



Psicologia USP  
ISSN: 0103-6564  
revpsico@usp.br  
Instituto de Psicologia  
Brasil

Moreira Ferreira de Almeida, Lígia Maria; Peixoto Caldas, José Manuel  
INTIMIDADE E SAÚDE  
Psicologia USP, vol. 23, núm. 4, septiembre-diciembre, 2012, pp. 737-755  
Instituto de Psicologia  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305128455007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re<sup>o</sup>dalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Lígia Maria Moreira Ferreira de Almeida  
José Manuel Peixoto Caldas

**Resumo:** A intimidade é antecedida de processos ativos, transversais ao ciclo de vida. O vínculo afetivo estabelece-se primariamente na relação de vinculação mãe-bebê, e os padrões comportamentais e estilos de vinculação tendem a repercutir-se nas relações adultas. O objetivo exploratório desta investigação pretende apurar a transcrição física (consequências na saúde) de vivências insatisfatórias de intimidade. Sessenta universitários (30 do sexo feminino; 30 do sexo masculino), com idades entre 22 e 27 anos, envolvidos numa relação amorosa fixa (duração mínima: 6 meses) foram contactados para responder a uma bateria de instrumentos (variáveis de interesse: intimidade, identidade, autoconceito e vinculação). Um bom estado de saúde parece associar-se a valores elevados de interdependência e baixos valores de dependência na relação amorosa. Nestes jovens a intimidade baseada na dependência compromete 14% da saúde mental. O impacto de uma intimidade pouco saudável limita em quase 9% a saúde física de jovens adultos saudáveis.

**Palavras-chave:** Intimidade. Saúde. Vinculação. Autoconceito. Identidade.

## Enquadramento e Estado da Arte

As relações afetivas são legitimamente consideradas por grande parte das pessoas como a dimensão mais importante das suas vidas. Sendo o ser humano

<sup>1</sup> O presente artigo resulta de uma pesquisa indexada à Tese de Mestrado da autora. Como tal, conduz à renovação do reconhecimento pelo apoio prestado por parte da Professora Doutora Maria Emília Costa, arguente na defesa de Mestrado.

indubitavelmente gregário, as necessidades afetivas e de amor vêm-lhe imprimidas no código biológico. Quando nasce, o homem está dotado de estruturas que facilitam e alimentam a suscitação de carinho, disponibilidade, segurança e suporte por parte do meio envolvente. Se estas necessidades forem adequadamente supridas, encontra-se criado um substrato que possibilita o desenvolvimento integral de potencialidades do sujeito psicológico, uma construção identitária segura, associada a disposições que permitem o experimentar de sensações de bem-estar e saúde, que são base e consequência da vontade de investir em novas relações, de procurar novos vínculos.

A gênese do ser humano como ser vivo inicia-se de uma complexa e recortada ligação entre duas pessoas. Ao longo desta investigação, a focagem estará direcionada para as relações íntimas de casal. Por várias razões. A primeira prende-se com o fato de ser 'a relação primordial, arcaica' onde tudo começa; por este motivo, constitui um alvo mais do que fundamentado da psicologia. Outro objetivo relevante alicerça-se na necessidade de trazer alguma compreensão para a natureza da Intimidade como tecido que recobre (por vezes insuficientemente) as relações amorosas; também por se considerar um preditor, por excelência, da adaptação psicossocial e ajustamento emocional saudável na idade adulta. Pretende-se, sobretudo, trazer para o domínio do concreto algumas destas noções, revestidas de certa ambivalência e que carecem de um estudo conciso e científico: a saúde do corpo, onde os efeitos do não vivido (ou o mal vivido) podem ser extremamente prejudiciais ao bem-estar e qualidade de vida.

## Intimidade

Intimidade (derivação do latim *intimus*) significa "o que está interno, o mais profundo", referindo-se ao ato de partilha do que há de mais pungente e incisivo em nós (Popovic, 2005), que nos distingue e nos unifica como pessoas, remetendo para uma idiosincrasia privada, intrínseca, "de dentro".

Observa-se que o conceito de Intimidade se correlaciona indubitavelmente e de modo inextrincável com a noção de Proximidade, sendo relevante, desde já, esclarecer as fronteiras de cada uma (para lá dos seus pontos de convergência): enquanto o termo "proximidade" se refere à componente emocional patente e comum a várias relações humanas, a Intimidade implica uma dimensão romântica, sexual (ou mais específica) que assenta numa base de "proximidade" mais intensa (Popovic, 2005).

Através de uma análise detalhada relativa ao âmbito dos últimos 15 anos de investigação sobre o tema, verifica-se uma inconsistência gene-

realizada, contingente à elaboração de uma definição única de Intimidade (Costa, 2005; Jamieson, 2004; Prager, 1995). Opta-se, presentemente, por se defender o pressuposto, relativo à necessidade de se contemplar definições e características do senso comum, que a investigação se deve aproximar das necessidades diárias das pessoas, às quais se dirige e deve servir (Costa, 2005; Prager, 1995).

Para uma maior concretização de uma definição de intimidade, torna-se preponderante atribuir-se-lhe um teor sistêmico, no sentido de se contemplar a sua dimensão de construção (intra e interpessoal) no tempo, alicerçada numa configuração identitária estável. Esta consideração facilita a compreensibilidade da intimidade como capacidade individual e relacional, desenvolvida ao longo do percurso e história de vida, assumindo características, significações e complexidades diferentes em relações afetivas distintas (Costa, 2005).

De acordo com Costa (2005), a intimidade existe na medida em que a pessoa implicada na díade relacional a experimenta como tal, e lhe reconhece esse significado.

*As interações e relações de intimidade*, por definição, envolvem partilha de elementos intrínsecos e pessoais, de onde resultam sentimentos positivos (e.g. afeto, prazer) em relação a si próprio e ao outro (ação recíproca e complementar). A reciprocidade da partilha defende que cada elemento do processo interativo se envolve em comportamentos verbais e não verbais em grau similar (Costa, 2005; Prager, 1995). A sua distinção primordial prende-se com o fato de as *relações de intimidade* implicarem uma maior regularidade temporal – “sentimentos de afeto recíproco, confiança e coesão (partilha), sendo estas condições necessárias para a sua manutenção no tempo” (Costa, 2005, p. 16). Esta definição traz, uma vez mais, subjacente a noção de que ocorrem interações íntimas nas *relações de intimidade*; no entanto, o que as torna íntimas é o contexto onde estas acontecem (pessoas envolvidas, situação e interação) e que lhes permite serem experienciadas como tal (Costa, 2005; Prager, 1995).

Alguns modelos teóricos caracterizam a Intimidade como reportando-se a sentimentos que promovem e possibilitam a proximidade e a ligação (vínculo) emocional numa relação, constituindo-a como gênese e alicerce conceptual do amor romântico. O seu desenvolvimento resultaria de um processo lento e continuamente monitorado, pelo que despertaria medos contínuos de ameaça e perda da autonomia, ou perda de identidade numa relação de amor (Costa, 2005; Neto, 1998). Atualmente, a investigação demonstra que uma relação bem gerida, baseada na diferenciação e interdependência, é positiva e vantajosa na manutenção da identidade dos elementos de um casal (Jamieson, 2004).

As relações de intimidade delimitam a construção de uma confiança mútua, reiterada como uma atitude ou expectativa perante o parceiro que permite a tomada e aceitação de riscos envolvidos na vivência de

uma relação de intimidade. A percepção de risco encontra-se aqui reduzida, pelo que a pessoa percebe o seu parceiro como causa improvável de decepção, prejuízo, exploração ou traição (Brunell, Pilkington, & Webster, 2007; Prager, 1995). Dado que a Intimidade compreende a revelação de vulnerabilidades intrínsecas e informação privada, a conservação da confiança é fundamental para que experiências de intimidade continuem a ocorrer, mediante um processo biunívoco (Costa, 2005; Prager, 1995).

## Vinculação e relação amorosa no jovem adulto

Ao longo do percurso desenvolvimental da criança, e à medida que vai evoluindo, a vinculação dirige-se progressivamente a outros alvos. Na adolescência e início da idade adulta o objeto primordial de investimento a este nível são os pares. Existem algumas diferenças entre a vinculação durante a idade adulta e a vinculação durante a infância, sendo que uma destas é intrinsecamente estrutural: enquanto a vinculação na criança é complementar (a criança solicita, e a figura parental dá), no adulto a vinculação é recíproca (o adulto quer dar, mas também quer receber) (Canavarro, 1999; Costa, 2005).

Alguns autores sugerem a integração da vinculação do adulto no sistema de complementaridade aplicado à infância (caracterizado por procura de cuidados e comportamentos de suporte), residindo a principal diferença no fato de, na idade adulta, a complementaridade da vinculação não acontecer sempre na mesma direção (Canavarro, 1999). É de notar que este aspecto desempenha um importante papel no esclarecimento da relação entre vinculação entre pares e saúde mental na idade adulta (Matos & Costa, 2004), auxiliando na compreensão das relações de vinculação estabelecidas com os pais numa fase posterior do ciclo de vida (ao nível da inversão de papéis) (Canavarro, 1999).

Verifica-se que, no adulto, as relações envolvem a integração de três sistemas comportamentais: vinculação, parentalidade e sexualidade, sendo que as vinculações primárias (estabelecidas durante a infância, e continuadas através dos *internal working models* (conceito clássico de John Bowlby, 1988) e da aprendizagem por observação) têm uma importância determinante para o desenvolvimento destas. Preconiza-se, ainda, a existência de um processo em quatro fases para a vinculação nas relações românticas na idade adulta: o *flirt*, a atração sexual, o apaixonar-se e a consolidação do amor. Estas fases são demonstrativas da evolução que ocorre entre uma interação de intimidade, inicial e com *self-disclosure* limitado (dado que revelações pessoais profundas e prematuras podem colocar em risco o desenvolvimento da relação), para uma normalização do sistema, acompanhada de abaixamento de energia e excitação; o casal come-

ça a viver o dia a dia de modo mais realista, a necessidade de contato físico diminui e a vinculação fornece a segurança que permite o investimento noutras atividades e promove a interdependência (Costa, 2005).

Um dos aspectos relevantes para a investigação em decurso prende-se com a análise sobre estilos de vinculação amorosa no jovem adulto, e respectivas consequências destes na relação de casal. Na literatura constata-se que indivíduos seguros são mais confiantes nos outros, sentem-se confortáveis com a proximidade emocional, fazem mais *self-disclosure*, mantêm uma visão positiva acerca do mundo e do ser humano, têm a percepção de suas relações como mais satisfatórias, com maior interdependência e investimento e apresentam uma visão mais romântica do amor. A segurança na vinculação constitui um elemento de inegável relevância para o ajustamento emocional; sujeitos seguros tendem a minimizar aspectos negativos e a ter uma imagem positiva dos seus companheiros; também tendem a ter relações mais longas. Os estilos receosos e preocupados (que se enquadram na classificação ansioso/ambivalente) tendem a contemplar indivíduos emocionalmente instáveis, com baixos níveis de confiança, tolerância, respeito e intimidade, pelo que denotam com frequência uma inadequação no investimento e interesse pelo outro, que resulta numa satisfação conjugal empobrecida. Indivíduos evitantes (desinvestidos, rejeitantes) definem-se como independentes, inseguros, têm menor capacidade para prestar atenção e cuidar adequadamente do outro, investem menos nas relações, afastam-se de compromissos íntimos e apresentam menor satisfação conjugal e carinho (Costa, 2005; Mikulincer & Shaver, 2005; Ross, McKim, & DiTommaso, 2006).

A qualidade da vinculação encontra-se inextricavelmente ligada aos afetos, influencia o desenvolvimento salutar e a manutenção da coerência interna. Deste modo, pessoas com vinculações seguras apresentam afetos mais positivos, menos depressão e ansiedade, maior autoestima e autoconceito, bem como uma melhor percepção de suporte social (Mikulincer & Shaver, 2005; Ross et al., 2006).

## O conceito de saúde

O constructo contemporâneo de Estado de Saúde encontra-se associado à passagem e transição cultural de uma saúde individual para uma saúde social (familiar, comunitária), que implica a tomada de uma perspectiva ecológica (Ribeiro, 2005a, 2005b). A perspectiva ecológica da saúde trás associada a importância da interação do indivíduo com o ambiente e o contexto onde se desenvolve e vive. Esta perspectiva salienta que as condições ambientais podem afetar a saúde do indivíduo de diferentes

maneiras e que dependem, por sua vez, de características individuais, percepções pessoais de controle sobre o ambiente e estilos de vida.

O modelo tomado aponta, portanto, para a influência mútua das características físicas e sociais do ambiente sobre a saúde dos indivíduos e dos indivíduos sobre o ambiente, mundo para além do determinismo biológico associado ao modelo médico clássico de conceptualização da saúde (Fragelli & Guther, 2008; Ribeiro, 2005a).

Considera-se a saúde como um acontecimento normativo; assim, facilmente se entende a sua presença e relevância para o desenvolvimento humano, sendo preponderante ao longo de todo o ciclo de vida. “Neste sentido, uma saúde frágil compromete o desenvolvimento humano e social” (Ribeiro, 2005a, p. 83), arriscando o alcançar do seu potencial integral total (Ribeiro, 2005a). Verifica-se, no entanto, que esta é uma equação biunívoca: o estado de saúde influencia um desenvolvimento pessoal adequado, sendo que, de modo análogo, o percurso desenvolvimental irá interferir na construção de um estado de saúde robusto e satisfatório, associado à percepção de uma melhor qualidade de vida e bem-estar (Canavaro, 1999; Kunzmann, Stange, & Jordan, 2005).

Os estilos de vinculação e o modo como se construiu a estabilidade estrutural associada à noção de identidade, aspectos que fundamentam a essência da formação das relações de intimidade, interferem de forma direta e indireta no estado de saúde experimentado e percebido pelas pessoas, na medida em que podem constituir disruptores da regulação dos afetos. Estão ainda ligados a inúmeros processos patológicos investigados no domínio da psicologia social, desenvolvimental e clínica (Mikulincer & Shaver, 2005).

As investigações no âmbito das relações afetivas e sua correlação com a saúde mental em geral recorrem, por norma, a indicadores de bem-estar psicológico (e.g. autoconceito, humor depressivo, presença de sintomatologia psicossomática associada) ou a classificações dos indivíduos em grupos diagnósticos. Através da apreciação de alguns estudos relativos ao tema, observaram-se resultados nas seguintes direções: as relações estabelecidas na infância constituem bons preditores da saúde mental; no entanto, quanto mais próximos os indicadores relacionais se encontram da idade adulta (relações estabelecidas na adolescência correlacionam-se de modo mais forte com a saúde mental no adulto), melhor predizem a saúde mental no adulto (Canavaro, 1999).

Pesquisas extensivas à exploração da intercepção entre padrões de vinculação no adulto e dimensões de relacionamento com o sexo oposto revelaram que os diferentes estilos de vinculação são bons vaticínios do grau de satisfação sentido em relação ao amor romântico; mais ainda: níveis baixos de vinculação segura (nomeadamente o estilo ansioso) correlacionam-se frequentemente com Perturbações Depressivas, sendo que esta conjuntura predefine uma menor satisfação na relação com o sexo

oposto. Por outro lado, indivíduos diagnosticados com Perturbações de Ansiedade apresentam níveis mais elevados de vinculação ansiosa e evitante, e baixo índice de segurança, estabelecendo com maior dificuldade relações de intimidade (Canavarro, 1999).

Observa-se que os indivíduos deprimidos são susceptíveis a estabelecer relações estáveis com o sexo oposto, mas estas proporcionam-lhe menor satisfação. Deste modo, evidencia-se que a satisfação na relação não corresponde necessariamente a estabilidade relacional (uma relação é considerada estável quando atinge ou supera os 6 meses de duração, motivo pelo qual esta condição foi alvo de consideração quando da construção do questionário a utilizar na presente investigação) (Canavarro, 1999).

A ausência de envolvimento em relações estáveis com o sexo oposto nos indivíduos emocionalmente perturbados está associada a uma maior utilização de estratégias de diminuição da importância da relação, da percepção dos parceiros como fontes de estresse e desconfiança, características da vinculação evitante. Indivíduos com perturbações de ansiedade envolvidos em relações estáveis apresentam maior desejo de manter os parceiros próximos, maior desconfiança e incerteza sobre a disponibilidade destes e maior sensibilidade a aspectos ligados à separação – vinculação de tipo ansioso (Canavarro, 1999).

Um dos objetivos subliminares que este projeto de investigação acolhe, talvez o mais ousado e ambicioso, prende-se com o “trazer” de variáveis profundamente psicológicas e desenvolvimentistas (e.g. identidade, intimidade, autoconceito, vinculação) para o campo da Saúde Física, numa tentativa de iluminar os inúmeros efeitos e interferências que se pressupõe refletirem-se neste domínio. Para tal, recorreu-se aos contributos preciosos da corrente psicanalítica, onde a revisão teórica do tema assume uma maior riqueza.

Atualmente, a proposição de que a dor é um fenómeno simultaneamente psíquico e somático é propriedade científica (Fleming, 2005). A experiência psicanalítica demonstra que a dor corporal pode ser transformada inconscientemente em dor mental, e que o inverso também ocorre com frequência. Aceita-se que, para ambos os tipos de dor, surge um fenómeno que imprime uma brecha na barreira de proteção; a este respeito, propõe-se a distinção entre (1) *dor corporal neurótica* – também denominada psicogênica – onde não se identificam estímulos discerníveis ao nível fisiológico, e que incluem a dor hipocondríaca, a dor histérica e a dor fantasma, e (2) *dor corporal real* (associada a estímulos identificáveis, a lesão tecidual e onde se compreende a dor somática) (Fleming, 2005).

De acordo com Milheiro (1996, citado por Fleming, 2005), a transformação de uma dor na outra indicia a existência de uma zona operacional comum; outros autores (Machado, Fonseca, & Costa, 1996; Vicente, 2005) alertam para um aspecto preponderante relativo a esta zona operacional: embora tendo acesso à representação de dor, o sujeito pode confun-



dir o conteúdo afetivo penoso com a sensação corporal, pode substituir um pelo outro com objetivos defensivos, ou pode não existir uma via de acesso para os representantes psíquicos das dores mentais ou corporais (vias de permeabilidade mente-corpo bloqueadas) (Fleming, 2005). Neste último caso, a dor é ignorada – esta ausência de dor conduz, frequentemente, a disfunções psíquicas e somáticas graves (Fleming, 2005). A substituição defensiva da dor mental pela dor física (psicossomática, muitas vezes com lesão de um órgão frágil) assenta no pressuposto de que enquanto progride o “ruído somático”, o “ruído psíquico” diminui.

“Da maior ou menor permeabilidade entre a área somática e a área psíquica, da qualidade do elo ou da comunicação entre a vida somática e a vida psíquica vai depender a capacidade de ‘ouvir’ as dores mentais” (Fleming, 2005, p. 236). Quando este “ensurdecimento” se assume com uma certa constância, a ruptura do elo entre o corpo e a psique resulta num terreno favorável às eclosões psicossomáticas patológicas (no lugar onde o arranjo ou sofrimento psíquico deveria ter ocorrido). A forma como o indivíduo trata a dor mental dependerá da sua estrutura psíquica (desenvolvimental, onde legitimamente se integram as dimensões identitárias de *self*, vinculação e intimidade) e da sua psicopatologia (Fleming, 2005).

Por tudo isto, é lícito afirmar-se que a representação mental, simbolização e processamento verbal (organização e comunicação) dos sofrimentos desempenham um papel preponderante na monitoração da ativação emocional, presente na estruturação das relações afetivas, por sua vez essenciais para o funcionamento psicológico e fisiológico individual sadio (Pally, 2000).

## Objetivos de Investigação

Verificar se existem diferenças no nível do estado de saúde em função da localização dos indivíduos na dimensão *Dependência* ou *Interdependência* da Escala de Desenvolvimento da Intimidade.

Averiguar se os estilos de vinculação evitante e ambivalente estão diretamente ligados a uma intimidade insatisfatória.

Analisar se a percepção de uma intimidade empobrecida se correlaciona com um pior estado de saúde.

## Procedimentos Metodológicos

Foi planeado um desenho de investigação observacional, analítico, transversal (um único momento de recolha de dados).

Definiram-se como participantes 60 jovens adultos de ambos os sexos, com uma idade mínima de 22 anos (idade em que se estima a existência de uma identidade construída, sem a qual a Intimidade seria impossível), frequentando o ensino universitário, e que se encontravam envolvidos numa relação amorosa há, pelo menos, 6 meses. Estes foram contactados aleatoriamente, nos corredores, em salas de estudo e de informática na faculdade onde estudam (Universidade do Porto), tendo sido sensibilizados para a colaboração no preenchimento dos instrumentos requeridos para a realização deste estudo. As medidas que se propôs avaliar foram recolhidas através da aplicação de um Questionário de Autorresposta, constituído por instrumentos compilados e considerados adequados para cumprir os objetivos pensados: Escala de Dimensões da Intimidade (EDI); Questionário do Estado de Saúde SF-36; Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) e Escala de Vinculação nas Relações Amorosas (ERI).

O questionário de autorresposta constituiu-se de uma folha de rosto explicativa dos objetivos do projeto, assegurando a sua confidencialidade, bem como de algumas questões para caracterização sociodemográfica. Seguidamente, constavam as escalas de interesse, adequadas à aferição das variáveis referidas.

Recorreu-se à utilização da Escala de Dimensões da Intimidade (EDI – Crespo, Narciso, Ribeiro, & Costa, 2006). Este instrumento é constituído por 43 itens, sendo que a análise da sua estrutura fatorial demonstrou a presença de dois fatores: Interdependência e Dependência, “ambos com níveis adequados de consistência interna.” (Crespo, Narciso, Ribeiro, & Costa, 2006, p. 45). De salientar que a EDI se organiza em torno de duas dimensões fulcrais: Interdependência e Dependência. A dimensão Interdependência compreende aspectos positivos da intimidade do indivíduo na relação amorosa, subjacentes à construção de um espaço relacional partilhado, e está positivamente correlacionada com a qualidade de percepção conjugal e com a força de influência percebida, e negativamente correlacionada com o evitamento na relação amorosa. A dependência está negativamente correlacionada com a qualidade de percepção conjugal (para os homens, mas não para as mulheres) e positivamente correlacionada com a ansiedade e evitamento na vinculação amorosa. Este fator “refere-se à insegurança e dependência em relação ao outro, que impossibilita a construção de uma relação de intimidade” (Crespo et al., 2006, p. 59).

Outro instrumento utilizado foi o Questionário do Estado de Saúde SF-36 (Ribeiro, 2005b). O questionário é uma *short-form* (questionário de saúde reduzido), constituído por 36 itens que se organizam em oito dimensões, fornecendo um perfil de notas e um sumário de medidas mentais e físicas (cada uma das quais emergente do agrupamento de quatro das oito escalas/dimensões). As dimensões incluídas na escala são: Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental e

Transição de Saúde. A escolha deste questionário prende-se ainda com o fato de ser uma das técnicas mais utilizadas na avaliação do Estado de Saúde, pelo que fornece inúmeras garantias acerca da sua aceitação, validade, fidelidade, sensibilidade e credibilidade neste domínio, bem como na avaliação da Qualidade de Vida.

Utilizou-se, também, o Inventário Clínico de Autoconceito (Serra, 1986), instrumento constituído por 20 itens, e que visa avaliar aspectos emocionais e sociais do autoconceito (excluindo intencionalmente outras facetas), registrando as percepções que a pessoa tem de si própria.

Por fim, utilizou-se a Escala de Avaliação dos Estilos de Vinculação (ERI - Brennan, Clarck, & Shaver, 1996; adaptada à população portuguesa por Campos & Costa, 1997, citado por Campos, 1998). Esta escala resulta de uma sinopse de todas as medidas de autorrelato de avaliação da vinculação romântica, sendo que os seus itens se baseiam em múltiplos instrumentos. Verifica-se uma consistência interna muito elevada, sugerindo uma maior precisão na avaliação da vinculação amorosa do que as escalas em que se baseou. Os 36 itens que a constituem estão organizados em duas dimensões: Evitamento e Ansiedade, análogas às referidas por Ainsworth (1978, citado por Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Através da sua aplicação, pode-se classificar os indivíduos num dos quatro estilos de vinculação romântica (definição de estilos de vinculação como regiões de um espaço bidimensional, a partir de análises hierárquicas e não hierárquicas de *clusters*): Seguro, Receoso, Preocupado e Rejeitante.

Procedeu-se a recolha dos dados no contexto académico de origem dos estudantes, por parte da observadora; sempre que esta contingência se verificou incomportável, a abordagem aos participantes realizou-se através de colaboradores previamente instruídos pela autora do presente estudo para responder a questões básicas sobre o funcionamento da investigação, aos quais também se forneceu conhecimento adequado para a prestação de quaisquer esclarecimentos sobre as escalas que integram o questionário de base de autorresposta.

A recolha de dados fez-se individualmente e não por casal (fato que poderia enviesar os resultados, na medida em que as respostas se tenderiam a uniformizar, podendo afastar-se da realidade). A recolha de dados iniciou-se em fevereiro de 2007 e terminou em janeiro de 2008.

## Resultados

Os dados foram introduzidos numa matriz do SPSS (versão 18.0) para análise estatística. Efetuaram-se análises de variância entre determinadas variáveis individuais e as variáveis principais do estudo, numa tentativa de satisfazer os objetivos propostos. Com o intuito de avaliar a

fiabilidade dos instrumentos utilizados, calculou-se o Alpha de Cronbach para cada um deles. Assim, os valores obtidos foram: 0,84 (EDI), 0,90 (SF-36), 0,82 (ICAC) e 0,91 (ERI). Estes resultados parecem indicar uma boa consistência interna.

As respostas à escala de dimensões da intimidade (EDI) foram redefinidas na base de dados, de modo a que *dependência* e *interdependência* pudessem tomar-se como variáveis contínuas, criando-se duas novas variáveis dicotômicas, para determinadas análises (calculou-se um ponto de corte de 3,5: valores inferiores a 3,5 seriam classificados como “baixos”; valores superiores a 3,5 foram tomados como “altos”).

Verificou-se que tanto a Saúde Geral como a Saúde Mental são elevadas para valores mais altos de interdependência (variável categórica), que se associa a uma boa intimidade (valores superiores a 4). O mesmo acontece para 5 das 6 dimensões da escala de saúde SF-36 (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Vitalidade, Funcionamento Social e Desempenho Emocional).

Relativamente à variável dependência, denotam-se melhores níveis de Saúde (Geral e Mental) para valores inferiores a 3,5.

Paralelamente, realizou-se uma matriz de correlações para verificar a associação entre as componentes de saúde física e mental (SF-36), as dimensões dependência e interdependência da escala de intimidade, o *score* total de autoconceito e os estilos de vinculação encontrados. Verificaram-se correlações significativas entre a dependência e a componente saúde mental, tendo-se efetuado uma regressão linear simples, com ANOVA, para esclarecer e consolidar a natureza estatística e força de associação desta relação. Para um  $p\text{-value} < 0,01$ , obteve-se um  $R^2 = 0,141$ , e uma associação linear negativa que demonstra que valores de maior dependência (intimidade deficitária) se associam a menos saúde mental.

Num mesmo sentido, observou-se uma associação estatisticamente significativa (embora mais fraca) entre dependência e a componente física da saúde, medida sumária fornecida pelo SF-36: para um  $p\text{-value} < 0,05$ , obteve-se um  $R^2 = 0,085$ .

Numa breve exploração das restantes variáveis, verificaram-se correlações significativas entre saúde mental e autoconceito (associação positiva) e entre saúde mental e estilos de vinculação ansioso e evitante (associação negativa).

## Discussão dos Resultados e Conclusões

A presente investigação compreendeu todo um domínio que remete para a análise de relações de exploração da intimidade, sublimando-se esta sob a forma de uma relação duradoura e investida de compromisso.

Torna-se relevante, nestas circunstâncias, evocar que os participantes estarão em pleno período de transição e experimentação entre (e de) contextos afetivo-relacionais para a construção do que será uma intimidade estável. Estudos revelam que, para os jovens universitários, o compromisso com uma relação estável constitui um elemento ativo de procura da identidade e do seu papel social como parceiro, bem como de averiguação da função pessoal a desempenhar na relação com esse parceiro (Seginer & Noyman, 2005). Muitas vezes, neste momento maturacional, prevalece ainda uma noção ilusória de intimidade que se associa à quantidade de tempo que se passa junto, ao sentido de exclusividade, ao investimento emocional, à vinculação que se criou com o companheiro, bem como aos tipos e frequência de atividade sexual iniciada (Allen, 2004). Deste modo, deve-se considerar a possibilidade de os jovens que participaram neste estudo integrarem ainda esta visão e estágio desenvolvimentista, que os faz perceber a “intimidade” alcançada nas suas relações (pré-intimidade; pseudointimidade) como gratificante, quando a plausibilidade e teoria apontam para que a verdadeira intimidade esteja ainda a ser construída (Costa, 2005). A satisfação medida no decorrer desta pesquisa pode simplesmente evidenciar aspectos que, neste momento das suas vidas, estes jovens valorizam e, neste sentido, ser absolutamente provável um nível ótimo e salutar de ajustamento psicossocial. De notar que a atual geração escolar centra, em grande medida, a compreensão (de si, dos outros, do mundo envolvente e da relação que entre ambos se estabelece) estritamente nos limites do que se diz ou faz (plenamente enquadrada na lógica contemporânea de vida pelo “imediatismo” e sucessão rápida dos acontecimentos). É de pressupor que a primazia de um estilo de vida mediado pelo consumo e pela tecnologia se reverte numa série de transformações que condicionarão os jovens a um certo desvio das redes cognitivo-afetivas para outros percursos “mais adaptativos” na sociedade atual. O crescente afastamento das relações com os outros (pela intrusão da tecnologia) faz desta “geração do polegar” (que usam para escrever nos telefones celulares, nos mp3 e mp4, nas *playstations* e nas consolas) uma massa social inserida num mundo difuso, sendo que, para muitos, é esta desfragmentação que orienta o seu modo de crescer. Nem sempre lhes é concedido um verdadeiro espaço para a reflexão, nem muitos de entre eles (quicá por falta de oportunidades de experimentação) a percebem como essencial para construir, em consciência, uma decisão ou um pequeno projeto de vida, ainda que reversível (Almeida & Parada, 2010; Coimbra, 1997/1998; Law, Meijers, & Wijers, 2002).

O fato de pertencerem a um nível socioeducativo superior também contribui para que estes jovens se encontrem na posse de ferramentas pessoais facilitadoras de um *empowerment* que lhes permita aproximarem-se de contextos e relações harmoniosas e facilitadoras de um crescimento pessoal privilegiado. Seria interessante, como proposta de

continuidade de investigação científica neste domínio, perceber até que ponto o nível socioeducativo poderá determinar o sentido de competência e as escolhas dos jovens, verificando como se conduz a seleção de parceiros e relações, e se os aproxima igualmente de construções pessoais satisfatórias, conducentes a uma intimidade saudável.

Os resultados da presente investigação sugerem, numa abordagem positiva, que os bons valores de intimidade obtida, apontados pelos inequívocos valores de interdependência observados, parecem relacionar-se com um estado de saúde e percepção da qualidade de vida evidentes. Neste sentido, há ainda a considerar que a amostra recolhida, para além de reduzida, apenas contempla indivíduos saudáveis (jovens adultos), pelo que não seria de esperar fortes associações entre eventuais valores de intimidade insatisfatória ou uma evidente manifestação de doença. Ainda assim, observou-se que nestes jovens a intimidade baseada na dependência compromete 14% da saúde mental. O impacto de uma intimidade pouco saudável limita em quase 9% a saúde física em jovens adultos considerados saudáveis. Considerando a natureza relativamente consistente dos vínculos estabelecidos e os efeitos cumulativos de vivências pouco salutares, bem como as limitações associadas à amostra em análise, pode facilmente ponderar-se não só que o valor de associação se encontre subestimado, como também que seja passível de assumir um peso maior em idades mais avançadas, e em populações que manifestem maior variabilidade nas condições preddefinidas.

Os elevados níveis de autoconceito verificados constituem um importante auxílio no grau de intimidade e satisfação percebidas na relação (associação entre autoconceito e saúde mental de 12%), resultados preponderantes para uma reflexão sobre os efeitos das profecias autorrealizadas. A investigação demonstra que as expectativas que os indivíduos depositam em si mesmos e nos outros influenciam a realidade das suas relações (Steinberg, Davilla, & Fincham, 2006). Indivíduos com autoconceitos positivos tendem a ser mais seguros, a desenvolver relações sociais mais harmoniosas e estáveis e a procurar parceiros que validem a informação que têm sobre si próprios. Por oposição, indivíduos com conceitos de *self* negativos tendem a envolver-se com pessoas e em relações que os perspectivam como tal e lhes proporcionam menor satisfação. Neste estudo, a ausência de diferenças significativas entre o autoconceito e o modo como as pessoas se vinculam numa relação parece remeter, como foi visto, para discrepâncias na perspetivação de si mesmos associada a diferenças nos contextos relacionais e nas figuras de vinculação com que as pessoas se relacionam.

Assim, é incontornável ponderar as evidentes limitações associadas a este desprezioso estudo, de onde se ressalta uma amostra reduzida de participantes, à partida pertencentes a um estatuto social favorecedor de experiências pessoais e desenvolvimentais tuteladas. O fator tempo

(muito limitado para que se alcançasse uma produção científica inovadora e influente), bem como o contexto de recolha de dados (que decorreu nas respectivas faculdades frequentadas pelos sujeitos, muitas vezes em períodos de avaliações potencialmente estressantes), também nem sempre foram os mais apropriados para a configuração de uma base da vigorosa e desejada cientificidade.

Contudo, e mesmo mediante estas limitações, a investigação de onde decorre este artigo permitiu visualizar diferenças significativas no que concerne aos efeitos de um estilo de vinculação pautado pela ansiedade (estilo de vinculação preocupado) na qualidade da intimidade conseguida na relação amorosa. Isto é, deixa-se antever que um padrão comportamental ansioso tende a incluir respostas e condutas que potenciam a dependência que, por sua vez, se relaciona com uma menor qualidade da intimidade conquistada na relação (aspecto empiricamente confirmado para o sexo masculino).

Recomenda-se, no entanto, precaução no uso e generalização destes resultados que, apesar de apoiados pela teoria, carecem de maior número de estudos e provas empíricas mais fortemente validadas, nomeadamente entre populações que permitam maior variabilidade de resultados no sentido de se esclarecerem as forças de associação obtidas (para estimativas mais robustas). Apesar do que foi sendo apontado, é essencial lembrar que no domínio do psicológico não existem respostas únicas nem explicações totais, pelo que as associações encontradas jamais constituíram o *el dorado* da teoria subjacente ao sujeito psicológico e respectivos processos de conversão em saúde – necessariamente múltiplos e mutáveis ao longo da vida. Assim, do ponto de vista clínico e teórico, as percentagens encontradas consideram-se adequadas aos domínios em análise (fatores psicobiológicos).

Em suma, existem atualmente diversas linhas de investigação que se interessam pelos efeitos que a construção de uma boa intimidade desempenha no quotidiano emocional, sexual, intelectual, social e recreativo, contribuindo para um maior ajustamento psicossocial e fortalecimento psicológicos (variáveis associadas à saúde mental). No entanto, permanece enigmática e paradoxalmente evidente a relação entre uma intimidade doente e um corpo doente, devido à escassa investigação que visa analisar este impacto. Se, em última análise, a Intimidade é trazer as pessoas para dentro de nós..., facilmente se entende que a carência desta conduz o sofrimento interno (psíquico, profundo, mental) para o exterior que nos separa do resto do mundo, e que se individua na nossa base corpórea (física) idiossincrática, alimentando (ou deteriorando) a corrente que liga mente e corpo numa unidade biopsicossocial proativa e autodeterminada. Justifica-se, deste modo, como essencial que a investigação se ocupe deste domínio, para que se evolua num contexto de intervenção.

## Intimacy and health

**Abstract:** Intimacy is preceded by active processes across the life cycle. The emotional bond is established primarily on the attachment relationship of mother-infant, whose behavioral patterns and linking styles tend to be reflected on adult relationships. The purpose of this exploratory research aims to determine the physical transcription (health consequences) of unsatisfactory experiences of intimacy. 60 university students (30 female, 30 male) aged between 22 and 27 years, involved in a love relationship set (minimum duration: 6 months) were contacted to answer a battery of instruments (variables of interest: intimacy, identity, self-concept and linking). A good health seems to be associated with high values of interdependence and low levels of dependency in the relationship. In these young students intimacy based on dependence commits 14% of mental health. The impact of an unhealthy intimacy limits by nearly 9% physical health of young healthy adults.

**Keywords:** Intimacy. Health. Attachment. Self-concept. Identity.

## L'intimité et la santé

**Résumé:** L'intimité est précédée par des processus actifs, à travers le cycle de vie. Le lien affectif est établi principalement sur la relation entre attachement mère-enfant, et les comportements et styles de liens ont tendance à avoir un impact sur les relations entre adultes. Le but de cette recherche exploratoire vise à déterminer la transcription physique (conséquences sur la santé) des expériences insatisfaisantes de l'intimité. 60 étudiants (30 femmes, 30 hommes) âgés entre 22 et 27 ans, impliqué dans un jeu de relation amoureuse (durée minimale: 6 mois) ont été contactés pour répondre à une batterie d'instruments (variables d'intérêt: l'intimité, l'identité, concept de soi et des liens). Une bonne santé semble être associée à des valeurs élevées de l'interdépendance et de faibles niveaux de dépendance dans la relation. Dans ces jeunes l'intimité fondée sur la dépendance commis 14% de la santé mentale. L'impact d'une intimité malsaine limitées de près de 9% la santé physique des jeunes adultes en bonne santé.

**Mots-clés:** Intimité. Santé. Liaison. Concept de soi. Identité.



## Intimidad y salud

**Resumen:** La intimidad es precedida por los procesos activos, a través del ciclo de vida. El vínculo afectivo se establece principalmente en la relación de apego madre-hijo, y patrones de comportamiento y estilos de los vínculos tienden a repercutir en las relaciones adultas. El propósito de esta investigación exploratoria es determinar la transcripción física (consecuencias para la salud) de la intimidad de experiencias insatisfactorias. Sesenta universitarios (30 mujeres, 30 varones) de edades comprendidas entre 22 y 27 años, que participan en una relación de amor (duración mínima: 6 meses) fueron contactados para responder a una batería de instrumentos (variables de interés: la intimidad, la identidad, el autoconcepto y la vinculación). Un buen estado de salud parece estar asociado con altos valores de interdependencia y bajos niveles de dependencia en la relación. En estos jóvenes la intimidad basada en la dependencia compromete 14% de la salud mental. El impacto de una intimidad insalubre limita casi 9% de la salud física de los adultos jóvenes sanos.

**Palabras-clave:** Intimidad. Vinculación. Concepto de sí mismo. Identidad.

## Referências

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Allen, L. (2004). "Getting off" and "going out": Young people's conceptions of (hetero) sexual relationships. *Culture, Health & Sexuality*, 6, 463–481.

Almeida, L. M., & Parada, F. (2010). Reorientação vocacional, reorganização pessoal, reconfiguração de projectos: um olhar pessoal sobre a intervenção vocacional em contexto escolar. In C. Geraldés & S. Vieira (Coords.), *Actas do XII Congresso Internacional de Formação para o Trabalho Norte de Portugal/Galiza: Os novos profissionais da educação e formação para o trabalho – Desafios e exigências da aprendizagem ao longo da vida* (pp. 219-226). Porto: Delegação Regional do Norte do IEFP.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Brunell, A., Pilkington, C., & Webster, G. (2007). Perceptions of risk in intimacy in dating couples: Conversation and relationship quality. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 92-119.

- Campos, M. (1998). Vinculação e identidade em jovens universitários. Tese de mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto.
- Coimbra, J. L. (1997/1998). O meu “grande” projecto de vida ou os meus “pequenos” projectos: Linearidade e/ou recorrência no desenvolvimento vocacional e suas implicações educativas. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 13/14, 21-27.
- Costa, M. (2005). *À procura da intimidade*. Porto: Asa.
- Crespo, C., Narciso, I., Ribeiro, M., & Costa, M. (2006). Desenvolvimento da escala de dimensões da intimidade: primeiro estudo empírico. *Psychologica*, 41, 45-63.
- Fleming, M. (2005). Entre o corpo e a mente: para uma compreensão da dor mental e do sofrimento psíquico. *Trieb*, 4, 231-249.
- Fragelli, T., & Gunther, I. (2008). A promoção de saúde na perspectiva social ecológica. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 21(2), 151-158.
- Jamieson, L. (2004). Intimacy, negotiated non-monogamy and the limits of the couple. In J. Duncombe, K. Harrison, G. Allan & D. Marsden, *The state of affairs: Explorations in infidelity and commitment* (pp. 35-57). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Kunzmann, U., Stange, A., & Jordan, J. (2005). Positive affectivity and lifestyle in adulthood: Do you do what you feel? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 574-588.
- Law, B., Meijers, F., & Wijers, G. (2002). New perspectives on career and identity in the contemporary world. *British Journal of Guidance and Counselling*, 30(4), 431-449.
- Machado, H., Fonseca, I., & Costa, P. (1996). O corpo do delito – a expressão psicossomática. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 15, 65-73.
- Matos, P., & Costa, M. (2004). Significações da perda e processo de luto no divórcio. *Psychologica*, 35, 11-24.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12, 149-168.

- Neto, F. (1998). *Psicologia social* (Vol. 1). Lisboa: Universidade Aberta.
- Pally, R. (2000). O processamento da emoções: a conexão mente-corpo. In *Livro Anual de Psicanálise* (Tomo 14, pp. 181-195). São Paulo: Escuta.
- Popovic, M. (2005). Intimacy and its relevance in human functioning. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 31-49.
- Prager, K. (1995). *The psychology of intimacy*. New York: The Guilford Press.
- Ribeiro, J. (2005a). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (2005b). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde: SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ross, L., McKim, M., & DiTommaso, E. (2006). How do underlying “self” and “other” dimensions define adult attachment styles? *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38, 294-310.
- Seginer, R., & Noyman, M. (2005). Future orientation, identity and intimacy: Their relations in emerging adulthood. *European Journal of Developmental Psychology*, 2, 17-27.
- Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.
- Steinberg, S., Davilla, J., & Fincham, F. (2006). Adolescent marital expectations and romantic experiences: Associations with perceptions about parental conflict and adolescent attachment security. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 333–348.
- Vicente, L. (2005). Psicanálise e psicossomática: uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7, 257-267.

**Lígia Maria Moreira Ferreira de Almeida**, psicóloga clínica e investigadora no Centro de Investigação e Intervenção Educativas (CIIE), da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto (FPCEUP). Licenciada e mestre em Psicologia da Saúde (formação pré-Bolonha) pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, e doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Instituto de Saúde Pública). Endereço para correspondência: CIIE, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen, 4200-135. Porto, Portugal. Endereço eletrônico: [ligia\\_almeida@fpce.up.pt](mailto:ligia_almeida@fpce.up.pt); [ligia.m.almeida@gmail.com](mailto:ligia.m.almeida@gmail.com)

**José Manuel Peixoto Caldas**, investigador sênior, diretor do Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship, membro do Conselho Latino-americano de Ciências Sociais, da COLAM – OUI e da Associação de Estudos Latino-americanos (Seções: Estudos sobre Sexualidade, Saúde, Ciência e Sociedade), investigador do CEISAL (Conselho Europeu de Investigações Sociais da América Latina), no Centro de Investigação e Intervenção Educativas (CIIE), da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto (FPCEUP). Licenciatura em Medicina pela Universidade Nova de Lisboa, Doutoramento em Saúde Pública pela Universidade Autônoma de Barcelona, Doutoramento em Sociologia e Pós-Doutoramento em Antropologia na Universidade de Barcelona. Endereço eletrônico: [jcaldas@fpce.up.pt](mailto:jcaldas@fpce.up.pt)

Recebido: 26/10/2011

Aceito: 24/04/2012