibilidade geral (músculos, articulações e tendões) e ausência de uma outra patologia que possa justificar as dores e/ou fadiga (Häuser et al., 2019; Løge-Hagen et al., 2019).

Tendo sido diagnosticada, a fibromialgia pode ser classificada como suave, moderada ou severa. Esta classificação deriva da intensidade dos sintomas e do grau de limitação no funcionamento diário e serve para auxiliar na escolha do tratamento mais adequado (Häuser et al., 2019).

O tratamento, em si, é centrado na manutenção ou melhoramento das funções, qualidade de vida e gestão dos sintomas do paciente com FM, visto que é, até ao momento, desconhecida terapêutica definitiva e totalmente eficaz. Com tal objetivo, é essencial que o tratamento seja multidisciplinar e individualizado, a par de uma educação ao doente acerca da sua doença para que, dentro do possível, o mesmo a compreenda e reconheça e, desta forma, ser capaz de fazer uma auto gestão dos sintomas, isto é, saber gerir o stress e a ansiedade (fatores exacerbantes), realizar uma boa higiene do sono, ter uma dieta equilibrada e específica, fazer exercício físico com regularidade e controlo de peso. Esta gestão ajuda a prevenir o aparecimento de sintomas ou o aumento da sua intensidade, por exemplo, um estudo recente de Martínéz-Rodríguez e colaboradores (2018) demonstrou que uma dieta alimentar lacto-vegetariana em conjunto com a prática de atividade física regular tem influência positiva no controlo/alívio da dor e no fortalecimento muscular (Løge-Hagen et al., 2019; Martínéz-Rodríguez et al., 2018).

Assim sendo, no caso das formas mais suaves, o aconselhamento passa por esta auto-gestão e, só se necessário, uma terapia farmacológica para episódios mais agudos. As formas mais severas exigem maior atenção e, para além do referido para as formas suaves, acrescenta medicação regular e psicoterapias (Häuser et al., 2019).

A FM é, portanto, uma doença que envolve terapias farmacológicas e não farmacológicas. As terapias farmacológicas são as mais utilizadas e há mais tempo no controlo da doença, visam o uso de medicação modeladora da neurotransmissão com atuação sobre a dor, circuitos emocionais e/ou compensação. As terapias não farmacológicas, alvo de vários estudos e cada vez mais reconhecidas como impactantes nas manifestações clínicas, sintomatologia e qualidade de vida dos doentes incluem terapias de apoio psicológico (Atzeni et al., 2019; Kashikar-Zuck et al., 2018).

A questão mental surge, neste contexto, como uma fonte de alívio ou diminuição de sintomas e a sua importância é de salientar tendo em consideração que das co-morbilidades presentes nos doentes com FM estão a ansiedade e a depressão atingindo entre 25 a 65% dos diagnosticados (Løge-Hagen et al., 2019).

O acompanhamento de pacientes com FM é realizado num continuum com avaliações periódicas. O objetivo é a adaptação das prescrições/aconselhamentos à situação atual dos pacientes e de forma ir garantindo o máximo de bem-estar ao longo do tempo (Häuser et al., 2019).

### **Toque afetivo**

O toque é uma estimulação mecânica proveniente do exterior que ativa diferentes recetores e vias de transmissão dependendo do local e do modo de estimulação (Abraira & Ginty, 2013). A experiência do tacto inclui sub-modalidades como a pressão/vibração, temperatura, comichão, e dor. Para além da qualidade discriminatória do tacto, enviada através de fibras com alta velocidade de condução, tais como as fibras A-beta, e mais prevalentes na pele glabra; há também uma dimensão de toque mais afectiva, enviada através de fibras C amielínicas, que estão mais presentes na pele peluda. As fibras destes mecanorreceptores de baixo limiar são conhecidas como aferentes táteis C (TC). Estas fibras não mielinizadas ao serem ativadas proporcionam uma estimulação com dimensão afetiva que, de acordo com McGlone et al. (2014), se revela importante para o bem-estar, seja físico, emocional e/ou social presente ao longo da vida do ser humano e com influência no seu próprio desenvolvimento e cujos efeitos são positivos (Abraira & Ginty, 2013; Marshall et al., 2019; von Mohr, Crowley, et al., 2018).

Em termos de mecanismos fisiológicos, o toque afetivo corresponde a uma estimulação seletiva por TC que está fortemente correlacionada com a satisfação e, assim, fornecendo evidências convergentes da qualidade afetiva da estimulação tátil suave. Johansson & Vallbo (1979) comprovaram que a estimulação lenta e suave (1 a 10 cm/s) na pele enervada por TC ativa as fibras aferentes C-tátil. De seguida é transmitida a informação sensorial através da rede neuronal responsável até chegar à lamina I do corno dorsal da medula espinal (SNC) e, aí, projetada pela via espinotalâmica até ao córtex insular posterior contralateral assim ativado por estas fibras, sendo a estrutura considerada a entrada para os sistemas sensoriais da cortical emocional do lobo frontal (Craig, 2008). Para além desta estrutura, Gordon et al. (2013) afirmam a implicação do sulco temporal superior posterior, do córtex pré-frontal medial (mPFC) e do córtex cingulado dorso-posterior (dACC) no processamento do toque direcionado por TC.

A investigação sobre o sentido do tato nos Seres Humanos tem se concentrado, em grande parte, na descrição das consequências sensoriais e perceptivas da estimulação dos mecanorreceptores de baixo limiar (LTMs). Uma delas, desenvolvida por McGlone et al. (2014) demonstra que a oxitocina, os opiáceos e a serotonina medeiam e modulam as respostas afetivas e comportamentais ao toque afetivo. Segundo (Sailer & Ackerley, 2019) a agradabilidade deste tipo de toque pode depender da frequência e exposição que o indivíduo tem ao mesmo e desta forma, acredita-se ainda que a apreciação do prazer neste contexto aumente com a idade (Sehlstedt et al., 2016). Para além de tudo isto e considerando investigações de Fairhurst et al. (2014) e Triscoli et al. (2017) o toque afetivo produz também alterações ao nível fisiológico como diminuição do ritmo cardíaco.

### **Interação entre toque afetivo e os sintomas da fibromialgia**

Até ao momento, é perceptível que o grande objetivo das intervenções com doentes com FM é o aumento do seu bem-estar. Tendo em conta a agradabilidade do toque afetivo (toque lento e suave) e o seu papel nas relações interpessoais do Ser Humano, tornou-se interessante estudar a sua interação com os sintomas da Fibromialgia.

O toque afetivo, fisiologicamente descrito como toque suave, é referido por Field (2010) como um elemento que no início do desenvolvimento, em bebé, ajuda a acalmar a dor e o desconforto. Em adultos, existem estudos desenvolvidos por Liljencrantz et al. (2017) que sugerem que o mesmo tipo de toque desempenhe um papel na modulação da dor e, assim sendo, poderá ser um candidato promissor para uma nova intervenção na dor crónica que, como anteriormente referido, é uma das principais

características da Fibromialgia e com maior influência negativa no dia-a-dia dos seus portadores. Esta afirmação tem por base pesquisas comportamentais e neurofisiológicas recentes que confirmam que o sistema TC-aférente e a dor estão ligados na medida em que o toque lento e suave (CT optimal) parece ser eficaz na redução da dor aguda e, talvez, na dor crónica se venha a verificar o mesmo efeito.

Nesta linha, um estudo desenvolvido por Di Lernia et al. (2020) mostra que o toque ótimo por CT (toque aféitivo) reduz significativamente a gravidade da dor relatada por pacientes com dor crónica em 23% após onze minutos de estimulação. No entanto, como exposto na secção anterior deste documento, o toque aféitivo está, entre outros, modulado e mediado pelos opiáceos endógenos e, num estudo desenvolvido por Case et al. (2016) foi possível rever esse papel e obter provas que doentes com FM apresentam disponibilidade reduzida de recetores de opiáceos, no entanto e embora existam evidências de uma menor experiência de prazer em termos globais nestes doentes, a falta de diferenças significativas nas classificações de agradabilidade ao longo da estimulação TC suave sugere que o nível de prazer a este tipo de toque é semelhante comparativamente a indivíduos saudáveis. Mais tarde, Evdokimov et al. (2019) observaram que a estimulação C-tátil era, com maior frequência, vista como neutra a desagradável em pacientes com FM do que em pacientes de controlo. Nesta linha, Boehme et al. (2020) relataram recentemente que os pacientes com FM classificaram tanto a escovagem lenta (CT-optimal) como a escovagem rápida (CT-suboptimal) como menos agradável do que os controlos saudáveis. Utilizando fMRI, descobriram que esta avaliação anedónica do prazer estava relacionada com a desactivação na ínsula posterior direita, sugerindo um processamento de avaliação disfuncional.

Globalmente e com base em provas anteriores, podemos afirmar que há alterações no processamento do toque aféitivo em pacientes com fibromialgia. Contudo, esta modalidade somatossensorial é pouco explorada nestes pacientes e não se sabe até que ponto os diferentes domínios do toque aféitivo/social (por exemplo, toque com amigos e familiares, toque íntimo, toque com pessoas desconhecidas...) podem ser alterados. Além disso, é necessário saber até que ponto as atitudes em relação ao toque aféitivo estão relacionadas com os níveis de deficiência e a intensidade dos sintomas em FM.

Tal como acontece na dor, o toque aféitivo tem uma conotação pessoal, isto é, cada indivíduo percebe de forma individualizada os dois fenómenos, o que os torna mais complexos que uma descrição fisiológica e daí o interesse no seu estudo.

## **Objetivos**

O objetivo principal deste estudo é analisar a interação entre o toque afetivo e os sintomas da Fibromialgia e, para tal, utilizado um formulário de resposta online com uma amostra composta por 100% dos participantes com a patologia.

Em termos práticos, começa-se com a exploração das variáveis relacionadas com a FM (utilizando a ferramenta Fibromyalgia Inventory Questionnaire Revised), o estado de saúde físico geral (utilizando o Physical Health Questionnaire que envolve presença de distúrbios de sono, dores de cabeça, entre outros, uma escala para medir intensidade da dor sentida e o seu local respetivo e as experiências e atitudes ao toque (utilizando o Touch Experiences and Attitudes Questionnaire). O passo seguinte, é correlacionar os valores obtidos nestas últimas variáveis com as restantes. Aqui, responder-se-á à questão-chave desta investigação.

Relativamente a hipóteses levantadas, esperamos que as atitudes mais desfavoráveis em relação ao toque afetivo estejam associadas a níveis mais elevados de dor em FM. Também esperamos que esteja relacionado com um maior impacto da doença e da saúde física.

Num objetivo mais secundário e utilizando o Sexual and Physical Abuse Questionnaire vai-se verificar a eventual presença de experiências de abuso sexual ou físico na infância e na idade adulta, neste contexto, esperamos que a presença de episódios de abuso físico ou sexual esteja relacionada com piores atitudes em relação ao toque afetivo interpessoal.

## **Metodologia**

### **Participantes**

Neste estudo contou com a participação de 104 pessoas adultas com Fibromialgia. Esta amostra encontra-se entre os 21 e os 70 anos de idade (à data da recolha: Março/Abril de 2021) perfazendo a média de idades de, aproximadamente 46.09 anos (DP=10,16) e onde 96,2% são mulheres (N=100) e 3,8% são homens (N=4). Todos os participantes são residentes em Portugal.

Em “Resultados: análise descritiva da amostra” consta a restante informação recolhida acerca dos participantes.

A participação desta amostra obteve-se através de um pedido de divulgação do estudo a Associações Portuguesas de apoio a estes doentes e, ainda, na partilha do mesmo em grupos de apoio existentes em plataformas digitais/sociais.

Todos os participantes concordaram livremente em responder aos questionários e deram o seu consentimento informado. O estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) Ciências da Universidade do Minho (CEICSH 023/2020), e de acordo com a Declaração de Helsínquia.

### **Método de recolha de dados**

A recolha de dados realizou-se através da compilação de quatro formulários de resposta totalmente online, pressupondo confidencialidade e anonimato.

### **Formulários aplicados**

**(1) Questionário Sociodemográfico.** Inclui informação sobre data de nascimento, sexo, distrito, tipo de espaço habitacional, nível de escolaridade, situação profissional, peso, altura, número médio de minutos de atividade física diária, horas médias passadas em casa na semana antecedente e número de co habitantes na residência. Nesta parte do formulário estão, ainda, presentes algumas questões já direcionadas à Fibromialgia como a existência de diagnóstico médico, presença de outras condições médicas e medicação.

**(2) Fibromyalgia Inventory Questionnaire Revised (FIQ-R).** Adaptado à população portuguesa por Costa *et al* (2016). Composto por 21 itens com resposta em escala de intensidade medida de 0 a 10 (0 *sem dificuldade* e 10 *com muita dificuldade*), Contém três sub-escalas (“*função*”; “*impacto geral*”; “*sintomas*”) e permite calcular os níveis de dificuldade e impacto da Fibromialgia com base no auto relato referente à semana antecedente ao seu preenchimento. De acordo com as regras de cotação do mesmo quanto maior for o valor obtido para o total de sub-escalas (compreendido entre 0 e 100%) maior foi o impacto da doença nos dias a que se refere. Da mesma forma acontece com cada uma das 3 sub-escalas embora com balizamento diferente nos valores: “*Função*” entre 0 e 30; “*Impacto geral*” entre 0 e 20; “*Sintomas*” entre 0 e 50 (Costa et al., 2016);

**(3) Touch Experiences and Attitudes Questionnaire (TEAQ): Trotter, Belovol, McGlone, & Varlamov (2018).** Questionário que permite aferir com base no auto relato as experiências e atitudes ao toque. Contém 57 itens com respostas numa escala de concordância mediada entre “*Discordo fortemente*” = 1 e “*Concordo fortemente*” = 5, cujo valor da resposta é utilizado para o calculo posterior das sub-escalas ((soma dos itens da sub-escala)/nº itens da sub-escala). Os valores obtidos em cada sub-escala estão compreendidos, também, entre o valor mínimo 1 e máximo 5, sendo que quanto mais alto for o número obtido através do cálculo maior é a quantidade e/ou atitude face ao tipo de toque à qual se refere a sub-escala. As seis sub-escalas do TEAQ são:

- *Toque familiar/amigável.* corresponde à quantidade e gosto em dar e receber toque carinhoso por parte de amigos e/ou família;
- *Toque íntimo atual.* quantidade de toque experienciado com alguém emocionalmente ou romanticamente ligado na atualidade (parceiro, p/exemplo);
- *Toque na infância.* relacionado com experiências positivas de toque relebrado aquando da infância. Não contém informação à cerca da atitude da altura face a esse toque;
- *Atitude de autocuidado.* dá informação sobre o cuidado consigo próprio, por exemplo, cuidados com a pele;
- *Atitude face ao toque íntimo.* relacionado ao quanto os indivíduos disfrutam do toque com parceiro ou alguém com quem possuam relação de intimidade;
- *Atitude face ao toque não familiar.* diz respeito à confortabilidade que a pessoa sente face ao toque de alguém menos próximo, sem ligação familiar e/ou emocional ou até mesmo de alguém desconhecido;

**(4) *Physical Health Questionnaire (PHQ): Schat, Kelloway & Desmarais (2005).***

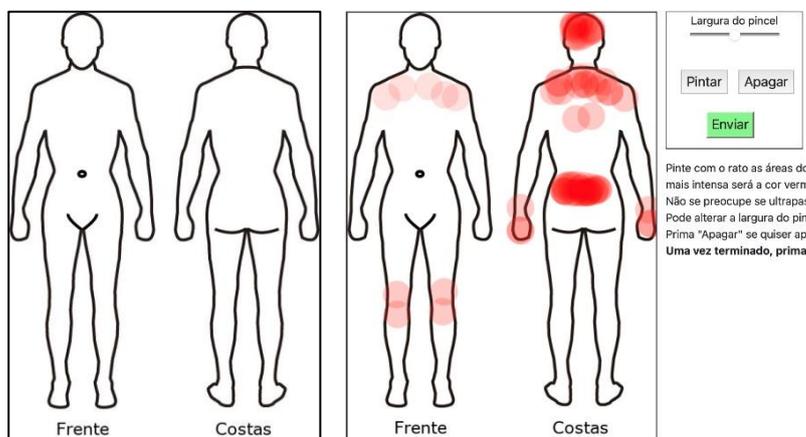
Permite apurar o estado de saúde física geral e é composto por 14 itens respondidos através de uma escala de *Likert* de 7 frequências (1 = “*Nunca*” até 7 = “*Sempre*”) e dividido em quatro sub-escalas de análise: Distúrbios de sono; Dores de cabeça; Problemas gastrointestinais; Infecções respiratórias. As sub-escalas são calculadas através da soma dos itens correspondentes à mesma seguida da divisão pelo número total de itens pertencentes à sub-escala (Schat et al., 2005);

**(5) *Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ): Leserman, Drossman & Li (1995).*** Questionário dividido em duas partes, a primeira com foco em situações de abuso sexual (questão 1 a 6) com resposta de “*sim*” e “*não*”. A segunda parte direcionada a experiências de abuso físico/agressão (questão 7 e 8) onde a resposta é pedida em escala de frequência entre 0 “*nunca*” e 3 “*frequentemente*”. Em ambas as partes do questionário é requerido que se responda face a dois momentos da vida, a infância (considerada aqui até aos 13 anos de idade, inclusive) e a idade adulta (a partir dos 14 anos). Esta segunda parte do questionário proporciona menor nível de informação comparativamente à anterior (Kooiman et al., 2002);

**(6)** Apresentação de duas imagens ilustrativas do corpo humano (frente e costas), onde é pedido que se pinte em vários tons de vermelho as regiões nas quais o participante tem sentido dor na semana transada. Tem como objetivo obter informação sobre o local, mas também da intensidade da dor mediante a intensidade de cor aplicada (intensidade da cor aumenta mediante a quantidade de “*cliques*” efetuados visto ser um estudo online). Ilustração do procedimento na imagem 1.

Imagem 1

*Manequins apresentados no estudo (direita) e exemplo da coloração (esquerda).*



## **Processamento e análise dos dados recolhidos**

Os dados obtidos nas respostas ao formulário *online* foram organizados em EXCEL e, de seguida, transpostos para o programa de análise estatística SPSS.

Utilizando o programa supramencionado, numa primeira fase realizou-se a análise descritiva da amostra proveniente do questionário sociodemográfico e o mesmo tipo de análise para todas as variáveis dos questionários aplicados. Os dados das imagens foram calculados como média e extraídos os seguintes: Número total de píxeis pintados, valor médio dos píxeis, e número total de píxeis que atingiram um limiar mínimo de 100 (de um intervalo original de 0 a 255).

Numa segunda fase, procedeu-se às correlações de Pearson variáveis que servem o objetivo deste estudo, ou seja, correlação entre as variáveis (sub escalas) do TEAQ com todas as outras variáveis dos questionários FIQ-R, PHQ e SPAQ e, ainda, com a média de pixels obtida nas imagens.

## Resultados

### Análise descritiva da amostra

Tabela 1

*Caraterização sociodemográfica da amostra*

Variável	N	%	Média	DP
Idade	104		46,09	10,16
Sexo				
Feminino	100	96,2		
Masculino	4	3,8		
Nível de escolaridade				
Ensino primário	0			
2º ciclo do ensino básico (5º e 6º ano)	1	1		
3º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º ano)	5	4,8		
Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)	46	44,2		
Licenciatura	34	32,7		
Mestrado	13	12,5		
Doutoramento	1	1		
Outro	4	3,8		
Situação profissional				
Empregado a tempo inteiro	56	53,8		
Empregado a tempo parcial	7	6,7		
Estudante	4	3,8		
Desempregado	19	18,3		
Reformado	7	6,7		
Incapacidade permanente	4	3,8		
Outro	7	6,7		
Tipo de habitação				
Urbana	58	55,8		
Semi urbana	32	30,8		
Rural	14	13,5		
Nº de habitantes com quem partilha casa			2,15	1,197
0	8	7,7		
1	25	24		
2	28	26,9		
3	32	30,8		
4	9	8,7		
5	1	1		
6	1	1		
TOTAL	104	100		

Em termos sociodemográficos – tabela 1 – a amostra utilizada para o estudo contou com 104 participantes, à data da inquirição (Março/Abril de 2021) com idades compreendidas entre os 21 e os 70 anos de idade perfazendo a média de, aproximadamente 46.09 anos (DP=10,16) e onde 96,2% são mulheres (N=100) e 3,8% são homens (N=4). Todos os participantes são residentes em Portugal, 55,8% (N=58) a habitar em meio urbano, 30,8% (N=32) em meio semi urbano e 13,5% (N=14) em meio rural. A habitação é partilhada com uma ou mais pessoas para todos os participantes à exceção de oito que habitam sozinhos (7,7%). Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes (44,2 % - N= 46) possuem o ensino secundário seguido da licenciatura (32,7% - N=34). A situação profissional com maior prevalência é de emprego a tempo inteiro com 53,8 % da amostra (N=56).

Na tabela 2, estão expostos os dados relativos à condição física que os participantes da amostra possuem. Em termos de fisionomia, as mulheres apresentam uma média de 70,45kg e 162,20cm de altura e os homens 77,50kg e 173,50cm de altura. Em ambos os géneros, as médias do peso são elevadas. A atividade física feita reportada pela amostra é de 28,01 min por dia e as horas passadas dentro de casa em média na semana anterior à resposta ao questionário foi de 17,36 horas (valores médios).

Tabela 2

*Variáveis físicas e de hábitos da amostra*

Variável	N	%	Média	DP
Peso (kg)				
Sexo Feminino	100		70,45	13,710
Sexo Masculino	4		77,50	22,457
Altura (cm)				
Sexo Feminino	100		162,20	5,567
Sexo Masculino	4		173,50	16,941
Atividade física diária (min)	104		28,01	70,295
Horas passadas em casa (última semana)	104		17,36	6,297
Total	104			

Na tabela 3, estão os dados referentes a condições médicas que os participantes têm para além da FM e é possível ver que 16,3 % tem doenças neurológicas, 28'8% doenças psiquiátricas e 54% outro tipo de doença não mencionada. Na mesma tabela está também presente informação acerca da medicação tomada para controlo da sintomatologia da FM e verifica-se que 45,2% (N=47) tomam

medicação regular e em quantidade moderada, 27,9% (N=29) necessita de medicação recorrentemente perfazendo uma quantidade elevada e 26,9% (N=28) não tem qualquer medicação ou utiliza apenas em situações agudas pontuais.

Tabela 3  
*Condições médicas da amostra*

Variável	N	%
Outras condições médicas além da FM		
Doenças neurológicas	17	16,3
Doenças psiquiátricas	30	28,8
Outras doenças	54	51,9
Medicação direcionada aos sintomas da Fibromialgia		
Ausente /apenas para situações pontuais	28	26,9
Regular/quantidade moderada	47	45,2
Recorrente/quantidade elevada	29	27,9
Total	104	

### **Estatísticas descritivas das variáveis em estudo**

Um dos questionários respondidos pelas 104 pessoas da amostra em estudo – Questionário do Impacto da Fibromialgia Revisto (FIQ-R) – permitiu obter informação acerca do impacto da doença nos seus portadores nos sete dias anteriores ao seu preenchimento. Nesta amostra em concreto foi possível observar que, em valores médios, o impacto total da Fibromialgia foi de 64,73% considerando-se um impacto moderado. Todas as sub escalas mostram valores acima do valor intermédio da própria escala de cotação, como se pode observar mais detalhadamente na tabela 4.

Tabela 4  
*Resultados obtidos da aplicação do **FIQ-R***

Sub-escala do FIQ-R (variável)	Min	Max	Média	DP
Função	0	30	19,39	6,170
Impacto geral	0	20	12,14	5,489
Sintomas	0	48	33,19	9,215
Total das sub-escalas	0	92,67	64,73	19,078
N válido = 104				

De seguida e na tabela 5 estão apresentados os dados relativos a cada sub-escala do Questionário de Experiências e Atitudes ao Toque (TEAQ). É possível observar que nesta amostra e em relação ao nível quantitativo de toque os valores mais elevados em termos médios é no “*toque na infância*” e os mais baixos no “*Toque íntimo (atual)*”. Em termos de tipo de toque, percebe-se que a “*atitude face ao toque não familiar*” é que obtém o valor mais baixo, o que significa que o toque não familiar é o tipo de toque menos prazeroso/agradável para os inquiridos em oposição à “*atitude face ao toque íntimo*” com o valor mais elevado, ou seja, é o tipo de toque mais gostado entre os demais. O facto de o “*toque íntimo (atual)*” ter um valor baixo não invalida este último ponto visto que este se refere à qualidade (nível de agradabilidade obtido) e o primeiro à quantidade recebida atualmente.

Tabela 5

*Resultados obtidos da aplicação do **TEAQ***

Sub-escala do TEAQ (variável)	Min	Max	Média	DP
Toque familiar/amigável	1	5	3,35	,989
Toque íntimo (atual)	1,21	4,86	2,91	,881
Toque de infância	1,22	5	3,19	1,079
Atitude de autocuidado	1	5	3,18	,937
Atitude face ao toque íntimo	1	5	3,72	,931
Atitude face ao toque não familiar	1,20	5	2,72	,888

N válido = 104

Relativamente ao Questionário de Saúde Física (PHQ), e mediante a cotação obtida nas suas 4 sub escalas percebeu-se que os participantes do estudo, em média, apresentam frequentemente distúrbios de sono e dores de cabeça (valores aproximados a 5). As infeções respiratórias são relatadas como pouco frequentes (valor na escala 3). Informação total disponível na tabela 6.

Tabela 6

*Resultados obtidos da aplicação do **PHQ***

Subescala do FIQ (variável)	Min	Max	Média	DP
Distúrbios de sono	1,5	7	4,92	1,199
Dores de cabeça	1	7	4,61	1,453
Problemas gastrointestinais	1	7	4,03	1,259
Infeções respiratórias	1	6	2,60	1,315

N válido = 104

A secção de perguntas que se seguiu no formulário aplicado à amostra (Questionário de Abuso Sexual e Físico – SAPQ) permitiu obter informações referentes a eventuais situações de abuso sexual (questão 1 a 6) e de abuso físico como agressões (questão 7 e 8). Ambos os grupos de questões dividem a resposta para duas épocas da vida do inquirido: a infância (considerada no questionário até aos 13 anos de idade, inclusive) e a idade adulta (14 anos em diante).

Para as questões referentes ao abuso sexual, em termos gerais, os dados revelam atos de abuso sexual nas duas fases temporais, com maior expressão na infância.

Tabela 7

*Resultados obtidos da aplicação do **SAPQ**: Frequência absoluta de respostas “sim” às questões relativas ao abuso sexual (1-6)*

	≤ 13 anos		≥ 14 anos	
	N	%	N	%
Exposição a órgãos sexuais de terceiros	18	17,3	21	20,2
Ameaça de relação sexual sem consentimento	9	8,7	19	18,3
Toque não desejado/autorizado nos seus órgãos sexuais	17	16,3	21	20,2
Toque por obrigação nos órgãos sexuais de terceiros	6	5,8	13	12,5
Relações sexuais forçadas	3	2,9	11	10,6
N Total = 104				

Relativamente às questões do SAPQ alusivos ao abuso físico, os dados obtidos e revelados na tabela 8 mostram que: agressões físicas na infância (antes dos 13 anos) tiveram maior média face à idade adulta em oposição à ameaça sobre a própria vida por parte de um terceiro. Em ambos os casos a média situa-se em valores inferiores a 1, logo, significa que está na escala do “*raramente*”.

Tabela 8

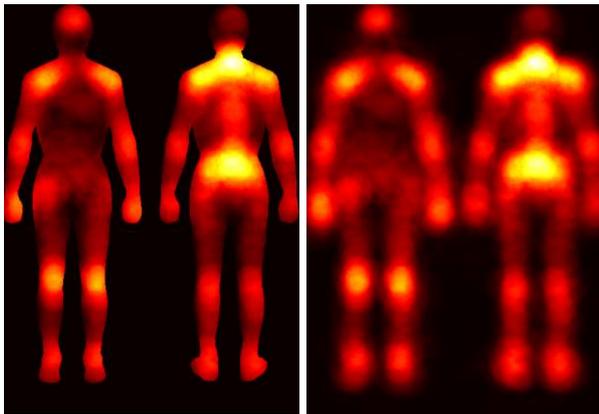
*Resultados obtidos da aplicação do **SAPQ**: Valores de média obtidos às questões relativas ao abuso físico (7-8)*

	≤ 13 anos		≥ 14 anos	
	Média	DP	Média	DP
Agressão física de um adulto	1,3	1,136	,88	1,046
Ameaça grave à própria vida por um adulto	,22	,607	,38	,754
N válido = 104				

A intensidade e local da dor sentida pelos participantes é um elemento importante revelado pela última parte do formulário respondido pelos participantes. Na imagem 2 estão presentes essas mesmas imagens, à direita a frente do corpo e à esquerda as costas com a coloração que corresponde à média geral com todos os participantes. Através delas, é possível verificar que os locais com maior intensidade de dor sentida são as costas e articulações, o que está em acordo com a teórica publicada acerca da FM.

Imagem 2

*Resultados obtidos na coloração do manequim: Intensidade e local da dor sentida (média geral).*



Legenda:

- Painel do lado esquerdo: Resultados mascarados pelos limites do manequim
- Painel do lado direito: Resultados sem o mascaramento dos limites do manequim

- a. Frente do corpo
- b. Parte de trás do corpo

■ Zona com maior intensidade de dor

### **Correlações entre variáveis**

Na tabela 9 apresenta-se as correlações entre as sub escalas/variáveis do TEAQ e do FIQ-R e onde se pode observar que, utilizando o índice de correlação de Pearson, todas as variáveis estão correlacionadas (valores  $\neq 0$ ) embora nem todas se tratem de correlações estatisticamente significativas.

A atitude ao toque não familiar correlaciona negativamente com todas as variáveis do FIQ-R, ou seja, o toque não familiar não é benéfico à sintomatologia geral da FM com todos os valores de correlação significativos em termos estatísticos. Além disso, percebe-se que o toque familiar está positivamente

correlacionado com a função em FM, ou seja, melhor função para melhores atitudes em relação a esta dimensão do toque afetivo.

Tabela 9

*Correlação entre as variáveis do TEAQ e as variáveis do FIQ-R*

	Variáveis do FIQ-R							
	Função		Impacto geral		Sintomas		Total	
Variáveis do TEAQ Toque familiar	,297**	,003	,036	,720	,163	,099	,182	,065
Toque íntimo atual	,189	,055	,015	,878	,027	,787	,078	,429
Toque na infância	,045	,651	,016	,875	,059	,554	,047	,633
Atitude auto cuidado	,123	,213	,091	,357	,099	,317	,114	,250
Atitude ao toque íntimo	,205*	,037	,070	,481	,110	,265	,140	,157
Atitude ao toque não familiar	-,325**	< ,001	-,307**	,002	-,397**	< ,001	-,385**	< ,001

N válido = 104

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

\* A correlação é significativa ao nível 0,05 (2 extremidades)

Correlação de Pearson  
Sig (2 extremidades)

Em relação às variáveis do PHQ, (tabela 10) verificou-se que nos participantes da amostra, diminui os distúrbios de sono quando aumenta a quantidade de toque familiar/amigos, toque pessoal, atitude de auto cuidado, atitude face ao toque íntimo e toque não familiar. A variável “*dor de cabeça*” correlaciona negativamente com a variável “*atitude de auto cuidado*”, o que significa que as dores de cabeça sentidas pelos participantes da amostra aumentam com a diminuição do auto cuidado.

Em consonância com o que foi observado no FIQ-R, a “atitude ao toque não familiar” correlaciona de forma negativa com as escalas “*Distúrbios de sono*” e “*Dores de cabeça*” do PHQ, o que revela ser um tipo de toque menos agradável e sem efeitos positivos nos problemas representados. Observámos também uma correlação positiva entre o Toque familiar e os Problemas gastrointestinais.

Tabela 10  
Correlação entre as variáveis do TEAQ e as variáveis do PHQ

Variáveis do TEAQ	Variáveis do PHQ							
	Distúrbios de sono		Dores de cabeça		Problemas gastrointestinais		Infeções respiratórias	
Toque familiar	-,017	,868	,075	,452	,245*	,012	,028	,777
Toque íntimo atual	-,047	,635	,165	,094	,189	,54	-,005	,960
Toque na infância	,088	,376	,011	,916	,109	,271	-,075	,447
Atitude auto cuidado	-,030	,764	-,016	,874	,049	,620	,086	,383
Atitude ao toque íntimo	-,115	,243	,169	,086	,157	,111	,094	,342
Atitude ao toque não familiar	-,300**	,002	-,368**	<,001	-,168	,089	-,128	,194

N válido = 104

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

\* A correlação é significativa ao nível 0,05 (2 extremidades)

Correlação de Pearson  
Sig (2 extremidades)

Ao correlacionar os valores médios obtidos de intensidade da dor (tabela 11), verifica-se que esta tem uma correlação negativa com o “*toque familiar*”, “*atitude auto cuidado*”, “*atitude ao toque íntimo*” e “*atitude ao toque não familiar*” embora nenhuma das correlações tenha resultados significativos. Em relação ao valor médio de pixels ou pixels com limiar também não se encontrou nenhuma correlação significativa.

Tabela 11  
Correlação entre as variáveis do TEAQ e a média da intensidade da dor relatada na coloração de imagens (n° de pixels)

Variáveis do TEAQ	Intensidade da dor (valor médio da amostra)	
	Toque familiar	-,029
Toque íntimo atual	,064	,522
Toque na infância	,026	,795
Atitude auto cuidado	-,017	,866
Atitude ao toque íntimo	-,078	,433
Atitude ao toque não familiar	-,112	,260

N válido = 104

Correlação de Pearson  
Sig (2 extremidades)

Os componentes do TEAQ relacionados com a agradabilidade do toque são “*atitude face ao toque íntimo*” e a “*atitude face ao toque não familiar*”. Também relacionado com a agradabilidade está a “*atitude de autocuidado*” embora esta se debruce para o prazer do cuidado pessoal. Numa análise

complementar mas com interesse para o estudo, estes 3 componentes foram correlacionados com os itens do SPAQ dirigidos ao abuso sexual (questão 1 a 6). Percebeu-se, assim, que existe uma ligação entre a agradabilidade que cada tipo de toque proporciona e as experiências de abuso sexual e/ou físico na infância ou idade adulta.

Na tabela 12 e tabela 13 estão apresentados os resultados obtidos nestas correlações para a infância (idade ≤ 13 anos) e para a idade adulta (≥14 anos) respetivamente.

Os resultados mostram que a “atitude de auto cuidado” está significativamente correlacionada com a “exposição aos órgãos sexuais de terceiros” ( $r = - 0,202$ ), assim como a “atitude face ao toque íntimo” correlaciona com significância e de forma negativa com “exposição aos órgãos sexuais de terceiros” ( $r = - 0,271$ ) e com “toque não desejado/autorizado nos seus órgãos sexuais” ( $r = - 0,215$ ).

Tabela 12

*Correlação entre variáveis do TEAQ e os itens do SPAQ relativos a abusos sexuais: Dados referentes à infância (≤13 anos de idade)*

	Itens do SPAQ									
	Exposição a órgãos sexuais de terceiros		Ameaça de relação sexual sem consentimento		Toque não desejado nos seus órgãos sexuais		Toque por obrigação nos órgãos sexuais de terceiros		Relações sexuais forçadas	
Atitude auto cuidado	-,202*	,040	-,037	,874	-,095	,339	-,103	,296	-,017	,867
Atitude ao toque íntimo	-,271**	,005	-,060	,545	-,215*	,028	-,089	,367	-,153	,121
Atitude ao toque não familiar	-,011	,911	,035	,723	-,080	,421	-,162	,101	-,171	,083

N válido = 104

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

\* A correlação é significativa ao nível 0,05 (2 extremidades)

Correlação de Pearson  
Sig (2 extremidades)

Em relação à idade adulta (≥14 anos) – tabela 13 – a “atitude de auto cuidado” correlaciona negativamente com “exposição a órgãos sexuais de terceiros”, com “toque não desejado/autorizado nos seus órgãos sexuais” e com o “toque por obrigação nos órgãos sexuais de terceiros”. A “atitude face ao toque íntimo”, por sua vez, apresenta uma correlação negativa com o “toque não desejado/autorizado nos seus órgãos sexuais” e com “relações sexuais forçadas”. Por último, a “atitude ao toque não familiar” tem uma correlação negativa com o “toque não desejado/autorizado nos seus órgãos sexuais” e com o

“toque por obrigação nos órgãos sexuais de terceiros”. Todas estas correlações não são estatisticamente significativas ( $p \geq sig$ ) o que mostra não existir uma ligação linear entre as variáveis.

Tabela 13

*Correlação entre as variáveis do TEAQ e os itens do SPAQ relativos a abusos sexuais: Dados referentes à idade adulta ( $\geq 14$  anos de idade)*

	Itens do SPAQ									
	Exposição a órgãos sexuais de terceiros		Ameaça de relação sexual sem consentimento		Toque não desejado nos seus órgãos sexuais		Toque por obrigação nos órgãos sexuais de terceiros		Relações sexuais forçadas	
Atitude auto cuidado	-,012	,900	,164	,095	-,033	,739	-,030	,975	,146	,140
Atitude ao toque íntimo	,009	,926	,074	,453	-,064	,517	,003	,978	-,069	,488
Atitude ao toque não familiar	,041	,155	,100	,314	-,076	,441	-,039	,691	,083	,401

N válido = 104

 Correlação de Pearson  
 Sig (2 extremidades)

Em comparação das duas etapas da vida, os abusos sexuais na infância acarretam um maior impacto negativo na idade adulta (idade dos participantes no estudo) no que concerne aos dois tipos de toque analisados (íntimo e não familiar) bem como no gosto do auto cuidado.

As questões do SPAQ que visam o abuso físico apresentaram uma média de ocorrência muito baixa (situada na escala de resposta “*raramente*” e desta forma não seria pertinente incluí-lo nas correlações para o presente estudo.

## Discussão

A fibromialgia é uma doença que causa sofrimento e um prejuízo significativo na qualidade de vida dos pacientes, caracterizada por dor crônica e difusa, fadiga e outros sintomas somáticos. A sua sintomatologia não advém de mecanismos externos sendo atualmente caracterizada como uma desordem de regulação da dor e de sensibilização central (Masi & Vincent, 2015).

O impacto da FM na vida dos pacientes é negativo dada a sua sintomatologia. Um estudo de Martin e colaboradores (2019) que, através de entrevista a doentes com FM, apuraram que a doença tem um impacto significativo e negativo em diversos contextos (relações interpessoais, trabalho) e que torna tarefas simples do dia-a-dia em algo para o qual necessitam de esforço dadas as dificuldades provenientes da fadiga. Em consonância, no nosso estudo com 104 pacientes com FM, podemos verificar que na amostra, a doença tem um impacto total moderado cujo engloba dificuldades moderadas a altas na execução de funções diárias. O impacto ao nível dos sintomas é avaliado como elevado englobando a dor difusa e prolongada, fadiga, etc.

Os distúrbios de sono são, também, parte integrante na sintomatologia da FM e surgem na amostra em estudo com um nível de ocorrência frequente. Estudos relacionados com a qualidade do sono em doentes com FM mostram a existência de dificuldades a adormecer e/ou permanecer a dormir visto que a dor dificulta o conforto necessário ao mesmo (Martin et al., 2009). As dores de cabeça são, também, referenciadas como frequentes na amostra do nosso estudo tendo já sido referenciadas pela literatura existente como um sintoma que ocorre em metade dos doentes com FM.

Classicamente, os critérios diagnósticos da fibromialgia incluíam a contagem de pontos de sensibilidade, definidos como áreas do corpo em que os pacientes mostram uma sensibilidade acrescida à pressão e à palpação. Além disso, o limiar da dor nestes "pontos sensíveis" está frequentemente correlacionado com outros sintomas mórbidos da patologia (Wolfe et al., 1990). Embora a utilização dos "pontos sensíveis" tenha sido abandonada, é de esperar que existam áreas do corpo destes pacientes que exibem dor com mais frequência. Neste sentido, alguns trabalhos avaliaram quais as áreas que mostram dor para pressionar mais frequentemente os pés e pernas dos pacientes com FM (Tornero-Caballero et al., 2016), ou noutras patologias crónicas da dor (Albuquerque-Sendín et al., 2018). No entanto, tanto quanto sabemos, esta é a primeira vez que os pacientes com FM são solicitados a pintar diretamente as áreas em que mostram dor contínua ( e não evocada por estímulos externos). Como se pôde ver na imagem 2, esta dor é mais comum nas costas, especialmente na zona lombar e nas

articulações. Num trabalho muito recente, utilizando uma grande amostra de pacientes com várias patologias crônicas da dor, os autores observaram que os pacientes podem ser agrupados em 9 grupos, dependendo das características topográficas da dor (Alter et al., 2021). Comparando os nossos resultados com os desse trabalho, pode-se observar que as características espaciais da dor em doentes com FM são muito semelhantes aos clusters H e I (dor generalizada).

Apesar da pouca literatura existente sobre a temática, recentemente, começaram a ser relatadas, também, alterações no processamento do toque afetivo nos pacientes com FM sendo o toque afetivo um elemento importante para o comportamento humano e a comunicação entre indivíduos. Nos seus mecanismos fisiológicos estão as fibras c-tátil presentes na pele que captam o toque e o transmitem ao SNC (McGlone et al,2014) sendo aí processados e é, neste processamento que se verificam as alterações que levam os pacientes com FM a perceberem como algo desagradável ou sem interesse em oposição à geral sensação agradável e/ou prazerosa que advém do toque afetivo correspondendo à chamada avaliação anedónica do toque (Boehme et al. (2020).

No presente trabalho visámos aprofundar o nosso conhecimento sobre a interação entre o toque afetivo e sintomatologia da FM. Em concreto, focámos o estudo nas atitudes face ao toque afetivo dos doentes com FM da amostra e o seu eventual envolvimento na intensidade e ocorrência dos sintomas da doença. Nas nossas análises não encontramos correlações entre as diferentes modalidades de toque afetivo, avaliadas com o TEAQ, e os índices globais da intensidade da dor (tais como o número total de pixels ou a intensidade média) – imagem 2. Propomos que, para estudos futuros, seria interessante realizar subgrupos de pacientes, por exemplo utilizando a classificação de de Souza, e avaliar se existem diferenças nas topografias da dor ou realizando análises de agrupamento (de Souza et al., 2019). Também consideramos interessante correlacionar cada um dos diferentes pixels com índices de sintomas de FM.

Em relação ao toque afetivo, propriamente, observámos que toque não familiar é o tipo de toque menos prazeroso/ agradável ou com o qual a pessoa se sente menos confortável, sendo o tipo de toque proveniente de alguém desconhecido ou sem ligação familiar, de amizade e/ou emocional (representado nas expressões: "Se alguém que eu não conheço muito bem coloca a sua mão de forma amigável no meu braço, isso faz-me sentir desconfortável"; "Faz-me sentir desconfortável se alguém que eu não conheço muito bem me toca de uma maneira amigável"; "Eu não gosto de ter proximidade física com pessoas que não conheço bem"; "Eu tenho de conhecer alguém relativamente bem para desfrutar do seu abraço"; "Eu não gosto quando as pessoas são muito afetuosas fisicamente em relação a mim").

Pôde observar-se, também, que as atitudes mais desfavoráveis ao toque têm um impacto negativo na sintomatologia da FM, concretamente a atitude face ao toque não familiar visto que correlaciona negativamente com todos os parâmetros avaliados através da FIQ-R. Isto significa que o toque não familiar é o tipo de toque que sendo menos agradável proporciona um aumento nos sintomas da doença e no impacto geral negativo que esta acarreta para os seus portadores. Esta observação faz sentido na medida em que se trata de toque proveniente de alguém desconhecido e/ou sem conexão emocional tornando-se um toque meramente físico/mecânico e como já previamente estudado, o toque por si só – estimulação c-tátil – é visto com maior frequência como neutro ou desagradável em indivíduos com FM do que em indivíduos saudáveis (Evdokimov et al., 2019). Este facto foi demonstrado em outros estudos similares que demonstram que existe nestes pacientes uma avaliação anedónica do prazer relacionada com um processamento disfuncional ao nível da ínsula posterior direita (Boehme et al. (2020).

Na mesma linha de pensamento, observámos que o tipo de toque não familiar também tem uma correlação negativa e estatisticamente significativa com os distúrbios de sono e as dores de cabeça, ambos problemas associados à FM.

Numa análise complementar, mas que se revelou interessante para o estudo do toque foi a presença de eventos de abuso sexual e/ou físico (SPAQ) na infância ( $\leq 13$  anos) e na idade adulta ( $\geq 14$  anos). Para a discussão trouxemos apenas a questão do abuso sexual visto que na amostra não existe números significativos de abuso físico que possibilitem uma análise concisa. O abuso sexual na infância é, de forma comum visto como desencadeador de consequências negativas no momento e perpetuadas para a idade adulta, inclusive, um estudo desenvolvido por Labadie e colaboradores (2018) demonstrou que são episódios com potencial para desenvolver trauma de apego quando ocorridos em idades muito precoces (Labadie et al., 2018), no entanto, apresenta reações bastante variadas que vão desde o impacto psicológico grave até à ausência de qualquer sequela psicológica negativa (Kendall-Tackett et al., 1993) sendo diferenciado caso para caso e de pessoa para pessoa. Em relação à atitude face ao toque afetivo para estes indivíduos não existem estudos conclusivos. No nosso estudo e tendo em conta que se trata de uma amostra totalmente composta por pessoas com FM, percebe-se que a atitude face ao toque íntimo é afetada de forma negativa por episódios de abuso sexual na infância, mais concretamente, a exposição a órgãos sexuais de terceiros adultos e o toque não desejado/autorizado nos seus órgãos sexuais. Na idade adulta, considerada pelo Questionário de Abuso Sexual e Físico (SPAQ) a partir dos 14 anos de idade, a ocorrência de situações de abuso sexual não apresenta qualquer correlação estatisticamente significativa com a atitude face ao toque na amostra utilizada neste estudo.

Em suma, neste trabalho avaliámos como a atitude em relação às diferentes dimensões do toque afectivo/interpessoal está relacionada com a gravidade dos sintomas da FM. Observámos que o resultado mais convergente foi uma relação negativa entre a atitude ao toque não familiar e um quadro pior em diferentes dimensões desta patologia. Os nossos resultados sugerem que as alterações no processamento do toque afetivo na FM podem ser mais relevantes e específicas no toque com estranhos.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Ao nível das correlações e visto que utilizámos a correlação de Pearson para a análise, esta pode revelar alguma perda de exatidão dada a ocorrência de falsos positivos com influência na significância obtida, no entanto, como se trata de uma amostra com um número de participantes já considerável (104 pessoas) e onde os resultados das correlações se verificaram convergentes em relação a uma variável comum, ou seja, o toque não familiar como correlação negativa com todas as outras variáveis, é expectável que não sejam correlações irreais. Este ponto justifica a ausência de necessidade de outros testes correlacionais de despiste. Outra questão pertinente é a discrepância nítida entre sexos. Na realidade, é conhecido que em termos estatísticos a Fibromialgia é diagnosticada duas vezes mais em mulheres do que em homens (Fitzcharles et. al, 2018) e nosso estudo obtivemos uma amostra com uma diferença maior (96,2% mulheres (N=100) e 3,8% homens (N=4)), no entanto, seria interessante realizar um estudo idêntico com uma percentagem igual entre os dois sexos de forma a analisar se as percepções face à sintomatologia FM, intensidade da dor por exemplo, e face ao toque são diferenciadas por questões de género no contexto da doença.

Propomos que, para estudos futuros, também seria interessante realizar subgrupos de pacientes, por exemplo utilizando a classificação de de Souza, e avaliar se existem diferenças nas topografias da dor ou realizando análises de agrupamento (de Souza et al., 2019). Também consideramos interessante correlacionar cada um dos diferentes pixels com índices de sintomas de FM.

Uma outra sugestão seria realizar o estudo com um grupo de controlo para se poder comparar a percepção das diferentes modalidades de toque em indivíduos com ou sem a doença. Assim como para as questões de abuso sexual e/ou físico, isto é, realizar um estudo onde teríamos um grupo de indivíduos com experiências de abuso na infância, um grupo com experiência de abuso na idade adulta e um grupo de controlo com indivíduos sem qualquer experiência de abuso com o objetivo de analisar eventuais diferenças na atitude face ao toque.

Para concluir, podemos dizer que a temática do toque afetivo é uma área de interesse em diversos contextos e que, ainda, tem muito para explorar.

## Referências

- Ablin, J., Neumann, L., & Buskila, D. (2008). Pathogenesis of fibromyalgia—A review. *Joint Bone Spine*, 75(3), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2007.09.010>
- Abraira, V. E., & Ginty, D. D. (2013). The sensory neurons of touch. *Neuron*, 79(4), 618–639. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.07.051>
- Atzeni, F., Talotta, R., Masala, I. F., Giacomelli, C., Conversano, C., Nucera, V., Lucchino, B., Iannuccelli, C., Di Franco, M., & Bazzichi, L. (2019). One year in review 2019: Fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37 Suppl 116(1), 3–10.
- Bair, M. J., & Krebs, E. E. (2020). Fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine*, 172(5), ITC33–ITC48. <https://doi.org/10.7326/AITC202003030>
- Bazzichi, L., Giacomelli, C., Consensi, A., Giorgi, V., Batticciotto, A., Di Franco, M., & Sarzi-Puttini, P. (2020). One year in review 2020: Fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 38 Suppl123(1), 3–8.
- Boehme, R., van Ettinger-Veenstra, H., Olausson, H., Gerdle, B., & Nagi, S. S. (2020). Anhedonia to Gentle Touch in Fibromyalgia: Normal Sensory Processing but Abnormal Evaluation. *Brain Sciences*, 10(5). <https://doi.org/10.3390/brainsci10050306>
- Case, L. K., Čeko, M., Gracely, J. L., Richards, E. A., Olausson, H., & Bushnell, M. C. (2016). Touch Perception Altered by Chronic Pain and by Opioid Blockade. *ENeuro*, 3(1). <https://doi.org/10.1523/ENEURO.0138-15.2016>
- Clauw, D. J. (2001). Elusive syndromes: Treating the biologic basis of fibromyalgia and related syndromes. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 68(10), 830, 832–834. <https://doi.org/10.3949/ccjm.68.10.830>
- Craig AD, Zhang ET. Retrograde analyses of spinothalamic projections in the macaque monkey: input to posterolateral thalamus. *J Comp Neurol*. 2006 Dec 20;499(6):953-64. doi: 10.1002/cne.21155. PMID: 17072831.
- Costa, C., Pinto, A. M., Pereira, A. T., Marques, M., Macedo, A., & Pereira da Silva, J. A. (2016). Psychometric properties of the Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR)—A contribution to the Portuguese validation of the scale. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 41(3), 240–250. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27683063>
- Di Lernia, D., Lacerenza, M., Ainley, V., & Riva, G. (2020). Altered Interoceptive Perception and the Effects of Interoceptive Analgesia in Musculoskeletal, Primary, and Neuropathic Chronic Pain Conditions. *Journal of Personalized Medicine*, 10(4), E201. <https://doi.org/10.3390/jpm10040201>

- Evdokimov, D., Frank, J., Klitsch, A., Unterecker, S., Warrings, B., Serra, J., Papagianni, A., Saffer, N., Meyer Zu Altenschildesche, C., Kampik, D., Malik, R. A., Sommer, C., & Üçeyler, N. (2019). Reduction of skin innervation is associated with a severe fibromyalgia phenotype. *Annals of Neurology*, 86(4), 504–516. <https://doi.org/10.1002/ana.25565>
- Fairhurst, M. T., Löken, L., & Grossmann, T. (2014). Physiological and behavioral responses reveal 9-month-old infants' sensitivity to pleasant touch. *Psychological Science*, 25(5), 1124–1131. <https://doi.org/10.1177/0956797614527114>
- Field, T. (2010). Touch for socioemotional and physical well-being: A review. *Developmental Review*, 30(4), 367–383.
- Gordon, I., Voos, A. C., Bennett, R. H., Bolling, D. Z., Pelphey, K. A., & Kaiser, M. D. (2013). Brain mechanisms for processing affective touch. *Human Brain Mapping*, 34(4), 914–922. <https://doi.org/10.1002/hbm.21480>
- Häuser, W., Kosseva, M., Üçeyler, N., Klose, P., & Sommer, C. (2011). Emotional, physical, and sexual abuse in fibromyalgia syndrome: A systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care & Research*, 63(6), 808–820. <https://doi.org/10.1002/acr.20328>
- Häuser, W., Sarzi-Puttini, P., & Fitzcharles, M.-A. (2019). Fibromyalgia syndrome: Under-, over- and misdiagnosis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 37 Suppl 116(1), 90–97.
- Johansson, R. S., & Vallbo, A. B. (1979). Detection of tactile stimuli. Thresholds of afferent units related to psychophysical thresholds in the human hand. *The Journal of Physiology*, 297(0), 405–422. <https://doi.org/10.1113/jphysiol.1979.sp013048>
- Kashikar-Zuck, S., Black, W. R., Pfeiffer, M., Peugh, J., Williams, S. E., Ting, T. V., Thomas, S., Kitchen, K., & Myer, G. D. (2018). Pilot Randomized Trial of Integrated Cognitive-Behavioral Therapy and Neuromuscular Training for Juvenile Fibromyalgia: The FIT Teens Program. *The Journal of Pain*, 19(9), 1049–1062. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.04.003>
- Kooiman, C. G., Ouwehand, A. W., & ter Kuile, M. M. (2002). The Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ). A screening instrument for adults to assess past and current experiences of abuse. *Child Abuse & Neglect*, 26(9), 939–953. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00363-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00363-0)
- Kosek, E., Cohen, M., Baron, R., Gebhart, G. F., Mico, J.-A., Rice, A. S. C., Rief, W., & Sluka, A. K. (2016). Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*, 157(7), 1382–1386. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000507>
- Kuner, R., & Flor, H. (2016). Structural plasticity and reorganisation in chronic pain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 18(1), 20–30. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.162>
- Liljencrantz, J., Strigo, I., Ellingsen, D. M., Krämer, H. H., Lundblad, L. C., Nagi, S. S., Leknes, S., & Olausson, H. (2017). Slow brushing reduces heat pain in humans. *European Journal of Pain* (London, England), 21(7), 1173–1185. <https://doi.org/10.1002/ejp.1018>

- Løge-Hagen, J. S., Sæle, A., Juhl, C., Bech, P., Stenager, E., & Mellentin, A. I. (2019). Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1098–1105. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.001>
- Marshall, A. G., Sharma, M. L., Marley, K., Olausson, H., & McGlone, F. P. (2019). Spinal signalling of C-fiber mediated pleasant touch in humans. *ELife*, 8, e51642. <https://doi.org/10.7554/eLife.51642>
- Martínez-Rodríguez, A., Leyva-Vela, B., Martínez-García, A., & Nadal-Nicolás, Y. (2018). [Effects of lacto-vegetarian diet and stabilization core exercises on body composition and pain in women with fibromyalgia: Randomized controlled trial]. *Nutricion Hospitalaria*, 35(2), 392–399. <https://doi.org/10.20960/nh.1341>
- Martin, S., Chandran, A., Zografos, L., & Zlateva, G. (2009). Evaluation of the impact of fibromyalgia on patients' sleep and the content validity of two sleep scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-7.
- Masi, A. T., & Vincent, A. (2015). A historical and clinical perspective endorsing person-centered management of fibromyalgia syndrome. *Current Rheumatology Reviews*, 11(2), 86–95. <https://doi.org/10.2174/1573397111666150619094420>
- McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H. (2014). Discriminative and affective touch: Sensing and feeling. *Neuron*, 82(4), 737–755. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.05.001>
- Meijer, L. L., Ruis, C., van der Smagt, M. J., Scherder, E. J. A., & Dijkerman, H. C. (2021). Neural basis of affective touch and pain: A novel model suggests possible targets for pain amelioration. *Journal of Neuropsychology*. <https://doi.org/10.1111/jnp.12250>
- Sailer, U., & Ackerley, R. (2019). Exposure shapes the perception of affective touch. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 35, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.07.008>
- Schat, A. C. H., Kelloway, E. K., & Desmarais, S. (2005). The Physical Health Questionnaire (PHQ): Construct validation of a self-report scale of somatic symptoms. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 363–381. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.363>
- Schmidt-Wilcke, T. (2015). Neuroimaging of chronic pain. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 29(1), 29–41. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.030>
- Sehlistedt, I., Ignell, H., Backlund Wasling, H., Ackerley, R., Olausson, H., & Croy, I. (2016). Gentle touch perception across the lifespan. *Psychology and Aging*, 31(2), 176–184. <https://doi.org/10.1037/pag0000074>
- de Souza, J. B., Goffaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J., & Marchand, S. (2009). Fibromyalgia subgroups: Profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatology International*, 29(5), 509–515. <https://doi.org/10.1007/s00296-008-0722-5>

- Triscoli, C., Croy, I., Steudte-Schmiedgen, S., Olausson, H., & Sailer, U. (2017). Heart rate variability is enhanced by long-lasting pleasant touch at CT-optimized velocity. *Biological Psychology*, 128, 71–81. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.07.007>
- Trotter, P. D., McGlone, F., Reniers, R. L. E. P., & Deakin, J. F. W. (2018). Construction and Validation of the Touch Experiences and Attitudes Questionnaire (TEAQ): A Self-report Measure to Determine Attitudes Toward and Experiences of Positive Touch. *Journal of Nonverbal Behavior*, 42(4), 379–416. <https://doi.org/10.1007/s10919-018-0281-8>
- Trouvin, A.-P., & Perrot, S. (2019). New concepts of pain. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 33(3), 101415. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007>
- von Mohr, M., Crowley, M. J., Walthall, J., Mayes, L. C., Pelphey, K. A., & Rutherford, H. J. V. (2018). EEG captures affective touch: CT-optimal touch and neural oscillations. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 18(1), 155–166. <https://doi.org/10.3758/s13415-017-0560-6>
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Häuser, W., Katz, R. L., Mease, P. J., Russell, A. S., Russell, I. J., & Walitt, B. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 46(3), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2016.08.012>
- Wolfe, F., Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D. O. N. L., Häuser, W., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J. O. N., & Winfield, J. B. (2011). Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modifica. January 2016. <https://doi.org/10.3899/jrheum.100594>

## Anexo 1

### Appendix A. European Portuguese version of the Touch Experiences and Attitudes Questionnaire (TEAQ)

Por favor, leia com atenção as seguintes afirmações e selecione a opção que indica o quanto concorda ou discorda com cada uma das afirmações.

	Discordo completamente	Discordo um pouco	Não concordo nem discordo	Concordo um pouco	Concordo completamente
1. Eu não gosto quando as pessoas são muito afetuosas fisicamente em relação a mim.					
2. Eu gosto de usar loções corporais.					
3. Eu tenho de conhecer alguém relativamente bem para desfrutar do seu abraço.					
4. Eu considero que é natural cumprimentar os meus amigos e familiares com um beijo na bochecha.					
5. Houve muito afeto físico durante a minha infância.					
6. Em criança, eu costumava abraçar os membros da minha família frequentemente.					
7. Eu gosto de usar essências de banho quando tomo banho.					
8. Eu considero que acariciar o cabelo de uma pessoa que gosto é muito agradável.					
9. Os meus pais não foram muito afetuosos fisicamente em relação a mim durante a minha infância.					

10. Eu gosto de adormecer nos braços de alguém de quem sou próximo(a).					
11. Eu costumo aconchegar-me no sofá com alguém.					
12. Eu gosto da intimidade física dos preliminares sexuais.					

13. Eu gosto de dar o braço aos meus amigos e familiares enquanto ando.					
14. Eu normalmente abraço os meus familiares e amigos quando estou a despedir-me.					
15. Em criança, receber um abraço dos meus pais quando eu estava triste fazia com que eu me sentisse muito mais feliz.					
16. É bom quando amigos e membros da família me cumprimentam com um beijo.					
17. Eu costumo dar as mãos a alguém que conheço intimamente.					
18. Quando eu estou triste, geralmente há alguém que me consegue confortar.					
19. Beijar é uma boa forma de expressar atração física.					
20. Sabe muito bem quando alguém de quem gosto passa os seus dedos pelo meu cabelo.					
21. Eu abraço regularmente pessoas de quem sou próximo(a).					

22. Em criança, os meus pais aconchegavam-me na cama todas as noites e davam-me um abraço e um beijo de boa noite.					
23. A minha vida carece de afeto físico.					
24. Eu gosto quando a minha pele é acariciada.					
25. Eu costumo tomar um duche ou um banho com alguém.					
26. Eu gosto de fazer sexo.					
27. Eu faço sexo frequentemente.					
28. Eu não gosto de ter proximidade física com pessoas que não conheço bem.					
29. Eu consigo sempre encontrar alguém para me confortar fisicamente quando não me sinto bem.					

30. Eu cumprimento sempre os meus amigos e familiares dando-lhes um abraço.					
31. Eu aprecio ser abraçado(a) por alguém de quem gosto.					
32. A minha mãe dava-me banho regularmente quando eu era criança.					
33. Em criança, os meus pais confortavam-me sempre quando eu estava triste.					
34. Eu gosto da sensação da minha pele a tocar na de outra pessoa se eu a conhecer intimamente.					

35. Em criança, os meus pais costumavam dar-me a mão quando eu caminhava com eles.					
36. Na maioria dos dias eu recebo um abraço ou um beijo.					
37. Se alguém que eu não conheço muito bem coloca a sua mão de forma amigável no meu braço, isso faz-me sentir desconfortável.					
38. Eu costumo ter contacto físico com os meus amigos e familiares quando estou com eles.					
39. Faz-me sentir desconfortável se alguém que eu não conheço muito bem me toca de uma maneira amigável.					
40. Eu aprecio dar a mão a alguém de quem gosto.					
41. Eu costumo partilhar um beijo romântico com frequência.					
42. Em criança, a minha mãe escovava o meu cabelo regularmente.					
43. Eu gosto de exfoliar a minha pele.					
44. Beijar é uma parte agradável de expressar sentimentos românticos.					
45. A minha pele é acariciada frequentemente.					
46. Eu costumo dar a mão a alguém de quem gosto.					
47. Eu gosto de acariciar a pele de alguém que eu conheço intimamente.					

48. Eu consigo ser abraçado(a) por relativamente muitas pessoas.					
49. Eu costumo adormecer enquanto abraço alguém de quem eu sou próximo(a).					
50. Abraçar alguém no sofá é muito bom.					
51. Eu costumo colocar o braço sobre um amigo próximo enquanto caminhamos juntos.					
52. Eu gosto de tomar banho com muita espuma.					
53. Eu não recebo muitos abraços atualmente.					
54. Eu recebo frequentemente uma massagem nos ombros.					
55. Eu gosto de usar máscaras faciais na minha pele.					
56. Eu gosto quando os meus amigos e familiares me cumprimentam dandome um abraço.					
57. Eu costumo andar de braços dados com os meus amigos e familiares quando passeamos.					

The item numbers below identify which subscale each item corresponds to (**R** identifies items that are reverse scored):

*Friends and family touch* (FFT) (11 items): 4, 13, 14, 16, 21, 30, 38, 48, 51, 56, 57;

*Current intimate touch* (CIT) (14 items): 11, 17, 18, 23**R**, 25, 27, 29, 36, 41, 45, 46, 49, 53**R**, 54;

*Childhood touch* (ChT) (9 items): 5, 6, 9**R**, 15, 22, 32, 33, 35, 42;

*Attitude to self-care* (ASC) (5 items): 2, 7, 43, 52, 55;

*Attitude to intimate touch* (AIT) (13 items): 8, 10, 12, 19, 20, 24, 26, 31, 34, 40, 44, 47, 50; *Attitude to unfamiliar touch* (AUT) (5 items): 1**R**, 3**R**, 28**R**, 37**R**, 39**R**.