

DOENTES DE AMOR? REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FREQUENTADORAS DO GRUPO DE AJUDA MÚTUA MULHERES QUE AMAM DEMAIS ANÔNIMAS

Brenda Dantas Barros (IC) e Bruna Suruagy do Amaral Dantas (Orientadora)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

Neste trabalho, investigamos as representações sociais do amor dito normal e do amor patológico nos discursos das participantes do grupo de ajuda mútua Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA). O grupo baseia-se em um programa de doze passos e é voltado a mulheres que experienciam sofrimento em seus relacionamentos. A condição vivenciada pelas frequentadoras assemelha-se ao Amor Patológico, transtorno recém descrito na literatura médica e comparado às dependências químicas. Buscamos problematizar essa caracterização, evidenciando os determinantes sociais subjacentes às formas de amar e se relacionar. Observamos reuniões do grupo para uma familiarização inicial com o fenômeno, e realizamos a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com 8 participantes. Utilizamos a Análise de Conteúdo para o tratamento dos dados, recorrendo à técnica de análise categorial temática. Encontramos que a imagem idealizada na qual se ancora a representação do amor não condiz com sua objetivação: o amor de todas as mulheres é visto como disfuncional pelas participantes. As MADAs diferenciam-se da maioria, uma vez que procuram tratamento, ocasião em que se objetiva sua representação do amor patológico: ele associa-se a uma autoimagem negativa e à busca de realização por meio do relacionamento amoroso, padrão que o tratamento promovido no grupo procura combater.

Palavras-chave: Mulheres que amam demais. Amor patológico. Representações sociais.

ABSTRACT

In this article we examine the social representations on love seen as normal and pathological love in the discourses of participants from the mutual-help group Women Who Love Too Much Anonymous. It is a group based on a twelve-step program for women who experience suffering in their relationships. Their condition is similar to Pathological Love, a new psychiatric disorder described in medical literature, similar to substance dependence. We seek to problematize this characterization by showing the social determinants underlying the ways we love and connect. We observed group meetings for a first familiarization with the phenomenon, and collected data via semi-structured interviews. We used Content Analysis for data treatment, with a thematic categorical analysis. We found the following contradiction between the idealized image in which the representation of love is anchored and its objectification: all women love too much, according to the participants. The group members

differentiate themselves from the norm when they seek treatment, moment when their representation of pathological love is objectified: it is associated with negative self-image and seeking personal fulfillment through a romantic relationship, a pattern which the treatment aims to eradicate.

Keywords: Women who love too much. Pathological love. Social representations.

1. INTRODUÇÃO

Ao revisitar a história do amor, é comum nos voltarmos à história do casamento. Essa relação parece óbvia por estar tão consolidada em nossa sociedade, com a institucionalização da relação conjugal, mas é historicamente recente. O casamento sempre esteve ligado aos interesses políticos e financeiros das famílias envolvidas. Já o amor romântico como o conhecemos começa a surgir no século XI, na França, com os primeiros trovadores e o amor cortês. A produção literária da época idealiza a figura de um nobre que vive o amor como uma experiência quase divina de devoção a uma amada inacessível. Era um amor separado da vida prática, que encerrava um fim em si mesmo, sem a realização do desejo envolvido, sendo a impossibilidade e o sofrimento dele constituintes.

Nos séculos seguintes, permaneceu uma cisão entre o amor carnal e o amor platônico. Ao limitar a sexualidade à procriação, a Igreja condena também o amor no casamento. “Adúltero é também o marido muito ardente por sua mulher”, dizia o aforismo de São Jerônimo, citado por Del Priore (2006, p. 75). Não tendo espaço para crescer dentro do casamento, o amor-paixão floresce fora dele, reservado às amantes e às cortesãs, com quem o homem vivia a paixão que não podia ter por sua esposa.

Somente no século XVIII, com o Romantismo, começa-se a pensar no amor como elemento necessário à construção de um casamento bem sucedido – mas ainda um amor casto, baseado na moral cristã, que convive lado a lado com o adultério, palco das ardentes paixões. O sentimento entre marido e mulher vai desenvolvendo-se junto ao ideal cristão de amor divino, protegendo o homem do pecado da carne em vez de impulsioná-lo a cometê-lo. Essas duas formas de amor vão coexistindo e se aproximando até que o erotismo se insere de vez no amor conjugal. No Brasil, a integração entre casamento, amor e paixão, no século XIX, ganhou destaque na literatura em histórias que, com a internalização de ideias sobre o amor provenientes da literatura europeia, “insistem em pintar, no amor-paixão, uma catástrofe e uma doença própria a satisfazer as tendências masoquistas de certos heróis” (DEL PRIORE, 2006, p. 86).

Esta breve contextualização evidencia que o amor é um fenômeno histórico, um conceito em constante transformação, uma ideia construída socialmente, que apresenta, portanto, diferenciações conforme as diferentes culturas, fazendo-se objeto de estudo das ciências sociais. Segundo Torres (2004), ele ganhou importância para a teoria sociológica no final dos anos 1950, ao ser descrito por Goode como o motor da ação e, por conseguinte, parte da estrutura social, por ser uma força capaz de criar novas relações sociais. Até então, o amor era concebido como um processo inconsciente, objeto da psicanálise, sendo as teorias de Freud e Reik as primeiras a tentar explicá-lo no campo da Psicologia. Essas duas

e a de Maslow, mais tarde, ergueram as bases para o estudo científico do amor pela Psicologia Social (MARTINS-SILVA; TRINDADE; SILVA JUNIOR, 2013).

Beall e Sternberg (1995), baseando-se na teoria de Berger e Luckmann (1980) sobre a construção social da realidade, argumentam que as “ideias sobre o que constitui o amor têm mudado tão drasticamente que o teórico moderno do amor pode ser incapaz de reconhecê-lo, como o conhece, em outros períodos históricos e outras culturas” (p. 433). A tese do amor como construção social ressalta a inexistência de uma definição universal para este sentimento, o qual assume diferentes formas em diferentes épocas e culturas, dependendo de fatores externos definidos culturalmente e estando condicionado à realidade material dos indivíduos e relações. Os autores definem quatro aspectos desse conceito: o objeto do amor, os sentimentos envolvidos, os pensamentos que o acompanham, as ações e relações entre o amado e aquele que o ama. “Acreditamos que esses quatro aspectos do amor mudam conforme a cultura, mas que todas as culturas os definem” (BEALL e STERNBERG, 1995, p. 424).

Lindholm (2006), ao tratar dos desafios que o estudo do amor configura para a Antropologia, afirma ter encontrado em sua pesquisa etnográfica transcultural 21 casos de amor romântico, dentre 248 possíveis, enquanto Jankowiak e Fischer (1992), utilizando os mesmos dados, concluíram que esse seria um fenômeno universal, ainda que suas manifestações sejam afetadas pela cultura. “Claramente, o modo como os investigadores caracterizam o amor fará uma enorme diferença no número de sociedades onde eles o encontrarão” (LINDHOLM, 2006, p. 15, tradução nossa). Frisa, porém, a ausência de dados disponíveis sobre o tema, por ter a Antropologia só recentemente se voltado à investigação das emoções, e apresenta, como estudo de caso, a tribo Marri. Nela, o amor nunca está associado ao casamento: o verdadeiro romance acontece com uma mulher de longe, correndo o risco de ser punido com a morte.

O amor, historicamente, nunca foi território seguro para as mulheres. De fato, a violência e o ciúme vêm aparecendo de forma recorrente nas pesquisas sobre o amor desenvolvidas no campo da Psicologia (SCHLOSSER; CAMARGO, 2014). Destaca-se a influência da representação do amor para o reconhecimento da violência: “dependendo dessas concepções [amorosas], os jovens podem naturalizar ou camuflar o reconhecimento da violência na relação, a qual passa a ser entendida como parte da mesma e prova de afeto” afirma Nascimento (2009, p. 118), em estudo sobre as concepções de amor e violência entre jovens. Nele, encontrou-se que o namoro é associado a compromisso, o que pressupõe direito a cobranças e culmina na crença do outro como uma posse, principal motivação para a violência na relação. Dias (2011), em sua revisão bibliográfica, encontrou conclusões parecidas em outros estudos com mulheres vítimas de violência. Em uma

pesquisa sobre as representações sociais da família e da violência, constatou que a família é descrita “como valor moral que dificulta o rompimento das relações de violência” (DINIZ; SANTOS; LOPES, 2007, p. 3). De forma semelhante, Ribeiro e Coutinho (2011) demonstram que as mulheres vítimas de violência representam seus companheiros de forma afetuosa, objetivando ideias ancoradas no ideal de amor romântico, que sustentam a esperança de mudança e a volta da harmonia na família.

É nesse contexto que devemos avaliar o possível transtorno psiquiátrico chamado de amor patológico, que tem sido descrito na literatura médica (SOPHIA; TAVARES; ZILBERMAN, 2005). Embora ainda não tenha sido tipificado nos manuais de diagnósticos, já existem esforços para defini-lo e tratá-lo, em especial em um ambulatório da cidade de São Paulo (FERREIRA, 2012). A descrição apresentada por Sophia, Tavares e Zilberman (2005), que orienta o programa, do qual esses pesquisadores são oriundos, é baseada na observação empírica da similaridade desta condição com a dependência química e o alcoolismo (SOPHIA et al, 2009). O amor patológico caracteriza-se pela abstinência na ausência do parceiro; o ato de cuidar do outro de forma excessiva e de torná-lo central, com tentativas frustradas de diminuir a frequência desse comportamento; grande quantidade de energia dispensada em pensamentos e atitudes a fim de controlar o parceiro; abandono dos próprios interesses para viver em função da outra pessoa; manutenção desses comportamentos apesar dos prejuízos sentidos; falta de controle sobre o amor e os seus excessos.

De forma semelhante, Norwood (1995) define o padrão “amar demais” como uma série de comportamentos que geram sofrimento e prejuízo à vida das mulheres que o apresentam. Não só descreve os comportamentos que ele engloba, mas também suas causas: por ter vivido em um lar “desajustado”, a mulher que ama demais procura receber no relacionamento amoroso o afeto de que necessitava na infância. Ela possui uma autoimagem depreciada e, por isso, é extremamente atenciosa, faz o possível para agradar o parceiro: tenta controlar a outra parte e impedir o fim do relacionamento, por sentir um profundo medo do abandono; procura homens inacessíveis e tenta transformá-los com seu amor, passando a viver em função do outro e esquecendo de si mesma; tem tendência à dependência química e, apesar dos danos que representa à sua qualidade de vida, não consegue diminuir a frequência desses comportamentos.

Ferreira (2012) registrou a relação entre o estudo do amor patológico na medicina e o conceito de “mulher que ama demais”, desenvolvido por Robin Norwood (1975). Conforme seu relato, o livro de Norwood foi uma das primeiras leituras do grupo de estudos que deu origem ao ambulatório de amor e ciúmes patológicos do AMITI-HC/FMUSP (Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo). A autora ressalta que muitas menções a diagnósticos psiquiátricos e ao referido ambulatório eram feitas nas observações e entrevistas realizadas em sua pesquisa de campo nas reuniões das Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA). Trata-se de um grupo de ajuda mútua formado em São Paulo, em 1994, pela esposa de um dependente químico que seguiu as orientações do livro homônimo. Hoje, o MADA conta com reuniões em 14 estados do Brasil.

De acordo com Berks (2009), não é a primeira vez na história em que se tenta patologizar o amor. Associações entre amor e doença têm sido estabelecidas desde a Antiguidade, aparecendo em escritos de Sapho na Grécia e Ovídio em Roma. Ele começou a aparecer nos registros históricos como causa até que no século IV passou a ser tratado como a doença em si, por Orbasius. Na Renascença, os médicos diferenciavam o amor-doença do amor-normal baseado na moral cristã, a qual pregava o amor casto em oposição a um amor que implicasse no prejuízo da razão. No século XVIII, o amor-doença ganhou mais espaço na Medicina. Das 1100 dissertações em psiquiatria publicadas até 1750, 42 tratavam do amor excessivo. Na modernidade, a doença do amor se estabelece na psiquiatria entre as monomanias, as insanidades parciais descritas por Etienne Esquirol. A chamada monomania erótica já estava inserida no paradigma da localização neuroanatômica dos estados mentais. Por fim, no século XX, o foco dado aos vícios faz emergir a codependência.

O conceito do amor-doença se modifica conforme o paradigma vigente na ciência médica e as próprias concepções de amor da sociedade. Conseqüentemente, o mesmo ocorre com seu tratamento. Berger e Luckmann (1966), ao abordarem o papel das teorias psicológicas na construção social da realidade, argumentam que elas são autorrealizáveis, isto é, quando uma teoria se torna socialmente estabelecida como uma interpretação apropriada da realidade, a mera aceitação e a internalização dela fazem com que os fenômenos que ela explica se manifestem mais comumente. Não significa afirmar, no entanto, que elas são autoverificáveis: trata-se de uma relação dialética, não tautológica.

Segundo Shaw e Proctor (2005), Linnet (2004) defende que a “linguagem em saúde mental é mais do que ‘apenas’ semântica. Palavras como ‘transtorno’ têm o poder de obstruir uma maior compreensão e podem por si só modelar pensamento e prática” (p. 5, tradução nossa). Esperamos, ao descrever as representações sociais sobre o amor “normal” e o “amor demais” das frequentadoras do MADA, provocar reflexão sobre a definição de mais um transtorno mental baseado na manifestação contemporânea de um fenômeno histórico-cultural. Acreditamos que o apoio a quem recorre aos serviços psicológicos para lidar com essa condição deve, para além da preocupação com classificações diagnósticas que individualizam o problema, considerar a apreciação dos fatores sociais envolvidos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Todos os dias, cada ser humano se movimenta em um mundo físico. Nele, frequentamos lugares, interagimos com pessoas e desempenhamos nossas atividades. Ao compartilharmos esse mundo físico, compartilhamos também uma realidade mental: criamos ideias coletivas a respeito das coisas, que servem de orientação para nossa vida cotidiana em sociedade. Essas ideias coletivas se manifestam em imagens que criamos nas experiências intersubjetivas e as utilizamos como referência para lidar com o não-familiar. A essas ideias e imagens compartilhadas coletivamente chamamos de *representações sociais*, definidas por Jodelet (2001, p. 22) como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Ao compartilhar as representações sociais, colocamos ordem e damos sentido ao mundo que dividimos com os outros, em uma espécie de “universo consensual”. Tornamos, assim, nosso transitar no mundo menos conflituoso. Sabemos que nossa “imagem mental” de “como é um francês”, como exemplifica Moscovici (2015), ou de “quem são os doentes mentais”, como estudou Jodelet (2001), é semelhante ao que imagina nosso vizinho. Temos, nessa memória coletiva, um quadro de referências para comparação, com base no qual podemos identificar tanto o que é conhecido e comum, como o que consideramos anormal e incomum. A nossa relação com qualquer objeto é mediada por nossa ideia prévia a respeito dele. Conforme Moscovici (2015), “o pensamento social deve mais à convenção e à memória do que à razão; deve mais às estruturas tradicionais do que às estruturas intelectuais ou perceptivas correntes” (p. 57). Não significa que este seja um processo inteiramente passivo: nós não apenas absorvemos as ideias compartilhadas coletivamente, mas também as modificamos e as “devolvemos” ao mundo um pouco diferentes. É mediante a ação de todas as pessoas que as representações se conservam ou se modificam em um grupo social. Este processo se dá por meio da ancoragem e da objetivação.

A ancoragem acontece quando nos deparamos com o não-familiar e o comparamos com nossas referências prévias, a fim de inserir o objeto em uma categoria adequada. Quando o classificamos, no entanto, ele também adquire características pertinentes a essa categoria, e nossa imagem dele se adapta para que ele pareça ainda mais semelhante ao paradigma em que o enquadrámos. Em resumo, trata-se de classificar e dar nome a algo por intermédio da codificação em categorias. O objetivo principal desse processo, segundo Moscovici (2015), é “facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas; na realidade, formar opiniões” (p. 70), alcançando, assim, o “objetivo fundamental da sociedade: criar classes a partir dos indivíduos” (p. 64).

A objetivação, por sua vez, acontece quando materializamos os conceitos ancorados. Associamos ideias, conceitos e palavras, a imagens, figuras e objetos, por meio dos quais nosso universo mental mostra-se concreto. É mediante esse processo que as coisas nos parecem “naturais”: as ideias descolam-se de seus criadores, objetivadas em fenômenos concretos aparentemente autônomos. É aqui que “as imagens se tornam elementos da realidade, em vez de elementos do pensamento” (MOSCOVICI, 2015, p. 74). Resumindo, objetivar é corporificar nossas representações mentais, que se apresentam como realidades materiais.

Comparamos e ancoramos novos conceitos a partir dos saberes objetivados e contidos na memória coletiva, num ciclo que tanto pode preservar a tradição quanto provocar a inovação nas representações sociais correntes em um grupo social. Sabemos definir o amor, por exemplo, na medida em que podemos compará-lo a um conjunto de representações atrelado a este nome. Esta construção depende do contexto, do lugar social de onde o indivíduo fala. Aprendemos, ao transitar pelo mundo, o que a sociedade chama de amor; comparamos e categorizamos nossas experiências de acordo com esse aprendizado. Não o inventamos sozinhos, mas ao vivê-lo de nossa própria forma, também contribuimos com sua representação, lhe atribuindo novos sentidos, alimentando a constante inovação que o estudo das representações sociais busca enfatizar.

3. METODOLOGIA

A investigação empreendida baseou-se no entendimento de que a pesquisa qualitativa é a melhor abordagem disponível para compreender fenômenos que se manifestam na interação entre o indivíduo e a sociedade, como se observa no tema aqui estudado, por trabalhar o universo simbólico e aprofundar seus significados, a fim de compreender as ações humanas em seu aspecto não quantificável (MINAYO, 2002). Como assevera González Rey (2002), por vezes o relato de alguns indivíduos nos permite acesso a diferentes dimensões de um fenômeno que extensas coletas de dados não fizeram.

Para uma inicial familiarização com o fenômeno, observamos seis reuniões do grupo Mulheres que Amam Demais Anônimas (MADA), um grupo de ajuda mútua que segue um programa de 12 passos, semelhante ao Alcoólicos Anônimos. O MADA conta com reuniões abertas a quaisquer mulheres interessadas em conhecer mais sobre o tema, contanto que não se manifestem. Participamos de seis reuniões, mediante expressa autorização da coordenadora e de todas as presentes. Ao final de cada uma delas, fizemos contato pessoal com as frequentadoras, explicitando os propósitos da pesquisa e convidando-as para conceder entrevista. Participaram do estudo 8 frequentadoras de três salas do grupo MADA da cidade de São Paulo.

Lakatos (2003, p. 191) descreve a observação como “o ponto de partida da investigação social”, por “obrigar o investigador a um contato mais direto com a realidade”. Minayo (2002, p. 13) descreve a pesquisa social como “sempre tateante, mas, ao progredir, elabora critérios de orientação cada vez mais precisos”. Assim, a observação das reuniões do grupo MADA constituiu um instrumento para começar a desvendar a realidade analisada, facilitando o desenvolvimento de um roteiro de entrevista adequado e proporcionando uma familiarização com o fenômeno que pautou todo o restante da pesquisa.

Optamos pela realização de entrevistas semiestruturadas, por proporcionarem liberdade para direcionar as questões, obtendo melhor precisão e maior quantidade de informações a respeito dos temas relevantes, mas contando com a segurança de um roteiro inicial de perguntas (HERNÁNDEZ SAMPIERI; FERNÁNDEZ COLLADO; BAPTISTA LUCIO, 2006). O roteiro continha questões pessoais sobre como as participantes conheceram o grupo MADA; como elas definem seu “jeito de amar” e quais comportamentos associam a este seu padrão; e como elas têm trabalhado em sua recuperação. Incluiu, também, questões de opinião: quanto ao “amar demais” constituir ou não uma patologia e suas possíveis causas; opiniões gerais sobre relacionamentos saudáveis e casamento; como as mulheres “não MADA” costumam amar; como a sociedade vê as mulheres que amam demais; e a diferença entre “amar” e “amar demais”. As entrevistas tiveram entre uma hora e uma hora e meia de duração.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, no parecer de número 2.820.437. Todas as participantes assinaram, por livre e espontânea vontade, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem devidamente informadas sobre a pesquisa, com a garantia de que todas as informações pessoais seriam mantidas em sigilo assim como suas identidades preservadas. Para proteger as colaboradoras, substituímos os nomes reais por nomes fictícios. As participantes foram informadas sobre os riscos mínimos desencadeados pelas entrevistas, que se limitavam ao possível desconforto gerado pelos temas questionados. Para minimizar qualquer espécie de sofrimento, tivemos o cuidado de elaborar um roteiro de questões que não fosse invasivo, e foi frisado que as participantes poderiam interrompê-la a qualquer momento, bem como recusar-se a responder questões, por qualquer motivo. No entanto, não houve nenhuma ocorrência do tipo e, ao final do contato, várias delas expressaram contentamento por ter a oportunidade de falar abertamente sobre as questões abordadas.

Foi utilizada a Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin (1977), para interpretar os dados, por meio da técnica de análise categorial temática. As entrevistas gravadas foram transcritas e, após cuidadosa leitura destes dados, elaboramos 10 categorias:

comportamentos MADA; gatilhos; identidade MADA; o amor das mulheres; a MADA na visão dos outros; a doença de amar; lar disfuncional; ideal romântico; os parceiros. Em seguida, cada uma dessas categorias foi desmembrada a fim de revelar o que prevalece no discurso do grupo, e reagrupadas em duas grandes categorias: a representação do amor considerado normal e a representação do amor patológico. Foi realizada, então, a articulação dos elementos constituintes dessas categorias com o referencial teórico, a fim de compreender como essas representações são ancoradas e objetivadas, formando o conhecimento compartilhado no grupo a respeito do amor patológico e sua diferenciação do amor dito genuíno.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1. O amor

A representação do amor, identificada nos discursos das mulheres do grupo MADA, é ancorada na imagem de um amor sublime, ideal, fantasioso: *“eu tinha muito aquela fantasia daquela pessoa que era um patinho feio que alguém pega e transforma num cisne, e seria um homem que faria isso por mim”* (Alice). Este amor é caracterizado por uma reciprocidade altruísta: dar sem esperar nada em troca e receber sem precisar cobrar: *“você espera que ele faça o mesmo, não igual, eu faço porque eu quero, mas ele tem que fazer o mínimo”* (Niva).

Ideias tradicionais sobre casamento fazem parte deste imaginário, para algumas delas: *“sempre quis formar família, ter um companheiro, ter uma pessoa para dividir minha vida, minhas felicidades, minhas tristezas (...), mas um casamento feliz, onde eu esteja feliz e consiga fazer a outra pessoa também feliz”* (Beatriz); *“eu vejo o casamento como uma estabilização das coisas”* (Clarisse). Elas se mostram conscientes da ilusão deste conceito: *“me dei conta de que eu fiz toda a minha recuperação ainda esperando o príncipe encantado (...) acho talvez que vai ter aquele dia que eu não vou mais desejar profundamente um relacionamento, não vou conhecer uma pessoa e criar cenas”* (Alice); *“só que a força dessa fantasia daquela situação lindinha e tão plena e tão amparada e de amor tão profundo [que ela sentia no início do casamento] é muito presente ainda”* (Julia). A atribuição desse sentido ilusório às imagens ancoradas dialoga com uma concepção feminista de amor, que o admite como força que aprisiona as mulheres a um ideal de felicidade que não passa de uma falsa promessa de autonomia, como aponta Neves (2007).

No entanto, também observa-se a ancoragem das novas formas de se relacionar. Metade das entrevistadas afirmou não acreditar mais no casamento como ele vem acontecendo: *“eu acho que vai até parar de ter casamento”* (Laura); *“o conceito de casamento que impera, eu acho que é bastante equivocado e perigoso, cheio de ilusões”*

(Julia). Essa nova forma de amar, mais saudável, está sendo ancorada e evidencia o que se busca em um relacionamento: não mais alguém para dividir os aspectos práticos da vida, mas *“uma amizade colorida, mas que tenha um quê de especial”* (Alice). O relacionamento desejável é visto como aquele em que as partes mantêm a independência e a individualidade, excluindo-se os rótulos característicos daquele amor que já não funciona, *“sem ‘ai, meu namorado, a gente vai ter que andar de mãos dadas”* (Alice).

Giddens (1993) propôs que a emancipação feminina causaria em nossa sociedade uma transição do ideal do amor romântico para um amor mais pautado em escolhas racionais, se afastando da ideia de indissolubilidade dos laços. Buscar-se-ia construir o que ele chama de “relacionamentos puros”, que contêm um fim em si mesmo e continuam apenas enquanto gerarem satisfação a ambos os envolvidos. O chamado “amor confluyente” constituiria uma mudança radical de paradigma ao propiciar a equidade entre as partes de uma relação amorosa, quando durante toda sua história existiu nessa relação social uma dinâmica de poder.

Seja nas ideias cristalizadas do amor sublime, seja na novidade deste amor mais livre, prevalece a idealização do que é o verdadeiro amor, em oposição ao que chamam, por convenção, de amar demais. Fica claro em seus discursos que o verdadeiro amor não adoce, não gera sofrimento. Uma doença cuja aparência pode lembrar o que se conhece por amor na realidade não tem a mesma essência deste sentimento. Nenhuma acredita tratar-se realmente de *amor* em excesso:

“Esse amar demais poderia ser substituído por outra palavra, tipo ‘ser carente demais’ (...) ele significa carência, vazio interior, lar disfuncional, não conseguir ficar sozinha”, “eu não acho que eu amo demais, porque se eu amasse, eu não teria uma doença, eu estaria indo nos preceitos de Deus como eu concebo” (Laura); *“o amor demais eu não considero um amor, é obsessão mesmo”* (Bárbara); *“esse termo é delicado. Eu acho que é equivocado, até. Eu acho que o amor, ele não é maculado, o amor é amor. O termo amar demais não traduz o que é essa doença”* (Julia).

A imagem deste amor “verdadeiro”, em oposição à condição da mulher que ama demais, é objetivada no que definem por recuperação. As “mulheres que estão se recuperando de amar demais”, como são chamadas na literatura do grupo, são mulheres que estão desenvolvendo autoestima, que não buscam mais no outro um sentido para sua vida. Pardo (2013) também aponta a falta de autoestima e conseqüente estima excessiva do outro como aspecto central do amar demais. Está se recuperando aquela que consegue se retirar de um relacionamento que não lhe traz felicidade e sente-se bem sozinha. Ela não cuida mais excessivamente do outro, pois cuida de si, e isso se reflete inclusive em melhorias na saúde física e mental, alcançando a serenidade que pede em oração nas reuniões do grupo.

“Me colocar em primeiro lugar, me valorizar, ter amor próprio” (Beatriz); *“tudo começa por ela, essa autossuficiência, esse não precisar do outro pra seguir sua vida”* (Clarisse); *“você não sofre uma depressão mutiladora quando o relacionamento termina”*; *“eu vi uma que chegou completamente destruída, e hoje ela está se preparando pra sair de casa, era um relacionamento destrutivo e ela já não está mais com ele”* (Alice); *“não ir atrás do cara pra mim é como se fosse não beber um copo de bebida pra um alcoólatra”*; *“não tenho o comportamento, tenho só o pensamento obsessivo”* (Laura); *“tô sem ninguém agora, tô num processo de me cuidar sozinha”* (Julia); *“eu tinha muitos problemas de saúde, eu tinha gastrite, problema de coluna, eu melhorei, eu atribuo à minha recuperação, no MADA”* (Flávia); *“hoje eu gosto de mim”* (Niva).

O trabalho na recuperação é um esforço diário e consiste em ler a apostila e outras literaturas do grupo, aplicar os 12 passos do programa, frequentar as reuniões, recorrer à madrinha e a outras companheiras, seja pessoalmente, por telefone ou grupo de mensagens. Prestar serviço no grupo, por meio do amadinhamento ou participando da coordenação também são apontados como ações positivas para o tratamento, e algumas delas mencionaram a espiritualidade (bastante presente no grupo no discurso do “entregar-se ao poder superior”). Algumas fazem terapia, mas costumam argumentar que a ajuda oferecida pelo MADA é mais significativa.

O tratamento, porém, visa a manutenção e não a cura. Tal qual a adicção e o alcoolismo para os frequentadores do Narcóticos e Alcoólicos Anônimos, amar demais é descrito como uma doença “crônica, incurável, progressiva e fatal”, sobre a qual se deve estar sempre alerta. O “chá de jatoboa” é parte do vocabulário do grupo, repetido por quase todas: a ilusão, após algum tempo de recuperação, de que o grupo e suas ferramentas já não são mais necessários. Todas concordam sobre o caráter permanente do tratamento:

“A recuperação é pra sempre” (Alice); *“você nunca tá recuperada”* (Flávia); *“por mais que a gente se sinta recuperada, a gente não deve ficar longe da sala”* (Beatriz); *“se um dia eu estiver bem recuperada, eu pretendo ir quando eu estiver me sentindo mal, aí eu não preciso mais ir toda semana, mas quando eu perceber que eu tô em recaída, eu tô na sala”* (Laura).

Há uma contradição entre a imagem deste amor objetivado na recuperação e a representação que fazem do amor mais comum em nossa sociedade: as entrevistadas são unânimes em afirmar que todas as mulheres amam demais. A contradição com o discurso da patologia é evidente: se todas as mulheres amam demais, por que são doentes aquelas que estão em um grupo para tratar esse amor excessivo? Enquanto no discurso da doença prevalecem as causas psicológicas para a condição, ao se tratar do amor das mulheres em geral a explicação origina-se no mundo social: são apontados a forma como a sociedade é organizada e o papel pedagógico da mídia. Para Pardo (2013), a crítica do amor em excesso que é a base do MADA vai de encontro com os ideais que circulam na cultura de massa, na qual a paixão desenfreada é algo a se buscar, não evitar. A problematização das questões culturais envolvidas também é apresentada pelas próprias:

“A maioria das mulheres ama de forma doente, porque eu vejo muitas mulheres

próximas a mim sofrendo dentro de um relacionamento” (Beatriz); “a grande maioria vê num homem a razão de viver. A gente é criada ouvindo isso o tempo todo (...) a maneira que a sociedade funciona é muito desvantajosa pra nós” (Alice); “todas as mulheres são MADAs, só que elas não conhecem nenhuma irmandade”, “muito raro você ver uma mulher que não tem esse comportamento né, e aí isso meio que é imposto nas novelas, isso é moda” (Laura); “culturalmente a ideia do relacionamento problemático que se transforma num relacionamento maravilhoso é muito mais vendida” (Bárbara); “todas MADAs! (risos). Isso nas mulheres é mais forte, os homens culturalmente eu acho que são mais ensinados a valorizarem e cuidarem de si”; “eu acho que as MADAs são as saudáveis, cara! Quando chega lá na sala, já acordei, porque a mulherada está toda aí amando demais, perdida” (Julia); “porque todo mundo é MADA, você também é MADA” (Niva).

Se, por um lado, todas as mulheres amam demais, por outro, os parceiros são representados como igualmente doentes, mas tendendo para a negligência na relação, não para o cuidado excessivo. Todas as entrevistadas afirmam se relacionar com homens inadequados, mas as formas dessa inadequação são diversas. Alice tinha uma lista no celular, chamada “só por hoje evite”, para se lembrar de todos os “tipos” com quem já se envolveu: agressivos, indelicados, “estourados”, homens do passado, adictos, homens que apressaram sexo, interesseiros, inseguros, mentirosos, casados e comprometidos. No entanto, acrescenta que não são só eles os inadequados: “a gente também escolhe os caras certos, mas sabota”, ideia que se repete no discurso de outras, que acham “chatos” os homens disponíveis e dispostos para o relacionamento.

Os mais recorrentes são os homens dependentes de álcool e outras drogas, e/ou que precisam dos cuidados delas de alguma forma; os indisponíveis, que não querem ter um relacionamento ou já são comprometidos; e os controladores, ciumentos e manipuladores. Sophia, Tavares e Zilberman (2005, p. 3), em sua caracterização do amor patológico, também descreveram a preferência por dependentes de álcool e outras drogas e pessoas distantes e inseguras no padrão de escolha de parceiros.

Os problemas pessoais dos parceiros são articulados à mesma imagem do lar disfuncional que explica o *amar demais*: esses homens também viveram situações traumáticas em sua infância. Ainda que ambos tenham seus problemas e histórias, recai sobre a MADA a responsabilidade pela manutenção do relacionamento. De fato, “está disposta a arcar com mais de 50% da responsabilidade, da culpa e das falhas em qualquer relacionamento” é uma das características da mulher que ama demais na literatura do grupo. Por ser a única em tratamento, ela torna-se também a única doente:

“Eu me sinto mais na necessidade de manter o ambiente mais saudável, porque eu estou em recuperação, eu tenho mais suporte, e ele não tem” (Flávia); “porque ele é mais doente do que eu, porque assim, eu pelo menos reconheci que eu estou doente e que eu preciso me curar” (Niva); “uma doente tinha que encontrar outro doente, e eu falei ‘eu vou salvar esse homem, eu vou salvar’” (Flávia);

Ao analisar as gramáticas emocionais do grupo MADA em sua pesquisa etnográfica,

Pardo (2013, p. 264) observa que este padrão de se relacionar é considerado doentio pela quebra no “ideal estético” do amor romântico. Ela interpreta as práticas propostas pelo grupo como uma “economia dos vínculos sociais”, cujo objetivo é a racionalização do amor, em que se decide o “investimento” num relacionamento à medida do que ele pode lhe render. De fato, a única que afirmou estar num relacionamento saudável atualmente, conta que o que difere este dos anteriores é a quantidade de trabalho mútuo despendido para lidar com os problemas de relacionamento de ambos:

“Ele também vem de um lar alcoólatra, então eu não mudei de um relacionamento destrutivo pra um completamente saudável, né, são etapas, mas eu vejo que a gente trabalha junto hoje e é isso que faz a diferença, eu não sou perfeita e nem ele, mas a gente vai se encaixando e tentando trabalhar, então é, nossa, muito mais saudável!” (Bárbara).

O amor saudável aparece representado em um relacionamento em que as partes trabalham igualmente para torná-lo fonte de satisfação para ambos, e a mulher que ama demais é representada como a que aceita, pela manutenção do vínculo, fazer mais e receber menos. *“Ele me ama o que dá pra amar”* (Niva).

4.2. O amor patológico

A representação do amor patológico está ancorada na imagem do ideal romântico, descrito no item anterior, e nas concepções correntes em nossa sociedade sobre saúde e doença, das quais participam conceitos psicanalíticos introjetados no senso comum, como representação e explicação da doença mental. O amor tido como doente resulta de comportamentos descritos como característicos da mulher que ama demais, sendo o mais proeminente a anulação da própria identidade e de desejos para viver em função da outra pessoa. Existe uma busca constante por amor, fruto da incapacidade de encontrar realização de forma independente, que se desenrola na necessidade de um outro para dar-lhe sentido e movimento à vida. Este sentido é adquirido não só ao absorver as especificidades do outro e construir uma identidade a partir delas, mas também ao tentar “consertar” a vida daqueles “problemáticos”, ignorando suas próprias questões:

“Renuncio às minhas vontades para fazer a dos outros” (Clarisse); *“eu fazia qualquer negócio por amor”* (Alice); *“me dar muito mais do que o que eu podia (...) e negligenciar as minhas necessidades, não saber pedir e achar que eu tô sempre em dívida”* (Julia).

A mulher que ama demais é representada como alguém com baixíssima autoestima, portadora de uma carência excessiva, que se sente rejeitada e por isso tem grande necessidade de aprovação externa:

“Eu nunca vou me satisfazer, eu nunca vou me fartar e falar ‘ai, pára de me dar carinho, pára de me dar atenção” (Niva); *“minha ideia de amor era ‘se ele me amar ele vai largar a outra pra ficar comigo, isso é amor de verdade”* (Bárbara); *“tudo que eu fazia pro outro era na intenção de receber algo que faltava em mim”* (Julia); *“eu falei: ‘acabei de descobrir que eu me odeio,*

como é que alguém pode me amar se eu me odeio?’ (...) eu espero o amor de outros para validar o amor que eu não tenho por mim mesma” (Alice).

A dita doença se manifesta por meio de comportamentos tidos como obsessivos e “loucos”, incompatíveis com o que se espera de uma pessoa bem adaptada num relacionamento saudável. Esses determinantes, associados a um parceiro inadequado à sua própria forma, traduzem-se em sofrimento dentro do relacionamento:

“Eu tenho um problema, eu devo ter algum problema, olha esses relacionamentos que eu me meto” (Bárbara); “um relacionamento que me faz mais mal do que bem” (Beatriz); “eu não sei assim se eu tenho muitos comportamentos MADA, mas esse é o mais gritante, a tal da perseguição”, “a rejeição gera obsessão” (Laura).

Essa descrição dos comportamentos da mulher que ama demais está de acordo com a literatura existente sobre o amor patológico. Sophia, Tavares e Zilberman (2005, p. 3) definem como o componente central na avaliação do amor patológico o comportamento repetitivo e sem controle de cuidar e dar atenção ao outro em busca de afeto devido à baixa autoestima.

Inserido na lógica da patologia, o amar demais fica condicionado a causas e gatilhos. Todas elas reproduzem o discurso do grupo, usando a expressão “lar disfuncional” quando questionadas sobre as causas a que atribuem sua condição. Suas experiências, de fato, são exemplos típicos do que Norwood (2005) descreve como “um lar disfuncional onde suas necessidades não foram adequadamente satisfeitas”. Pais dependentes de substâncias, violência doméstica, rejeição e críticas são as lembranças que elas trazem da infância. Mais de uma mencionou acreditar ter sido rejeitada - e sentir essa rejeição - desde o útero materno:

“Eu cresci num lar disfuncional, talvez seja isso, carência, falta de afeto na infância” (Beatriz); “deve ser algum padrão que se desenvolveu na infância (...) da relação que eu vejo meu pai tendo com a minha mãe” (Clarisse); “quando eu nasci, na verdade, não era pra eu nascer (...) eu acho que eu tenho culpa de ter nascido”, “minha mãe me contou o que ela passava com meu pai, e era muito parecido” (Alice); “eu aprendi que foi o próprio lar disfuncional, porque essa é uma das características da MADA” (Laura); “meu pai é alcoólatra, minha mãe era uma dependente emocional dele, então era sempre a luta dela tentando fazer ele parar de beber, e ele batendo nela, esse conflito...”, “eu insistia muito porque se um falasse ‘olha, você é boa’, ia ter muito a confirmação que eu não tive na infância” (Bárbara); “como a grande maioria das MADAs, eu tive uma infância complicada, tive situação de abuso”, “sensação de uma carência muito profunda, eu acho que talvez desde o útero da minha mãe”, “eu acho que está diretamente relacionado com essa infância, e com esse primeiro contato com afetividade versus medo, abandono” (Julia); “eu fui criada numa família disfuncional, meu pai bebia, uma pessoa violenta, não comigo, mas em casa com minha mãe”, “vem dessa carência que eu tive de mãe mesmo (...) ela era violentada, e ela repassava essa violência, ela me batia muito, muito mesmo” (Flávia); “você busca nos seus relacionamentos o que você não teve na infância” (Niva).

O discurso do lar disfuncional também está presente na literatura médica sobre o

amor patológico. Sophia (2007) atribui o comportamento à busca do afeto jamais obtido na infância. Afirma que os indivíduos com amor patológico repetem o padrão de relacionamento que tinham com pais negligentes emocionalmente, muitas vezes dependentes de álcool e outras drogas.

Os gatilhos que elas apontam como desencadeadores dos comportamentos ditos doentios se resumem a um medo intenso de abandono, despertado por rejeição, percebida ou factual, e ameaça da perda do objeto desse amor. Também foram apontados como gatilhos, em menor frequência, os fatores hormonais, relativos ao ciclo menstrual, e a ingestão de álcool. A ideia de que esses comportamentos são *engatilhados* por determinadas situações se relaciona ao que afirmam Boscardin e Kristensen (2011) em sua pesquisa com mulheres que apresentavam sintomas de amor patológico. Elas valem-se da teoria dos esquemas de Jeffrey Young e associam esse funcionamento aos esquemas iniciais desadaptativos das portadoras, que podem ser revividos quando em contato com estímulos ativadores.

As comparações com outras doenças e, em especial, com a dependência química, são frequentes e reafirmam o caráter permanente atribuído à condição de quem ama demais, e a necessidade de constante vigilância no tratamento.

“Eu faço analogias da doença com, por exemplo, diabetes (...) eu vou ter que tomar cuidados, vou ter que tomar remédios, vou ter que ficar atenta”, (Alice); “eu nunca vou me considerar recuperada, eu comparo a um diabético, ele vai viver uma vida boa tomando insulina, e eu vou viver uma vida boa fazendo o tratamento” (Bárbara).

A definição de amor patológico na literatura médica está profundamente relacionada ao conhecimento das dependências químicas, acreditando-se que ele funcione de forma semelhante. Sophia, Tavares e Zilberman (2005) afirmam que dos sete critérios da Associação Psiquiátrica Americana (APA) para o diagnóstico da dependência química, seis são apresentados pelos portadores de amor patológico. O discurso das participantes reflete essa visão biomédica da dependência:

“É viciante porque é adrenalina, estar num relacionamento destrutivo é adrenalina o tempo todo”, “eu acho que eu nunca experimentei uma droga mais forte que essa, da relação” (Julia); “a maior dificuldade é não repetir os comportamentos que eu tinha quando eu estava na doença ativa” (Laura); “se você tem um vício por 56 anos, por mais que eu tenha êxito no tratamento, é que nem um dependente químico, o primeiro gole dele é fatal” (Niva).

O amor patológico também é objetivado nas manifestações de terceiros sobre a condição das entrevistadas. Elas são unânimes quanto ao preconceito sofrido e o atribuem, frequentemente, à negação dos próprios comportamentos MADA por parte das pessoas, em geral amigas e familiares, que as julgam. Enquanto algumas alegam que a condição *“não é vista como a doença séria que é”* (Beatriz), outras dizem que a condição de *doente* lhes é

atribuída de forma pejorativa:

“Tudo louca (risos). Eu acho que codependente é até uma ofensa”, “eu já fui muito julgada, por pessoas próximas a mim, amigas minhas” (Clarisse); “eu acho que elas acham que a gente é um bando de louca, e a gente é! (risos). Só que elas não sabem que elas também têm, a maioria tem o chip implantado” (Alice); “parece que remete a uma ideia assim ‘nossa, chegaram num ponto de ter que fazer uma reunião’, porque as pessoas não sabem que é tão grave”, “elas pensam ‘ok uma pessoa se tratar porque ela bebe, legal uma pessoa se tratar porque usa droga, mas meu, se tratar porque ama demais deve ser o cúmulo da doença’” (Laura); “a maneira que é retratado também... (...) um dia um segurança [do espaço das reuniões] perguntou ‘mas você dá aula pra elas?’ (risos), aí eu ‘não, eu sou uma Mada’, e ele ‘mas eu imaginava diferente, imaginava umas mulheres meio feias, vocês são tudo bonita, tudo arrumada’” (Bárbara); “eu sinto que é falado muito mais, mas ainda sempre com aquele tom de mulher louca mesmo, de que vai pros extremos, que bate, se humilha, sempre uma coisa muito exaltada” (Julia).

A representação na mídia veio, basicamente, da novela *Mulheres Apaixonadas*, exibida na Rede Globo em 2003 e mencionada por todas como a responsável por encher e multiplicar as salas do grupo de ajuda mútua:

“Tinha uma personagem que frequentava o grupo, me identifiquei quando li e resolvi começar a participar” (Beatriz); “A primeira vez que eu ouvi uma referência ao grupo MADA foi na novela” (Alice); “tinha uma Heloísa, que era louca, que arranhava o marido, que depois ela foi pra sala de MADA” (Flávia); “eu tinha uns 12, 13 anos quando passou a novela e eu não me identificava na parte de fazer as coisas, mas eu fiquei com aquele personagem gravado, porque eu já tinha alguma identificação” (Bárbara).

A nomenclatura usada para se referir à sua condição varia. Por vezes, ela é mencionada apenas como “a doença”. Metade delas usa o termo “codependência”. *“Minha doença, a codependência, a madice...”* (Flávia); *“doença é mais fácil da gente aceitar”* (Alice). Essa identidade MADA, ancorada na ideia de doença incurável, porém, é criticada por algumas delas. Olegário (2010) compara a mulher que ama demais à figura da histérica. O processo de patologização evitaria uma crise social nos arranjos de gênero, responsabilizando a mulher pelo desequilíbrio nas relações. A focalização do tratamento no indivíduo promoveria a manutenção do sistema de gênero.

O amor patológico ancora-se nas concepções de nossa sociedade sobre doença e saúde, mas sua objetivação não ocorre por meio de um único indivíduo, mas na relação. *“Eu sou uma MADA como você também é, mas você, por não atrair relacionamentos destrutivos, não vai lá”* (Niva). A doença da mulher que ama demais aparece objetivada mais no tratamento do que nos comportamentos ditos doentios, que são descritos, paradoxalmente, como característicos de todas as mulheres.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontramos o amor representado com base em imagens provenientes do amor romântico idealizado, um sentimento sublime, que gera felicidade e realização pessoal, mas

também associado a uma nova concepção de relacionamento amoroso, baseada em reciprocidade e independência, separando-se da ideia de dedicação total e fusão pelo casamento. A objetivação do amor na sociedade, porém, é representada como problemática: todas as mulheres teriam comportamentos característicos do amar demais. O amor patológico aparece ancorado nesse ideal romântico e nas concepções de saúde e doença correntes em nossa sociedade, diferenciando-se do padrão de relacionamento atribuído à maioria das mulheres pelo reconhecimento da condição e busca por tratamento.

A representação do amor romântico em nossa sociedade está mudando, pois sua objetivação está em contradição com sua ancoragem. Conceitos como auto-anulação, dependência, possessividade e insegurança não condizem com a felicidade que a imagem do amor contida na memória coletiva promete. Como as mudanças nas sociedades acontecem pelo conflito, a ruptura do amor com o que agora é “amor demais” é necessária para modificar este conceito. O transtorno do amor patológico vem como antítese do que passamos a considerar adequado para as relações amorosas, patologizando os comportamentos agora inaceitáveis para coibi-los em nossa vida social.

A função do estudo das representações sociais não é provar que seu conteúdo está correto, mas identificar o saber comum compartilhado pelo grupo social. Independente do amar demais ser ou não, de acordo com o conhecimento científico, uma patologia, já existe um grupo extenso de mulheres que partem deste saber compartilhado sobre a doença do amar demais em busca de tratamento, estabelecendo uma identidade ancorada neste conceito. Frente ao fenômeno concreto e não familiar - mulheres buscando tratamento psiquiátrico para uma condição relacionada ao amor - os atores sociais do saber médico precisam inserir o desconhecido em um sistema interpretativo, e usam o discurso da patologia, logicamente. Assim, o “transtorno do amor patológico” surge nos ambulatórios de tratamento, objetivando o amar demais, como já havia feito o próprio grupo MADA, e oficializando seu status de doença já corrente no senso comum.

6. REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEALL, Anne. E.; STERNBERG, Robert. J. The social construction of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, v. 12, n. 3, pp. 417-438, 1995. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0265407595123006>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BERGER, Peter. L.; LUCKMANN, Thomas. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Garden City, NY: Anchor Books, 1966

BOSCARDIN, Marina. K.; KRISTENSEN, Christian. H. Esquemas iniciais desadaptativos em mulheres com amor patológico. *Revista de Psicologia da IMED*, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p.

517-526, 2011. Disponível em: <incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2893/5258>. Acesso em: 03 out. 17.

DEL PRIORE, Mary. *História do amor no Brasil*. 2ª ed – São Paulo: Contexto, 2006.

DIAS, Ana Rita Conde; MACHADO, Carla. Amor e violência na intimidade: da essência à construção social. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 496-505, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 ago 2017.

DINIZ, Normelia Maria Freire; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Representações sociais da família e violência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1184-1189, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 mar. 2017.

FERREIRA, Carolina. B. C. *Desejos regulados: grupos de ajuda mútua, éticas afetivo-sexuais e produção de saberes*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/280123>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

GIDDENS, Anthony. *A transformação da Intimidade*. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP, 2003.

GONZÁLEZ REY, Fernando. L. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira, 2005.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Maria P. *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

JANKOWIAK, Willian. R. e FISCHER, Edward. F. A Cross-Cultural Perspective on Romantic Love. *Ethnology*, vl. 31, n. 2 (Apr., 1992), pp. 149-155. Disponível em: <https://digitalscholarship.unlv.edu/anthro_fac_articles/8/>. Acesso em: 22 jan. 2018.

JODELET, Denise. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001.

LAKATOS, Eva. M.; MARCONI, Marina. A. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2003.

LINDHOLM, Charles. Romantic Love and Antropology. *Etnofoor*, v. 19, n. 1, pp. 5-21, 2006. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/25758107?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 11 mar. 2018.

MARTINS-SILVA, Priscilla de Oliveira; TRINDADE, Zeidi Araujo; SILVA JUNIOR, Annor da. Teorias sobre o amor no campo da Psicologia Social. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 1, p. 16-31, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2017.

MINAYO, Maria. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2002, p. 9-30.

MOSCOVICI, Serge. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2015.

NASCIMENTO, Fernanda. S. *Namoro e violência: um estudo sobre amor, namoro e violência e entre jovens de grupos populares e camadas médias*. Tese (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/8416>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

NEVES, Ana Sofia Antunes das. As mulheres e os discursos genderizados sobre o amor: a caminho do "amor confluyente" ou o retorno ao mito do "amor romântico"? *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 609-627, Dec. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2007000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2018.

OLEGÁRIO, Maria. L. *Discursos sobre gênero e amor no espaço pedagógico do MADA: a (des) construção do sujeito amoroso*. Tese (Doutorado em Educação)–Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4920>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

NORWOOD, Robin. *Mulheres que amam demais*. São Paulo: Siciliano, 1995.

PARDO, Johana. Do amar demais e outros demônios. A psicologização e as gramáticas emocionais no grupo de mulheres que amam demais anônimas (MADA). *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 34, pp: 220-267, Abril de 2013. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PardoArt.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

RIBEIRO, Cristiane. G.; COUTINHO, Maria P. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 3, n. 1, p. 52-59, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/download/81/142>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SCHLOSSER, Adriano; CAMARGO, Brígido Vizeu. Contribuições de pesquisas brasileiras sobre o Amor e Relacionamentos Amorosos. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 795-808, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2017.

SHAW, Clare; PROCTOR, Gillian. Woman at the Margins: A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Feminism & Psychology*, London, v. 15, n. 4, p. 483- 490, 2005. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0959-353505057620>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SOPHIA, Eglacy C. et al. Pathological Love: Impulsivity, Personality, and Romantic Relationship. *CNS Spectrums*, v. 14, p. 268-274, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19407726>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SOPHIA Eglacy C., TAVARES Hermano, ZILBERMAN, Monica L. *Pathological love: is it a new psychiatric disorder?* *Rev. Bras Psiq.*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 55-62, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2017.

TORRES, A. Amor e ciências sociais. *Travessias*, Lisboa, 2004, v. 4. p. 15-45. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/270160582_Amor_e_Ciencias_Sociais>. Acesso em: 12 jul. 2018.

Contatos: bdantasbarros@gmail.com e bruna.dantas@mackenzie.br