



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Mônica Monteiro Peixoto

**"Amar demais": um estudo qualitativo sobre gênero e medicalização do amor**

Rio de Janeiro

2013

Mônica Monteiro Peixoto

**"Amar demais": um estudo qualitativo sobre gênero e medicalização do amor**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde - ME.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Luiza Heilborn

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

P379 Peixoto, Mônica Monteiro  
“Amar demais”: um estudo qualitativo sobre gênero e  
medicalização do amor / Mônica Monteiro Peixoto. – 2013.  
149 f.

Orientadora : Maria Luiza Heilborn.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Amor - Aspectos psicológicos - Teses. 2. Mulheres –  
Psicologia - Teses. 3. Relações homem – mulher - Teses. 4.  
Grupos de ajuda mútua - Teses. I. Heilborn, Maria Luiza. II.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de  
Medicina Social. III. Título.

CDU 159.9-055.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Mônica Monteiro Peixoto

**“Amar demais”: um estudo qualitativo sobre gênero e medicalização do amor**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de título de mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde – ME.

Aprovada em 29 de abril de 2013.

Orientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Luiza Heilborn

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jane Araújo Russo

Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andrea Moraes Alves

Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Rachel Aisengart Menezes

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2013

## AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos dirigem-se em primeiro lugar à minha orientadora - Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Luiza Heilborn - por me apresentar ao universo da antropologia e dos estudos de gênero. Sua dedicação e sabedoria foram fundamentais para a elaboração deste trabalho.

Às Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jane Araújo Russo (IMS/UERJ) e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rachel Aisengart Menezes (IESC/UFRJ) por terem participado da banca de qualificação e por suas excelentes contribuições. Agradeço novamente por integrarem mais esta fase de avaliação do trabalho. À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Andrea Moraes Alves (PPGSS/UFRJ) por aceitar o convite compondo com as demais a banca de defesa.

Ao Prof. Dr. Octavio Domont de Serpa Júnior (IPUB/UFRJ) por ter me apresentado à pesquisa qualitativa e, principalmente, pela amizade.

Presto meu reconhecimento à CAPES pela concessão da bolsa acadêmica, imprescindível para a minha permanência no mestrado.

Sou grata ao corpo docente do IMS/UERJ por proporcionar uma formação de excelência e por criar um ambiente de debate intelectual.

Ao corpo técnico do IMS/UERJ por disponibilizar com eficiência os recursos necessários para a confecção desta dissertação.

À equipe do Centro latino-americano em sexualidade e direitos humanos pela presteza no atendimento de minhas demandas.

Aos colegas de turma pelo companheirismo e boa conversas.

Às “mulheres que amam demais anônimas” pelo acolhimento e colaboração com a pesquisa. Agradecimento especial às dezesseis entrevistadas pela confiança depositada e pelas inestimáveis narrativas de suas experiências amorosas, essenciais para a construção desta dissertação.

Aos meus pais por incentivarem minha carreira profissional e acadêmica, pela compreensão com as dificuldades enfrentadas neste processo, e pelo bom humor que torna tudo mais leve.

Atrás da porta

Quando olhaste bem nos olhos meus  
E o teu olhar era de adeus  
Juro que não acreditei  
Eu te estranhei  
Me debrucei  
Sobre teu corpo e duvidei  
E me arrastei e te arranhei  
E me agarrei nos teus cabelos  
No teu peito  
Teu pijama  
Nos teus pés  
Ao pé da cama  
Sem carinho, sem coberta  
No tapete atrás da porta  
Reclamei baixinho

Dei pra maldizer o nosso lar  
Pra sujar teu nome, te humilhar  
E me vingar a qualquer preço  
Te adorando pelo avesso  
Pra mostrar que ainda sou tua  
Só pra provar que ainda sou tua...

*Chico Buarque e Francis Hime*

## RESUMO

PEIXOTO, M. M. "*Amar demais*": um estudo qualitativo sobre gênero e medicalização do amor. 2013. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Esta dissertação apresenta um estudo qualitativo socioantropológico sobre o universo das "mulheres que amam demais anônimas" (MADA). Foram realizadas dezesseis entrevistas semiestruturadas com integrantes desses grupos de ajuda mútua sediados na cidade do Rio de Janeiro. O conjunto entrevistado é heterogêneo quanto à escolaridade e nível financeiro; a faixa etária concentra-se entre 40 e 50 anos e todas se declararam heterossexuais. O grupo orienta-se pela leitura recorrente do livro de Robin Norwood "*Mulheres que amam demais*" e suas reuniões são baseadas no compartilhamento das experiências afetivas. Há compromisso de anonimato e busca-se pela simetria entre as componentes. Tensões surgem em torno da possibilidade de hierarquização na gestão do grupo e no convívio via "amadrinhamento". Os discursos assinalam: a necessidade de controle do parceiro associada a baixo autocontrole (expresso por comportamentos considerados "compulsivos"); a dedicação intensa ao relacionamento ("viver em função do outro"); a valorização do enlace amoroso como fonte exclusiva de felicidade; e medo da solidão. O sentimento de "baixa autoestima" aparece como mecanismo explicativo desse tipo de vínculo. A interação conjugal é marcada por conflitos acerca da reciprocidade de atenção e cuidados, o que revela uma dinâmica de gênero particular ao mundo amoroso. A configuração do "amar demais" como "doença" no livro fundador do MADA estrutura-se pela analogia sistemática ao modelo de diagnóstico e recuperação do alcoolismo. As narrativas apresentaram forte adesão ao discurso 'psi' e médico. A caracterização do 'amor patológico' e a formulação de escalas para medi-lo, associadas à tentativa de empreendê-lo como categoria diagnóstica, configuram-se como importante movimento de medicalização do "amar demais".

Palavras-chave: Amor. Grupo de ajuda mútua. Gênero. Medicalização. Conjugalidade.

## ABSTRACT

PEIXOTO, M. M. *"Loving too much"*: a qualitative study on gender and medicalization of love. 2013. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This dissertation presents a socio anthropological qualitative study about the universe of "women who love too much anonymous". Sixteen semistructured interviews were conducted with members of these mutual aid groups located in the city of Rio de Janeiro. The group interviewed is heterogeneous in terms of education and financial level, the age concentrates mainly between 40 and 50 years, and all declared themselves heterosexual. The group is guided by recurrent reading of Robin Norwood's book 'Women who love too much' and their meetings are based on the sharing of affective experiences. There is a commitment to anonymity and the search for symmetry between the components. Tensions arise around the possibility of hierarchy in the management of the group and at a convivial through "godmotherhood". The discourse analysis highlights: the need to control the partner associated with low self-control (expressed by behaviors considered "compulsive"); intense dedication to the relationship ("live for the other"); the appreciation of love as the only source of happiness; and fear of loneliness. The feeling of "low self esteem" appears as explanatory mechanism of this type of bond. The marital interaction is marked by conflicts about the reciprocity of care and attention, which reveals a particular gender dynamic to emotional world. The configuration of "loving too much" as 'illness' in the founder book of "Women who love too much anonymous" is structured by the systemic analogy to the model of diagnosis and recovery from alcoholism. The narratives presented strong adhesion to psychological and medical speech. The characterization of 'pathological love' and the formulation of scales to measure it associated with the attempt to undertake it as a diagnostic category appears as important movement medicalization of "loving too much".

Keywords: Love. Mutual aid group. Gender. Medicalization. Conjugality.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Duração das entrevistas.....	19
Quadro 2 - Situação social das entrevistadas.....	26
Quadro 3 - Estado civil e estatuto atual da relação.....	28
Quadro 4 - Tempo de permanência na “irmandade” e Cargos Administrativos.....	56
Quadro 5 - Circuito de “irmandades” .....	60
Quadro 6 - “Amor” x “Amar Demais”.....	80
Quadro 7 - Sintomas relatados pelo conjunto entrevistado.....	82
Quadro 8 - Tipo de procura por ajuda.....	85

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AA	Alc33licos an43nimos
AP	Amor patol33gico
DIU	Dispositivo intrauterino
DSM	Diagnostic and statistic manual of mental disorders
MADA	Mulheres que amam demais an43nimas
ONG	Organiza433o n43o governamental
RH	Recursos humanos
SIPAT	Semana interna de preven433o a acidentes de trabalho
USP	Universidade de S43o Paulo

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1	<b>O QUE É SER MADA?</b> .....	25
1.1	<b>Categorias do “amar demais”</b> .....	28
1.1.1	<u>“Compulsão” e “Obsessão”</u> .....	29
1.1.2	<u>“Controle”</u> .....	31
1.1.3	<u>Medo da solidão</u> .....	35
1.1.4	<u>“Viver em função do outro”</u> .....	36
1.1.5	<u>Insistência na relação</u> .....	38
1.1.6	<u>“Autoestima”</u> .....	40
1.1.7	<u>Estereótipo da MADA</u> .....	41
1.2	<b>Dinâmica do grupo</b> .....	44
1.2.1	<u>“Terapia de espelhos”</u> .....	44
1.2.2	<u>Anonimato</u> .....	47
1.2.3	<u>Estratégias que ocultam a assimetria no grupo</u> .....	49
1.2.4	<u>“Amadrinhamento”</u> .....	50
1.2.5	<u>“Prestação de serviço”</u> .....	54
1.2.6	<u>Adesão à literatura MADA</u> .....	56
1.2.7	<u>Circuito de “irmandades”</u> .....	59
2	<b>“AMAR DEMAIS”: VÍCIO OU DOENÇA?</b> .....	62
2.1	<b>Medicalização: conceito e problematizações</b> .....	63
2.2	<b>“Amar demais”: o alcoolismo como espelho</b> .....	66
2.2.1	<u>As MADAs falam sobre “vício” e “doença”</u> .....	69
2.3	<b>Empreendedores morais</b> .....	71
2.3.1	<u>O “amar demais” como “doença” em Norwood</u> .....	72
2.3.2	<u>‘Amor patológico’</u> .....	75
2.3.3	<u>O “amar demais” como “doença” no MADA</u> .....	79
2.3.3.1	<u>“Em recuperação” ou curada?</u> .....	85
3	<b>INTERAÇÃO NO PAR</b> .....	91
3.1	<b>Relatos de parceria</b> .....	96
3.1.1	<u>Formação do par</u> .....	96

3.1.2	<u>“Dança”</u> .....	98
3.1.3	<u>Desejo de ser mãe x Quebra do contrato conjugal</u> .....	100
3.1.4	<u>Diferentes valores</u> .....	101
3.1.5	<u>“Fantasia”</u> .....	103
3.1.6	<u>Intensidade da relação</u> .....	106
3.1.7	<u>“Ele não é cem por cento ruim”</u> .....	109
3.1.8	<u>Separação</u> .....	113
3.1.8.1	As MADAs e a separação.....	117
4	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	119
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	128
	<b>APÊNDICE A</b> - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	134
	<b>APÊNDICE B</b> - Campo semântico do MADA.....	136
	<b>APÊNDICE C</b> - Roteiro para entrevista semiestruturada.....	141
	<b>ANEXO A</b> - Os doze passos do MADA.....	142
	<b>ANEXO B</b> - As doze tradições do MADA.....	143
	<b>ANEXO C</b> - Os sete lemas do MADA.....	145
	<b>ANEXO D</b> - Lista de sintomas da síndrome de abstinência.....	146
	<b>ANEXO E</b> - Questionário para identificação do “amar demais” .....	148
	<b>ANEXO F</b> - Dez características da mulher que se recuperou de “amar demais” .....	149

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de cunho socioantropológico tem como objeto o grupo de ajuda mútua “Mulheres que amam demais anônimas”, frequentemente denominado pela sigla MADA<sup>1</sup>. A apresentação oferecida pelo site oficial<sup>2</sup> do grupo possibilita que o leitor se aproxime da temática e, caso se identifique, recorra ao grupo presencial<sup>3</sup>. “MADA é um programa de recuperação para mulheres que têm como objetivo primordial se recuperar da dependência de relacionamentos destrutivos, aprendendo a se relacionar de forma saudável consigo mesma e com os outros.”<sup>4</sup>.

A primeira reunião nacional de MADA aconteceu em São Paulo no ano de 1994. A iniciativa conta com 45 reuniões semanais distribuídas em 13 Estados<sup>5</sup> e no Distrito Federal. A longevidade e o número de “salas”<sup>6</sup> em funcionamento indicam a expressividade do fenômeno social. No Rio, o grupo nasce em 1999.

O MADA no Brasil surge a partir da leitura de “Mulheres que amam demais” da autora Robin Norwood, publicado pela primeira vez nos Estados Unidos em 1985 e considerado “livro básico” pelo grupo. Dele consta um apêndice que detalha “como iniciar seu próprio grupo de apoio”, incentivando o leitor a propagar a metodologia. O “amar demais” nasce como categoria ética, incorporada posteriormente como identificadora da experiência pelas participantes.

O livro mencionado estrutura-se como um manual de autoajuda. Tania Salem (1992) indica a principal característica dessa literatura: apresenta um conjunto de receitas para se alcançar um dado objetivo, supostamente passível de ser seguido por qualquer pessoa. Como o próprio termo ‘autoajuda’ sugere, o foco está no indivíduo. É dele que se exigirá comprometimento e força de vontade no tratamento. “[...] em minha vida pessoal e profissional, nunca vi uma mulher que seguisse essas etapas não se recuperar e vice-versa. Se

---

<sup>1</sup> ‘O MADA’ refere-se ao grupo de ajuda mútua, enquanto que ‘a MADA’ significa ‘a mulher que ama demais’.

<sup>2</sup> GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em: < <http://www.grupomada.com.br> > Acesso em: 23 jan. 2013.

<sup>3</sup> Não existe espaço para grupo de discussão no site, apenas um e-mail de contato é fornecido.

<sup>4</sup> GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em:  
<<http://www.grupomada.com.br/pagina.php?x=apresentacao&tit=apresentacao>> Acesso em: 23 jan. 2013.

<sup>5</sup> Alagoas, Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo. GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em:  
<<http://www.grupomada.com.br/pagina.php?x=historico&tit=historico>> Acesso em: 23 jan. 2013.

<sup>6</sup> Como são nomeados os espaços utilizados pelas reuniões do grupo, geralmente sediadas em igrejas católicas.

o que disse soa como uma garantia, pode ter certeza: é uma garantia. As mulheres que seguirem as etapas irão melhorar.” (NORWOOD, 2010, p.243).

Os manuais de autoajuda compartilham uma determinada concepção de pessoa. Eles partem da ideia de um “indivíduo natural” (pré-social) sobre o qual se impõem constrangimentos de dois tipos: os morais (marcas sociais) e os efeitos psicológicos causadores das perturbações da mente (fruto das relações travadas na família). Tal entendimento reforça uma noção do indivíduo como passível de ser corrompido na relação com os outros. Trata-se de um conceito de pessoa fundado no sujeito da consciência, do livre-arbítrio, possuidor de vontade e responsável por si. São essas as qualidades a serem resgatadas na concepção de cura (SALEM, 1992).

Tania Salem (1992) aponta que o autocontrole, produto da ideia de processo civilizador, apresenta-se no indivíduo. Segundo Norbert Elias (1993, 1994), o autocontrole não é um atributo natural. Trata-se de um processo histórico de internalização das condutas sociais adequadas. Assim, a modulação dos impulsos está associada à construção dos sentimentos de embaraço, vergonha e culpa.

A autora supracitada recorre à imagem difundida por Geertz na ‘Interpretação das Culturas’ ao salientar que as tentativas de localizar o homem na cultura seguem uma mesma “estratégia intelectual”, nomeada por “concepção estratigráfica”. O homem seria formado por “níveis” sobrepostos, tal como a imagem de uma cebola. Cada camada é “completa e irredutível em si mesma”, facilitando a divisão da compreensão humana entre as disciplinas científicas. O estudo desses “níveis” de forma isolada dificulta uma análise sintética que incorpore os diversos aspectos da experiência humana (GEERTZ, 1978, p. 47-53).

Geertz (1978) critica a compreensão da cultura como uma camada depositada sobre uma natureza humana constante. Defende a cultura como orientadora da própria evolução do ser humano, por exemplo; o aperfeiçoamento de ferramentas, a organização familiar e o uso crescente de sistemas simbólicos criaram um ambiente ao qual o homem teve de se adaptar.

A “concepção estratigráfica” do homem está presente nos manuais de autoajuda. Quanto mais superficial for a camada, menor será seu grau de resistência à mudança. Assim, os conteúdos inconscientes adquiridos na infância, postulados como mais profundos, parecem resistir à transformação (SALEM, 1992).

Responsabilidade individual e internalidade são categorias centrais neste tipo de obra. Cabe ao indivíduo procurar dentro de si, especificamente em sua mente, a cura para as perturbações. A partir da leitura de Norwood (2010) depreende-se uma divisão da mente em

consciente e inconsciente. Tal separação permite localizar o mal em uma de suas partes. A outra, estando preservada, pode ser acionada para a cura (SALEM, 1992).

[...] Assim é que “passado”, “infância”, “inconsciente” apresentam-se na literatura como termos quase que perfeitamente intercambiáveis, e impõem-se o consenso de que a qualidade mais grave desses conteúdos mentais reside no fato de *não serem geridos pela escolha, pela vontade*. [...] (SALEM, 1992, p.17, grifo do autor).

Uma característica relevante dos manuais de autoajuda é a busca pelo compromisso com a cientificidade, uma forma de legitimação. Seus autores geralmente asseguram o sucesso do método citando sua vasta experiência profissional, além da comprovação em sua vivência pessoal e/ou de familiares (SALEM, 1992).

Norwood (2010) enfatiza sua experiência profissional como psicóloga de familiares de alcóolatrás (coalcóolatrás) e ao dar relevo a sua vivência como “mulher que ama demais” a autora se posiciona como *‘insider’*, o que confere propriedade e tom intimista ao texto.

A formulação do MADA via livro de autoajuda traz um peculiar entrelace das categorias ética e nativa, exemplificado através do duplo posicionamento de Norwood (2010) acima descrito. O livro constrói o que é uma MADA e incentiva a formulação dos grupos, porém não define sua organização, adaptada dos Alcolólicos Anônimos (AA). Os dados sobre o funcionamento do MADA foram coletados por meio do site oficial<sup>7</sup>.

O compartilhamento das experiências em “amar demais” é o ponto chave da metodologia proposta pelo MADA. O grupo funda-se na valorização da experiência das participantes. A identificação com a vivência da “companheira” possibilita o que denominam por “terapia de espelhos” e a rejeição de “conselhos” e “interpretações psicológicas” demonstra a preocupação em manter a simetria do grupo.

Atualmente verifica-se o interesse do campo acadêmico pela problemática do “amar demais”. Sophia, Tavares e Zilberman (2007) discutem o tema e propõem a formulação do ‘amor patológico’ como uma categoria diagnóstica e seu respectivo tratamento. Contudo, Reynaud *et. al.* (2010, p. 261) aponta a ausência de subsídios científicos para tal tipo de nomenclatura diagnóstica e se preocupa com a possibilidade de medicalização da paixão amorosa, um “estado humano universal e necessário”. Parens (2013) questiona o modo como experiências que fazem parte da vida, por exemplo a tristeza e a timidez, podem ser abordadas pelo conhecimento médico. O autor então discorre sobre as fronteiras do que define a

---

<sup>7</sup> GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em: < <http://www.grupomada.com.br/> > Acesso em: 23 jan. 2013.

medicalização como boa ou má. O debate entre os autores aqui exposto revela a tensão do campo.

Geertz (2000, p.87) demonstra a diferença entre a formulação nativa e a linguagem do especialista. “‘Amor’ é um conceito de experiência-próxima; ‘catexia em um objeto’ de experiência-distante.”. A primeira é quando o informante utiliza espontaneamente seus próprios termos para falar sobre a sua experiência. Já a segunda é a linguagem do especialista, o que pode vir a constituir uma categoria ética. Não se trata de uma ser melhor que a outra. Ficar preso à “experiência próxima” deixaria o etnógrafo envolvido em inúmeras minúcias e expressões nativas, por outro lado, se prender à “experiência distante” levaria a abstrações. Sendo assim, numa análise antropológica ambas são importantes.

O etnógrafo só é capaz de apreender ‘através do que’ o nativo percebe. É necessário que o pesquisador deixe de lado suas próprias concepções para entender as concepções nativas. Na “experiência próxima” a pessoa não reconhece que aquilo que diz envolve conceitos, “as ideias e as realidades que elas representam estão naturalmente e indissolúvelmente unidas”. Sendo assim, a tarefa do antropólogo é revelar “por que meios” as pessoas vivem sem que elas mesmas se deem conta totalmente disto (GEERTZ, 2000, p.89).

### **Considerações sobre a antropologia das emoções**

Nas sociedades modernas ocidentais, as emoções são consideradas fenômenos naturais e universais, isto é, seriam inerentes à espécie humana e invariáveis tanto em relação ao tempo e espaço, quanto ao meio social. A antropologia das emoções questiona essa compreensão que anula o impacto da cultura. Os sentimentos seriam representações de uma dada sociedade e sua expressão está submetida às regras que regem as interações sociais. A aparente espontaneidade desses sentimentos resulta de regras menos explícitas para manifestação das emoções (REZENDE e COELHO, 2010). A capacidade de autocontrole desenvolvida ao longo do processo civilizatório demonstra a adequação da expressão dos afetos aos contextos sociais (ELIAS, 1993).

A relação entre razão e emoção é tributária da dicotomia mente e corpo. As emoções estão para o corpo assim como a razão está para a mente. Não por acaso, a regulação das emoções é frequentemente associada à produção de hormônios e ao funcionamento das

estruturas neuronais, explicação que reforça uma leitura essencialista<sup>8</sup>. Por independermos da vontade do sujeito, as emoções são entendidas como perigosas. Historicamente as mulheres estão mais associadas às emoções do que os homens, o que lhes confere um caráter de instabilidade. Se no âmbito profissional as emoções são vistas como fraqueza, em outros, como o familiar, são positivadas e a mulher é vista como naturalmente acolhedora e cuidadora.

As ciências sociais questionam a análise que naturaliza a relação entre as emoções e o corpo, ressaltando que a ciência não é neutra, pelo contrário, é pautada por contextos históricos específicos (REZENDE e COELHO, 2010).

Outro ponto a ser destacado é a atribuição das emoções à singularidade psicológica dos sujeitos que, assim, não seriam submetidas aos condicionamentos socioculturais. Os sentimentos teriam origem no foro íntimo de cada indivíduo, influenciados pela sua trajetória de vida particular (REZENDE e COELHO, 2010).

Mauss (1981) ao analisar o ritual oral dos cultos funerários australianos conclui que o choro e outras expressões como gritos, discursos e cânticos não são apenas fenômenos psicológicos ou fisiológicos, mas sim fenômenos sociais, marcados pela ausência de espontaneidade. As cerimônias funerárias são públicas e bastante regulamentadas. Nestas, a expressão dos sentimentos não é comum para todos os parentes, sinalizando seu caráter obrigatório. Contudo, o convencionalismo não impede que os sentimentos sejam sinceros e intensos. Os gestos presentes no funeral formam uma linguagem compartilhada por aquele grupo, demonstrando sua qualidade coletiva e simbólica. Desta forma, o autor legitima a experiência emocional como histórica, social e culturalmente configurada, argumento da antropologia das emoções.

No que tange à expressão do sentimento amoroso, Viveiros de Castro e Benzaquen de Araújo (1977) empreendem uma análise antropológica da noção de amor na tradição cultural do ocidente moderno a partir da obra 'Romeu e Julieta' de Shakespeare. Consideram que esta peça constitui-se em um marco por apresentar uma nova relação entre indivíduo e sociedade. A identidade do indivíduo não está mais subordinada aos laços sociais. Como aponta a interpretação dumontiana, o indivíduo é o valor central da concepção de mundo moderna<sup>9</sup>, sujeito autônomo que prima pela igualdade e liberdade.

---

<sup>8</sup> Tais como demonstraram Emily Martin (2006) e Fabíola Rohden (2001) em seus respectivos estudos sobre medicalização do corpo feminino.

<sup>9</sup> Ao individualismo moderno, Dumont (1992) opõe o holismo da sociedade indiana, organizada pelo princípio da hierarquia, na qual os seres humanos são determinados socialmente.

‘Romeu e Julieta’ apresenta a primazia da dimensão interna sobre a externa ou social. O ser psicológico tem autonomia para se guiar pelas suas próprias leis. Desta forma, a obra enfatiza o foro íntimo dos personagens, cujas ações não são regidas pelas regras sociais. A rivalidade entre as famílias de Romeu e Julieta é suplantada pelo sentimento individual. A peça revela, portanto, a oposição entre um “eu” individual (sede de sentimentos e emoções) e um “eu” social (conjunto de direitos e deveres).

O indivíduo moderno possui livre escolha, enquanto que nas sociedades tradicionais as relações eram prescritas de acordo com os grupos e posições sociais. Para estar um com o outro, Romeu e Julieta devem perder suas identidades sociais. O sobrenome nada diz da essência (dimensão interna). Essa separação com a família de origem interrompe o casamento por aliança, no qual Julieta seria uma peça conforme os interesses do pai para fechar o acordo de aliança entre famílias. “[...] Recusando-se a ser instrumento, Julieta torna-se sujeito: indivíduo escapando da ‘sociologia da aliança’ para a ‘psicologia do amor’ [...]”. Surge um novo modelo de família, baseado no sentimento (VIVEIROS DE CASTRO e BENZAQUEN DE ARAÚJO, 1977, p. 152).

Para Russo (1997, p.16), a ênfase na experiência subjetiva trazida pelo romantismo vem como uma resposta à razão iluminista. O romantismo introduz a “*uniqueness*”<sup>10</sup> em contraponto à igualdade. Cada indivíduo é singular, logo incomparável. A liberdade passa a habitar o mundo interior através de um eu misterioso que não se deixa enquadrar nem interpretar facilmente. O amor moderno pressupõe a união entre duas singularidades idiossincráticas. Julieta apaixona-se pelos encantos de Romeu. O amor aparece como irracional por ser capaz de superar as divisões sociais.

A noção do amor como escolha individual mediada pelo afeto<sup>11</sup> é central para o propósito deste estudo. O desafio da leitura antropológica do sentimento consiste em demonstrar sua regulação social, isto é, as manifestações sentimentais não dizem apenas do encontro entre dois indivíduos psicológicos, elas possuem significados socialmente prescritos.

A presente dissertação aposta que o trabalho de campo qualitativo possa elucidar os significados atribuídos ao “amar demais” pelas participantes do MADA; discutir de que forma o discurso especialista (psicológico e psiquiátrico) é incorporado pelo discurso nativo e vice-

---

<sup>10</sup> Sobre a diferença entre “*singleness*” e “*uniqueness*” ver em Simmel (1971).

<sup>11</sup> Tomado como modelo essencial da conjugalidade, nem sempre é o amor que dita a formação das parcerias. O casamento por interesse, no qual a situação social de um dos cônjuges é muito superior a do outro pode servir como razão suficiente, embora socialmente menosprezada para a união. Mais à frente, um depoimento será ilustrativo da permanência das uniões nas quais o interesse prevalece sobre o encontro amoroso.

versa; e ponderar algumas implicações da formulação do “amor patológico” como diagnóstico via o conceito de medicalização.

### **Entrada em campo**

A aproximação com o universo das “mulheres que amam demais” se deu primeiramente por meio do site oficial do grupo que disponibiliza os endereços e horários das reuniões desta “irmandade” na cidade do Rio de Janeiro<sup>12</sup>. A “sala” da Tijuca foi escolhida de modo aleatório para entrada no campo. Como estratégia de abordagem das participantes elaborou-se um cartão de visita com os seguintes dizeres: “Meu nome é Mônica Peixoto e estou realizando um trabalho sobre o MADA. Caso tenha interesse em colaborar, por favor, entre em contato. [Dados de celular e e-mail] Desde já agradeço pela atenção. Grande abraço!”<sup>13</sup>.

Dado o claro recorte de gênero do MADA, ser mulher foi uma condição imprescindível para a entrada no campo. Fui recepcionada como uma possível nova integrante. Desta forma, o cartão de visita cumpriu o papel de esclarecer minha posição de pesquisadora.

As integrantes indagaram sobre minha formação acadêmica e a instituição de ensino à qual estou filiada. A credibilidade da UERJ produziu uma confiança no trabalho e ser psicóloga foi um imenso facilitador. Tal fato também pode ter influenciado na produção de falas mais íntimas e de forte cunho emocional, uma vez que as participantes estavam diante de uma profissional que tem por ética o sigilo, uma garantia de que a dimensão do anonimato seria resguardada. Como consequência, as entrevistas foram longas e por vezes exigiram acolhimento emocional.

A literatura do MADA possui forte cunho psicológico e as participantes em sua maioria tiveram experiência em psicoterapia. O fato de existir uma “profissional da saúde” interessada em elaborar uma dissertação sobre o “amar demais” foi bem visto pelo grupo, uma vez que o proselitismo integra a estratégia da “irmandade”. Creio que a receptividade das integrantes foi produzida por esses fatores. Nesta ocasião obtive a informação de que na

---

<sup>12</sup>As reuniões são sediadas nos seguintes bairros: Andaraí, Barra, Centro, Flamengo, Leblon, Praça Seca, Taquara e Tijuca.

<sup>13</sup>Apenas duas integrantes entraram em contato através dos meios disponibilizados no cartão, mas não se transformaram em participantes da pesquisa.

última semana de cada mês as reuniões são abertas aos profissionais interessados, geralmente psicólogos e médicos.

Durante dois meses assisti às reuniões abertas das “salas” de MADA dos seguintes bairros: Tijuca, Andaraí, Flamengo, Leblon, Central do Brasil, Praça Seca e Barra da Tijuca, totalizando 28 horas de observação. Fui aceita somente como espectadora; a fala não me seria concedida, como fui alertada, por isso utilizo propositalmente o verbo ‘assistir’ ao invés de ‘participar’. O grupo aciona mecanismos para minimizar as interferências externas.

Os momentos de entrada, intervalo e saída da reunião são de sociabilidade entre as participantes, nos quais pude me aproximar com maior facilidade. Abordei individualmente cada membro através da entrega do cartão de visita acompanhada de uma breve apresentação da pesquisa<sup>14</sup>. Enfatizei a garantia da preservação do anonimato e a necessidade do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A). O contato telefônico das interessadas foi solicitado para posterior agendamento da entrevista.

No início de cada encontro a coordenadora avisava às demais da presença de uma “profissional da saúde”, tal apresentação marca a relevância conferida pelo grupo aos saberes psicológico e médico. Assim, quem não ficasse à vontade diante de uma não-membro poderia optar por não compartilhar sua experiência naquele dia. Mesmo não tendo sido verbalizado, pude perceber incômodo em algumas integrantes. Contudo, a receptividade foi positiva. Aos poucos me tornei conhecida nas salas por intermédio das “figurinhas repetidas”, participantes que frequentam mais de uma sala por semana.

A regra do anonimato era constantemente lembrada: “Quem você vê aqui, o que você ouve aqui, ao sair daqui, deixe que fique aqui.”. Era preciso reafirmar que apenas os dados colhidos nas entrevistas seriam usados. Devido a esta condição imposta pelo próprio campo, o material observacional de rico valor etnográfico teve de ser descartado para confecção do presente trabalho.

A pesquisa englobou um total de dezesseis entrevistas realizadas no segundo semestre de 2012, marcadas via contato telefônico. Optou-se por seguir data, hora e local sugeridos pelas entrevistadas na medida em que fossem compatíveis com a disponibilidade da pesquisadora. As participantes mostraram-se empenhadas em colaborar e as ocasionais dificuldades de agendamento envolveram compromissos de trabalho.

As entrevistas foram avaliadas pelas nativas como uma experiência positiva, por ser mais um espaço de reflexão sobre o “amar demais”. Algumas participantes ficaram surpresas

---

<sup>14</sup> O projeto de pesquisa de título: “‘Amar demais’: um estudo qualitativo sobre gênero e amor”, da pesquisadora responsável Mônica Monteiro Peixoto, foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro de acordo com o parecer nº 91.651.

com as memórias suscitadas durante o encontro. Ficou evidente a importância concedida à fala e, por estar aberta a escutar, passei a ser recomendada pelas que já haviam sido entrevistadas às demais integrantes do grupo.

O termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A) foi apresentado no início de cada entrevista. Nenhuma dúvida foi mencionada quanto ao texto. Uma participante autorizou a anotação, mas não a gravação da entrevista. Seu pedido foi acolhido. Acrescentou-se um adendo no documento com tal ressalva. Sobre a troca dos nomes na transcrição do material, duas entrevistadas optaram por escolher seus pseudônimos para se reconhecerem mais facilmente nos textos produzidos<sup>15</sup>.

A grande maioria das entrevistas foi realizada em locais públicos, o que não pareceu inibir as participantes. Contudo, ao falar termos que remetiam à sexualidade, conteúdo ilícito, ou que expusesse a intimidade em maior grau, elas diminuam o tom de voz. O tempo médio das entrevistas foi de uma hora e trinta minutos, *vide* quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Duração das entrevistas

Participante	Duração aproximada da entrevista
Beatriz	01 h e 06 min
Betânia	01 h e 33 min
Bianca	01 h e 11 min
Brenda	01 h
Débora	01 h e 36 min
Doralice	45 min
Júlia	01 h e 23 min
Laura	01 h e 50 min
Lorena	01 h e 17 min
Luiza	53 min
Madu*	01 h e 17 min
Magali*	41 min
Natália	01 h e 58 min
Noêmia	47 min
Olívia	02 horas
Raquel	03 h e 56 min

Roberto Da Matta (1978, p. 24-27) diferencia as três fases de uma etnografia: “teórico conceitual”<sup>16</sup> que seria a preparação para o campo através de leituras e antecipações mentais do que se pode aguardar dos nativos; “período prático” que são as medidas burocráticas que devem ser tomadas antes da entrada em campo, um exemplo da pesquisa do autor em uma

<sup>15</sup> As participantes serão identificadas com um asterisco.

<sup>16</sup> No que tange à fase “teórico conceitual” exposta por Da Matta (1978), acredito que a etnografia virtual realizada do “Blog da Mulher” (Disponível em: <<http://www.blogdamulher.com/2008/06/28/mulheres-que-amam-demais/comment-page-1/#comments>> Acesso em 09/04/2012) para compor o projeto de qualificação desta dissertação ajudou na minha preparação para as narrativas empreendidas pelo campo presencial. A referida etnografia consistiu na análise da postagem de título “Mulheres que amam demais” e seus respectivos comentários realizados por meio de um espaço de livre escrita disponibilizado pelo blog que, assim, promove a interação entre as usuárias.

tribo indígena seria o planejamento da quantidade de comida e dos remédios necessários; e “pessoal ou existencial” na qual estamos de fato em campo, nossos conhecimentos teóricos e práticos se misturam, e é na interação com os nativos que o etnógrafo se percebe entre sua própria cultura e a cultura do outro. A antropologia realiza “uma ponte entre dois universos” e o instrumento que utiliza para tal é a “mediação” que se faz “de modo artesanal e paciente, dependendo essencialmente de humores, temperamentos, fobias e todos os outros ingredientes de pessoas e do contato humano”.

O campo foi um exercício de flexibilidade. Alguns grupos apresentavam-se arredios enquanto outros buscavam o meu convívio, como quando fui convidada para a comemoração do aniversário de uma “sala”<sup>17</sup>. As emoções produzidas pela entrevista demandaram acolhimento. Neste sentido, minha formação em psicologia foi um aspecto favorável. Ajustes em relação às interferências do local, como barulho excessivo e pessoas ao redor que poderiam escutar a conversa, também foram necessários. Procurei atender aos pedidos com o intuito de tornar o ambiente o mais agradável possível. O tempo da entrevista foi manejado de acordo com o grau de desconforto ou de pressa exibido pela participante. Contudo, na maioria dos casos a oportunidade de um tempo estendido de fala foi condição para a cooperação com a pesquisa. A diferença de capital cultural entre as informantes exigiu uma adequação de linguagem, possibilitando melhor assimilação do conteúdo das perguntas.

Herdeiro das ideias Bourdieu (2008) sobre capital cultural, Boltanski (1989) assinala a existência de uma aprendizagem cultural da percepção, identificação e expressão das sensações mórbidas. Depreende que as classes superiores possuem maior refinamento na seleção das sensações corporais e capacidade de verbalizá-las, descrevendo-as de forma minuciosa (tradução em sintomas); já as classes populares apresentam descrições vagas e confusas de suas sensações corporais.

Da Matta (1978, p.30) sinaliza que a antropologia sempre se voltou para o estudo do exótico através de dois movimentos: o da transformação do exótico em familiar e do familiar em exótico. Os primeiros estudos se voltavam para culturas distintas, proporcionando uma distância cultural e geográfica entre os nativos e o pesquisador. A apreensão do exótico se dava, primordialmente, pela via intelectual. O estudo do familiar, mais recente no universo da antropologia, envolve um necessário estranhamento do que se considera habitual. Despir-se da sua visão corrente para transformar o familiar em exótico implica “[...] um desligamento

---

<sup>17</sup> Tempo que a “sala” se mantém em funcionamento. Nesta ocasião pude assistir à palestra de um psicólogo que interpretou o “amar demais” por meio da análise transacional, o que reforça a valorização nativa dos conhecimentos ‘psi’.

emocional, já que a familiaridade do costume não foi obtida via intelecto, mas via coerção socializadora e, assim, veio do estômago para a cabeça.”.

Velho (1978, p.40) aprofunda a reflexão iniciada por Da Matta (1978). Estar em proximidade geográfica, compartilhar a mesma língua e pertencer à mesma sociedade não necessariamente significa conhecer. A familiaridade não é homogênea. Dispomos de um “mapa que nos familiarizaria com os cenários e situações sociais do nosso cotidiano, dando nome, lugar e posição aos indivíduos”, ou seja, possuímos um esquema que nos organiza, mas “não significa que conhecemos o ponto de vista e a visão de mundo dos diferentes atores em uma situação social nem as regras que estão por trás dessas interações”. É tarefa do pesquisador levar em conta seu pertencimento a uma classe social, seus estereótipos, costumes e rotina que influenciam seu olhar. Ao relativizar sua própria posição social é possível se transportar para o lugar do outro.

Velho (1978) aponta que o objeto de estudo é sempre filtrado pelo ponto de vista do observador e isto acontece quer estejamos estudando o exótico ou o familiar. Sendo assim, existe um componente subjetivo que deve ser admitido e incorporado à pesquisa. Geertz (2000) conclui que o trabalho do antropólogo é uma interpretação (versão) e não uma explicação.

Recorrendo às reflexões de Velho (1978), Heilborn (2004, p.70) pontua que em grupos minoritários e via deslocamento na hierarquia social é possível ser estrangeiro na própria sociedade. Há uma “lógica simbólica específica de um grupo que o torna característico perante os demais”, apesar dos segmentos compartilharem, em alguma medida, valores comuns.

A pesquisa se mostrou um exercício constante de estranhamento para que assim o universo das “mulheres que amam demais” pudesse ser descrito. A partir da narrativa das informantes depreende-se o campo semântico particular do grupo pesquisado, incorporado no apêndice B, com o intuito de não sobrecarregar o texto com múltiplas citações. Como afirma Brenda: “*Não sei se é gíria ou é um linguajar nosso.*”. Algumas expressões são características do MADA e outras são comuns aos grupos de ajuda mútua, o que facilita o trânsito das participantes em outras “irmandades”.

## Repercussões da presença do pesquisador no campo

Ciente de que a presença do pesquisador produz ressonâncias, procurei me abster das situações em que um saber psicológico profissional pudesse ser convocado<sup>18</sup> e reforcei, sempre que possível, o meu interesse por elucidar as dimensões envolvidas no “amar demais” partindo do ponto de vista de quem o vivencia. Pretendia minimizar a assimetria entre pesquisador-pesquisado. Todavia, é necessário considerar que o fato de ser psicóloga possa ter influenciado na produção de falas elogiosas ou críticas ao atendimento psicológico. Possuir conhecimento psicológico também funcionou como garantia de que a pesquisadora teria o interesse para escutar as histórias e o recurso teórico necessário para compreendê-las, como ilustra a narrativa de Betânia: “*É, você entende tudo do comportamento adicto, um pouquinho, assim, do comportamento que vicia. [...]*”.

As pesquisas sociais realizam um diagnóstico da situação, entretanto não desenvolvem a terapêutica para as questões levantadas. Tendo em vista o discurso nativo influenciado pelos saberes ‘psi’<sup>19</sup>, havia uma expectativa entre as participantes por uma terapêutica para o “amar demais”. Desta forma, houve dificuldade em compreender os propósitos socioantropológicos da pesquisa. Como exemplo, em mais de uma ocasião fui classificada como “psicóloga se especializando em ‘amar demais’”.

A entrevista pareceu funcionar como uma espécie de espaço complementar de fala, já que nas “salas” de MADA o tempo para depoimento é de apenas cinco minutos, considerado curto e, por vezes, insuficiente pelas nativas. Tratava-se ainda de uma situação onde há uma escuta privilegiada:

Mônica: “*Raquel, eu vou fazer a última pergunta, porque eu acho que eu já tomei muito do seu tempo.*”

Raquel: “*Não, eu gosto de falar, porque é um assunto que eu não posso falar com os outros, você entende, Mônica? Com quem eu vou falar isso?*”

O roteiro da entrevista semiestruturada (apêndice C) foi formulado de modo que as perguntas evitassem o direcionamento da resposta. A oportunidade de falar sem

<sup>18</sup> Mesmo diferenciando o papel de pesquisadora, estava ciente do meu compromisso ético enquanto psicóloga de recomendar acompanhamento especializado, caso julgasse necessário. Precisei agir segundo tal conduta com uma entrevistada que apresentava quadro de automutilação e frequentes tentativas de suicídio. Contudo, ela informou que aguardava atendimento com psiquiatra pelo sistema único de saúde e já estava em acompanhamento psicológico.

<sup>19</sup> Jane Russo (2002) analisa as especificidades da entrada da psiquiatria, psicologia e psicanálise no campo brasileiro e destaca o espraiamento da busca pela psicoterapia nas camadas sociais. A procura dos saberes ‘psi’ para a terapêutica do “amar demais” será explorada no segundo capítulo.

constrangimentos pelo entrevistador foi ressaltada por Brenda como um ponto positivo em relação às entrevistas concedidas à mídia. Esta tenderia a direcionar o relato para conteúdos mais dramáticos, como agressões físicas e cenas exageradas de ciúme, o que ajudaria a compor um estereótipo da MADA. Ter participado de entrevistas anteriores fez com que algumas participantes apresentassem um discurso bastante estruturado, que pôde ser desconstruído na medida em que não havia um roteiro rígido. “*É, geralmente eu conto só essa história dessa relação destrutiva que eu estava do MADA e acabei abrindo um pouco mais para você, contando dos filhos, do relacionamento, do casamento. É muita coisa.*” Beatriz

A flexibilidade da entrevista facilitou a exposição da intimidade, por sua vez salvaguardada através da garantia do anonimato. Mesmo assim, a participante Madu\* se arrependeu do grau de detalhamento com que narrou a própria vivência e por ter apresentado a história de vida da mãe, já que um dos preceitos do MADA é falar apenas de si. Apesar de saber que poderia retirar seu consentimento a qualquer tempo, Madu\* quis manter sua participação na pesquisa. Ela solicitou que a entrevista anterior tivesse seus registros apagados e propôs que nova entrevista fosse feita. Seu pedido foi aceito. Tal situação demonstra as sutilezas de uma pesquisa que envolve assuntos de ordem privada<sup>20</sup>.

O campo se mostrou uma verdadeira via de mão dupla no que tange ao inquérito da privacidade. Aspectos da intimidade da pesquisadora foram questionados em razão da sua motivação em pesquisar o “amar demais”. Tornou-se evidente que para as nativas uma mulher que se interessa por tal tema é no fundo uma MADA. Inclusive foi sugerido que, caso viesse a me identificar, frequentasse uma das “salas” não mais como pesquisadora e sim como MADA. A fala a seguir explicita esta questão:

*“[...] E o que eu queria entender era de que forma isso tinha casado com a sua experiência pessoal. Era só isso. Saber se você tinha se identificado. É, porque existe uma pesquisadora, uma psicóloga que está fazendo mestrado, existe, mas existe uma mulher, a Mônica, que tem a história dos amores dela, da infância dela, e que entra lá e viu um monte de mulher lá falando um monte de coisa, assim, você participou de reuniões, que eu tive a oportunidade de estar lá, muito ricas.”* Laura

Geertz (2000, p.106) aponta que “é possível relatar subjetividades alheias sem recorrer a pretensas capacidades extraordinárias para obliterar o próprio ego para entender os sentimentos de outros seres humanos”. Desta forma, admite que a sensibilidade do antropólogo é necessária, inclusive, para que o nativo se disponha a conversar, e discorda da suposta neutralidade científica.

<sup>20</sup> Justamente por se tratar de um tema de ordem íntima, chama atenção a disponibilidade de fala das participantes, como pode ser verificado pelo tempo médio das entrevistas (vide quadro 1).

Esta situação também pode ser remetida a outra questão proposta por Geertz (2001): com base em que o pesquisador espera que os informantes o aceitem e o ajudem? A narrativa de Raquel ilustra esta consideração: “[...]  *você só quer chegar à conclusão de como são as mulheres que amam demais, ou você vai ter essa coisa assim de querer se envolver em alguma necessidade do MADA? [...]*”.

O autor responde que a única moeda que temos a oferecer somos nós mesmos. Tornamo-nos pessoalmente valiosos aos nossos informantes, ou seja, gera-se empatia. Nesse sentido, pode-se compreender a via de mão dupla entre pesquisadora e nativas acima relatada. Geertz (2001, p.40) nos adverte que existe uma assimetria presente no trabalho de campo. Há uma espécie de acordo implícito, por ele denominado de “ficções parciais”, que possibilita e mantém a relação entre pesquisador e informante. O primeiro se ancora no valor dos dados coletados, enquanto o segundo espera uma série de ganhos secundários. Sendo assim, a esperada contrapartida do pesquisador apareceu de diversas formas: na sugestão de que me voluntariasse como psicóloga da organização não governamental (ONG) que sedia a “sala” da Central do Brasil; na possibilidade de oferta de uma palestra com os resultados da pesquisa; na contribuição com a organização de mais salas de MADA; ou simplesmente através do tempo de escuta dedicado nas entrevistas.

## 1 O QUE É SER MADA?

O conjunto entrevistado é composto por dezesseis mulheres que frequentam o grupo MADA e se voluntariaram para a pesquisa. Ele se caracteriza por uma acentuada heterogeneidade, não sendo possível falar de um perfil social específico de mulheres que buscam o grupo de ajuda mútua. Descrevo assim, em linhas gerais, as características sociodemográficas das informantes. Elas possuem entre 23 e 60 anos e metade delas se concentra na faixa de 40 a 50. Grande parte das entrevistadas reside na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, seguido pelo um terço morador da zona oeste. Em geral, frequenta-se a “sala” próxima à residência. Quanto à escolaridade, um terço das entrevistadas possui pós-graduação, englobado pela metade do conjunto que apresenta nível superior completo. Outro terço das participantes tem ensino médio concluído. Contudo, uma entrevistada apresenta nível médio incompleto. Portanto, o nível de escolaridade do conjunto pesquisado é bastante elevado comparado ao perfil brasileiro. A maioria relata atividade profissional, frequentemente ligada à prestação de serviços. Uma enorme variedade de profissões agrega nesse conjunto desde uma engenheira até uma faxineira. A renda média de R\$ 2.740,00 não reflete as profundas distinções quanto ao nível econômico e inserção de classe. Cerca de metade das participantes possui rendimento superior a cinco salários mínimos<sup>21</sup> mensais, enquanto um terço dispõe de receita inferior ou igual a um salário mínimo.

Verificou-se uma associação entre renda, capital cultural e faixa etária. As participantes com idade entre 40 e 50 anos concentraram os melhores salários, nível educacional e postos de trabalho. Já as entrevistadas na faixa dos 20 anos agrupam as menores rendas, formação acadêmica e, conseqüentemente, cargos profissionais também inferiores. Esta diferença de perfil social certamente produz experiências distintas em “amar demais”, ponto aprofundado no terceiro capítulo. As conclusões deste trabalho refletem melhor a realidade das mulheres na faixa dos 40 anos por comporem metade do conjunto pesquisado. O quadro 2 na próxima página permite a visualização da condição social de cada entrevistada.

---

<sup>21</sup> O valor do salário mínimo no ano de 2012 foi de R\$622,00.

Quadro 2- Situação social das entrevistadas

Nome	Idade	Escolaridade	Profissão	Moradia	Renda
Beatriz	60	Ensino Médio completo	Do lar	Barra da Tijuca	R\$5.000,00
Betânia	35	Superior Incompleto	Auxiliar Administrativa	Estácio	02 salários mínimos (R\$1.244,00)
Bianca	34	Pós-graduação	Fisioterapeuta	Padre Miguel	R\$2.000,00
Brenda	28	Ensino superior incompleto	Estagiária de Recursos Humanos	Praça da Bandeira	R\$500,00
Débora	48	Superior Completo	Consultora de Marketing	Copacabana	Nenhuma
Doralice	40	Superior Completo	Publicitária Gerente de Marketing	Praça Seca	Em licença médica 01 Salário mínimo (R\$622,00) Renda habitual de R\$1.500,00
Júlia	29	Ensino Médio Completo	Tele Operadora	Ramos	01 salário mínimo (R\$622,00) Bolsa Família (Não informou o valor)
Laura	41	Pós-Graduação	Engenheira Química	Laranjeiras	10 salários mínimos (R\$6.220,00)
Lorena	23	Ensino Médio Incompleto	Estudante e Faxineira	Padre Miguel	R\$400,00
Luiza	45	Pós-Graduação	Professora	Andaraí	04 salários mínimos (R\$ 2.488,00)
Madu*	25	Ensino Médio Completo	Maquiadora	Bangu	Nenhuma.
Magali*	50	Pós-Graduação	Não quis informar	Tijuca	10 salários mínimos (R\$6.220,00)
Natália	50	Superior Completo	Estilista	Leblon	R\$5.000,00 a R\$7.000,00
Noêmia	49	Ensino Médio completo	Do lar	Méier	R\$3.500,00
Olívia	43	Pós-Graduação	Professora	Méier	R\$4.000,00
Raquel	44	Ensino Médio Completo	Comerciária	Méier	R\$5.000,00

As nativas apontam que o “amar demais” independe de nível cultural, intelectual e financeiro, razão pela qual os grupos são bastante heterogêneos. Magali\* afirma: “*Então, eu fico assim: como que eu, uma pessoa com estudo, com pós-graduação, com estabilidade financeira, um emprego muito bom, uma família estruturada... Eu me fiz de empregada. Eu que pagava tudo. Eu não sei como que eu fiz isso, mas fiz.*”. O conjunto entrevistado reflete grande diversidade de capital cultural e educacional. Tal característica leva a uma necessária tolerância à diferença na convivência em grupo.

A unidade do grupo reside no recorte sexo-gênero, pois o MADA é restrito a mulheres, independente da orientação sexual.

*“Nós recebemos mulheres que têm como opção serem homossexuais, lésbicas, não tem problema. Homens, não. A não ser, temos casos, por exemplo, de um homem que fez a operação, hoje ele tem uma documentação de mulher, e, ele legalmente, emocionalmente, fisicamente se tornou uma mulher.”* Débora (grifo nosso)

O uso da menção ao sistema de sexo gênero, conceito cunhado por Gayle Rubin em 1975 faz-se necessário. Por não saber de imediato de que forma as mulheres que aderem ao grupo MADA elaboram suas identidade de gênero, o conceito tornava-se central. Afinal só mulheres são aceitas. Contudo, convém lembrar que na contemporaneidade a ideia de uma diferenciação estável entre sexo e gênero tornou-se alvo de grande debate no meio acadêmico feminista (OLIVEIRA, HEILBRON e ESCORCIO, 2011). Não é do meu interesse adentrar

neste debate, pois o objetivo da dissertação é descrever a partir do discurso das entrevistadas o que constitui o “amar demais” e como tal descrição esta impregnada por uma terminologia de patologização.

No que tange aos relatos de parceria, por meio do quadro 3 na página seguinte, verifica-se que metade das informantes apresentou relação duradoura (mais de dez anos) e possui filhos, em média dois. Contudo, grande parte do conjunto entrevistado responde “solteira” quando indagado sobre seu estado civil, seguido pelo um terço que se denomina como “separada”, “divorciada” ou “desquitada”. A maioria das participantes declarou estar em um relacionamento, mesmo que não expresse uma denominação definida. Um terço das entrevistadas relatou experiência com parceiro alcohólatra e/ou usuário de drogas, aspecto muito assinalado no trabalho de Norwood (2010), autora influente no MADA.

Observa-se que a maior parte das depoentes experimentou uma trajetória afetiva na qual prevalece o estado de parceria amorosa. A indefinição do estatuto do relacionamento parece indicar uma tensão entre a designação do estado civil e as vivências afetivas.

Por fim, cabe pontuar a inexistência de um entendimento consensual em torno do que seja “amar demais”; não se trata somente de relacionamentos amorosos chamados pelas informantes de “sexo-afetivo”. Pode-se “amar demais” familiares, amigos, bichos de estimação e até mesmo objetos. Enfatiza-se na alocação “amar demais” a codependência emocional e apego excessivo. As entrevistas empreendidas circunscreveram-se às relações “sexo-afetivas”.

A análise de conteúdo do material colhido procurou identificar os pontos recorrentes do discurso, elucidando assim as principais características das “mulheres que amam demais” no conjunto entrevistado<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Por vezes ao longo do texto tomo emprestada a generalização em torno da identidade “MADA” presente na narrativa das entrevistadas.

Quadro 3 – Estado civil e estatuto atual da relação

Entrevistada	Estado Civil	Histórico	Filhos	Idades
Beatriz	Casada	Casada há 41 anos. OBS.: Marido alcóolatra Relação extraconjugal de 04 anos e meio já finalizada.	03	36; 38; 40
Betânia	Casada	Casada há 10 anos.	01	08
Bianca	Solteira	Namoro de 01 ano e 06 meses já finalizado em que chegou a ficar noiva. Namoro atual de 05 anos. OBS.: Namorado alcóolatra	---	---
Brenda	Solteira	Morou junto por 03 anos. OBS.: Ex-namorado alcóolatra e usuário de drogas. Atualmente namora.	---	---
Débora	Divorciada	Teve dois casamentos: o primeiro durou 04 anos e o segundo 16 anos. Não está em uma relação.	01	12
Doralice	Solteira	Morou junto por 04 anos. Atualmente namora.	---	---
Júlia	Separada	Foi casada por 09/10 anos. Morou junto por 02 anos e 06 meses. Atualmente tem relações sem compromisso e não monogâmicas.	03	09; 11; 13
Laura	Solteira	Sua relação mais longa durou apenas 03 meses. OBS.: Ex-namorado usuário de drogas Não está em uma relação.	---	---
Lorena	Solteira	Morou junto por 03 anos. Não namora, mas mantém relações sem compromisso com o ex-parceiro.	---	---
Luiza	Desquitada	Foi casada por 15 anos, está desquitada há 08. OBS.: Ex-Marido Alcóolatra Não está em uma relação.	02	17;22
Madu*	Solteira	Namoro de 02 anos. Não está em uma relação.	---	---
Magali*	Casada	Está em um casamento de 27 anos. OBS.: Marido Alcóolatra	---	---
Natália	Divorciada	Foi casada por 20 anos. Atualmente namora.	03	12; 18; 21
Noêmia	Separada	Foi casada por 23 anos. Não está em uma relação.	02	22; 23
Olívia	Solteira	Morou junto por 03 anos. Não está em uma relação.	---	---
Raquel	Solteira	Morou junto por 23 anos. Não namora, porém mantém relações sem compromisso com o ex-parceiro.	01	18

### 1.1 Categorias do “amar demais”

O material colhido nas entrevistas é rico em descrição de comportamentos das MADAs que se configuram como “padrões” e são denominados por “madisse”. Dois se destacam: ligar e fuxicar, apresentados pelas entrevistadas como “obsessão” ou “compulsão”. Para lidar com tais atitudes consideradas nocivas, as entrevistadas mencionam a “programação” constituída pelos doze passos (anexo A), pelas doze tradições (anexo B), e sete lemas (anexo C), todos adaptados da literatura dos alcóolicos anônimos.

### 1.1.1 “Compulsão” e “Obsessão”

A procura por indícios de traição do parceiro se apresenta como “fuxicar”. Envolve verificar ligações e mensagens para o celular dele, conferir o extrato do banco, procurar provas nas peças de roupa e até mesmo no lixo produzido pelo parceiro, comportamentos ilustrados pela narrativa de Madu\*: *“Então eu fuxicava Orkut, agenda, lixo do quarto dele, o que eu pudesse revirar... até os pensamentos dele eu investigava. Ficava questionando o que ele estava pensando, se ele estava atraído por alguém e tal. [...] Porque MADA dava para ser uma ótima detetive.”*. Redes sociais e conta de e-mail também são objetos de investigação ao terem suas senhas descobertas. Nenhum incômodo por invadir a privacidade do parceiro foi relatado. Débora, em tom bem humorado, afirma: *“Uma compulsão de celular, uma compulsão de internet. Eu acho que toda MADA deve saber que celular e internet são ferramentas do diabo [risos]”*.

Ligar insistentemente para o parceiro por não suportar a ausência de resposta foi o comportamento mais mencionado pelas participantes e responde a dois objetivos: controlar os passos do parceiro e certificar a permanência deste na relação. Essa situação é capaz de produzir inquietação e angústia profundas, e uma vez desencadeada, não se consegue parar. Portanto, é uma atitude a ser evitada. A tentativa de alterar o comportamento segue uma linha de interdição de gestos, uma forma de adestramento dos impulsos. A narrativa de Júlia exemplifica esta questão: *“Eu ligava para ele dez vezes por dia. Sabe quantas caixas de mensagem uma pessoa pode ter? Cem. Sabe como é que eu sei? Porque eu liguei as cem.”*.

*“Hoje eu vejo, Mônica, que eu tenho que evitar é a primeira ligação. É a primeira ligação que desencadeia essa crise, sabe. Hoje eu não liguei para ele, então eu vou ficar 24 horas sem ligar, porque se eu começar a ligar e ele não me atender, eu vou passar o dia inteiro ligando.” Raquel*

A falta de autocontrole aparece como um elemento chave que justifica o frequente uso dos termos “surtar” e “crise” nas narrativas. Os momentos de descontrole são marcados por escândalos, quebra de objetos, gritos, choro, agressão física ao parceiro e desorientação<sup>23</sup>. Qualquer obstáculo é facilmente vencido como salienta Júlia: *“[...] eu pulei muro atrás dele [...]”*. Posteriormente as entrevistadas avaliam que estavam “doidas”, “insanas”,

---

<sup>23</sup> “Eu surtei realmente. Eu me lembro que eu estava em Laranjeiras e eu não sabia qual era o ônibus que eu tinha que pegar para voltar para casa, eu não sabia é... eu perdi o rumo.” Natália

“enlouquecidas”, “malucas” e “loucas” e as situações às quais se expuseram consideradas “ridículas”, “humilhantes” e “vergonhosas”.

*“Para mim, hoje, o que é surtar? É o seguinte: se ele estiver com o carro aqui, parado, e eu estiver com o meu parado aqui, e eu surtar, eu destruo o carro dele com o meu carro. Se eu estiver, se na hora do meu surto ele estiver perto de mim, pode estar quem for aqui, eu vou gritar com ele, eu vou chamar ele de tudo que é nome, eu sou capaz de agredir, entendeu? Então, eu não estou curada, eu estou controlada.” Natália*

A segunda gama de comportamentos relatados como “descontrolados” é o ciúme, apontado por metade do conjunto entrevistado. Termos como “patológico”; “louco”, “doentio” e “obsessão” são frequentemente utilizados para qualificá-lo e revelam a dimensão do exagero. A narrativa contém sempre uma cena denominada por “crise” ou “piti”. Permitir que o ciúme venha a público indica um autocontrole deficitário, o que explica as situações de agressividade com o parceiro. Gregori (1993, p. 137) desenvolve a categoria ‘cena’ em seu estudo sobre o ‘SOS-Mulher de São Paulo’, serviço de atendimento a mulheres que tiveram experiência de violência conjugal. Na descrição das ‘cenas’ de briga a autora percebe um “movimento de singularização” no qual a entrevistada parte da análise genérica dos padrões da vida familiar para um detalhamento da sua situação particular. Tal procedimento narrativo foi também verificado nesta pesquisa.

Em seu trabalho sobre o casal igualitário, Heilborn (2004, p. 81) denomina por “cena conjugal” a narrativa de conflitos latentes da relação. Posições opostas são defendidas em um diálogo que se dá em tons de ironia e agressividade, cujo ápice é a visualização do término. O caráter público da cena lhe confere dramaticidade. A plateia parece impulsionar a tensão. Assim, há o desvelamento da distribuição de papéis e do vínculo de dependência e autoridade mútuas entre os parceiros. Barthes (1985, p.36 apud Gregori, 1993, p. 178) aponta que a cena não busca o entendimento e sim quem será o autor da “última palavra”, sua razão inicial se perde ao longo da discussão.

A problemática do ciúme está intimamente relacionada ao controle tanto de si quanto do outro. Há uma “cisma”, ou seja, uma pressuposição de que o parceiro é capaz das piores atitudes, nomeada de “pensamentos destrutivos”, que dificilmente são demovidos. Como Natália afirma: “[...] o cara pode falar pra você que não e você acha que sim.” Há um permanente escrutínio do parceiro, inclusive para quem ele direciona o olhar.

*“Eu estava nesse relacionamento onde eu comecei a ficar com ciúme louco, doentio dele. Então eu dava puxão no cabelo nele em lugares públicos. [...] E, aí eu comecei a ficar em estacionamento até 4, 5 horas da manhã esperando para ver com quem ele saía, cada mulher que estava do lado dele, eu pensava assim: ‘Nossa, é com essa que ele está saindo’. Se eu*

*ligava para ele e estivesse muito silêncio, eu pensava assim: 'Ele deve estar no motel com alguém'. Se estivesse muito barulho, eu pensava: 'Nossa, ele deve estar em algum local de farra, com mulheres'. Então era, assim, pensamentos só destrutivos que vinham.” Beatriz*

*“Inúmeras situações sociais em que eu cismava, ou acontecia, até hoje eu não sei direito, que ele estava olhando para outra pessoa. E, hoje, eu comecei a perceber que quem ficava olhando sou eu. Eu é que começo a achar aquela mulher linda, divina e maravilhosa num casamento, ou na praia ou no shopping e fico com medo que ele olhe para ela, e ache que ela é muito melhor do que eu e me abandone. Isso é que passa no..., que eu estou conseguindo entender que se passa no meu inconsciente que está trazendo para o consciente. Inclusive, meu terapeuta me falou assim: 'Parece que ele não vê muito essas mulheres maravilhosas que você vê, que ele não se incomoda muito com elas, quem está incomodada é você.' E eu concordei plenamente. Às vezes ele até fala assim: 'Mas quem é essa mulher que eu olhei que eu não sei? Agora eu quero saber quem é.' Aí eu fico assim: 'Nossa, mas agora eu vou mostrar?' [risos]” Magali\**

### 1.1.2 “Controle”

As entrevistadas foram unânimes ao apontar a necessidade de estar no controle como categoria central do “amar demais”. O desejo de controlar o parceiro implica não aceitar que este tenha vontade diferente, como afirma Doralice: “[...] o grande problema é que a MADA, ela quer ser muito Deus. O outro tem que fazer o que ela quer, tem que ser como ela quer, tem que se transformar no que ela quer. Ela não consegue observar que o outro tem diferenças, óbvio, entendeu.”. As MADAs se apresentam como pessoas obstinadas, o que parece indicar a expansão do controle para as demais esferas da vida. Assim, tentam impor suas intenções a despeito do outro, atitude taxada de “egocêntrica”, como ilustra a fala de Betânia: “[...] a doença do amar demais faz eu só olhar pro meu próprio umbigo. [...] Eu quero que se satisfaçam os meus desejos, mas não quer dizer que eu entenda e compreenda o outro.”. Todavia, quando se submete a esta “manipulação” o parceiro deixa de despertar interesse, sendo julgado “enfadonho”. O questionamento sobre a posição do homem cuja mulher resolve tudo por ele aponta a peculiaridade da formação do casal no “amar demais”, tópico aprofundado no terceiro capítulo.

O estudo de Heilborn (2004, p. 145-146) sinaliza como a questão do controle se apresenta na dinâmica conjugal. Os parceiros devem comunicar o que fizeram e sentiram durante o período de ausência do outro, prática denominada como “monitoramento pessoal” e “prestação de contas”. Este ritual visa a “confirmação da unidade conjugal, alimentando as suposições e expectativas da continuidade do vínculo” e revela a dimensão de constrangimento da liberdade individual. A diminuição dessas conversas é interpretada como “sinal de debilitação do vínculo” e, assim, transformada em objeto de discussão.

Há, portanto, uma espécie de “contabilidade conjugal” que pretende averiguar o fluxo de trocas entre o casal, tendo em vista o acordo de dependência mútua contido no casamento. Sua principal moeda é a “companhia”, ou seja, o tempo de dedicação ao par. As “cobranças” manifestam o não cumprimento do pacto e a assimetria entre concessões e deveres (HEILBORN, 2004, p.147-148).

A MADA deve “entregar ao poder superior” aquilo que está fora do seu domínio. Trata-se, portanto, de uma instância hierárquica capaz de frear a ilusão de controle. Não fazer “movimento” em relação ao parceiro aparece como recurso frequentemente utilizado. Quando se abstém, a MADA transfere a decisão para o “poder superior”, tópico exemplificado na narrativa de Luiza: “[...] *algumas companheiras que têm caminhada na minha frente, falavam assim pra mim: ‘Olha, isso é obra do poder superior te mostrando que ele que não serve pra você, ele é que não tem nada para te dar, né?’ Então o poder superior vai afastando.*”. Estar no controle envolve grande desgaste emocional. Todavia, abdicar desta forma de estar no mundo apresenta-se como um grande desafio. Os três primeiros passos do MADA<sup>24</sup> dizem dessa entrega ao “poder superior”, vista como necessária para abordar a questão do controle.

No conjunto entrevistado, a categoria “poder superior” é entendida como Deus. Madu\* afirma: “*O meu poder superior é um Deus que eu escolhi ser meu e esse Deus eu sempre soube que ele sabe o que é melhor para mim.*”. O grupo faz questão de pontuar que não se filia a instituições religiosas. Apesar desta ressalva, o modelo proposto pelo MADA assume uma clara inspiração religiosa. Isto parece produzir uma contenção do sofrimento dessas mulheres, como nos momentos de aflição em que recorrem às orações disponibilizadas na apostila do grupo. Assim, o braço espiritual da “programação” pode excluir as que não possuem tais crenças<sup>25</sup>.

Ao concentrar sua atenção na vida do parceiro, a MADA retira o foco de si, o que é compreendido como um mecanismo de fuga dos problemas. Colocar-se em primeiro lugar é um dos aprendizados do grupo. Pretende-se deslocar o controle do outro para o controle de si, o que envolve um processo constante de autoconhecimento e aperfeiçoamento. Brenda declara: “[...] *eu não tenho controle pelo externo, só pelo interno. Eu só posso controlar eu mesma. Eu só posso modificar a mim mesma. Fora de mim, sei lá, o mundo, o universo, eu não tenho controle, concorda? As outras pessoas eu não tenho controle.*”.

<sup>24</sup> 1º: Admitimos que éramos impotentes perante os relacionamentos e que tínhamos perdido o controle de nossas vidas; 2º: Passamos acreditar que um poder superior a nós mesmas poderia nos devolver a sanidade; 3º: Decidimos entregar nossas vidas aos cuidados de Deus, na maneira como o concebíamos.

<sup>25</sup> O roteiro de entrevista não abordou a religião das participantes. Contudo, a análise do material assinalou que tal dado ajudaria na compreensão do fundamento espiritual do MADA. Assim, a interface entre opção religiosa e o modelo proposto pelos grupos de ajuda mútua caberia como tema de futuro estudo.

A questão do “limite” foi narrada por metade das participantes. A ausência de limite próprio se apresenta também como dificuldade de impor limite não apenas ao parceiro, mas nas relações em geral. O descontrole traduzido pelo tom de exagero tem se mostrado ponto recorrente do “amar demais”. A falta de limite se manifesta em comportamentos interpretados como “invasivos” e “abusivos”. Situações onde se percebe “botando limite” são consideradas um sinal de recuperação, possibilitada pelo vínculo ao MADA.

Metade das entrevistadas apontou que o sofrimento da MADA parte da ilusão de onipotência, verificada através da busca incessante por controle. Contudo, reconhecer-se impotente perante o “amar demais” marca a procura por ajuda, possibilitando a entrada no grupo. Dar-se conta da impotência é descrito como “fundo do poço”<sup>26</sup>, limite máximo do sofrimento. O primeiro passo do MADA sintetiza esta questão: “Admitimos que éramos impotentes perante os relacionamentos e que tínhamos perdido o controle de nossas vidas.”<sup>27</sup>

A MADA acredita poder resolver sozinha os problemas afetivos. Há, portanto, uma “resistência” em se assumir MADA. A humildade necessária no movimento de pedir ajuda e admitir falhas<sup>28</sup> é incongruente com a sensação de onipotência mencionada. Reside aqui o motivo da frequente diferença de tempo entre conhecer e ingressar no grupo.

*“Eu fiz o meu primeiro passo quando eu entrei na sala da Barra, porque eu era impotente perante aquele relacionamento. Minha vida tinha se tornado ingovernável, esse era o meu primeiro passo. Essa coisa da impotência é, assim, não tem mais que lutar, é jogar a toalha mesmo e dizer: ‘Eu preciso de ajuda. Eu preciso me recuperar’.” Beatriz*

*“Para você como é que foi se assumir MADA?” Mônica “Ah, eu não gostei não. [Risos] Para te dizer a verdade... [Risos] Não é legal. Não é uma coisa boa, mas ao mesmo tempo que foi melhor pra mim assumir porque eu chego lá eu falo essa verdade que eu não consigo falar com os familiares, com os parentes, com colegas de trabalho, eu falo lá dentro e as pessoas me entendem [ênfase] e sentem a mesma coisa e me acolhem.” Magali\**

De acordo com o “livro básico” das MADAs, a “negação pode ser definida como uma recusa a reconhecer a realidade em dois níveis: no nível do que está realmente acontecendo, e no nível do sentimento. [...]” (NORWOOD, 2010, p. 161). Assim, as mulheres tenderiam a acreditar que seu problema não é tão grave como o de outras, o que retardaria a procura por ajuda, situação geralmente marcada pelo que não se consegue mais suportar. O mecanismo

<sup>26</sup> Sobre este tópico, Beatriz afirma: “[...] é uma doença progressiva e fatal. Ela atinge a área física, mental e espiritual. Foi assim que eu entrei para a irmandade. Estava assim adoecida espiritualmente, fisicamente, financeiramente, emocionalmente. Nossa! Estava no fundo do poço mesmo.[...]”.

<sup>27</sup> GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=3](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=3)> Acesso em: 24 jan. 2013.

<sup>28</sup> Ponto enfatizado no quinto passo de MADA: “Admitimos perante Deus, perante nós mesmas e outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.” GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=3](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=3)> Acesso em 23 jan. 2013.

inconsciente da negação faz com que a escolha de homens inapropriados independa de inteligência intelectual ou nível educacional.

Apesar de identificar a negação em suas vidas, o conjunto entrevistado não dá tanto destaque à característica acima mencionada. Uma possível razão é que a negação se faça mais presente em momento anterior à entrada no grupo em que as dificuldades não são assumidas enquanto tais. As participantes, em sua maioria, possuem um longo percurso no MADA, logo, já passaram pelo processo da “aceitação” necessário para aderir à “programação”.

Metade das informantes menciona a “aceitação” de si e do outro, em suas qualidades e defeitos, como uma consequência da entrada no grupo. Não ter mais de se esforçar para modificar o parceiro traz maior tranquilidade. A exigência que a MADA tem consigo é refletida na relação com o parceiro, de modo que a “aceitação” atenua a necessidade de controle.

O exercício de “aceitação” de si tem a função de elevar a autoestima ao diminuir a insatisfação consigo mesma e de atenuar a autocobrança pelos comportamentos característicos do “amar demais”, atitude sintetizada pela expressão “se perdoar”. Beatriz afirma: “[...] *o MADA me ensina isso, que eu sou a pessoa mais importante, me olhar muito na frente do espelho e dizer: ‘Eu te amo, eu te aceito’. Porque eu não quero ter os meus 60 anos, porque eu gostaria de ser mais jovem [chora][...]*”. As dificuldades enfrentadas no relacionamento são interpretadas como um aprendizado para que não se repitam. O apoio das companheiras é fundamental para suavizar a autocobrança da MADA nos momentos de “recaída”, isto é, quando retoma antigos “padrões”.

*“Aí a partir daquele livro eu comecei a entender melhor [...] Eu falei: ‘Se eu passei o que eu passei e aguentei o que eu aguentei, eu me perdoei porque eu não sabia fazer diferente, pela minha criação’ Como é que eu posso explicar? Pela minha base familiar. [...] A partir dali eu me libertei do relacionamento. Eu não quis mais aquilo pra mim.” Brenda*

A MADA apresenta uma peculiar escolha de parceiros. Tende a se envolver com quem supostamente precise ser salvo, o que se revela como forma de controle. Dois terços das entrevistadas se definiram pelas expressões “agradadora”, “boazinha”<sup>29</sup> e/ou “salvadora”.

A MADA procura ser “útil” ao parceiro e não mede esforços para agradá-lo, o que não se mostra recíproco na interação. “Passa por cima” de gostos e desejos pessoais, ignorando a si mesma para se adequar ao outro tal como um “camaleão”, contrastante à imagem impositiva de mulher controladora. Em troca espera ser amada e aceita. Ao se tornar

<sup>29</sup> O discurso da entrevistada Madu\* aponta que ser “boazinha” é algo aprendido no processo de socialização feminina.

“necessária” instiga a dependência do parceiro, em alguns casos inclusive financeira, por meio da qual pretende garantir a permanência da relação, como os trechos a seguir evidenciam: “[...] eu queria agradar, eu queria na minha doença, eu queria que ele tivesse, que ele devesse mais favor a mim, entendeu.” Júlia; “A MADA, ela não se sente segura para querer aquele homem firme, sabe, que não vai precisar dela pra nada.” Raquel.

No texto clássico “Ensaio sobre a Dádiva”, Marcel Mauss (1974) demonstra como as trocas, aparentemente voluntárias, são de fato impostas. Os laços desenvolvidos entre doador e receptor estabelecem os mecanismos da retribuição e sua obrigatoriedade. Com o intuito de reter o parceiro, a atitude “agradadora” da MADA parece promover a dívida via o excesso de dádiva.

### 1.1.3 Medo da solidão

O medo da solidão foi um aspecto levantado por metade das entrevistadas. Emendar uma relação na outra e insistir na união considerada ruim são atitudes que visam aplacar tal sensação. Sobre este aspecto Doralice afirma: “*Eu me identifico muito como um macaco, tipo que só pula de um galho para o outro, entendeu? [...] Emendo uma relação na outra, sabe.*”. Contudo, sentir-se sozinha mesmo junto ao parceiro é interpretado como um sinal de que a relação não vai bem. Indícios de falta de atenção provocam sentimento de “abandono”. O acúmulo de relacionamentos ruins leva à preferência por estar só, forma de prevenir sofrimento e de se dedicar aos objetivos de vida pessoais. Aprender a lidar com a solidão, sem entrar em “desespero”, aparece como um dos propósitos do grupo.

*“[...] eu estou escolhendo ficar sozinha, porque eu não estou mais querendo sentir essa dor de novo, entendeu? É como se fosse assim: já está ralado, se ralar de novo, vai arrancar o coro, aí de repente nem tem mais solução. Então, assim, eu estou precisando ficar só. Eu tenho me dedicado, vou terminar minha pós agora, eu tenho que fazer a monografia, eu estou investindo a minha energia nisso. Mas isso dói muito porque eu me sinto, assim, muito sem afeto. [...]” Luiza*

Como pano de fundo do discurso está o peso negativo, culturalmente construído, conferido à solidão da mulher jovem e adulta<sup>30</sup>. Esta parece ser incompatível com os ideais de casamento e maternidade historicamente reservados ao gênero feminino. O valor dado à vida

<sup>30</sup> As mulheres que tiveram vários parceiros em sua trajetória são vistas como “fáceis” e aquelas que não têm um relacionamento como incompletas. Contudo, tal valoração negativa não incide sobre os homens solteiros e experientes (BOZON, 2004).

compartilhada é de tal ordem que o gosto pela solidão é apresentado como “anorexia social”. Aqui a categoria médica ‘anorexia’ que denota falta de apetite é associada a uma conduta social.

*“Eu acho que de certa forma eu tenho anorexia social com tudo. [...] tem momentos que eu gosto de ficar sozinha mesmo. Entendeu? E aí acaba que você vai vivendo sozinha... Aquilo se torna um mecanismo que se retroalimenta. A cada vez que você fica mais sozinho você tem menos necessidade de companhia e você tem menos tolerância à companhia. [...] O homem não pode ser a razão primordial. Hoje em dia pra mim não é. Para eu ser sincera com você, bem sincera, eu entrei para o MADA para arrumar um homem. Eu me sentia inadequada. Eu me sentia julgada pela sociedade. Eu me sentia cobrada.”* Laura

#### 1.1.4 “Viver em função do outro”

A categoria “viver em função do outro” tem destaque na narrativa de doze das dezesseis entrevistadas. Significa estar disponível “24 horas” para o parceiro, o que se configura em um “padrão muito passivo”. Ao viver a vida do outro, a MADA esquece de si<sup>31</sup>. Ela negligencia as demais áreas da vida, principalmente a profissional e acadêmica, e se sente estagnada. É frequente a redução do círculo de amizades com consequente “isolamento” social do par. Interesses, sonhos pessoais, convicções religiosas e atividades consideradas importantes são relegados a segundo plano, inclusive o cuidado com os filhos. Existe, portanto, uma espécie de fusão com o parceiro na qual a MADA perde sua individualidade. Sentir-se um “objeto” traduz a radicalidade desta experiência, como afirma Noêmia: *“Eu me sentia muito um objeto. Eu não tinha vida própria.”*

O casal depende, para o seu bom funcionamento, de uma condição de “precedência” frente às demais relações significativas, por exemplo, as amizades. Contudo, essa característica não deve resvalar em “exclusividade” (HEILBORN, 2004, p. 135). Para as MADAs a dosagem da atenção entre as diferentes esferas da vida é difícil.

Metade das participantes sinaliza desestruturação da rotina por sentir não ter condições de trabalhar. O pensamento constante no parceiro e o “desequilíbrio” emocional acarretam prejuízos financeiros ou até mesmo a perda do emprego; como Natália afirma: *“[...] eu perdi*

---

<sup>31</sup> As narrativas permitem visualizar como se dá a “vida em função do outro”: *“Eu não arranjava trabalho de carteira assinada porque eu não podia largar ele. E vai que ele queria que... eu ia sumir, eu ia ter... como é que eu ia dar baixa? Eu não alugava casa de contrato porque a qualquer momento eu ia embora.”* Júlia; *“Construí a minha vida toda em torno da vida dele. Eu já não sabia mais se eu queria acordar às 7 horas ou às 9 horas. Eu acordo a hora que ele acorda.”* Magali\*.

*meu emprego, porque ninguém fica com uma funcionária que não trabalha, eu não tinha condições de trabalhar.”.*

Aspectos relativos ao autocuidado tornam-se esmaecidos tanto no que diz respeito à vaidade, quanto ao zelo pela saúde. Um quinto das entrevistadas relatou não ter usado preservativo em relações sexuais por “amar demais”. Contudo, reconhecem o risco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis ao qual se expuseram. Sobre este assunto, Madu\* relata: “[...] *Eu era muito descuidada comigo mesma. Então quando eu tive a minha relação sexual com ele, ele me transmitiu uma doença. Não foi nenhuma doença, Aids... nada... nenhuma dessas. Mas eu tive uma infecção muito séria.*”.

*“Eu fui ao médico a primeira vez com quarenta anos. A médica só faltou me bater. Eu nunca tinha feito exame de sangue. Eu nunca tinha feito um exame preventivo. Então, eu não sabia cuidar de mim. Eu só conseguia olhar pro outro. O foco só no outro. Isso é se abandonar totalmente.” Magali\*<sup>32</sup>*

A ausência do uso de preservativo pode ser explicada pela confiança depositada no parceiro, valorizada socialmente, e pelo desejo da manutenção do relacionamento monogâmico.

Estudos realizados no Brasil assinalam o uso diferencial do preservativo entre os gêneros. Por exemplo, Teixeira *et al* (2006) analisa o uso do camisinha na iniciação e na última relação sexual de jovens entre 18 a 24 anos, nas cidades do Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador<sup>33</sup>. Na trajetória masculina verificou-se maior variedade de parceiras. As moças apresentaram predominância de relacionamentos estáveis e declararam menor número de parceiros eventuais que os rapazes. Para ambos, a mudança do relacionamento de eventual para estável diminui o uso do preservativo e aumenta o uso de outros métodos, pois a preocupação do casal não foca mais as doenças sexualmente transmissíveis e sim a prevenção da gravidez. O julgamento social de promiscuidade faz com que as mulheres com maior número de parceiros sejam questionadas. Nas moças a diversidade de parceiros está relacionada à diminuição do uso do preservativo, enquanto que nos rapazes significa o seu aumento. Conclui-se que as mulheres possuem maior dificuldade de negociação do uso do preservativo e de definir o próprio estatuto da relação (GUIMARÃES, 2001).

---

<sup>32</sup> Magali\* possui elevado capital educacional (pós-graduação) e nível econômico (renda mensal de dez salários mínimos).

<sup>33</sup> Dividendo da pesquisa GRAVAD (Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil).

Pode-se inferir, portanto, que o descuido apresentado pelas entrevistadas na proteção das relações sexuais está relacionada à preocupação com uma possível desvalorização moral e à indefinição do relacionamento.

### 1.1.5 Insistência na Relação

Insistir na relação é uma característica apresentada por mais de dois terços do conjunto entrevistado. Os relatos em que traições foram relevadas são frequentes e deixam mágoas.<sup>34</sup> A MADA “passa por cima” dos seus valores e aceita situações socialmente indefensáveis. Ela consegue visualizar o paradoxo de querer alguém que notoriamente não lhe faz bem, contudo, não consegue agir diferente, como afirma Natália: *“Eu acho que a minha doença é justamente aceitar a traição e querer continuar. É, porque na verdade, ele me fez mal, quando alguém faz mal, a gente procura afastar.”*.

Lidar com a separação se mostra difícil e por isso é geralmente um processo longo, como no caso de Noêmia: *“Eu fiquei 12 anos tentando resgatar o meu casamento, mas uma hora eu cansei, meus filhos já estavam adultos e o sofrimento já estava sendo muito grande.”*. Em um primeiro momento, a procura pela ajuda do grupo pode conter o desejo de encontrar ferramentas para salvar a relação, aspecto levantado por Júlia: *“[...] Mas nenhuma menina que entra ali dentro da sala quer se livrar do cara. Elas hoje pode [sic] está com outra visão e tal, mas elas queriam um jeito de parar de sentir dor, de voltar para o cara, de o cara obedecer ela [sic]... Eu sou uma.”*<sup>35</sup>

Expressões como “implorar”, “mendigar amor e sexo”, “se humilhar” e “correr atrás”<sup>36</sup> denotam a referida insistência. São constantes os pedidos de restituição do relacionamento apesar da ciência do seu “desgaste”<sup>37</sup>. O movimento característico do “ioiô” serve de metáfora para as constantes “idas e vindas” da relação, relatada por um terço das entrevistadas. A MADA acredita que o parceiro possa mudar, mesmo quando claramente não se encaixa em seu projeto de vida.

<sup>34</sup> A entrevistada Madu\* relata ter insistido apesar das reincidentes agressões físicas do parceiro.

<sup>35</sup> Existe uma controvérsia no grupo entrevistado sobre a possibilidade de transformação do relacionamento considerado “destrutivo”, o que resulta na indicação ou não de término. Tópico aprofundado no terceiro capítulo.

<sup>36</sup> Expressão também utilizada para indicar a tentativa de controle da MADA sobre o parceiro.

<sup>37</sup> A entrevistada Olívia enfatiza que a MADA deve aprender a não insistir quando o parceiro não deseja mais a relação, visto que é um direito dele. Aceitar a vontade do outro aparece como uma dificuldade explicitada na fala de Bianca: *“[...] eu queria abrir a cabeça dele e colocar lá dentro um papel escrito que eu era a melhor opção pra vida dele.”*.

*“[...] quando eu terminei com ele, eu vi que ele não voltou, aí eu comecei a enlouquecer. Mesmo o cara fazendo isso, eu sabendo que ele tinha me sacaneado, eu ainda queria o cara. Eu sentia falta, eu tinha saudade, eu ligava pra ele. Teve um dia que eu cheguei a ligar trinta vezes consecutivas.” Bianca*

*“Mas eu acho que você enxerga numa pessoa, que pode ser qualquer um, aquela pessoa pode não ter nenhuma afinidade com você, mas você enxerga naquela pessoa uma potencial fonte de amor e de atendimento das suas necessidades e aí você cisma com aquilo. E aí você fica tentando insistir que aquela coisa vá adiante, que aquela coisa vai dar certo. E na minha experiência de vida, é sempre óbvio para um observador externo que aquilo não tem como dar certo.” Laura*

O tema “traição” é recorrente no material coletado, discutido inclusive por quem não teve vivência dessa ordem. As narrativas expõem incômodo com a naturalização da traição masculina, enquanto que a feminina recebe sanções morais. O homem possuiria maior desejo sexual e saciá-lo seria uma forma de prevenir traições. O empenho insuficiente da mulher na relação justificaria a infidelidade.

Os limites das praticas sexuais consideradas lícitas e ilícitas não coincidem para os homens e para as mulheres<sup>38</sup> e a aceitação dessa assimetria entre os gêneros tem se modificado ao longo dos tempos. Bozon (2004) verifica que na França de 1970 mulheres e homens entendiam a infidelidade masculina como perdoável. Em 1992, a maioria das mulheres considerou tal conduta inaceitável. A razão desta mudança parece estar na crescente autonomia feminina. A exigência da mulher aumenta na medida em que lhe é mais fácil abdicar de uma relação insatisfatória. Verifica-se, portanto, que a mulher passa a ocupar uma posição diferenciada na hierarquia entre os gêneros. A reflexão do autor é pertinente para o campo pesquisado. A maioria das informantes possui razoável nível financeiro e formação escolar de nível superior. A independência profissional e autonomia econômica dessas mulheres permite que a avaliação baseie-se no contentamento com a união.

Todavia, as características de autonomia financeira não esgotam os elementos presentes na dinâmica conjugal de uma relação heterossexual, uma vez que fatores como a estética e a posição no mercado amoroso-sexual são fortes elementos de valoração na união e apreciação entre cônjuges.

Um dos aspectos mais tensos no relacionamento conjugal é o tema da infidelidade. Metade das entrevistadas mencionou experiências de traição. Geralmente foram traídas e o “amar demais” reside na aceitação, apesar do sofrimento causado. A infidelidade feminina aparece como resposta à traição do parceiro, uma espécie de “vingança”, característica bem

---

<sup>38</sup> Por exemplo, a igreja coloca homens e mulheres em igualdade ao condenar para ambos a atividade sexual fora do casamento. Entretanto, nas legislações inspiradas no cristianismo o adultério feminino recebe julgamento moral mais rígido. Da mesma forma, no que diz respeito à prostituição, apenas as mulheres que exercem tal ofício são condenadas sem o questionamento dos homens que utilizam este serviço (BOZON, 2004).

traduzida pela expressão “fogo amigo”, como aponta Beatriz: “[...] quando eu sofri essa violência doméstica, por vingança, eu arrumei uma relação fora do meu casamento.”.

*“[...] se eu contar mesmo o meu desejo por ele é muito pouco agora. Eu não tenho mais vontade, entendeu? [...] muitas vezes eu vou para... não ficar com aquele pensamento: ‘Ah, ele vai fazer na rua’, entendeu? Então eu vou, mesmo sem sentir nada. [...] mas eu tenho que fazer senão a minha mente vai ficar: ‘Está vendo, ele vai fazer na rua, vai fazer com uma colega tua’ e esse não é o caráter dele. [...]” Lorena*

*“[...] Estava tudo errado, sabe. E outra coisa: na minha casa, eu não tinha culpa nenhuma, porque o meu marido já tinha feito tanta merda comigo, entendeu o que eu estou falando? Então eu falei: ‘O quê? Mas esse merece é muito’. E foi o primeiro chifre foi esse cara, que eu nunca tinha saído com homem nenhum e foi porque eu me apaixonei.” Natália*

O relato de Lorena indica como a ênfase conferida à satisfação sexual masculina e a inclinação a se ignorar o prazer feminino são consequência da socialização diferencial de gênero, presente também em outros aspectos da vida além da sexualidade (BOZON, 2004).

A dificuldade em lidar com a rejeição do parceiro está presente na narrativa de metade das participantes. Ser rejeitada tem efeitos negativos para a autoestima e é mencionado como um importante “gatilho” do “amar demais”. Manter uma postura mais passiva; insistir para que o parceiro a aceite; interessar-se por pessoas consideradas “impossíveis”; e represar os sentimentos como forma de se preservar de possível desilusão, como ilustram as expressões “amar de menos” e “amar demais à distância”, foram algumas respostas apresentadas para a rejeição.

### 1.1.6 “Autoestima”

Destaque no discurso de doze das dezesseis entrevistadas, a baixa “autoestima”<sup>39</sup> aparece como pano de fundo das demais características da “mulher que ama demais”. A “carência afetiva” leva à insistência na relação considerada “destrutiva” e a sensação de inferioridade faz crer que não seria desejada por outro homem. Em alguns casos, os parceiros manipulam a autoestima da mulher a fim de mantê-la subjugada. São frequentes as narrativas que envolvem sentimento de “menos valia” em relação ao parceiro, principalmente nos aspectos financeiro e estético, com ênfase para o último. A insegurança gera ciúme exagerado

<sup>39</sup> O uso da expressão “complexo de inferioridade” pela entrevistada Lorena demonstra a influência da linguagem psicológica neste universo.

do parceiro e comparação com outras mulheres que supostamente despertariam interesse. Aqui as variáveis nível econômico, idade e beleza são preponderantes.

A “falta de amor próprio” é apontada como razão da mulher suportar humilhações. O MADA proporciona a recuperação da autoestima ao propor que a integrante se coloque sempre em primeiro lugar e, assim, não “viva em função do outro”. Estar bem consigo mesma é tido como pré-requisito para desenvolver “relações saudáveis”.

Geralmente a baixa autoestima também se apresenta em outras áreas da vida.<sup>40</sup> As participantes expressaram dificuldade no campo profissional. Conquistas acadêmicas são interpretadas como indício da recuperação em “amar demais”.

*“Na verdade foi um tsunami, então, em todos os campos acontecia alguma coisa que não estava bem. No meu campo é... físico, por exemplo, eu já estava obesa, já estava gorda, desgostosa, com autoestima baixíssima. No meu campo profissional eu estava sofrendo um bullying do meu ex-patrão.” Débora*

*“[...] Assim, o que eu descobri foi o seguinte: se eu não gosto de mim, não me relaciono bem comigo, como que eu vou ter um afeto saudável pelo outro? Eu nunca vou ter, por ninguém. Entendeu? Porque se eu não tenho autoaceitação, um relacionamento saudável comigo, eu não vou conseguir ter relações saudáveis com as pessoas. Eu vou ultrapassar as pessoas, vou sufocar as pessoas de amar demais [...]” Luiza*

*“Ele também tentava detonar a minha autoestima. [...] Quando eu comecei a fazer o curso eu fiquei superempolgada. Então ele tentava desvalorizar as minhas conquistas. [...] uma vez ele olhou revista de mulher pelada na minha frente. Eu era muito ciumenta, eu não lidava bem com isso. Uma vez ele me comparou a outra mulher: a Melancia<sup>41</sup>. Hoje eu adoro a Melancia, mas assim, ele fez um comentário: ‘Ah se um dia você for gostosa como a Melancia’. Esse tipo de coisa.” Madu\**

### 1.1.7 Estereótipo da MADA

Duas perguntas do roteiro de entrevista mostraram a existência de um estereótipo da “mulher que ama demais”: ‘Você se lembra qual foi a primeira vez que você ouviu falar do MADA?’ e ‘Você fala com familiares, amigos ou colegas de trabalhos que você frequenta o MADA? Por quê?’

O conjunto entrevistado foi unânime ao afirmar que conheceu o MADA através da novela ‘Mulheres Apaixonadas’ exibida pela Rede Globo de televisão em 2003 e reprisada

<sup>40</sup> Neste aspecto o discurso da participante Laura se diferencia: “No meu trabalho eu sou uma pessoa extremamente segura, extremamente autoconfiante. [...] Então isso sempre foi um paradoxo na minha vida: eu ter uma autoestima tão boa para umas coisas e ter uma autoestima tão ruim para outras. [...]”.

<sup>41</sup> Dançarina de funk conhecida na mídia pelo tamanho das nádegas.

entre 2008 e 2009. A personagem Heloísa<sup>42</sup>, interpretada pela atriz Giulia Gam, ganhou fama nacional pelo ciúme excessivo do marido, motivador de comportamentos notoriamente inadequados. Contudo, verificou-se um intervalo de tempo entre tomar conhecimento do “amar demais” e se reconhecer “amando demais”, como ilustra a fala de Madu\*: *“E tem outra coisa: ninguém acha que um dia vai ser uma MADA. Nem eu. Quando eu vi a novela, cinco anos antes do meu ingresso, eu não imaginei que eu fosse uma mulher que amava demais.”*.

As cenas em que a personagem frequenta o grupo foram fundamentais para a promoção do “amar demais” como um novo problema que merece cuidado. As nativas reconhecem que a novela possibilitou a identificação de mais mulheres e o acesso ao grupo. Entretanto, questionam o tom exagerado da personagem, que encarnaria o “nível máximo da doença”. O estereótipo atribuído à MADA foi em grande parte produzido pela imagem difundida na novela, como revela a narrativa de Natália: *“Aquela imagem da novela foi legal porque nós passamos a conhecer o trabalho, mas a imagem daquela moça, tudo bem, a gente também fica assim, mas eu acho que ficou muito exposto, uma louca desvairada que agride, que controla o marido.”*.

*“Aí teve uma vez que eu tive uma briga muito, muito feia, como sempre. Aí eu falei que ia para o grupo. Aí meu marido disse que eu não era tão louca assim. Porque, assim, a novela passou muita loucura, porque aquilo ali é o extremo da doença. E a novela, ela meio que, ela superdimensiona as histórias, o drama, é muito drama e tal...”* Betânia

Cem por cento das participantes apresentaram reserva ao contar à rede de familiares e amigos que frequentam o grupo. Em geral, elegem apenas os mais íntimos, por receio de serem ridicularizadas e enquadradas como “malucas”. Sobre este aspecto a entrevistada Magali\* pontua: *“Porque eu acho que as pessoas não têm uma compreensão do que seja isso. É... fazem piada, debocham [...]”*. Elas optam por não revelar para o parceiro, pois temem que utilize esta informação de forma negativa em um momento de discussão, exemplificado pela expressão “jogar na cara”. Apesar deste cuidado, por vezes são estereotipadas apenas com base no comportamento demonstrado. Treze das dezesseis entrevistadas foram alertadas por algum parente ou amigo sobre o exagero das suas atitudes.

*“[...] eu sei que eu vou me recuperar de amar demais, mas eu não quero dizer pra ele que eu estou numa sala, porque ele já me chama de “minha doidinha”. Por causa do meu comportamento, ele já me chama assim. ‘Ah, você é minha doidinha mesmo, né? Quer falar comigo, liga o dia inteiro.’ Então imagina se eu falasse isso pra ele, que eu estou tentando me recuperar de amar demais. [...]”* Raquel

---

<sup>42</sup> Na ocasião apelidada pelo público de “Helolouca”.

Lorena relata a ocasião em que o namorado a acompanhou a uma reunião. O parceiro ficou no hall que antecede a “sala” e assim pôde ver as participantes do grupo. Tempos depois, em uma discussão, ele resgata a imagem de MADA que formulou a partir dessa vivência.

*“Ele era o primeiro a falar: ‘É, vai terminar igual àquelas mulheres do MADA lá, tudo [sic] quarentão, cinquentão, doente mental’. Ele falava assim, entendeu. [...] porque ele ia jogar na minha cara, e ele sempre jogava. ‘Vai ficar lá oh, tudo [sic] bem sucedida, bonita...’ Porque uma vez eu levei ele comigo. [...]” Lorena*

A análise dele pontua justamente o recorte social e etário como um estereótipo das MADAs.

A entrada para o MADA promove a delimitação de “padrões”, ou seja, características e atitudes associadas às “mulheres que amam demais”. De posse deste conhecimento e da vivência pessoal, é possível identificar mulheres semelhantes. Metade das entrevistadas foi capaz de classificar como MADA pessoas do convívio próximo, com frequência mãe e irmã, condizente com a interpretação da “irmandade” de que o “amar demais” tem sua gênese na história familiar, tópico exemplificado na fala de Betânia: “[...] a minha mãe é uma pessoa que tem todas as características de uma mulher que ama demais, só que ela não é uma MADA porque minha mãe não assumiu isso perante ao grupo e a ela mesma.”

Todavia, identificar não leva necessariamente à indicação do MADA. Permeia a concepção de que é necessário se assumir “amando demais”, caso contrário a mulher negará o problema por meio de frases como esta exemplificada por Olívia: “*Maluca é você e não eu.*”. Posturas estigmatizadoras e rugas nas relações familiares e de amizade são temidas. O cartão de visita personalizado<sup>43</sup> do MADA possibilita a indicação para desconhecidos.

*“[...] a mãe dele é louca por ele, também é MADA igual a mim. Eu sei porque pelo padrão assim mais ou menos você acaba... Você não precisa... Por exemplo, eu sou psicóloga, você não sabe que eu sou psicóloga, mas pelas coisas do jeito que eu falo você vai saber que eu tenho alguma coisa, que eu sei alguma coisa de psicologia. [...] quem é do MADA sabe quando a outra é. Mesmo que a pessoa não seja do grupo [...]. Eu sou impotente ao outro, mas eu sei ver.” Júlia*

A dimensão do anonimato e o receio do estigma advindo do estereótipo negativo atribuído ao “amar demais” produzem um fechamento do grupo em si mesmo. A identidade da “mulher que ama demais” é construída pelo MADA em contraponto a uma noção de amor “saudável” depreendida do discurso das entrevistadas, ponto analisado no segundo capítulo.

<sup>43</sup> Vendido pela “irmandade”. Outros materiais como: apostilas de literatura MADA e ímã de geladeira também estão disponíveis para compra.

Conclui-se que a identidade MADA serve ao uso interno do grupo não sendo compartilhada com a rede social ampla das participantes.

## **1.2 Dinâmica do grupo**

Os doze passos do MADA formam a metodologia que orienta a “recuperação” individual da integrante, que será ajudada pela rede de apoio do grupo. Os “espelhos”, o “amadrinhamento” e a garantia do anonimato são as ferramentas centrais deste processo. Já as doze tradições promovem a unidade do grupo e oferecem mecanismos estruturados de boa convivência. Neste aspecto, a “prestação de serviço” organiza a burocracia necessária para a manutenção do grupo. Esta seção visa esclarecer por intermédio da narrativa das depoentes a interação no grupo.

### 1.2.1 “Terapia de espelhos”

A chegada ao grupo é marcada por um ritual. A nova integrante é considerada a “pessoa mais importante” da reunião e valoriza-se sua iniciativa em procurar ajuda. Ela recebe um laço de fita branca, símbolo do seu pertencimento, um folder informativo sobre o MADA e a lista de endereços das “salas”. O grupo recomenda que a novata assista ao mínimo de seis reuniões antes de pensar em desistir. De acordo com a experiência das veteranas é o tempo necessário para o entendimento da metodologia MADA. O tom acolhedor da recepção busca estabelecer a sensação de pertencimento ao grupo, ponto destacado na fala de Beatriz: *“Fui acolhida assim na sala: me disseram que eu era a pessoa mais importante, e eu precisava daquele carinho, daquele amor incondicional daquelas companheiras que já estavam ali na sala [...]”*.

A dinâmica do grupo se organiza em torno do que se denomina por “terapia de espelhos”. Cada participante tem cinco minutos para expor sua vivência afetiva. Orienta-se que palavrões ou expressões vulgares sejam evitados para que a reunião mantenha-se em clima ameno. A identificação com a narrativa da “companheira” permite encontrar um ponto de referência e apoio, isto é, existem outras mulheres que atravessam o mesmo problema,

como afirma Júlia: “[...] *Fale de você para mim [sic] ouvir de mim. É a mesma coisa de um AA. Fale-me um pouco de você para mim [sic] saber de mim. [...]*”. As soluções encontradas podem ser compartilhadas. Assim, enxergar sua experiência refletida no outro possibilita uma melhor compreensão do “amar demais”. A MADA que ocupa a função de coordenadora deve ordenar os depoimentos de forma que todas as integrantes que desejam falar sejam contempladas. A entrevistada Raquel menciona uma ocasião em que a postura da coordenação foi tendenciosa: “*Teve uma pessoa que falou três vezes enquanto ela não pôde falar uma, ela se levantou e foi embora.*”.

As participantes enfatizam que nada no grupo é imposto, apenas sugerido, inclusive a própria “programação”. Assim, a MADA não deve oferecer “conselho”, entendido como direcionamento da conduta da “companheira”. Em tese, cada integrante poderia fazer o uso que lhe convém dos ensinamentos do MADA. Contudo, aquelas que não aderem às sugestões tendem a abandoná-lo, como afirma Betânia: “[...] *Aí tem companheira que não quer ter esse trabalho, porque não quer enxergar. Vai pro grupo, ah... não separou do marido, ou separou e sai, vai embora, ou não mexe mais, entendeu? [...]*”. A adaptação ao processo de autoconhecimento e apuração da vida sentimental proposto pelo MADA não é possível a todas.

*[...] Eu não posso dar conselhos, mas eu deixei claro pra ela que eu entendia aquela dor que ela estava sentindo. Se os outros não entendessem, eu estava entendendo, sabe. [chora] E é desesperador você querer falar com uma pessoa e ela não te atender. [...] Então, aquilo foi um alívio para ela, sabe. [...]* Raquel

A heterogeneidade etária, cultural e social do grupo é nivelada pelo sofrimento, ponto em comum dessas “mulheres que amam demais”. O MADA oferece um ambiente de compreensão e acolhimento da dor. Contudo, nas entrevistas era comum que situações vivenciadas como desagradáveis fossem contadas de forma engraçada. O humor aparece como ferramenta de atenuação do sofrimento. Ao rir de si mesma a MADA promove um distanciamento da sua experiência.

*[...] Uma coisa que me faz chorar, quando diz assim: ‘eu uno meu coração ao teu, eu seguro a minha mão na tua e juntas nós vamos fazer o que eu não posso fazer sozinha.’ [chora] Essa oração do grupo ela me emociona porque eu vejo que eu não estou sozinha, eu vejo que essa dor desesperada que eu sinto, Mônica, tem outras mulheres sentindo. [...]* Raquel (grifo nosso)

A oração do grupo, reproduzida no discurso da entrevistada, demonstra como o pertencimento ao MADA ameniza o sentimento de solidão.

Em um estudo clássico sobre separação de casais, a socióloga Diane Vaughan (1990) aponta que a conversação sobre o fim do relacionamento, e até mesmo o recurso da escrita, tem a função de colocar ordem no caos emocional vivenciado. O “depoimento” da MADA parece organizar as vivências e aliviar a dor naquilo que não foi possível ser resolvido no âmbito do par.

A organização do grupo pressupõe facilidade de se expor em público e de síntese. Por vezes o tempo de fala é considerado insuficiente<sup>44</sup>, cabe à coordenadora cronometr-lo e interromper aquelas que o excedem. A oportunidade de fala é oferecida a todas. Contudo, “salas” muito cheias promovem disputas por tempo de expressão. Também é possível participar apenas como ouvinte, caso a integrante não se sinta confortável para oferecer seu depoimento.

A orientação para que os depoimentos sejam verbalizados em primeira pessoa é um mecanismo do grupo de resgate da individualidade e reconstrução da identidade. Pretende-se que a MADA desenvolva gostos e opiniões próprios, retire o homem como foco principal da vida e passe a dividir sua atenção. Quando outros aspectos – principalmente rede profissional e de amigos – estão fortalecidos torna-se mais fácil suportar a ausência do parceiro, como aponta a narrativa de Brenda: “[...] *Porque a gente fala assim: dor é inevitável, mas o sofrimento é opcional. Eu posso estar sentindo dor, mas eu não estou sofrendo, entendeu? A vida continua, tem estágio, tem faculdade, tem o grupo. A minha vida tem outras coisas que eu vou ter fora o relacionamento.*”.

“[...] *‘Procure falar de você e sua recuperação’. E eu pensava assim: ‘Falar de mim, como que é falar de mim? Quem sou eu?’. Só existia ele, tudo era ele, eu sabia tudo que ele gostava, tudo que ele fazia, era tudo em função dele. Então o MADA, assim, veio me ajudar a me resgatar.*” Beatriz

Ao falar apenas de si, a MADA mantém o caráter singular da experiência. Sua narrativa pode envolver o companheiro, entretanto, não deve se concentrar apenas nele e sim na atitude da MADA frente à relação, como demonstra a fala de Raquel: “[...] *Eu não posso me dirigir a outra pessoa, nem colocar nós, mas eu posso falar dele, já que ele [parceiro] me incomoda. [...]*”. Utilizar o verbo no plural seria assumir *a priori* que as demais companheiras passam pela mesma situação. Desta forma, nem todos os relatos provocam empatia nas ouvintes.

---

<sup>44</sup> A psicoterapia aparece como espaço complementar de fala, como afirma Brenda: “[...] *Aí você pode falar na terapia, que no grupo são cinco minutos só para falar. [...]*”.

### 1.2.2 Anonimato<sup>45</sup>

Como mencionado na introdução, a entrada no MADA envolve um pacto de anonimato, destacado por dois terços das depoentes e visto como fundamental para a unidade do grupo. Brenda enfatiza: “*Anonimato lá é lei!*”. Não é permitido revelar a participação da “companheira” no grupo a terceiros. Somente a própria integrante pode decidir a quem expor sua atividade no MADA. É necessário, portanto, desenvolver estratégias para burlar uma possível menção ao MADA. A preservação do sigilo e da confidencialidade das informações apresentadas remete à prática profissional do não-compartilhamento de dados dos pacientes por médicos e psicólogos.

*“Aí eu digo que eu vou ao cinema, eu falo muito que eu vou encontrar com as minhas amigas e não é mentira. E quando eu vou no encontro do MADA eu falo que eu vou viajar com as minhas amigas e acabou. Inclusive encontrei uma companheira na rua e essa companheira já foi chefe dele [parceiro]. Ele perguntou: ‘Da onde você conhecia ela?’ Aí eu tive que inventar: ‘Ah, da aula de dança de salão, da Igreja...’, alguma coisa, porque eu não posso abrir o anonimato dela.” Brenda*

O anonimato cumpre o objetivo de criar um ambiente de confiança, onde sentimentos mais profundos possam ser manifestados. O grupo é interpretado como um mundo protegido, diferente da vida pública que impõe constrangimentos à expressão emocional. Assim, o MADA aproxima-se da esfera privada, local onde é possível ser você mesmo, tal como aponta a narrativa de Magali\*: “[...] *a gente se sente mais leve depois que fala dentro da sala. E o anonimato é fundamental por conta disso, porque a gente fala aquilo que está realmente lá no nosso íntimo que a gente é obrigado a abafar no mundo aqui fora, né?*”.

As entrevistadas mencionam experiências negativas em revelar o anonimato, principalmente para o parceiro. Este utiliza tal informação de forma depreciativa nos conflitos conjugais. Além disso, ao conhecer a “programação”, o companheiro anteciparia as atitudes da MADA, deixando-a em desvantagem, como demonstra a fala de Noêmia: “*Porque ele não precisa saber que eu frequento o MADA, para até ele não ficar usando isso a favor dele, né, porque ele vai ver como é o programa. Ele vai começar, assim, a entender o meu modo de agir e pode usar isso a favor dele e pode me prejudicar.*”. Com o intuito de prevenir atitudes preconceituosas, o grupo recomenda que as participantes preservem ao máximo o anonimato.

<sup>45</sup> Décima segunda tradição do MADA: “O anonimato é o fundamento espiritual de todas as nossas tradições. Devemos lembrar sempre que os princípios estão acima das personalidades”. GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=24](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=24)> Acesso em: 23 jan. 2013.

*“Meu anonimato é sagrado, porque eu sei que as pessoas são julgadas, eu vejo companheiras que, infelizmente, foram imaturas e abriram seus anonimatos e a primeira briga que têm com o seu sexo-afetivo, o cara joga na sua cara: ‘Viu? Tu é [sic] louca mesmo, tu é [sic] MADA, está fazendo escândalo, está tendo ataque de ciúmes, quebrou o celular.’” Débora*

As informantes ressaltam que o MADA enquanto grupo não é anônimo, apenas suas integrantes. O comitê de informação do público visa “levar a mensagem”, considerando a décima primeira tradição<sup>46</sup> que zela pela preservação do anonimato tanto da participante quanto do seu companheiro. Sua função é atender aos “pedidos de ajuda” encaminhados via e-mail, disponível no site oficial do grupo, e aos contatos de “profissionais da saúde” interessados em conhecer a “irmandade”. Estes são valorizados, pois como Beatriz afirma: “[...] a gente sabe que essas pessoas são as que levam a mensagem de MADA lá fora, então isso é muito importante [...]”. As respostas consistem em explicar o funcionamento do grupo e em disponibilizar os endereços das “salas”.

O MADA<sup>47</sup> tem sido convidado a participar da semana interna de prevenção a acidentes de trabalho (SIPAT) de empresas de elevado efetivo feminino. O setor de recursos humanos (RH) identifica formas de melhorar a “qualidade de vida” das funcionárias. Assim, as relações amorosas têm sido detectadas como fonte de sofrimento.

*“[...] A gente vai muito na [Nome da empresa], porque lá o efetivo é mais ou menos de 1500 mulheres que trabalham, então a gente vai lá levar a mensagem para elas. Então, nesse dia a sala fica lotada [ênfase]. Todo mundo quer ver, quer saber o que é o MADA. Então eu vou lá e falo do meu depoimento para ela, falo da minha recuperação, de como a irmandade me ajudou a me equilibrar [...] eles tem aquela parte do RH [...] onde a pessoa viu que tinha [sic] muitas mulheres que estavam em processos de relacionamentos, que estavam sofrendo, então ela pediu que o MADA fosse lá para levar uma palestra [...] Então, eles chamam as irmandades. Eu estou vendo que isso, a cada ano, está, assim, aumentando mais, tanto o AA que é os Alcolólicos Anônimos, eles vão lá também, nessas SIPATs e o grupo MADA também vai.” Beatriz*

As palestras consistem em breve apresentação do MADA seguida pelos depoimentos das integrantes. A exposição do anonimato não é vista como um problema, como afirma Madu\*: “[...] mas ali eu estou abrindo [o anonimato] para pessoas fora do meu convívio, talvez que não me vejam nunca mais. E eu abro porque eu acho superimportante que as pessoas conheçam a irmandade. [...]”. Em seguida, disponibiliza-se um espaço para as perguntas. A plateia é majoritariamente feminina. Contudo, os homens também participam. Madu\* relata a ocasião em que um rapaz compartilhou seu envolvimento com “pessoas

<sup>46</sup> “Nossa política de relações públicas baseia-se mais na atração do que na promoção; é necessário manter o anonimato pessoal para a imprensa, rádio, filmes e televisão. É necessário proteger, com cuidado especial, o anonimato de todos aqueles de quem nos tornamos dependentes.” GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=24](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=24)> Acesso em: 23 jan. 2013.

<sup>47</sup> Outros grupos anônimos também participam deste evento.

problemáticas”. A entrevistada conclui “*porque homens também se relacionam de forma destrutiva*”.

O MADA também é contatado pela mídia. Em outubro de 2012, o canal ‘Viva’ de televisão a cabo apresentou um programa sobre violência contra a mulher, em que algumas integrantes do MADA ofereceram seu depoimento. Recursos visuais e pseudônimos são utilizados para preservar o anonimato. Da mesma forma, o grupo foi escutado pela imprensa quando a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro divulgou o tratamento para o ‘amor patológico’, ponto aprofundado no próximo capítulo.

### 1.2.3 Estratégias que ocultam a assimetria no grupo

*“[...] O grupo é totalmente heterogêneo e ao mesmo tempo totalmente unido. Ele é muito fascinante nesse aspecto, porque eu lido ali com pessoas de todos os níveis sociais, todos os níveis de educação, todos os níveis de conhecimento, todos os níveis de loucura, todos os estágios de recuperação ou ativa, ou recaída. [...] Tem pessoas com doutorado, tem pessoas que são analfabetas, tem mulheres que têm tudo, são ricas, lindas, maravilhosas e tem mulheres que sei lá, são pobres, muito pobres, muito humildes.[...]” Débora*

A informante, coordenadora de uma das “salas”, relatou as estratégias que utiliza para minimizar as disparidades de capital cultural entre as componentes do grupo, de forma que ninguém se sinta constrangido.

A literatura MADA requer um nível mínimo de leitura e compreensão textual. Na primeira parte da reunião, o grupo dedica-se à leitura conjunta e em voz alta da apostila. Após o intervalo, os depoimentos são realizados. Ao perceber que uma “companheira” não consegue acompanhar o texto, Débora recomenda de forma sutil que ela passe sua vez para a integrante ao lado.

*“[...] tem companheiras que não conseguem ler, tem companheiras que não têm a fluidez nem a capacidade de introjetar este nível de texto, mas não quer dizer que essas companheiras também não tenham a dor de amar demais, elas têm. E não quer dizer que os depoimentos dessas mulheres não sejam tão preciosos quanto aquela que é doutorada em física quântica. [...] Aí eu falo: ‘Oh, companheira, está ruim, a letra está miúda?’ Ou falo: ‘Ih, esses óculos de camelô é [sic] horrível, passa pra outra, outro dia você lê’. Sabe, procuro dar uma estratégia assim para não constranger a pessoa, porque essa pessoa ela já chega com todo tipo de humilhação.[...]” Débora*

De acordo com a sétima tradição: “Todos os grupos de MADA devem ser economicamente autossuficientes e não devem aceitar contribuições externas”<sup>48</sup>. Desta forma, um momento da reunião é reservado para a arrecadação da colaboração financeira das integrantes para a preservação do grupo.

*“[...] A sétima tradição nos diz que nós somos totalmente autônomas, tudo nosso é pago por nós mesmas. Não existe nenhuma ONG do governo, igreja, ninguém sustenta a MADA. Quem sustenta o MADA são as MADAs. Sétima tradição é um saquinho onde se passa e as pessoas dão sua contribuição, em sigilo, em anonimato.[...]Tem companheira que vem mais cedo para vir a pé, não tem dinheiro para pagar a passagem de ônibus. Então, essa companheira, ela vai poder botar aquela mãozinha dela dentro da sacolinha, fingir que botou algum dinheirinho, mas não botou, mas ela não vai ser constrangida.[...]” Débora*

Desta forma, não se sabe com que valor cada “companheira” contribuiu, mecanismo que resguarda a autoestima daquela que nada pode oferecer. A ausência de fins lucrativos visa manter a unidade do grupo sem provocar discórdia por “controle” e “poder”, características das MADAs. O dinheiro sobressalente é encaminhado para o intergrupo<sup>49</sup> e redirecionado para a “sala” que passa por dificuldades financeiras.

#### 1.2.4 “Amadrinhamento”

O “amadrinhamento” promovido pelo grupo consiste na escolha de uma “companheira” com quem a novata se identifique para orientá-la na “programação” (passos, tradições e lemas do MADA). Nas situações de ansiedade, que a MADA não consegue resolver sozinha, é possível recorrer à madrinha via telefone. Ela funciona como um prolongamento das reuniões. A relação de maior intimidade permite expor o que não se sente confortável em falar no grupo. Receber a atenção da madrinha é uma forma de sentir-se cuidada pelo outro em um momento de fragilidade.

A madrinha torna-se um ponto de apoio nos momentos difíceis, pessoa capaz de entender as dificuldades da afilhada, pois também as vivencia. A ausência de julgamento a difere de uma amizade de fora do grupo. Como cada “companheira” oferece um “espelho”,

<sup>48</sup> GRUPO MADA: Mulheres que amam demais Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=24](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=24)> Acesso em: 23 jan. 2013.

<sup>49</sup> O intergrupo é formado pelas representantes das “salas” de MADA e visa organizar as questões relativas ao MADA enquanto entidade anônima e autossuficiente.

isto é, um ponto de identificação, é permitido ter mais de uma madrinha e trocá-la se necessário. É possível frequentar a “irmandade” sem “amadrinhamento”.

As entrevistadas foram enfáticas ao dizer que a madrinha não deve oferecer “conselhos”, apenas uma “orientação” ou “sugestão”. Entretanto, nem sempre fica clara a diferença entre essas condutas. Atitudes diretivas são repudiadas em virtude da valorização da autonomia de escolha. A madrinha deve lembrar o método MADA e impedir que a afilhada aja no impulso e volte a “correr atrás” do parceiro. Por mais que a MADA reconheça o caráter “destrutivo” da relação, é importante a confirmação desta avaliação por uma pessoa de fora da díade. Geralmente a madrinha também compartilha o que deu certo na sua experiência, como Doralice afirma: “[...] escuto porque a pessoa quer falar, e relembro também certas coisas que deram certo comigo. [...]”.

*“A madrinha, ela vai te escutar e a única coisa que ela vai poder te falar é o seguinte: se você quer ligar para o cara, acabar com ele, ela vai falar assim com você: ‘Não faz’. Ai você vai ligar de novo: ‘Mas agora eu estou com vontade de fazer’. Ela vai dizer: ‘Não faz’. É o que eu faço com as pessoas que me telefonam, entendeu?” Natália*

A principal característica que uma madrinha deve ter é saber escutar, ou seja, possibilitar um espaço de fala no qual a MADA possa “desabafar”. Ligações nas quais a madrinha fala mais que a afilhada são motivo de incômodo. Por mais que se reconheça a importância da madrinha, é um recurso que deve ser utilizado com parcimônia para não substituir a “compulsão” de ligar para o parceiro, como lembra a entrevistada Júlia: “[...] não sou muito de ligar pra madrinha. Eu sou, assim, eu acho que do mesmo jeito que eu estou em recuperação, ela também está, porque senão eu tiro o gatilho de homem para ficar na madrinha [...]”. Segundo a informante Olívia, o “amadrinhamento” não deve ser confundido com “dependência”. O receio de incomodar e a sensação de não merecer a atenção do outro provocam uma resistência em telefonar.

*“[...] A literatura propõe a gente para ligar. Eu ainda tenho muita resistência em ligar quando eu estou precisando [...] Eu acho que eu sou orgulhosa e em alguns momentos eu acho que eu vou incomodar o outro. [...] às vezes não se sentir digna, não sei se essa é a palavra correta, mas sentir que a outra pessoa pode parar alguns minutos para me ouvir, entendeu? De atrapalhar [...]” Bianca*

O posto de madrinha cabe àquelas que têm uma trajetória de “recuperação” na “irmandade”; que levem a sério a proposta do grupo; e que possuam autoconhecimento e honestidade sobre seus defeitos e dificuldades. As entrevistadas que avaliam não ter esses requisitos não se sentem em condições de “amadrinhar” alguém. Todavia, a afirmação de que

a madrinha também é uma MADA em processo de “recuperação” parece uma tentativa de equilibrar a relação.

As narrativas sobre o “amadrinhamento” foram reveladoras da dificuldade de convívio em um grupo heterogêneo. Na maioria dos casos a escolha da madrinha envolve afinidades, valores morais comuns e proximidade de faixa etária. Logo, não é possível ter o mesmo grau de identificação com todas as “companheiras”. A fala de Magali\* é representativa dessa questão: “[...] *algumas pessoas assim... eu jamais chamaria para madrinha [risos], mas eu aceito as companheiras como elas são. Então ali está aberto a todas as pessoas. [...] Não é todo mundo que eu tenho afinidade. Eu posso ter aceitação, mas não afinidade. [...]*”.

O formato do grupo propicia o convívio com pessoas de diferentes núcleos culturais, o que favoreceria a quebra de preconceitos.

*[...] eu sou heterossexual, a minha formação é toda, assim, super-retinha [...] até por eu ser mais velha, ter uma cabeça mais careta e tudo mais, e a pessoa que me recebeu era homossexual. Me causou uma estranheza. [ênfase] [...] E essa pessoa tão diferente de mim, de orientações tão diferentes, de cultura, de padrão, de nível social, tudo, uma identidade completamente diferente, ela salvou a minha vida. Ela me recebeu de braços abertos, numa irmandade, no momento que eu mais precisava, ela se tornou minha madrinha depois. [...]*  
Débora

*[...] eu acho que a minha madrinha tem que ser uma pessoa sem preconceito. A minha madrinha tem que ouvir eu dizer pra ela que eu ficava com um garoto de programa e não se assustar. A minha madrinha tem que dizer, tem que olhar para mim, quando eu conversar com ela, conversa de drogas e ela me ouvir. A minha madrinha tem que ouvir que eu gosto de ir pro baile, que eu beijo dez, vinte pessoas que chamo de amor para não errar o nome, porque eu faço isso. [...]* Júlia

A relação de “amadrinhamento” por vezes atualiza as características da MADA. Se o “amar demais” é a “doença do controle” pode acontecer da madrinha querer controlar a afilhada, cobrando que as “orientações” oferecidas sejam praticadas. Da mesma forma, cabe à afilhada compreender que não se trata de “rejeição” quando a madrinha não a atende por estar ocupada.

São frequentes os relatos de amizades fruto do “amadrinhamento”. Contudo, a integrante deve sempre se lembrar de que o objetivo do grupo é a “recuperação de relacionamentos destrutivos” por mais que também seja um espaço de sociabilidade. Algumas entrevistadas apresentam reserva no que tange a construção de amizades no grupo, o que parece ser o caso de Magali\*: “[...] *eu acho que amizade é uma coisa e companheira é outra coisa. Então, muito raramente isso se transforma numa coisa assim de grupo social. Porque lá, para mim, é onde é minha recuperação. Não é clube. [...]*”. Contudo, há relatos de amizades de confiança entre “companheiras”: “[...] *amizades íntimas de pedir dinheiro emprestado, de comprar no meu cartão. [...]*” Luiza.

As integrantes também interagem fora da reunião do grupo, como afirma Júlia: “[...] *dia de segunda-feira as meninas saem e vão para o [nome do estabelecimento] [...]*”. No entanto, algumas entrevistadas não se mostraram dispostas a estreitar os laços com as demais integrantes do MADA, ou o fazem com certa reserva. Esse distanciamento propiciaria a filtragem das “companheiras” de semelhante capital cultural e nível econômico.

*[...] Eu acho que é bom você ter companheiras com quem você possa ter amizade fora da sala e em quem você confie e quem você possa partilhar. [...] Eu tenho uma reserva muito grande dentro da sala com as companheiras para quem eu dou o telefone. São muito poucas que tem. São muito poucas para quem eu dou a liberdade de saber quem eu sou, de saber como é a minha vida ali fora da sala. [...]*” Laura

O MADA tenta promover a igualdade entre as integrantes, da qual os termos “irmandade” e “companheira” são exemplos. Contudo, as narrativas revelam não ser possível blindar o grupo da valoração moral e da hierarquia social que diferencia os sujeitos. Os discursos das informantes Raquel e Júlia são elucidativos da realidade à parte que o MADA pretende criar. Júlia, de nível social inferior à classe média que majoritariamente compõe o grupo, parece estar ciente do distanciamento que provoca nas demais participantes: “[...] *porque muita gente não gosta, pode não gostar de mim, porque eu não vou agradar a todo mundo, mas pelo menos ela vai ter, vai me ouvir [...]*”.

*[...] Mas eu não abro no MADA que ele é um ex-presidiário não. [...] Olha, por mais que a gente diga que não vai ser julgada, o ser humano não é tão perfeito assim, não é só porque entrou ali, tem 12 passos para serem seguidos que eu vou deixar de ser quem eu sou. [...] até que ponto eu não julgo aquela que diz assim: ‘Ah, essa semana eu saí com 03 caras mesmo, sabe?’ [...] Até que ponto eu não fico impressionada com a pessoa que diz assim: ‘Ah, pelo menos ele compra o gás para mim, eu saí com ele, mas ele compra o gás para mim. Às vezes estou precisando de R\$50,00, ele me dá.’ [...] Como é que eu vou chegar ali e dizer assim: ‘Olha, eu espalhei para as pessoas próximas que ele tem Aids e ele não tem?’ Mas eu falei, porque se eu falar a pessoa que ele está paquerando vai saber e não vai querer ele.”* Raquel

O distanciamento mencionado também permitiria manter um grau de “intimidade” que não invada a esfera privada fora do grupo. Com o intuito de permanecer anônima, a entrevistada Raquel propõe uma central de atendimento que a escute sem a necessidade do vínculo de identificação existente entre madrinha e afilhada: “[...] *Deveria ter MADAs assim, uma central, onde a gente pudesse ligar, sem ser madrinha [...] que madrinha você pega intimidade e eu não quero intimidade, sabe. [...] eu quero ser anônima. Tanto que eu saio dali, eu gosto de sair e ir embora. [...]*”.

### 1.2.5 “Prestação de serviço”

A organização do grupo depende de funções burocráticas realizadas pelas integrantes. No conjunto entrevistado, verificou-se que os cargos administrativos são geralmente desempenhados pelas integrantes com maior recurso educacional, desvelando a existência de uma hierarquia ocultada pelo discurso de que todas são iguais.

A coordenadora dirige a reunião e zela para que a metodologia<sup>50</sup> seja seguida e a simetria no grupo mantida. A secretária auxilia a coordenação na organização da sala. Ela distribui apostilas para leitura e providencia café e lanche no intervalo. A tesoureira é responsável pelo recolhimento da sétima tradição e pelo pagamento das contas fixas da “sala” como o aluguel. Uma reserva estipulada pelo grupo deve ser mantida como precaução de uma possível queda na arrecadação. O destino do dinheiro sobressalente é votado por todas as participantes. Caso falte recursos, a “sala” pode recorrer ao fundo do intergrupo, formado pelas representantes de cada grupo MADA. Esses cargos não são fixos e, como tudo na “irmandade”, sua ocupação é votada pelos membros. A rotatividade é bem vista pelas depoentes, pois assim os cargos não ficam pessoalizados, como Débora relata: “[...] *E a irmandade tem uma coisa muito boa, que um coordenador, ele não fica lá eternamente, ele fica um tempo, depois vem outro, vem outro. E o nosso trabalho é treinar o próximo para assumir. [...]*”.

As narrativas sobre a “prestação de serviço” evidenciaram os conflitos de convivência no grupo. O “controle”, uma das principais categorias do “amar demais”, também se apresenta no trabalho em equipe. O manejo das desavenças inclui saber escutar críticas, assumir defeitos e “aceitar” as limitações do outro.

*[...] Outra coisa que eu vi, que me incomoda muito dentro da sala, é que muitas vezes a mulher entra ali e ela se despede de uma obsessão com o homem e ela entra em obsessão com a sala, e ela quer mandar na sala, ela quer controlar, tudo tem que ser do jeito dela. Ela troca uma obsessão por outra. [...]”* Laura

*[...] eu fui sinalizada por uma companheira: ‘Olha só, dá pra você ficar ausente da sala e deixar que cada uma faça sua função?’ Na hora, sabe o que me veio, assim: ‘Ih, pirou ela [sic], está com inveja, está com raiva, porque todo mundo gosta de mim, quer pedir as coisas pra mim, ninguém pede nada pra ela’. Mas hoje, eu agradeço essa companheira. Eu falei: ‘Olha, foi muito importante a sua sinalização’. Hoje eu consigo entender que cada uma tem a sua função mesmo de fazer. Eu não posso com esse meu padrão de boazinha, de servidora, de agradadora [sic], querer fazer pelos outros. [...]”* Beatriz

---

<sup>50</sup> Existe uma apostila específica para a coordenação que contém a ordem dos eventos da reunião e modelos de falas. A rigidez da metodologia garante que as reuniões sejam semelhantes. Assim, a diferença entre as “salas” encontra-se nos depoimentos das integrantes.

A organização do MADA pretende ser democrática e igualitária. Todas as integrantes podem expressar sua opinião e para que algo seja implementado é preciso passar pela votação das participantes. O intergrupo pretende organizar as ideias trazidas pelas representantes das “salas”. Esse funcionamento ajuda a MADA a respeitar a opinião do outro e a trabalhar em conjunto.

O discurso das depoentes revela diferentes graus de adesão ao grupo. Metade ocupa ou já ocupou alguma função administrativa, enquanto a outra metade apenas participa das reuniões. O MADA recomenda que as iniciantes assumam algum cargo de “prestação de serviço”, pois o compromisso de estar presente em todas as reuniões daquela “sala” promoveria maior engajamento na “recuperação”. A ausência de voluntariado para os cargos provoca incômodo.

*“[...] eu há dois anos eu sou do grupo, mas eu sou do grupo mesmo, eu vivo e respiro o grupo. Não só na minha parte emocional [...] Eu não participo do grupo só como companheira, só como membro, eu participo da administração, eu estou lá no grupo administrativo do MADA, eu faço panfleto, eu participo do evento, então eu participo do MADA como um todo [...]” Betânia*

O conjunto entrevistado tem um perfil bastante participativo na “irmandade”. O tempo de frequência é elevado, em média quatro anos e meio, como pode ser verificado no quadro 4 na próxima página. Assim, as informantes já incorporaram e foram moduladas pelo método do grupo que constrói uma forma de narrativa de si, como afirma Bianca: “[...] Na programação a gente aprende a falar da gente. [...]”. O próprio voluntariado para a pesquisa é coerente com o compromisso em “levar a mensagem do MADA”, fator explicitado pelas informantes.

Por meio da metodologia MADA as mulheres aprendem a falar de si, isto é, a verbalizar sentimentos, sensações e percepções; uma forma de organizar a experiência do “amar demais”. As participantes com maior tempo de frequência no grupo e que fazem psicoterapia possuem um discurso mais organizado e adaptado ao tempo disponível, diferente daquelas que se iniciavam nestes processos. A prática de falar de si faz parte do tratamento proposto por qualquer psicoterapia pela palavra, o que reforça a influência dos discursos “psi” no método MADA.

Quadro 4 – Tempo de permanência na “irmandade” e Cargos Administrativos

Entrevistada	“Prestação de Serviço”	Tempo de Sala
Beatriz	Coordenadora Comitê de Informação ao Público	09 anos
Betânia	Grupo Administrativo <sup>51</sup>	02 anos
Bianca	Já foi coordenadora.	06 anos
Brenda <sup>52</sup>	Não menciona.	04 anos
Débora	Coordenadora	05 anos
Doralice	Não menciona.	06 anos
Júlia	Já participou do Intergrupo.	01 ano e 08 meses
Laura	Não menciona.	07 anos
Lorena	Não menciona.	Não menciona.
Luiza	Coordenadora	10 anos
Madu*	Colabora com o Comitê de Informação ao Público	05 anos
Magali*	Coordenadora	Menos de 01 ano
Natália	Não menciona.	01 ano
Noêmia	Não menciona.	10 meses
Olívia	Não menciona.	08 anos
Raquel	Não menciona.	05 meses

### 1.2.6 Adesão à literatura MADA

Por meio das perguntas do roteiro de entrevista: ‘Com o que você se identifica da literatura MADA? E o que não se identifica?’ pretendi investigar o grau de adesão das informantes à compreensão do “amar demais” proposta pelo grupo. Elas foram reveladoras das diferentes experiências em “amar demais” apresentadas.

Grande parte das depoentes afirmou se identificar com tudo da literatura. Em alguns casos, foi preciso insistir na pergunta para que as respostas fossem mais específicas. As categorias “agradadora”; “salvadora”; “viver em função do outro”, “compulsão” de telefonar para o parceiro; necessidade de “controle”; e a importância de reconhecer a própria “impotência”, com referência ao “poder superior”, foram as mais citadas. Além disso, o uso corrente do linguajar específico do grupo nas narrativas, *vide* campo semântico (apêndice B), indica o elevado nível de adesão das entrevistadas. Sobre o que não se identificam, enquanto algumas informantes mencionaram cenas de “barraco”, isto é, situações de constrangimento público; agressividade com os parceiros; e alcoolismo do companheiro ou na família de origem; outras relataram se identificar com esses mesmos temas. Assim, o “amar demais” proposto pelo grupo compreende um espectro enorme de experiências, ampliando a

<sup>51</sup> Sinônimo de Intergrupo.

<sup>52</sup> Já coordenou o Coda (co-dependentes anônimos), grupo de ajuda mútua formado por pessoas que mantêm algum tipo de relação (afetiva ou familiar) com pessoas adictas.

probabilidade de identificação. A discordância das entrevistadas no item alcoolismo contrasta com a formulação do “amar demais” em Norwood (2010), que se baseia na noção de coalcóolatra, porém não é incoerente, pois o “amar demais” abarcaria também as mulheres que não se relacionam com alcóolstras.

[...] A palavra [coalcóolatra] refere-se simplesmente a uma pessoa que desenvolveu uma forma doentia de relacionar-se com outras, como resultado de envolver-se estreitamente com alguém que apresente o vício do álcool. Se o alcóolatra foi um dos pais, o cônjuge, um filho ou um amigo, o relacionamento normalmente faz com que certos sentimentos e comportamentos desenvolvam-se no coalcóolatra: pouca autoestima, anseio por ser necessária, vontade de fazer mudar e controlar as pessoas, e predisposição ao sofrimento. De fato, todas as características de mulheres que amam demais estão normalmente presentes nas filhas e esposas de alcóolstras e outros viciados. (NORWOOD, 2010, p. 66).

*“[...] Porque essa Robin Norwood ela é uma psicóloga americana, que tratava de mulheres, tratava do casal, tratava de mulheres que se relacionavam com dependentes químicos e ela passou a entender como essas mulheres sofriam, elas eram codependentes desses homens. Então, eu me identifico quando ela diz isso. Eu sou codependente do meu marido, emocional e financeiro. Porque ele é um alcóolatra, eu sou codependente.[...]”* Beatriz

A leitura ávida da literatura proposta pelo MADA demonstra a importância do entendimento daquilo que se passa consigo. Jane Russo (2002) chama atenção para o fascínio exercido pela constelação dos serviços “psi” (com destaque para a psicanálise) sobre o público “leigo” das camadas médias e elites intelectualizadas. Na modernidade os comportamentos e sentimentos não são mais determinados pela tradição. O sujeito deve buscar dentro de si, em suas escolhas individuais, a melhor trajetória para uma vida plena e realizada consigo e com os outros. Esta visão de mundo está presente no discurso do MADA, apesar do declínio da leitura psicanalítica no século XXI e da crescente aposta nas respostas medicamentosas e nas pesquisas genéticas e neurocientíficas.

Algumas ferramentas do MADA auxiliam no encontro consigo mesma. A identificação com o conteúdo do “livro básico” traz o conforto do encontro com outras pessoas que enfrentam o mesmo problema. Logo, a compreensão intelectual dá contorno ao sofrimento.

*“[...] eu lembro que uma das coisas mais importantes que me ajudaram a me libertar desse relacionamento foi o entendimento. Quando eu comecei a entender o porquê que eu estava ali e porque eu atraía uma pessoa tão perversa. [...] Eu não li, eu engoli o livro. Eu devorei o livro, eu re re reli o livro milhares de vezes. [...] me via ali, eu começava até a ter taquicardia lendo o livro, a mão suava, eu ficava balançando de nervoso de tanto... entendi... é... como é que eu posso explicar? De ter a ver assim com o que eu estava vendo. [...]”* Brenda

Contudo, colocar o conhecimento adquirido em prática se mostrou a etapa mais difícil, como afirma a entrevistada Lorena: *“[...] Olha, eu vou te contar um negócio. Eu li aquela apostila, umas duas vezes, mas não consegui absorver nada para mim. [...]”*. A mudança de

comportamento não se dá em um “passe de mágica”. A incorporação da metodologia MADA requer tempo e dedicação à “irmandade”. A chegada ao grupo é vista como um “milagre”, porém a permanência requer “trabalho”. Na maioria dos casos há uma adaptação parcial às recomendações do MADA.

*“[...] O ‘só por hoje’, eu vivo ele cada dia e acho ele importantíssimo. O ‘viver e deixar viver’ as pessoas gostam, mas eu não tenho simpatia nenhuma, sabe. Porque eu não estou conseguindo isso ainda. Não estou conseguindo nem viver e nem deixar, então eu não tenho isso. ‘Esquecer os prejuízos’ eu acho maravilhoso, porque eu realmente preciso esquecer os prejuízos. E um que eu quero para minha vida é o ‘que comece por mim’, não posso mudar ninguém, só posso mudar a mim [sic] mesma. [...]” Raquel*

Os três primeiros passos foram os mais citados, fundamentais para a “aceitação” de que não se pode “controlar” tudo. Intensificar a leitura das apostilas se mostra como um recurso nos períodos mais críticos. O livro ‘Meditações diárias para mulheres que amam demais’, também de Norwood (2009), contém uma frase motivacional correspondente a cada dia do ano. Por ser um texto curto e de fácil assimilação, foi apontado como estratégia para incorporar o método MADA no dia a dia e para se manter em constante autovigilância. As entrevistadas também recorrem à oração da serenidade<sup>53</sup> nos momentos de ansiedade e lembram que não estão sozinhas por meio da oração da unidade<sup>54</sup> do grupo.

O lema “só por hoje” foi o mais mencionado e posto em prática pelas informantes. Ele propõe metas curtas, mais fáceis de serem aplicadas. Os problemas devem ser divididos em “pedacinhos mastigáveis”. Todavia, um dia parece longo quando a tarefa é controlar a vontade de ligar para o parceiro, como revela a narrativa de Raquel. Para manter-se firme no propósito que se impôs, a informante encurta ainda mais suas metas.

*“[...] porque a princípio você diz: ‘Nossa! Só 24 horas? Amanhã eu vou começar tudo de novo?’ Então eu achava, quando eu entrei, eu achava que 24 horas era pouquíssimo. Mas quando eu comecei a viver as 24 horas, tinha hora que era insuportável. Eu falava: ‘Eu não consigo fazer. Eu só vou falar amanhã às 11 horas. Eu só vou amanhã às 11 horas vai vencer essas 24? Não, eu não vou conseguir. Então eu vou até meio dia.’ Quando chega meio-dia eu falo: ‘Senhor me ajude para que eu consiga só até 13 horas, só até as 14, só até as 15.’ Quando está difícil demais, eu faço a oração do grupo, porque eu imagino que em lugar tem uma MADA que ou está se recuperando, ou está recuperada, ou está desesperada como eu. [...]” Raquel*

<sup>53</sup> “Concedei-nos, Senhor. A serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar. Coragem para modificar aquelas que podemos. E sabedoria para distinguir umas das outras.”. GRUPO MADA: Mulheres que amam demais Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=28](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=28)> Acesso em: 23 jan. 2013.

<sup>54</sup> “Eu seguro a minha mão na sua e uno o meu coração ao seu. Para que juntas possamos fazer tudo aquilo que eu não posso fazer sozinha.”. GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=40](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=40)> Acesso em: 23 jan. 2013.

A literatura por vezes é interpretada de modo a validar a manutenção do relacionamento. A informante Bianca vê no lema “só por hoje” a esperança de que amanhã possa ser diferente. Assim, conserva a expectativa de que o parceiro mude. Da mesma forma, a depoente burla a orientação implícita na literatura de que as relações “destrutivas” devem ser terminadas, tópico que será aprofundado no terceiro capítulo.

*“[...] Uma das características da mulher que se recuperou de amar demais é uma coisa que eu queria moldurar: ‘Esse relacionamento é bom para mim? Ele me dá oportunidade de me transformar em tudo que eu sou capaz de ser?’ Eu sei essas coisas, mas eu vejo: ‘Esse relacionamento é bom pra mim? Não’. Que aí eu aprendo a viver só por hoje. Eu ainda fico assim: ‘Não, mas amanhã pode ser que seja’. E aí a programação me ensina a viver por hoje. E aí é muito difícil para mim [sic] romper. [...]” Bianca*

### 1.2.7 Circuito de “irmandades”

Dois terços do conjunto entrevistado relataram outras “compulsões” além do “amar demais”, como pode ser verificado no quadro 5 na página seguinte. Em grande parte dos casos os demais grupos anônimos são acionados, como aponta Luiza: “[...] eu procurei outras irmandades, porque só o MADA não dá conta. [...]”. Devido ao relacionamento com um alcóolatra ou dependente químico, um quarto das depoentes frequenta os grupos de apoio aos familiares, como os codependentes anônimos. Também é comum que as integrantes recomendem entre si outros grupos de acordo com a demanda percebida no depoimento da “companheira”. Desta forma, o MADA pode ser a porta de entrada para outras “irmandades”. Contudo, as participantes relatam terem abandonado os grupos com os quais não se identificaram ou não se sentiram à vontade.

A participação no DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos) expõe a dimensão relacional entre os gêneros. Apesar da sigla também compreender o sentimento amoroso, os relatos são mais voltados para a dependência sexual e a frequência é majoritariamente masculina. A participante Brenda considerou os relatos de acentuado teor sexual como “pesados”, por exemplo, a procura por prostitutas. Assim, o MADA e o DASA reproduzem a divisão tradicional de gênero, a mulher governada pelos sentimentos e o homem pelo desejo carnal. A sexualidade também faz parte do discurso do conjunto entrevistado, porém seu foco principal é a relação conjugal, analisada no terceiro capítulo.

Quadro 5 – Circuito de “irmandades”

Entrevistada	Grupos Anônimos
Beatriz	JA (Jogadores Anônimos) CoDA (Codependentes Anônimos) <i>OBS.: Não continuou frequentando o CoDA.</i>
Betânia	DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos)
Bianca	Não frequenta outros grupos anônimos <i>OBS.: Identifica em si outras compulsões: comer e gastar exageradamente.</i>
Brenda	Al-Anon (Grupo de Familiares de Alcoólicos) Nar-Anon (Grupo de Familiares de Dependentes Químicos) AA (Alcoólicos Anônimos) DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos)
Débora	CCA (Comedores Compulsivos Anônimos) <i>OBS.: Não continuou frequentando.</i>
Doralice	Não menciona outras irmandades.
Júlia	Nar-Anon (Grupo de Familiares de Dependentes Químicos)
Laura	NA (Narcóticos Anônimos) DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos) CoDA (Codependentes Anônimos)
Lorena	Não menciona outras irmandades.
Luiza	Al-Anon (Grupo de Familiares de Alcoólicos) CCA (Comedores Compulsivos Anônimos) DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos) CoDA (Codependentes Anônimos)
Madu*	Não menciona outras irmandades. <i>OBS.: Identifica que possui compulsão por comida e por bate-papo ao telefone.</i>
Magali*	NA (Neuróticos Anônimos) Al-Anon (Grupo de Familiares de Alcoólicos) CoDA (Codependentes Anônimos)
Natália	DA (Devedores Anônimos) <i>OBS.: Não continuou frequentando.</i>
Noêmia	Não menciona outras irmandades.
Olívia	NA (Neuróticos Anônimos) CCA (Comedores Compulsivos Anônimos)
Raquel	Não menciona outras irmandades. <i>OBS.: Relata vício em Jogo do Bicho.</i>

As mulheres tendem a falar mais sobre sua vida sexual e amorosa, tendo como confidentes outras mulheres. Não se trata de um relato científico sobre as relações sexuais e sim de um compartilhamento da vivência do relacionamento, dos sentimentos e problemas enfrentados no cotidiano conjugal, do qual a sexualidade faz parte. Esta necessidade de fala pode estar relacionada a um contexto social de maior autonomia feminina, onde a conjunção entre atividade sexual, vida conjugal e laço afetivo se torna difícil (FERRAND e MOUNIER, 1993 apud BOZON, 2004).

A procura pelo DASA é movida pela curiosidade em entender o ponto de vista masculino, a partir do qual as informantes aprendem como devem agir com os homens. A exposição da intimidade diante de uma plateia masculina é uma diferença apontada em relação ao MADA. Os relatos do DASA apresentam o sofrimento afetivo-sexual masculino.

Quatro depoentes mencionam uma “versão” masculina do “amar demais”, nomeados por “Coda” (codependente) e por “HADES” (homens que amam demais<sup>55</sup>). A narrativa de Júlia demonstra uma mudança de perspectiva quando identifica no parceiro comportamentos semelhantes aos seus: “[...] só que o cara é um Coda [codependente], a versão de MADA homem [...] E o cara queria respirar pelo meu nariz. E tudo o que eu fazia com meu ex-namorado, [...] esse cara fazia. E eu vi o que eu fazia com os outros. [...]”. Assim, ela consegue dimensionar como é ser amado por uma MADA.

---

<sup>55</sup> O livro homônimo de Tatiana Ades (2009) apresenta o “amar demais” masculino. O HADES vem se configurando como um grupo de ajuda mútua nos meios virtuais. Contudo, a análise deste fenômeno foge às pretensões da dissertação.

## 2 “AMAR DEMAIS”: VÍCIO OU DOENÇA?

A perspectiva antropológica parte de um estranhamento das experiências humanas, entendendo-as indelevelmente integradas à cultura. Logo, a antropologia caracteriza-se pelo constante relativismo das concepções de saúde e doença, desconstruindo a suposta naturalidade das condições de adoecimento e suas terapêuticas (DUARTE, 1998).

A experiência da ‘doença’ é multifacetada. Termos como ‘perturbação’, ‘sofrimento’, ‘enfermidade’ e ‘aflição’ indicam a influência da especificidade cultural na concepção de ‘doença’. O uso de vocábulos mais abrangentes, presentes no senso comum, relativiza o reducionismo fisicalista legitimado pelas instituições médicas. A interpretação antropológica demonstra que a gama de ‘sofrimentos’ nomeados na experiência humana é muito maior que os reconhecidos como doença física ou como situações disruptivas. Por meio da categoria ‘perturbação’, se admite que situações consideradas ‘patológicas’ em nossa cultura não o sejam em outras, onde sequer denominam um sofrimento peculiar. Assim, as ‘perturbações’ têm conotação físico-moral (DUARTE, 1998).

Não é possível desconectar o desenvolvimento dessa forma de compreender o corpo e a mente humanas da história ocidental moderna, na qual vê-se surgir a ideologia individualista que produz uma determinada concepção de pessoa.

A medicalização é consequência de uma racionalização dos saberes, na qual a dimensão da totalidade do processo de adoecimento é perdida em prol da especialização e tecnização. Ademais, verifica-se o embate entre a leitura que naturaliza a doença e a tendência a responsabilizar o indivíduo pelo seu adoecimento, consonante com o processo de interiorização e psicologização dos sujeitos. Assim, a medicalização reifica os efeitos do individualismo. A pessoa moderna é tida como autônoma, singular e interiorizada. Contudo, depende de um corpo naturalizado, cujo conhecimento e terapêutica estão atrelados às especialidades científicas. O indivíduo convive com a tensão entre sua realidade interna e subjetiva e a realidade externa e objetiva (DUARTE, 1998).

A construção da ‘doença’ no ocidente é creditada por um lado à racionalização aplicada ao corpo cujo maior expoente é a biomedicina; por outro à interiorização autorresponsabilizadora que originou os saberes ‘psi’. Todavia, a biomedicina vem tentando ocupar o espaço das perturbações morais por meio de estudos cerebrais. A antropologia da

‘doença’, por sua vez, tem dado ênfase à experiência aproximando-se de uma antropologia das ‘emoções’(DUARTE, 1998).

A proposta deste capítulo é apresentar como o “amar demais” vem sendo promovido como “doença” tanto pelo campo científico, onde não há um consenso em torno do assunto, quanto pelas nativas do grupo “mulheres que amam demais anônimas”, orientadas pela literatura de autoajuda de Norwood (2010). O percurso da medicalização do “amar demais” exhibe questionamentos caros à antropologia das emoções: são biológicas ou culturais; individuais ou sociais?

## 2.1 Medicalização – conceito e problematizações

“[...] Por medicalização entendemos o que define o comportamento como um problema médico ou doença, determinando ou licenciando a profissão médica para fornecer algum tipo de tratamento para tal. [...]”<sup>56</sup> (CONRAD, 1975, p. 12, tradução nossa). Em trabalho posterior, o autor descreve a medicalização como: “[...] processo pelo qual problemas que não são médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças ou transtornos. [...]”<sup>57</sup> (CONRAD, 2007, p. 04, tradução nossa). Assim, a medicalização é conceituada como um processo que envolve utilizar a leitura, linguagem e intervenção médicas para entender, definir e descrever um problema.

A intenção do autor não é atingir a definição de um real problema médico. Ele objetiva pensar a viabilidade da denominação e os processos envolvidos na sua produção ao invés da validade do diagnóstico. Sua análise concentra-se na criação, promoção e aplicação das categorias médicas, e respectivos tratamentos, aos problemas humanos, enfatizando o controle social fruto da medicalização.

Certos fatores sociais têm contribuído para a medicalização tais como: a inclinação para as soluções individuais e tecnológicas dos problemas; o processo de secularização; a tendência humanitária das sociedades ocidentais; a crença na racionalidade, no progresso e na ciência; e o crescente prestígio da profissão médica (CONRAD 1992; 2007).

---

<sup>56</sup> O texto em língua estrangeira é: “[...] By medicalization we mean defining behavior as a medical problem or illness and mandating or licensing the medical profession to provide some type of treatment for it. [...]”.

<sup>57</sup> O texto em língua estrangeira é: “Medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders. [...]”.

A medicalização não é um processo irreversível; ela sofre contratempos tais como: existência de definições concorrentes, descoberta de novas causas para o problema, suporte da profissão médica, disponibilidade de intervenção ou tratamento, cobertura pelo plano de saúde e presença de indivíduos ou grupos organizados que promovam ou questionem as definições médicas. Estes fatores podem interferir no nível de medicalização do problema<sup>58</sup> (CONRAD 1992; 2007).

Mais do que tachar tudo como medicalização, o autor salienta uma leitura em níveis diferenciais do uso da razão biomédica. Ele assinala a elasticidade das categorias médicas que podem se contrair ou expandir<sup>59</sup>. Algumas são mais circunscritas enquanto outras permitem a incorporação de uma variedade de problemas ou o alargamento da faixa etária a que se aplica. No caso do alcoolismo, membros da família são parcialmente medicalizados como codependentes e viabilizadores do vício.

É possível definir três níveis distintos de medicalização: no “conceitual” há o uso de vocabulário médico para traduzir o problema que se apresenta; no “institucional” as organizações adotam a abordagem médica para se legitimarem e se especializarem no tratamento de um caso particular; já o “interacional” se dá na relação médico-paciente quando o médico adota um tratamento para uma questão social, por exemplo, a prescrição de tranquilizantes para uma família infeliz (CONRAD, 1992).

O termo medicalização tem sido mais utilizado no sentido crítico de uma medicalização excessiva (*overmedicalization*) (CONRAD, 1992). O conceito de medicalização da vida (*the medicalization of life*) desenvolvido por Illich (1976 apud Conrad, 1992) e a interpretação de Zola (1983 apud Conrad, 1992) de que cada vez mais aspectos da vida cotidiana estão sobre a competência e supervisão médicas ilustram o debate. Há, portanto, a preocupação de que esta transformação de aspectos comuns da vida em patologias mude a gama do que é considerado aceitável.

Não se pode negar que algumas formas de medicalização podem proporcionar bem estar individual. No exemplo da síndrome da fadiga crônica, Broom e Woodward (1996 apud

---

<sup>58</sup> A homossexualidade serve aqui como um caso exemplar, pois a partir da militância do movimento gay, foi retirada como diagnóstico no DSM III (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders) e, assim, oficialmente não mais considerada doença. Apenas aos indivíduos insatisfeitos com a sua orientação sexual seria atribuído algum transtorno. Porém, a medicalização/desmedicalização é processo em constante movimento, onde as conquistas não são permanentes. Transformações e desenvolvimento da psiquiatria; a emergência do HIV/AIDS; descobertas em genética; e mudanças na concepção e linguagem da comunidade gay são fatores que podem influenciar a atual ‘desmedicalização’ da homossexualidade. (CONRAD, 2007).

<sup>59</sup> É inegável que a medicalização tem um compasso mais veloz que a ‘desmedicalização’. Contudo, é importante marcar que são processos bidirecionais (CONRAD 1992; 2007).

Conrad, 2007) apontam que as explicações médicas podem: validar e oferecer coerência aos sintomas apresentados; e dar suporte para a autogestão dos problemas.

Quando a causa do problema é submetida a justificativas médicas, o indivíduo deixa de ser responsabilizado pelo seu comportamento (CONRAD, 2007). Ortega (2008) adverte que a psiquiatria biológica, apesar das diversas críticas, trouxe um ganho em desculpabilização dos pacientes e de seus familiares pela doença. Um dos exemplos é a antiga psicose maníaco depressiva, agora denominada transtorno bipolar.

[...] Não é o mesmo afirmar “há algo errado *comigo*” do que “há algo errado *com meu cérebro*”. Ao passo que a doença mental diz respeito à identidade, o transtorno cerebral diz respeito ao corpo (cérebro). Se for um problema do cérebro, então o indivíduo não é culpado e, sobretudo, ele não *é* essa doença, ela não define a sua identidade. [...] (ORTEGA, 2008, p. 487, grifo do autor).

Comportamentos que um dia foram considerados pecado, crime ou imoralidade ao serem definidos como problemas médicos são transformados de maldade em doença (CONRAD, 2007). Por outro lado, Conrad (1992, p. 223) denomina de ‘saúdização’ (“*healthicization*”) o fenômeno iniciado nos anos oitenta que propõe a melhora da saúde individual através da redução dos riscos para doenças por meio de um estilo de vida saudável. Desta forma, a medicalização transforma o moral em médico e a ‘saúdização’ promove a saúde como moral. A vigilância médica é uma forma de controle social dos indivíduos considerados em risco para determinada enfermidade, sem estarem de fato doentes.

Ao ser conceituado como doença, o alcoolismo é retirado do âmbito da fraqueza moral ou pecado. Assim, os alcóoltras não são mais presos e sim tratados. Da mesma forma, a criança hiperativa não é má, apenas possui uma doença. Há, portanto, menor reprovação dos desviantes que pode se reverter em menor estigma social (CONRAD, 1975).

A medicalização tem sido criticada por localizar a causa e a solução do problema no indivíduo e não no meio social ou em respostas coletivas. Verifica-se, portanto, um aumento do controle social médico sobre o comportamento humano, definindo o que é “normal”, esperado e aceitável na vida<sup>60</sup> (CONRAD, 2007). O monopólio médico daquilo que é conceituado como doença exclui a esfera pública do debate. As possíveis razões sociais produtoras do comportamento tendem a ser ignoradas. Por fim, a despilitização aparece como resultado dos processos de medicalização e individualização de questões sociais (CONRAD, 1975).

---

<sup>60</sup> A medicalização da disfunção erétil tem transformado as expectativas quanto à performance sexual masculina, principalmente devido à popularização do fármaco Viagra. Assim, a medicalização também pode ter o viés de aprimoramento das faculdades humanas (CONRAD, 2007).

Entretanto, nem sempre os médicos são os maiores promotores da medicalização. É preciso considerar uma interação complexa de diversos atores sociais como a indústria farmacêutica, companhias de seguro, a indústria da biotecnologia e os próprios pacientes, agora nomeados de consumidores (por exemplo, os portadores de doenças contestadas como a síndrome da fadiga crônica). Contudo, os médicos funcionam como guardiães (“*gatekeepers*”) do processo de medicalização por serem necessários à legitimação das novas categorias diagnósticas<sup>61</sup>. Devido ao seu elevado prestígio social, a *expertise* médica é frequentemente requisitada pelos atores citados para validar e promoverem suas reivindicações. Cabe pontuar que a medicalização de uma condição permite que os procedimentos sejam reembolsados pelos planos de saúde (CONRAD, 2007).

Outra crítica, específica para o contexto americano, é a permissão da promoção de produtos, serviços e tratamentos médicos diretamente ao consumidor. Formam-se mercados médicos (“*medical markets*”) mediante o crescimento de uma cultura de consumo relativo à saúde. A indústria farmacêutica tem realizado iniciativas que criam transtornos para os quais seus produtos se dizem capazes de solucionar. O consumidor ao se identificar com a descrição apresentada deve perguntar ao médico se o medicamento em questão é indicado no seu caso. Outra estratégia das empresas é oferecer questionários simples que permitem ao consumidor verificar a probabilidade de ter determinado transtorno. Assim, assiste-se a uma crescente comercialização da medicina (CONRAD, 2007).

## 2.2 “Amar demais”: o alcoolismo como espelho

Norwood (2010) procura adaptar as etapas da evolução do alcoolismo ao que se apresenta no fenômeno do “amar demais”. Ao organizar as fases do “amar demais” torna-se possível identificar o estágio da “doença” e prever sua progressão. Segundo a autora, o alcoolismo é mais representativo do universo masculino enquanto o “amar demais” diz mais sobre o universo feminino. Embora reconheça a importância das diferenças de gênero, Norwood deixa claro não ser este o foco da sua análise.

---

<sup>61</sup> No caso do alcoolismo, movimentos sociais como os Alcoólicos Anônimos foram centrais para a medicalização desta condição. Somente em momento posterior os médicos adotaram a leitura do alcoolismo como doença (CONRAD e SCHNEIDER, 1992 apud CONRAD, 2007).

É possível reconhecer tanto em Norwood (2010) quanto nos grupos MADA uma adaptação do modelo terapêutico utilizado pelos Alcoólicos Anônimos, considerado o precursor dos demais grupos de ajuda mútua. Sendo assim, os argumentos utilizados na composição do “amar demais” como “doença” são baseados na trajetória percorrida pelo alcoolismo: de vício a doença. Para efeito de demonstração das similitudes entre MADA e AA, resgato os principais argumentos de Campos (2010).

O ato de beber é socialmente construído, de forma que não pode ser analisado isolado do contexto social. Na França, a partir da segunda metade do século XIX, as consequências da embriaguez começaram a chamar a atenção das autoridades médicas e sanitárias. Considerado um flagelo social, o beber em excesso era característico dos homens das classes populares, degenerando-os para o trabalho (NOURRISSON, 1990 apud CAMPOS, 2010).

O intenso controle social sobre as classes mais pobres era justificado pela noção de descabro social associada à tese da degenerescência alcóolica. A embriaguez também era relacionada ao crime. De causa exógena, as abordagens terapêuticas do higienismo para o alcoolismo vão buscar a alteração do meio social.

No Brasil as primeiras campanhas oficiais contra o uso do álcool – voltadas, sobretudo, para as classes populares – aconteceram nas primeiras décadas do século XX em meio ao movimento higienista e sanitarista, seguindo o modelo francês. O alcoolismo era definido pelos médicos como uma patologia social, cuja causa é exterior ao indivíduo. O meio social favoreceria seu surgimento e difusão (MATOS, 2000 apud CAMPOS, 2010).

Já nos Estados Unidos a discussão sobre a embriaguez girava em torno da responsabilidade do bebedor. Nesta leitura não se admite o álcool em excesso como doença, trata-se de uma escolha pessoal regida pelo prazer (LEVINE, 1978 apud CAMPOS, 2010). Este modelo moral atribui ao alcoolismo uma razão endógena, ou seja, uma fraqueza individual, bem de acordo com a moral protestante vigente naquele país. Trata-se, portanto, de uma doença da vontade associada à perda do controle sobre o consumo.

O AA surge entre o final do século XIX e início do XX nos Estados Unidos em meio ao debate em torno dos efeitos do álcool que resultou na Lei Seca americana de 1920. Focalizava os malefícios sociais causados pelo álcool, deixando em segundo plano a leitura do alcoolismo como dependência. O grupo estrutura-se a partir dos valores do indivíduo moderno: a autonomia e a soberania sobre si, ou seja, liberdade de escolha. A discussão sobre o alcoolismo opõe livre arbítrio e determinação; vontade e necessidade; responsabilidade e dependência; poder de escolha e perda do controle (CAMPOS, 2010).

Não existe na literatura do AA uma explicação etiológica sobre o alcoolismo. O grupo promove um programa de ação baseado na imitação dos modelos compartilhados nas reuniões. Há, portanto, um interesse imediato por um resultado prático. O objetivo final é a manutenção da sobriedade via abstinência. Todavia, apesar da ausência de uma explicação explícita sobre o alcoolismo é possível delinear os contornos da teoria formulada pelo grupo para o que entendem por ‘doença do alcoolismo’.

O AA é o grande responsável pela sedimentação do alcoolismo como ‘doença’ de base orgânica, no sentido de uma pré-disposição; e mental, no que se refere ao comportamento compulsivo. Assim, a aquisição da ‘doença’ é uma fatalidade pela qual o indivíduo não é responsável, pois antes do primeiro gole não há como prever a existência de uma sensibilidade física ao álcool. Trata-se, portanto, de uma teoria endógena restritiva, já que nem todos desenvolveriam o alcoolismo. Como dependente do álcool, o indivíduo perde o seu livre-arbítrio, incapaz de seguir a sua vontade ele não controla mais a quantidade ingerida (CAMPOS, 2010).

Por outro lado, a definição de ‘doença espiritual’ resgata o componente moral da leitura do alcoolismo. Ainda se sentindo no controle, o indivíduo nega o problema, em uma atitude considerada onipotente. O sujeito tende a se isolar do seu meio social. O AA pretende oferecer uma interpretação do alcoolismo que dê conta do indivíduo em sua totalidade, abarcando as dimensões física, mental e espiritual (aqui sinônimo de moral). No AA, o indivíduo não é responsabilizado pela causa, mas sim pela sua recuperação do alcoolismo. O sujeito deverá se monitorar para controlar o desejo pela bebida.

O status de doença conferido pelo AA retira do alcoolismo seu caráter de desvio, presente nas interpretações morais, e diminui a avaliação social estigmatizadora. Ao ser denominado como ‘doente alcóolico em recuperação’ o indivíduo é portador de uma doença incurável, porém passível de controle (CAMPOS, 2010).

O modelo terapêutico do AA valoriza a singularidade de cada membro. Logo é um programa altamente individualizado, posicionamento condizente com o valor individualista da sociedade americana na qual o AA se origina (LEVINE, 1978 apud CAMPOS, 2010). O conceito de doença crônica engendra uma nova relação do doente com a medicina, ele passa a gerir a sua condição e a se responsabilizar pelo cuidado de si. Os grupos de ajuda mútua promovem a autonomia do sujeito (HERZLICH e PIERRET, 1991 apud CAMPOS, 2010). A saúde também passa a ser medida pelo nível de autonomia do indivíduo. Logo, ser dependente passa a ser sinônimo de doença.

A linguagem sobre a doença (incurável, progressiva e fatal) fornecida pelo AA estabelece um significado para o alcoolismo que permite aos membros construir uma nova representação sobre si mesmos: a de ‘doente alcóolico em recuperação’. O grupo promove uma subjetividade marcada pela patologia. Sua terapêutica ensina ao indivíduo a conviver com um mal contido em seu interior (CAMPOS, 2010).

### 2.2.1 As MADAs falam sobre “vício” e “doença”

Os discursos de quinze das dezesseis entrevistadas falam do “amar demais” como uma doença. A discussão realizada em torno do alcoolismo facilita o entendimento de tal concepção. Beatriz, utilizando-se de expressão presente na literatura dos alcóolicos anônimos, afirma: *“é uma doença progressiva e fatal”*.

As participantes frequentemente caracterizam o “amar demais” como “dependência”, como declara Doralice: *“É difícil você ter certeza, se aquilo ali é amor ou se aquilo ali é dependência. [...] Porque você não sabe até se está amando ou se você está dependendo.”*. É comum a comparação com a evolução do alcoolismo e uso de drogas. O termo “adicto”<sup>62</sup>, adjetivo para quem faz uso habitual e incontrolável de drogas, exemplifica tal entendimento, como aparece na narrativa de Betânia: *“Por isso que eu digo que o amar demais é só escolher um alvo, porque é o meu comportamento que é adicto, é viciado.”*. As MADAs apreciam sentimentos intensos, geralmente manifestos pelo termo “adrenalina”, tida como viciante.

Há, entretanto, uma marcada diferença entre o objeto viciante no alcoolismo e no “amar demais”. No primeiro trata-se da bebida alcóolica, uma substância palpável, no

---

<sup>62</sup> O’Brien (2011) aponta a diferença da nomenclatura “dependência” e “adicação”, importante para a formulação do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). No debate para a edição revisada do DSM-III, alguns defendiam que o termo ‘adicação’ carregava um tom pejorativo que poderia afastar do tratamento aqueles que precisam de ajuda. O termo ‘dependência’, por sua vez, estabelece a busca descontrolada pela droga, contudo, também diz da reação fisiológica causada pela retirada abrupta de uma medicação que atue no sistema nervoso central. De acordo com o autor, este duplo sentido levou a uma confusão diagnóstica. Os médicos passaram a temer que a prescrição de opióides para o tratamento da dor levasse à dependência, em seu sentido compulsivo. Para acabar com esse desentendimento presente nas edições anteriores, o DSM-V traz o seguinte título de capítulo: *‘Substance-related and addictive disorders’*. Outra mudança importante dessa edição do manual foi a eliminação da diferença entre abuso e dependência de substância para um único transtorno medido por um contínuo que vai de moderado a severo. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-5 Development. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>> Acesso em: 29 out. 2013.

segundo são relações afetivas, o que dificultaria a “abstinência”. Aqui reside a diferença entre dependência química e “adicação” comportamental<sup>63</sup>.

*“O dependente químico ou dependente de álcool quando ele aciona a ativa, ele vai dar o primeiro gole. Para nós é não acionar os gatilhos, é mais difícil, porque não é... ela não é tática [...] Não está concentrado numa substância. Um gatilho pode ser um leve pensamento, você está vendo uma cena da novela que você viu uma traição, alguma coisa, aquilo pode te dar uma paranóia de que você está sendo traída, ali já liberar o gatilho da traição.” Débora*

Um terço das participantes menciona um período de “abstinência”, fase de privação do parceiro e dos comportamentos associados ao “amar demais”, denominados por “madisse”. A frequente referência à apostila do MADA nas narrativas indica como, a partir da identificação com os sintomas ali listados (anexo D), a mulher pode nomear o que sente como “abstinência”.

*“[...] É muito difícil porque para você se recuperar você tem que fazer diferente. Você tem que ir contra a sua vontade destrutiva. Por exemplo: uma mulher que quer ficar com o cara, mas o cara é ruim, você tem que dizer não à sua vontade. Não ir, se abster. A gente diz que recuperação é renúncia. [...] Um exemplo: ‘Como é que eu vou parar de beber bebendo?’ Não existe. Ah, eu vou beber, vou me recuperar. Não. Tem que se abster da bebida. [...]” Brenda*

*“[...] eu passei por esse processo de abstinência que a gente chama, que a gente tem nas apostilas, que é assim: vazio existencial, vontade de dormir e de não acordar mais, pensamentos suicidas – ‘Será que se eu bater com o meu carro e vou parar no hospital ele vai lá me visitar?’ – era assim... [chora], muita dor. Nossa! Muita dor. Eu me lembro que eu deitava na cama e eu berrava de dor que tinha. Era a mesma coisa que um dependente que não fica sem a droga. As dores são insuportáveis.” Beatriz*

A analogia com a abstinência de drogas tais como cocaína e heroína é um recurso frequente para explicar o que se passa na ausência do parceiro. Emendar uma relação na outra surge como artifício para não lidar com a dor da “abstinência”. Contudo, como Débora afirma: “*muda o personagem, mas a doença é a mesma*”.

*“[...] toda vez que esse namorado meu terminava comigo, eu arrumava outro. Eu arrumava... não é porque eu queria arrumar outro porque eu gostava, eu me interessei por outro. Claro que eu também não vou sair com qualquer um. Eu saía com outra pessoa, com outras pessoas para não sentir a crise da abstinência. [...] Mas eu não faço mais isso comigo porque é como se fosse uma bengala.” Brenda*

<sup>63</sup> Foi incorporado ao capítulo ‘*Substance-related and addictive disorders*’ do DSM-V o ‘*gambling disorder*’ (transtorno do jogo compulsivo – tradução nossa). O único da nova categoria de adições comportamentais. De acordo com o manual, tal transtorno apresenta expressão clínica, origem cerebral, comorbidade, fisiologia e tratamento similares aos transtornos relacionados a substâncias. Espera-se que esta inclusão diagnóstica permita acesso ao tratamento e o melhor entendimento dos indivíduos em enfrentam a superação deste transtorno. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-5 Development. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>> Acesso em: 29 out. 2013. Cabe destacar que o ‘*Internet Gaming Disorder*’ foi identificado como uma condição que necessita de maior pesquisa e experiência clínicas para que possa ser incluída formalmente no DSM como um transtorno. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-5 Development. Disponível em: <<http://www.dsm5.org/Documents/Internet%20Gaming%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>> Acesso em: 29 out. 2013.

### 2.3 Empreendedores morais

Conrad (1975) assinala a influência de agentes fora da área médica no processo da medicalização. Para defini-los, o autor utiliza o conceito de “empreendedores morais” (“*moral entrepreneurs*”), cunhado pelo sociólogo Howard Becker (2008, p.153) para aqueles que tomam a iniciativa de levantar e alimentar uma nova perspectiva sobre determinados comportamentos sociais<sup>64</sup>.

Todos os grupos sociais formulam e tentam impor suas regras sociais por intermédio das quais as situações e comportamentos são definidos como certos ou errados. O desvio é sempre o resultado do empreendimento de formulação da regra. É necessário que alguém chame a atenção para determinado fato e convença o público de que alguma medida deve ser tomada a respeito. Estes são os “empreendedores morais”, divididos em dois tipos: o criador<sup>65</sup> e o impositor de regras. Em geral, os criadores possuem convicção moral e motivação humanitária (BECKER, 2008).

A fim de alcançar o objetivo da criação da regra, o “empreendedor moral” aciona o conhecimento especializado. A figura do psiquiatra aparece, dependendo da ordem do caso, em virtude da sua crescente aceitação social. Ele será o responsável por formular apropriadamente as regras defendidas pelo “empreendedor moral” que, assim, abre espaço para entrada de outros interesses, o que inclui os da categoria profissional do especialista (BECKER, 2008).

No que tange à medicalização do “amar demais”, três “empreendedores morais” se destacam: Manoel Carlos, autor da novela ‘Mulheres Apaixonadas’<sup>66</sup>, que promoveu o “amar demais” como um problema de ordem afetiva e deu visibilidade ao MADA como fonte de ajuda; profissionais do campo ‘psi’<sup>67</sup> dedicados à construção do ‘amor patológico’ e à elaboração de serviços especializados; as participantes do MADA que divulgam o grupo para aquelas que passam pelo mesmo problema, prática denominada por “levar a mensagem”.

---

<sup>64</sup> No Brasil o fenômeno da gravidez na adolescência suscitou por parte de empreendedores morais campanhas para denunciar erotização precoce das meninas (CABRAL, HEILBORN e BRANDÃO, 2007).

<sup>65</sup> Também denominado por “cruzado moral” (BECKER, 2008, p. 153).

<sup>66</sup> Mencionada no item 1.1.7 que versa sobre o estereótipo da MADA.

<sup>67</sup> Profissionais da área médica podem ser considerados empreendedores morais na medida em que promovem o ‘amor patológico’ como um ‘transtorno’ tanto no meio científico como na mídia em geral, permitindo que as pessoas se identifiquem e passem a promovê-lo. O empreendedorismo do “amar demais” como ‘doença’ também pode partir de autores leigos, como é o caso do livro da jornalista Marília Gabriela (2009) ‘Eu que amo tanto’, no qual expõe a história de catorze mulheres que conheceu em uma reunião do MADA.

Contudo, elas o fazem de forma bastante comedida por receio de atitudes preconceituosas, motivadas pelo estereótipo de “louca” associado às MADAs, e por valorizarem a preservação do anonimato.

Portanto, as informantes preferem manter sua identidade MADA em segredo. Becker (2008) enuncia quatro tipos de comportamento desviante, sendo um deles o “desvio secreto”<sup>68</sup>. Trata-se de uma conduta desviante que não é percebida como tal, a não ser pelo próprio transgressor da regra<sup>69</sup>. O autor destaca que:

[...] ser apanhado e marcado como desviante tem importantes consequências para a participação social mais ampla e a autoimagem do indivíduo. A mais importante é uma mudança drástica em sua identidade pública. Cometer o ato impróprio e ser apanhado lhe confere um novo status. Ele revelou-se um tipo de pessoa diferente do que supostamente era. É rotulado de ‘bicha’, ‘viciado’, ‘maluco’ ou ‘doido’ e tratado como tal. (BECKER, 2008, p. 42)

A forma de amar da MADA destoa do ideal contemporâneo; que localiza o amor como principal fonte de felicidade e aspecto fundamental da qualidade de vida, e valoriza o autocontrole dos indivíduos. As participantes parecem temer que o estereótipo da MADA manche sua credibilidade, principalmente nos âmbitos familiar e profissional, justificativa para a dimensão do segredo supracitada.

As formulações de Norwood (2010), aprofundadas no tópico seguinte, são utilizadas como conhecimento especializado que fundamenta o “amar demais” enquanto campo de empreendimento moral.

### 2.3.1 O “amar demais” como “doença” em Norwood

Norwood (2010) entende o “amar demais” como um processo doentio progressivo, sendo fundamental que profissionais especializados – médico ou psicoterapeuta – estejam familiarizados com seus “sinais e sintomas”. Assim, o “amar demais” poderá ser devidamente diagnosticado e tratado.

<sup>68</sup> Os demais tipos são: o comportamento **apropriado**, aquele que não infringe nenhuma regra e é percebido dessa forma; o **desviante puro**, o que transgredir a regra, sendo assim compreendido; e o **falsamente acusado**, isto é, a pessoa é vista como tendo cometido o desvio, sem tê-lo feito de fato (BECKER, 2008, grifo nosso).

<sup>69</sup> Becker (2008) cita como exemplos: os homossexuais que ocultam sua sexualidade daqueles que não compartilham da mesma orientação sexual; e os usuários de narcóticos que escondem seu vício dos não usuários com quem convivem.

Quero construir uma situação para aplicar o conceito de doença ao modelo de se amar demais. É algo difícil de se fazer; se você não aceitar essa proposta, espero que ao menos perceba a forte analogia entre uma doença como o alcoolismo, um vício em uma substância, e o que ocorre com mulheres que amam demais, viciadas que são em homens em suas vidas. Estou inteiramente convencida de que o que aflige mulheres que amam demais não é *como se fosse* um processo doentio; é um processo doentio, requerendo diagnóstico e tratamento específicos. (NORWOOD, 2010, p.230, grifo do autor).

O trecho acima evidencia a intenção da autora de transformar o “amar demais” em diagnóstico médico, justificada por meio da equiparação ao alcoolismo e uso de drogas. O reconhecimento como doença seria dificultado pela ausência de substância química viciante. No caso, o objeto do vício é o homem. A existência de “manifestações comportamentais, em vez de físicas, nos estágios inicial e intermediário” dificultaria a identificação precoce do “amar demais”. Além disso, deve-se considerar a crença cultural que associa o sofrimento ao amor verdadeiro (NORWOOD, 2010, p. 231).

Sua defesa do “amar demais” como doença concentra-se no capítulo intitulado “Morrer por amor”, uma forma de demonstrar a gravidade do fenômeno.

[...] Talvez a morte venha de uma disfunção relacionada à tensão, como uma parada cardíaca ou um ataque, ou qualquer outra indisposição física causada ou aumentada pela tensão. Ou poderá morrer pela violência que agora se tornou parte de sua vida, ou talvez em um acidente que não ocorreria se ela não estivesse tão distraída por sua obsessão. Ela pode morrer rapidamente ou passar muitos anos numa deterioração progressiva. Qualquer que seja a causa aparente da morte, quero reiterar que o fato de amar demais pode matar. (NORWOOD, 2010, p.239-240).

“[...] Médicos não conseguindo diagnosticar propriamente sua disfunção progressiva, podem exacerbar sua condição, oferecendo tranquilizantes para abrandar a ansiedade gerada pela situação em que ela vive [...]” (NORWOOD, 2010, p.238). A receita de medicamentos para a tensão emocional da MADA é comparada ao uso do álcool. Seu efeito é temporário e não soluciona o problema.

Novamente sustentando seus argumentos no modelo do alcoolismo, a autora aponta a tendência da “terapia tradicional” à compreensão do vício como um sintoma e não como o processo doentio central. Considera tal estratégia ultrapassada e ineficaz. Investigar as causas não faz com que o comportamento desapareça. Por mais que o “amar demais” remonte à infância, deve-se lidar com os padrões que essas mulheres apresentam no presente (NORWOOD, 2010, p.228).

Ao sintetizar a explicação para o alcoolismo no fato deste ser uma doença, Norwood (2010) individualiza e descontextualiza o problema, como ilustra o trecho: [...] Procurar os motivos subjacentes para a bebida, na esperança de que, revelando a “causa”, o abuso do álcool cesse, *não dá certo*. A “causa” da bebida é o fato de o paciente possuir a doença do

alcooolismo. [...] (NORWOOD, 2010, p.228, grifo do autor). A autora não nega que a psicoterapia produza efeitos, porém isolada seria insuficiente à problemática do “amar demais”. Para ela, no processo de libertação de um vício a pessoa depara-se com um profundo sentimento de vazio e ansiedade que as sessões terapêuticas não são capazes de suprir. Os grupos de ajuda mútua cumpririam esta demanda por constituírem uma rede de apoio mais presente e disponível.

Por mais que Norwood (2010) não explicita suas referências bibliográficas, pode-se identificar suas influências: a) a psicanálise<sup>70</sup>, principalmente quando localiza a origem do “amar demais” na infância e nas relações familiares; b) a metodologia dos alcóolicos anônimos; c) a análise transacional, utilizada para explicar a interação no par (“jogos”); d) a leitura biomédica, como pode ser verificado no seguinte trecho:

Muitas mulheres [...] devido às histórias emocionais de viver com fases de depressão constantes e/ou sérias na infância (e devido também a terem possivelmente herdado a vulnerabilidade bioquímica para a depressão de um pai alcóolatra ou com disfunções bioquímicas), ficam basicamente deprimidas antes mesmo de iniciar seus relacionamentos amorosos quando adolescentes e quando adultas. Tais mulheres podem procurar inconscientemente o estímulo poderoso de um relacionamento difícil e dramático, para estimular as glândulas e liberar adrenalina [...] (NORWOOD, 2010, p. 226).

Como pode ser verificado no trecho acima, é evidente o recorte de gênero em Norwood (2010), mas por que frequentemente são as mulheres que “amam demais”? Os estudos de gênero já demonstraram a histórica associação das mulheres ao excesso de sentimentos e dos homens à racionalidade. Não por acaso, a autora propõe diferentes saídas para o passado em uma família desajustada de acordo com o gênero. As mulheres desenvolvem o “amar demais” e os homens compulsão pelo trabalho.

Não tenho a intenção de afirmar que as mulheres são as únicas a amar demais. Alguns homens também se comportam assim, e seus atos e sentimentos provêm dos mesmos tipos de experiências e de dinâmicas da infância. Entretanto, a maioria dos homens que foram afetados na infância não desenvolve um vício ligado a relacionamentos. Devido a uma interação de fatores culturais e biológicos, eles normalmente tentam se proteger, e evitam a dor exercendo atividades mais externas que internas, mais impessoais que pessoais. A tendência é eles se tornarem obcecados pelo trabalho, por esportes ou *hobbies*, enquanto nas mulheres, devido a forças culturais e biológicas peculiares, a tendência é se tornarem obcecadas por um relacionamento – talvez apenas com o tipo de homem difícil e distante. (NORWOOD, 2010, p.13, grifo do autor).

<sup>70</sup> Como demonstrado no seguinte trecho: “Para crianças que crescem numa família estruturada, é natural alimentar fortes desejos de livrar-se do pai ou da mãe para ter o outro só para si. Os garotinhos desejam ardentemente que o papai desapareça para poderem ter todo o amor e atenção da mãe. E as garotinhas sonham em substituir sua mãe como esposa do papai [...]” (NORWOOD, 2010, p. 94). Apesar da óbvia associação com o Complexo de Édipo postulado por Freud [(1924); 1976], não há qualquer referência ao autor.

### 2.3.2 ‘Amor Patológico’

Conrad (1992) pontua que, geralmente, o envolvimento médico no processo da medicalização se dá por meio de publicações em jornais profissionais e via desenvolvimento de clínicas ou serviços especializados. Esta seção dedica-se a ilustrar como esta consideração do autor se apresenta no caso do ‘amor patológico’.

O mundo acadêmico tem se voltado para a temática do “amar demais”. O grupo de pesquisa do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (USP) se dedica ao que intitulam por “amor patológico”. Em 2007 publicaram o artigo de revisão cujo título é por si só sugestivo: “Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico?”. O livro de Norwood (2010) serve como bibliografia para o referido artigo, que não problematiza sua característica de literatura de autoajuda, tratando-o como fonte científica.

Apesar de considerar a definição do ‘amor patológico’ (AP) controversa, a partir dos estudos de Simon (1982) e Fisher (1990), Sophia, Tavares e Zilberman (2007) chegam à seguinte caracterização:

[...] a atitude de fixar atenção e cuidados em relação ao companheiro é esperada em qualquer relacionamento amoroso saudável. Todavia, quando ocorre falta de controle e de liberdade de escolha sobre essa conduta, de modo que ela passa a ser prioritária para o indivíduo, em detrimento de outros interesses antes valorizados, está caracterizado um problema denominado amor patológico (AP). (SOPHIA; TAVARES; ZILBERMAN, 2007, p.56).

O AP é formulado por meio da oposição às características atribuídas ao amor saudável e da aproximação com os critérios desenvolvidos pela Associação Psiquiátrica Americana para a identificação de dependência de substância. Dos sete critérios elencados, seis seriam comuns ao AP, o que possibilitou a construção dos critérios abaixo para identificação do quadro (SOPHIA; TAVARES; ZILBERMAN, 2007; SOPHIA, 2008).

- 1) Sinais e sintomas de abstinência – quando o parceiro está distante (física ou emocionalmente) ou perante ameaça de abandono, podem ocorrer: insônia, taquicardia, tensão muscular, alternando períodos de letargia e intensa atividade.
- 2) O ato de cuidar do parceiro ocorre em maior quantidade do que o indivíduo gostaria – o indivíduo costuma se queixar de manifestar atenção ao parceiro com maior frequência ou período mais longo do que pretendia de início.
- 3) Atitudes para reduzir ou controlar o comportamento patológico são mal-sucedidas – em geral, já ocorreram tentativas frustradas de diminuir ou interromper a atenção despendida ao companheiro.
- 4) É despendido muito tempo para controlar as atividades do parceiro – a maior parte da energia e do tempo do indivíduo são gastos com atitudes e pensamentos para manter o parceiro sobre controle.

5) Abandono de interesses e atividades antes valorizadas – como o indivíduo passa a viver em função dos interesses do parceiro, as atividades propiciadoras de realização pessoal e profissional são deixadas, como cuidado dos filhos, atividades profissionais, convívio com colegas, entre outras.

6) O AP é mantido, apesar dos problemas pessoais e familiares – mesmo consciente dos danos advindos desse comportamento para sua qualidade de vida, persiste a queixa de não conseguir controlar tal conduta.

(SOPHIA; TAVARES; ZILBERMAN, 2007, p. 57; SOPHIA, 2008, p. 40).

A elaboração do AP inclui a necessidade do diagnóstico diferencial em relação aos seguintes quadros: transtorno delirante da erotomania; delírio de ciúmes; transtorno de personalidade *borderline* (SOPHIA; TAVARES; ZILBERMAN, 2007 e SOPHIA, 2008); codependência; e transtorno obsessivo-compulsivo (SOPHIA, 2008). Esquizofrenia, mania e síndrome cerebral orgânica também devem ser previamente descartados (BOGERTZ, 2005 apud SOPHIA; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Conclui-se que Sophia, Tavares e Zilberman (2007) respondem à proposta de Norwood (2010) de entender o “amar demais” como doença. O trecho abaixo apresenta a tendência para a configuração do ‘amor patológico’ como uma nova classificação psiquiátrica acompanhada da possibilidade de tratamento específico.

As características específicas do AP não se restringem meramente aos fatores socioculturais e/ou psicodinâmicos. É fundamental, além da minuciosa avaliação diagnóstica contemplando aspectos psiquiátricos e história familiar, a compreensão sobre o diagnóstico diferencial do AP. A partir desse conhecimento teórico e da comparação entre portadores e normais, o AP poderá vir a ser classificado e, assim, efetivamente tratado em nossa comunidade. (SOPHIA; TAVARES; ZILBERMAN, 2007, p. 60).

A partir da participação como primeira autora no artigo acima citado, a psicóloga Eglacy Sophia (2008)<sup>71</sup> desenvolveu a dissertação de mestrado ‘Amor patológico: aspectos clínicos e de personalidade’ defendida na Faculdade de Medicina da USP. A autora argumenta que, apesar de produzir sofrimento e não ser uma condição rara, existem poucos estudos sobre o que seu grupo de pesquisa denomina “amor patológico”. Assim, a pesquisa visa corroborar via investigação científica a proposta do artigo.

O estudo de Sophia (2008) pretende caracterizar o ‘amor patológico’ por meio da comparação entre indivíduos portadores e saudáveis. O recrutamento de participantes foi realizado através de anúncios em diferentes mídias, contendo uma breve definição de ‘amor patológico’. Os indivíduos maiores de 18 anos que se identificassem com a proposta poderiam se voluntariar via contato disponibilizado. Não havia restrição quanto ao sexo dos participantes, porém o texto do anúncio revela um claro recorte de gênero: “Mais comum em

<sup>71</sup> Sophia (2008), tal como Norwood (2010), também parte da sua experiência profissional com dependência química e comportamental, no caso jogo patológico, para justificar seu interesse pelo tema.

mulheres (que tendem a valorizar mais o relacionamento afetivo do que os homens) [...]”<sup>72</sup>. Possuir pelo menos o ensino fundamental completo; residir na cidade de São Paulo; e ter o diagnóstico de ‘amor patológico’ realizado em entrevista clínica por um psiquiatra ou psicólogo devidamente treinado (o que envolve o diagnóstico diferencial acima referido) foram os demais critérios para inclusão na pesquisa.

A seleção dos indivíduos saudáveis para amostra de comparação apresenta uma controvérsia: eram participantes de outra pesquisa, que pretendia testar os efeitos de doses baixas da substância clomipramina em pessoas sem transtorno psiquiátrico. Portanto, não são sujeitos neutros, já que estão sob o uso de um regulador do humor. Esta amostra foi submetida à entrevista clínica para descartar a presença do ‘amor patológico’.

Os integrantes foram submetidos à dez instrumentos de pesquisa; dentre questionários, escalas e inventários; cujos resultados foram analisados estatisticamente. Os resultados do estudo de Sophia (2008) indicam que as principais características dos indivíduos com ‘amor patológico’ são: elevada autotranscendência<sup>73</sup>, ou seja, acreditam estar inseridos numa realidade maior; alta impulsividade; e persistência na manutenção de relacionamento amoroso com baixa qualidade. Um achado que merece destaque é o alto índice de risco de suicídio entre os indivíduos com AP. A intensidade do sentimento amoroso, destacada em Norwood (2010), não foi corroborada pelo estudo. Além disso, no geral não houve diferença entre os gêneros.

A dissertação de Sophia (2008) já apresenta a delimitação de um profissional ‘psi’ especializado em diagnosticar o ‘amor patológico’. A validação para a população brasileira de escalas para avaliação do ‘amor patológico’, realizada por Berti *et al* (2011), contribui para a formulação do AP, pois unifica os critérios diagnósticos.

A trajetória da medicalização do AP inclui a oferta de tratamento. A reportagem “Novos remédios para os males da paixão” publicada pelo jornal ‘O Globo’ em março de 2012 noticia a abertura de serviço especializado para “atendimento a vítimas de amor patológico” na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, seguindo o modelo do Instituto de Psiquiatria da USP. Este disponibiliza tratamento pela abordagem psicodramática<sup>74</sup> e o perfil dos pacientes é de mulheres na faixa dos quarenta anos, com elevado grau de

---

<sup>72</sup> A amostra total da pesquisa foi majoritariamente feminina.

<sup>73</sup> Sophia (2008, p. 83) também descreve a autotranscendência como “medida de espiritualidade”.

<sup>74</sup> Segundo Lorena *et al* (2008), a terapia de grupo em psicodrama possibilita a melhoria das relações interpessoais e da autoestima, o que contribui para o desenvolvimento de relações saudáveis. Partindo dessa premissa, os autores apresentam um estudo de caso com oito participantes, com média de idade de 41,5 anos e em sua maioria mulheres, no qual foram aplicadas escalas na primeira e na última sessão de terapia. A comparação dos resultados aponta a terapia de grupo em psicodrama como uma abordagem efetiva para o tratamento do ‘amor patológico’.

escolaridade, que tiveram dificuldades emocionais na infância. A divulgação do ‘amor patológico’ permite que as pessoas se identifiquem e encontrem alívio ao nomearem o que sentem.

Na reportagem, o ‘amor patológico’ tem estatuto de transtorno do comportamento e há uma tensão entre o atendimento especializado e o MADA. Convocada a falar como expoente deste campo, Eglacy Sophia destaca o caráter acolhedor do MADA, porém a ausência de uma leitura especializada impediria o acesso às causas do problema.

A entrevistada Beatriz participa do tratamento oferecido pela Santa Casa de Misericórdia em paralelo ao MADA. Por meio da sua narrativa, foi possível ter acesso ao funcionamento do atendimento proposto pelo serviço; situado no setor de psiquiatria. Os participantes devem passar pela consulta com psiquiatra uma vez ao mês, pela psicoterapia em grupo toda semana e individual a cada quinze dias. A frequência pode ser modificada de acordo com cada caso.

*“Nós tivemos no mês de junho e julho, é... o amor patológico, o novo tratamento para quem ama demais, que é o amor patológico que eles chamam, é um tratamento na Santa Casa que está sendo feito. Eu estou até participando. [...] tem a psicoterapia, que é como uma reunião do MADA, só que é uma reunião com o psicólogo junto. Então, ele te dá o retorno, o que não tem no MADA, porque o MADA se baseia em espelhos e aqui eu não posso dar retorno para ninguém. Eu não posso dizer o que você deve fazer, o que você não deve. A companheira, ela vai se basear nos espelhos, na minha recuperação. Se ela fez, se ela se recuperou, eu também posso me recuperar. [...] Tem muitas pessoas inscritas lá, mas eu acho que só para o ano que vem é que vai ter uma nova turma. Então, é muito demorado. Esse grupo tem o que? Doze pessoas, imagina o Rio de Janeiro inteiro.” Beatriz*

A fala de Beatriz aponta o “retorno” do psicólogo como principal diferença em relação ao MADA, isto é, a ausência de simetria pela presença de profissional especializado. Além disso, indica a insuficiência das vagas em relação à demanda.

A trajetória exposta evidencia o empreendedorismo moral em torno do ‘amor patológico’, cuja definição promove um enquadre do sofrimento e permite que as pessoas identifiquem em si tal questão e procurem o tratamento disponível.

Contudo, para Reynaud *et al* (2010) a definição de algo como ‘amor patológico’ não procede. Entendendo a “adicação em amor” (“*love addiction*”) como uma ligação excessiva e dolorosa com o objeto de amor, os autores compararam os dados sobre paixão, dependência em drogas e dependência comportamental, como o vício em jogo, e concluem que até o momento as evidências científicas não permitem colocar a “adicação em amor” em nenhuma nomenclatura diagnóstica oficial; nem como dependência comportamental, nem como transtorno do controle do impulso. Eles advertem que existe um risco de má interpretação e de medicalização excessiva das pessoas com transtornos do impulso. Todavia, apontam que a

apresentação do fenômeno da “adicação em amor” contém algumas semelhanças com a dependência de substâncias. Sobre formas de tratamento, não reconhecem nenhum estudo a respeito, nem remédio específico, mas citam o grupo de ajuda mútua dependentes de amor e sexo anônimos (DASA).

Sobre a medicalização no nível da relação médico-paciente, Lehrer (2010 apud Parens, 2013) oferece o exemplo do psiquiatra que questiona sua avaliação ao prescrever antidepressivos a partir do caso de uma paciente que se sentia bem melhor com o remédio e por isso era capaz de tolerar seu marido alcólatra e, assim, continuar casada. Desta forma, Parens (2013) indica a importância de considerar a complexidade da interação mente-corpo-mundo na discussão sobre medicalização.

### 2.3.3 O “amar demais” como “doença” no MADA

As participantes problematizam a expressão “amar demais” por meio do seguinte questionamento: “amar demais” é amor? As respostas para tal pergunta sinalizam a construção do significado do “amar demais” tendo como referência uma dada concepção cultural contemporânea do amor.

De modo breve três principais afirmações sustentam o credo amoroso dominante: 1) o amor é um sentimento universal e natural presente em todas as épocas e culturas; 2) o amor é um sentimento surdo à “voz da razão” e incontrolável pela força da vontade e 3) o amor é a condição sine qua non da máxima felicidade a que podemos aspirar. Estes tópicos formam uma espécie de catálogo de competência mínima exigida dos candidatos ao vestibular do amor. (COSTA, 1998, P.13).

Apesar do roteiro de entrevista não apresentar pergunta específica sobre a concepção de amor das informantes, as narrativas foram abundantes. O quadro 6 na próxima página sintetiza as dicotomias presentes nas narrativas por meio das quais emerge a noção de amor. Verificou-se que o “amar demais” é formulado a partir da contraposição ao que seria o “amor saudável”. Os termos elencados são retirados das falas nativas.

Quadro 6 – “Amor” x “Amar Demais”

<b>Amor</b>	<b>Amar Demais</b>
Bonito	Amar de forma errada; amar feio.
Paz; tranquilidade	Sufrimento; dor; medo.
Não precisar do parceiro, poder estar só.	Dependência emocional; codependência.
Traz felicidade, alegria.	Relacionamento destrutivo.
Reconhecer os limites do parceiro	Querer ter o controle; egocentrismo.
Sem cobranças	Ciúme possessivo.
Companheirismo	Ausência de intimidade emocional
Respeito	Se amar de menos.
O parceiro não é o único foco da vida; cada um tem sua vida própria; suportar a ausência do parceiro sem se despedaçar.	O parceiro é uma necessidade. Vício; adicção; se drogar; se anestesiari; adrenalina.
Gostar de estar junto do parceiro.	Doença; Patológico; Amar de forma não saudável; Não é normal; Loucura; Obsessão.
Ter objetivos em comum e afinidades.	Ficar cega.

Se um dia a concepção de amor esteve atrelada à ideia de sofrimento, cujo maior ícone literário é o romance alemão de Goethe (2002) ‘Os sofrimentos do jovem Werther’, na cultura hedonista contemporânea isto se inverte: o sofrimento descaracteriza o amor, tido como via privilegiada de prazer e felicidade. A narrativa de Laura ilustra essa questão: *“Assim, eu fiz uma lista mental dos cinco homens que mais me fizeram sofrer na minha vida. E eu fiquei pensando se realmente eu amei algum deles. A minha conclusão foi não para todos.”*

Sendo assim, “amar demais” se mostra uma denominação errada por ser incapaz de refletir satisfatoriamente a vivência afetiva dessas mulheres que inclusive indagam se um dia de fato amaram. As MADAs procuram uma explicação para o “amar demais”, que cumpre uma função apaziguadora.

O site do grupo MADA oferece um questionário<sup>75</sup> (anexo E) por meio do qual a iniciante pode verificar se é uma MADA. As perguntas são bastante amplas e a resposta positiva em apenas vinte e cinco por cento das questões já caracteriza o “amar demais”, englobando assim um espectro enorme de experiências.

O “amar demais” aparece como um “padrão comportamental” adquirido na infância e passado de geração em geração. As entrevistadas identificam suas mães como MADAs que não se assumiram como tal e a busca por ajuda perpassa a preocupação de não ensinar este “padrão” para as filhas. A fala de Júlia ilustra este tópico: *“É um padrão que começa na infância. É uma coisa muito antiga. Você nunca vai conseguir de um jaqueiro dar côco. Se ela vive num padrão, se eu sou fruto desse padrão, tu acha [sic] que ela vai ser diferente? [...]”*. Oferecer uma criação às filhas diferente da recebida aparece como estratégia de fuga do “amar demais”.

<sup>75</sup> GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em:  
<[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=2](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=2)> Acesso em: 23 jan. 2013.

O discurso psicologizado das nativas apresenta vestígios de leitura psicanalítica quando localiza a origem do “amar demais” na estrutura familiar. O MADA inclusive propõe a realização de um “inventário”, postulado pelo quarto passo: “Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmas.”<sup>76</sup>. Contudo, a interpretação comportamental vem ganhando força com a identificação de “padrões” que devem ser modificados mediante constante esforço de autovigilância. A coexistência de explicações consideradas díspares manifesta a decadência da hegemonia do discurso psicanalítico e o embate entre psiquiatras, psicanalistas e psicólogos no século XXI (RUSSO, 2002).

O “amar demais” seria uma doença “acionada” em um dado momento mediante a exposição a um ou diversos fatores, denominados por “gatilhos”, aos quais a pessoa seja sensível. Haveria, portanto, uma predisposição para o “amar demais”.

Contudo, essa visão essencialista do “amar demais” não está livre de problematização, como afirma Olívia: “*Eu não sou MADA, eu estou MADA.*” O entendimento de que fatores de contexto familiar<sup>77</sup> causam o “amar demais” é o principal argumento para a leitura do “amar demais” como construção social<sup>78</sup>.

A fala da entrevistada Bianca indica que o entendimento do “amar demais” como “doença” não se dá na ausência de crítica. A expressão “se esconder” demonstra o uso da “doença” para justificar os comportamentos a esta associados, o que implica a “desculpabilização” apontada por Ortega (2008).

*“Eu tenho um amigo que fala: ‘mas aí você se esconde na doença’. Você fala: ‘Ah, não vou sair não porque eu sou doente.’ Eu nunca me vi assim, tadinha, não vou sair não porque eu sou doente, vou morrer assim, eu nasci assim, eu cresci assim, sou assim. Não, pelo contrário, eu luto tanto, sabe, para que eu faça diferente. Só que eu não tenho conseguido romper, mas algumas coisas eu consigo fazer diferente sim na minha relação.” Bianca*

Fica evidente a existência de um discurso medicalizado, identificado através do uso de terminologias médicas tais como: “adrenalina”, “anestesiar”, “anorexia”, “compulsão”, “CTI de sala”, “depressão”, “doença”, “obsessão”, “patológico”, “síndrome”, “sintomas” e “surtar”. É constante também a presença de vocabulário que remete à loucura. O uso de metáforas com doenças clínicas conhecidas pelo senso comum se apresenta como recurso explicativo.

<sup>76</sup> GRUPO MADA: Mulheres que amam demais. Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=3](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=3)> Acesso em: 23 jan. 2013.

<sup>77</sup> A criação por uma família “disfuncional” é o fator mais destacado pelas participantes.

<sup>78</sup> As diferentes concepções de desvio discutidas por Becker (2008) servem ao debate em torno do “amar demais” como “doença” ou construção social. Segundo a leitura estatística, o desvio é aquilo que foge ao comum por diferir excessivamente à média. Na concepção de desvio identificado como patológico, as analogias médicas levam a crer que comportamentos desviantes são fruto de uma “doença mental”. Assim, o desvio localiza-se no interior do indivíduo. Todavia, os dois entendimentos aqui expostos não consideram a formulação da regra que produz os ‘outsiders’.

*“[...] se a doença é emocional, ela tem sintomas, é igual ao resfriado. Eu entendo assim agora. O resfriado em você, você de repente fica toda congestionada e eu não, fico com coriza. De repente, você, o seu resfriado te dá dor no corpo, te dá dor de cabeça. Eu não tenho dor no corpo, eu não tenho dor de cabeça, só coriza. Cada ser humano tem um sintoma, assim é a doença do amar demais, cada uma tem seu sintoma, de acordo com o seu histórico.” Luiza*

As nativas apontam a falta de autocontrole como característica fundamental, explicada através das noções de “compulsão” e “obsessão”, o que reforça a leitura do “amar demais” como doença. Metade das entrevistadas relatou outras compulsões além do “amar demais”. A compulsão alimentar está presente em um terço do conjunto entrevistado, o que implica características específicas para o corpo, que tende a fugir do padrão apreciado para as mulheres. Assim, acionam outras “irmandades”, conforme apresentado no primeiro capítulo.

Sintomas físicos entendidos como decorrentes do “amar demais” foram citados por treze das dezesseis entrevistadas. Brenda aponta que *“[...] o desgaste emocional se tornou um desgaste físico [...]”*. Assim, mente e corpo são reciprocamente afetáveis, sem abandonar a dicotomia. O quadro 7 abaixo expõe os sintomas relatados pelas participantes distribuídos em: sediados no corpo e os ordem psíquica.

Quadro 7 – Sintomas relatados pelo conjunto entrevistado

<b>Físicos</b>	<b>Psíquicos</b>
“Insônia” “Não conseguir dormir a noite”	“Ansiosa”
“Fico tremendo” “Fiquei trêmula”	“Angústia”
“Taquicardia” “Minha pressão subiu demais”	“Anorexia amorosa” “Tristeza”
“Eu tava com trinta e nove quilos” “Eu perdi 10kg” Uso de medicação para emagrecer.	“Depressões horríveis, paralisantes” “Depressões muito graves”
“Não tenho vontade de comer” “Eu não comia, eu não bebia, eu ficava em cima da cama”	“Fico querendo chorar toda hora” “Crises de choro” “Eu chorava sem motivo”
“Gastrite” “Ânsia de vômito”	“crise de estresse total, adrenalizada”
“Desmaios” “parece que eu vou desmaiar”	“Descontrole emocional muito grande”
“Dor de cabeça”	“Ideia suicida”
“Suor na mão”	“cortar o braço, bater a cabeça na parede”
“Tonteira”	
“Os meus dentes estavam caindo de falta de proteínas, estresse, o meu cabelo caía.”	
“Sinto calores”	

As metáforas se apresentam como recurso para compartilhar sensações difusas, não englobadas por vocabulário médico ou psicológico, como nos exemplos: *“nó na garganta”* Brenda; *“parecia que tinha um soco aqui no meu estômago”* Bianca. Tal forma de expressão nos remete às considerações de Duarte (1998) sobre o uso de termos presentes no senso

comum para dar conta de experiências de sofrimento, evidenciando assim seu enquadre cultural. Contudo, é a linguagem médica que prevalece no discurso das entrevistadas.

É frequente o autodiagnóstico de depressão<sup>79</sup>, traduzido por retraimento social, como Brenda afirma “*Não queria interagir com ninguém*”, e por uma série de comportamentos incomuns como não tomar banho, não se alimentar e choro fácil. Termos médicos como “comorbidade” e “somatização” vinculam o “amar demais” a outras doenças, reforçando o caráter “patológico”.

*“Então eu com 24 horas eu consigo fazer o hoje, principalmente porque eu tive depressão. Então na depressão eu ficava dias sem tomar banho, sem me alimentar ou comendo besteiras, então eu aprendi a fazer metas por 24 horas. Então nessas 24 horas eu tenho que tomar um banho, nessas 24 horas eu tenho que escovar os dentes, nessas 24 horas eu tenho que tomar os meus remédios, eu tenho que me alimentar bem. Só por 24 horas eu tenho que cuidar de mim. Só por 24 horas eu não posso me abandonar.”* Débora

*“Eu sinto calores, eu sinto dor de cabeça, eu choro, eu não tenho vontade de comer. Tem gente que sente muita vontade de comer, eu seco. [...] Eu estava com trinta e nove quilos, eu não sei... eu não tinha... os meus dentes estavam caindo de falta de proteínas, estresse, o meu cabelo caía.”* Júlia

Um terço do conjunto entrevistado relatou alguma ideação suicida. Dar cabo da vida seria um meio de finalizar o sofrimento<sup>80</sup>. Ao proporcionar uma rede de apoio, o MADA demove tal pensamento e tem sua importância elevada por “salvar vidas”, como Débora observa: “*[...] Se não existisse uma porta aberta, uma sala de MADA, eu certamente teria me matado, eu não estaria aqui hoje. Eu teria conseguido me matar. Eu parei os suicídios quando eu entrei naquela sala.*”.

*“[...] Esse sofrimento que eu passo, esse sofrimento que eu ainda passo, às vezes, assim, eu vou ficando tão sem esperança, quando eu tenho uma crise. ‘Mas eu estou lutando há anos com isso, Deus, me ajuda, isso nunca vai ter fim?’ Aí eu fico assim: ‘Ah, se eu morrer isso vai ter fim’. Isso é ideia suicida. [...]”* Magali\*

*“[...] Eu era obcecada pelo relacionamento, e essa pessoa tinha terminado comigo. Aí eu fiquei tão mal que eu tive vontade de... de me matar [diminui o tom de voz]. Eu estava em Copa... no Arpoador, eu estava subindo a pedra do Arpoador e quis pular. Nessa hora eu não tive coragem, comecei a chorar, e senti que eu precisava de ajuda. [...]”* Brenda

Sobre a procura por ajuda para o “amar demais”, vide quadro 8 na página 85, todas as entrevistadas entendiam o MADA como uma fonte de amparo. Além do grupo, catorze das dezesseis informantes fazem referência ao atendimento em psicoterapia, pontuado como um

<sup>79</sup> Deve-se considerar o uso coloquial do termo ‘depressão’ na atualidade.

<sup>80</sup> Além de sucessivas tentativas de suicídio, a participante Lorena realiza cortes no braço com gilete que, segundo ela, cumprem a função de “*aliviar a minha dor*”.

processo lento, porém eficaz. Em geral, a psicoterapia é um recurso para os momentos mais difíceis e, por conta disso, seu percurso é marcado por idas e vindas.

*“Eu costumo dizer que eu e o Woody Allen somos mais ou menos sócios, porque eu tenho tantas horas de divã [Risos], que nem ele, porque eu já fiz psicanálise lacaniana, freudiana, junguiana, tudo, só não fiz aquele Fischer Hoffman, o resto, já apelei para tudo. Acho muito legal. Acho a psicoterapia, a psicanálise, acho maravilhoso. Para mim me ajudou muito.”*  
Débora

Contudo, o acesso à psicoterapia pode ser limitado por indisponibilidade financeira. Apesar da renda média das participantes ser razoável, é preciso considerar as despesas referentes à manutenção da moradia e educação dos filhos. Não sendo possível pagar todas as sessões de psicoterapia necessárias, o MADA passa a desempenhar o papel de espaço terapêutico complementar.

No que diz respeito ao atendimento psiquiátrico, mencionado por sete entrevistadas, não ficou claro até que ponto este serviço respondia ao “amar demais” ou a outros sintomas mencionados, como depressão; compulsão; risco de suicídio; automutilação; e diagnóstico de bipolaridade. Todavia, o relato de atendimento em psiquiatria em uma entrevista sobre o “amar demais” leva a crer que a associação com tal temática está implícita.

A procura por ajuda espiritual foi verificada em um terço das participantes. A aproximação com a religião pode visar à manutenção da relação ou o seu término. Duas narrativas exemplificam este tópico: Bianca realiza direcionamento espiritual da igreja católica, um aconselhamento conjugal oferecido pelo padre. Já Olívia procurou uma mãe de santo para dissolver um relacionamento considerado “destrutivo”. O estudo de livros espirituais também foi citado.

A concepção do “amar demais” como “doença” presente no discurso das entrevistadas implica conceber a possibilidade ou não de cura. O próximo tópico analisa a noção de “recuperação” verificada na narrativa das informantes.

Quadro 8 – Tipo de procura por ajuda

Entrevistada	Tipo de ajuda procurada
Beatriz	Psicoterapia Atendimento psiquiátrico Observação: Ambos oferecidos pelo setor especializado em amor patológico da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.
Betânia	Psicoterapia
Bianca	Psicoterapia Atendimento psiquiátrico Direcionamento espiritual da igreja católica
Brenda	Psicoterapia
Débora	Psicoterapia Atendimento psiquiátrico Consulta com Neurologista Ajuda espiritual Apoio de amigos
Doralice	Psicoterapia Atendimento psiquiátrico
Júlia	Procurando atendimento psicoterápico.
Laura	Psicoterapia Estudo do “texto espiritual” ‘Um Curso em Milagres’
Lorena	Psicoterapia Atendimento psiquiátrico Ajuda Espiritual
Luiza	Terapia Homeopatia Outras irmandades
Madu*	Terapia
Magali*	Psicoterapia Atendimento Psiquiátrico
Natália	Psicoterapia
Noêmia	Psicoterapia Atendimento psiquiátrico
Olívia	Psicoterapia Ajuda Espiritual Estudo do ‘I ching’ Estudo do livro ‘Um Curso em Milagres’
Raquel	Ajuda espiritual

### 2.3.3.1 “Em recuperação” ou curada?

O “fundo do poço” significa atravessar uma circunstância grave que permite a conscientização da necessidade de ajuda. Passar por esta vivência é essencial para a “recuperação”, entendida como um processo contínuo e lento. O autoconhecimento, que permite mudar os “defeitos de caráter”, vem com o tempo de grupo.

A cobrança por estar “recuperada” é proporcional ao tempo de trajetória no grupo. Todavia, o tempo de “sala”, entendido como subjetivo, não necessariamente significa “recuperação”, sendo por vezes associado ao nível de gravidade do “amar demais”. O apoio das demais “companheiras” ameniza o sentimento de ineficácia e reforça o caráter longitudinal da metodologia MADA.

*“A minha mãe briga muito comigo [...] Ela fala assim: [...] ‘Está nesse grupo, está na igreja, está no não sei o que... Está no psicólogo, psicólogo não serve para nada, para nada! Quantos anos você está lá, não vejo mudança nenhuma. Você ainda continua convivendo com cara que não serve pra você, não está vendo?’. Porque hoje eu ainda estou num relacionamento destrutivo.[...]Aí eu lembro da minha madrinha falando: ‘Tenha amorosidade com você. Tenha carinho com você. Tenha mais calma com você’. Eu falo: ‘Mais?’ Eu tenho 9 anos de terapia, mais 6 anos de grupo, sabe. Aí minha mãe falando aquilo. ‘É, realmente, eu não estou melhor’. Mas ao mesmo tempo eu penso: quanta coisa eu já cresci, sabe, quanta coisa eu já experimentei, eu já enxerguei, quanta coisa eu já caminhei. Eu só não consigo ainda romper os padrões.[...] às vezes eu tenho até vergonha de dar depoimento. Falar já eu estou na sala há 6 anos e ainda estou em relacionamento destrutivo, sabe, mas aí a gente vê que a doença não tem cura, sabe. Ela tem tratamento, controle.”*  
Bianca

Verifica-se o dilema em se considerar ou não “em recuperação” daquelas que continuam com os parceiros, cuja relação foi o estopim para a procura do MADA. Surge, portanto, a indagação: é possível servir de exemplo para a “companheira” permanecendo em uma relação “destrutiva” mesmo após anos de grupo? Está implícita na pergunta uma inclinação para a separação como a melhor saída, aspecto desenvolvido no terceiro capítulo.

As narrativas apontam a diferença entre estar curada e “em recuperação”. A maioria do conjunto entrevistado aponta que o “amar demais” não tem cura, mas tem tratamento. Este compreende o controle dos “padrões”, o que requer uma mudança comportamental diária. Laura afirma: “[...] Essa doença é para vida inteira. Eu tenho que ficar de olho nela [...]”. Contudo, a ausência de horizonte de cura provoca desmotivação.

O discurso de Brenda se destaca por não aderir completamente ao que é postulado pelo grupo. Sua narrativa apresentou frequente oscilação do tempo verbal entre passado e presente. Não estava claro se a entrevistada ainda se considera ou não uma MADA, o que esbarra na concepção de cura. Ao ser questionada pela pesquisadora, a informante evidencia dificuldade em aceitar uma condição perene. Desta forma, diz acreditar sim na cura, pois caso contrário não veria sentido na dedicação e no investimento de tempo para a “irmandade”. Ter “fé” na “recuperação” é importante para persistir, como Brenda destaca: “[...] no texto da Robin, da autora do livro do MADA, ela fala que você tentar se recuperar sem ter fé é a mesma coisa que subir numa montanha íngreme de costas e de salto alto, ou seja, é impossível. Você tem que acreditar e para acreditar você tem que trabalhar a fé. [...]”. Assim, pode-se concluir que o braço “espiritual” do MADA cumpre um papel motivacional.

Justamente pelo entendimento de ausência de cura, a manutenção da “recuperação” depende da assiduidade nas reuniões e da prática dos “passos” da “programação”, fatores que delimitam quem de fato é MADA, como ilustra a narrativa de Júlia: “[...] você tem que frequentar, não adianta você dizer que é MADA, vir aqui hoje e só vir daqui a um ano, você não é MADA. Você é MADA, mas não em recuperação.”. As participantes intensificam a

frequência nas “salas” quando sentem algum mal-estar na relação, denominados por “barulho”. A expressão “CTI de sala” indica o aumento da presença nos grupos nos momentos mais críticos. Desta forma, o MADA aparece como uma ferramenta terapêutica.

Contudo, nem todas as que ingressam no grupo estão dispostas a manter a constância nas reuniões, o que provoca elevada evasão. Como mencionado no primeiro capítulo, entrar no grupo é considerado um “milagre”, porém nele permanecer exige o “trabalho” da permanente autovigilância dos “padrões destrutivos”. A dificuldade de seguir a “programação” é apresentada no discurso de Brenda: *“É um trabalho, assim, para quem entra na sala, vamos dizer, na minha opinião de dez que entram uma ou duas ficam. E uma dessa uma ou duas, uma realmente está em recuperação. [riso]”*.

A “recaída” significa retornar aos comportamentos típicos do “amar demais” já identificados via convívio com o grupo como “destrutivos”. Portanto, são circunstâncias nas quais o método MADA não foi praticado. Todavia, como forma de diminuir a “culpa”, o grupo a entende como parte da “recuperação”, pois só quem se esforça para mudar é capaz de falhar. Novamente, o tempo de sala não garante a ausência de “recaída”. A frequência nas reuniões é importante para que a “programação” seja reafirmada. Já a projeção de metas curtas, sintetizadas na expressão “só por hoje”, facilita sua adesão. Ademais, fazer parte da “irmandade” e poder contar com o apoio das “companheiras” ajuda a aliviar o peso da “recaída” e diminui a sensação de solidão.

*“[...] eu hoje com cinco anos de irmandade, eu não sei, Mônica, se eu olhar agora, aqui nesse lugar que a gente está, o meu ex-marido abraçado e aos beijos com a namorada, se eu não vou ficar mal pra caramba [sic], não sei. Só por hoje, eu estou bem aqui, mas eu não sei. O que me fez curar foi a irmandade, porque eu tive situações em que eu não agi mais insanamente. [...] só recai quem está em recuperação. Que para eu recair basta um sopro, num estalar de dedos eu recaio. Por isso que eu tenho que me fortalecer 24 horas, 24 horas, são os mesmos passos do AA. No AA o seu comprometimento são de 24 horas, com o MADA o meu comprometimento é por 24h.” Débora*

*“[...] eu desabafo naqueles seis minutos eu saio de lá limpinha, mas para eu ficar bem mesmo eu tenho que frequentar aquilo para o resto da minha vida, senão eu paro, eu volto, tenho recaída. E ele [parceiro] sempre falava ‘Você não tem recaída, porque para ter recaída tem que estar bem e você nunca esteve bem’. [...]” Lorena*

O MADA fornece as ferramentas que permitem visualizar os sinais do “amar demais”, listados nas apostilas da irmandade e no livro de Robin Norwood (2010). A identidade de MADA é composta a partir do reconhecimento em si das características apresentadas pela “literatura” e via semelhança com o relato das demais “companheiras”. Há, portanto, uma mudança na percepção creditada à entrada no grupo.

Lançando mão da ideia de ‘carreira moral’, elaborada por Goffman (1987), é possível compreender o processo de ressignificação da MADA. As diferentes trajetórias percorridas ao longo de uma biografia são denominadas de carreiras. Elas são capazes de produzir uma sequência de mudanças no próprio ‘eu’<sup>81</sup> e no esquema de valores que o indivíduo usa para avaliar a si mesmo e aos outros, caracterizando o seu aspecto moral. Cada novo momento da carreira provoca uma reinterpretação do passado<sup>82</sup> com base no progresso adquirido, além de estruturar uma nova maneira de ler o mundo. A trajetória no grupo MADA faz com que as participantes construam uma releitura dos relacionamentos pregressos e passem a avaliar os atuais apoiadas na “programação”.

Contudo, saber discernir os pontos negativos das relações não previne possíveis sofrimentos, ilustrado via noção de “recaída”. A informante Brenda afirma: “[...]  *você ver de outra forma, não quer dizer que você não vá sentir dor, que você não vá sentir medo, que você não vai ter... não vai entrar na doença novamente, mas você tem uma visão mais ampla.*”.

Por mais que não identifiquem uma mudança substancial na forma de se relacionarem, pequenas transformações são valorizadas pelas participantes que reconhecem o grupo como fundamental na “recuperação”. Escutar os relatos da “sala” permite colocar sua própria história em perspectiva.

No discurso das entrevistadas é possível detectar manifestações consideradas como “recuperação”, tais como: finalizar ou sequer iniciar um relacionamento que apresente sinais “destrutivos”; voltar para si a atenção antes dedicada ao parceiro; resgate da autoestima; respeitar sentimentos e limites emocionais; e reconstrução da vida profissional e financeira.

*“[...] uma parte sua fica triste, mas outra parte fica assim: ‘Eu tenho necessidade disso? Eu tenho necessidade de passar por isso?’ Esse cara não tem dinheiro demais, não é bonito demais, dez anos mais velho do que eu, adicto em maconha, adicto em cocaína, problema com ex-mulher, problema com família de origem, entendeu, eu falei assim: ‘O que que eu estou fazendo aqui?’ ”* Laura

<sup>81</sup> O “eu não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Pode-se dizer que esse tipo de disposição social não apenas apoia, mas constitui o eu.” (GOFFMAN, 1987, p. 142).

<sup>82</sup> Segundo Goffman (1987), dependendo do estágio que se encontra em uma carreira, o indivíduo é capaz de desenhar o curso da sua vida fazendo as edições necessárias de modo que o resultado final possa ser exposto às demais pessoas. O autor observa que o sujeito, cujo passado o afasta dos valores morais socialmente exigidos, tende a relatar os infortúnios vividos como forma de minimizar os possíveis julgamentos pela sua história de vida desviante. No campo pesquisado, foram frequentes as narrativas de episódios marcantes da infância em uma família “disfuncional” que justificariam o desenvolvimento do “amar demais” na vida adulta.

A participante Laura conclui que o MADA não constrói um “modelo saudável” de relacionamento, apenas possibilita a identificação e evitação<sup>83</sup> de relações que geram sofrimento<sup>84</sup>. A informante não consegue mencionar um caso do MADA bem sucedido. Em sua avaliação, as mulheres ou continuam lutando para se estabelecer na relação ou optam pela solidão. A associação do MADA com outras formas terapêuticas possibilita que tal modelo seja encontrado em outras fontes.

*“Então eu tento me relacionar com o MADA de uma maneira, assim, é uma parte da minha vida, é uma parte da minha recuperação. Não é tudo, sabe. Até porque eu acho que, infelizmente, não te dá tudo. Te ensina muito bem a você ficar sobre controle, mas não te ensina novos modelos de relacionamento.”* Laura (grifo nosso)

Assim, o condicionamento dos comportamentos e das emoções relativos ao “amar demais” parece ser o principal resultado obtido através do grupo.

Laura e Olívia apontam uma possível explicação para a dificuldade em fazer diferente apresentada pelas participantes: haveria um hiato entre o conhecimento “racional”, que exige constante escrutínio de si, daquele que é internalizado, reproduzido de forma espontânea.

*“[...] Quando você chega no MADA, se você estiver aberto, a sua primeira experiência acontece aqui [cabeça], o seu entendimento racional ele fica claro. [...] mas eu ainda não consigo não fazer. Porque esse entendimento ele tem que descer aqui para o coração, para as vísceras, ele tem que se tornar uma coisa que seja parte da Laura e ainda não é.”* Laura

A “recuperação” aparece constantemente como horizonte a ser perseguido. Nas reuniões, as “dez características da mulher que se recuperou de amar demais” (anexo F), formuladas por Norwood (2010), são lidas em voz alta, cumprindo assim um papel motivacional como a informante Raquel destaca: *“Outra coisa que eu gosto demais também é quando lê [sic] as dez características de uma mulher que se recuperou demais, porque eu digo: eu vou ser ainda uma mulher que se recuperou de amar demais.”*

Nas características acima mencionadas, trechos como: “autoconsideração e amor por si mesma”; “ela se legitima, em vez de procurar um relacionamento que dê a ela um senso de autovalor”; “ela se permite ser aberta e confiante com pessoas adequadas”; “é protetora de si mesma, de sua saúde e de seu bem-estar”; e “é digna do melhor que a vida tem a oferecer” são exemplos do peso conferido à autoestima na “recuperação” (NORWOOD, 2010, p. 290-291).

<sup>83</sup> Como demonstrado via preceito da “abstinência”.

<sup>84</sup> Dos onze capítulos do livro de Norwood (2010), nove são dedicados à construção do que é uma “mulher que ama demais”, apenas os dois últimos versam sobre o modelo terapêutico proposto pela autora a partir da aproximação da evolução do “amar demais” com a do alcoolismo.

Por fim, a discussão sobre medicalização não fica completa sem considerarmos a dimensão de gênero que impregna todo esse processo. Diferentes autoras já salientaram de que modo o controle sobre os corpos e a instalação do controle biomédico inicia-se pelo sexo feminino e pela atividade reprodutora. A partir da proliferação da crítica feminista nas ciências sociais, mas também nos estudos críticos sobre a ciência, salientou-se o modo como a feminilidade era traduzida pela biomedicina. De um lado o corpo feminino foi transformado intensamente em uma fábrica de bebês segundo os termos de Emily Martin (2006) e depois foi definido como pólo irracional da humanidade através da ideia de que a falta de controle sobre as atividades femininas poderiam provocar excessos emocionais nas mulheres (ROHDEN, 2001). Os aspectos aqui apontados referem-se a um determinado nível de medicalização pelos diferentes trabalhos de Conrad, mas entendo que uma investigação sobre “mulheres que amam demais” não poderia finalizar um capítulo sobre adoecimento pelo amor como “adição” sem mencionar o histórico da relação entre o sexo feminino e o saber médico ou psiquiátrico.

### 3 INTERAÇÃO NO PAR

*A loucura é sempre dos dois.*

*Olívia*

Em um artigo de sociologia interacionista clássica: *‘Marriage and the construction of reality: an exercise in the microsociology of marriage’*<sup>85</sup>, Berger e Kellner (1964) elucidam o impacto do arranjo conjugal na subjetividade dos parceiros. Os autores partem da explicação do conceito de construção social da realidade<sup>86</sup>. A linguagem organiza a base simbólica da sociedade, por meio da qual as experiências podem ser ordenadas e objetificadas. Desde as fases iniciais de socialização, o indivíduo é apresentado a conjuntos específicos de tipificações e critérios de relevância pré-definidos. Todavia, cabe ao indivíduo mediar e atualizar o mundo socialmente construído. Deste modo, ao longo de sua biografia, as tipificações sociais serão alargadas e modificadas. O casamento apresenta-se assim como um arranjo social que ordena e confere sentido à experiência de vida dos indivíduos.

A estabilidade e aceitação do mundo social para os indivíduos dependem da contínua validação por aqueles que o compartilham. O método de legitimação mais cotidiano é a conversação. Portanto, é na interação com os “outros significativos”<sup>87</sup> que a realidade do mundo se sustenta. Ademais, a própria identidade e posição do indivíduo precisam ser comprovadas pelos seus pares (BERGER E KELLNER, 1964).

Legitimado socialmente antes mesmo da entrada na biografia dos indivíduos, o casamento está presente na ideologia dominante de todos os estratos sociais. O matrimônio é concebido por meio de temas como o amor romântico; a satisfação sexual; a autodescoberta; e autorrealização através do amor e da sexualidade. A família nuclear aparece como pano de fundo desses processos. O artigo datado de quase cinquenta anos permanece bastante atual, e pesquisas sobre família e conjugalidade mais contemporâneas continuam a reiterar algumas das premissas básicas desse trabalho (HEILBORN, 2004; BOZON, 2004).

Inserido na estrutura social mais ampla, o casamento encerra a cristalização de uma esfera privada da existência, cada vez mais isolada da influência das instituições públicas. Tal

---

<sup>85</sup> ‘O casamento e a construção da realidade: um exercício na microsociologia do casamento’ (BERGER E KELLNER, 1964, tradução nossa).

<sup>86</sup> Desenvolvido por Berger e Luckmann (1978).

<sup>87</sup> Pessoas que compartilham o mesmo contexto social; a quem se confere relevância.

fenômeno pode ser interpretado como consequência da revolução industrial. O privado<sup>88</sup> aparece como espaço de escolha individual, autonomia, autorrealização e de significativa importância na formação da identidade na sociedade moderna. Dentre as relações que compõem a esfera privada, a família de tipo conjugal constitui um domínio próprio e ocupa posição central na sociedade contemporânea (BERGER E KELLNER, 1964).

Na atualidade, o casal fundado na ideia de escolha recíproca e com base em sentimento de afeto mútuo caracteriza-se pelo progressivo conhecimento dos parceiros. Os indivíduos trazem uma bagagem de vivências afetivas anterior ao casamento. Acostumados a uma sociedade de alta mobilidade, são capazes de se redefinirem e de modificarem sua gama de experiências quando iniciam novos relacionamentos.

O casamento estrutura-se de forma a mitigar possíveis idiosincrasias. O parceiro deve ser levado em conta nas decisões e condutas cotidianas. Desta forma, a identidade de um encontra-se combinada à do outro, simbioticamente unidas (BERGER E KELLNER, 1964).

No elenco de “outros significativos”, o parceiro se torna o par privilegiado (“*par excellence*”), em torno do qual as demais relações são reconfiguradas. Portanto, o casamento estabelece um novo modo de ler o mundo, as outras pessoas e a si mesmo. Tensões com parentes, amigos antigos ou por convicções religiosas são compreendidas como dados objetivos, externos à relação, e não como subjetivos, fruto desse intenso processo de mudança de identidade (BERGER E KELLNER, 1964).

Faz parte da formação do casal uma reconfiguração da rede social, na qual o parceiro terá destaque. Porém, quando a MADA diz que “vive em função do outro”, como explicitado no primeiro capítulo, ela radicaliza a noção de “outro significativo”, o parceiro passa a ser o único foco de sua atenção. As tensões da vida a dois são compreendidas como externas à relação e não como produtos da mesma.

*“Quem está na doença, não adianta eu falar. Se você estiver gostando do cara, não adianta eu falar que você não vai deixar de gostar e vai dizer pra mim quem está errada sou eu, que todo mundo é culpado, que ele é um incompreendido, quem está errada sou eu. Porque eu falava, entendeu.” Júlia*

Portanto, a nova realidade do casamento não está garantida, existe uma fragilidade constante a ser remediada pelo par. A associação com outros casais tem a função de reforçar a visão de mundo por eles compartilhada. Da mesma forma, pessoas que enfraqueçam tal leitura

---

<sup>88</sup> Aqui é importante lembrar que o processo de criação do amor conjugal envolve o desenvolvimento da dimensão da intimidade ao longo de séculos, como bem apontou Elias (1993;1994) quando descreve como o processo civilizador engendrou o controle dos afetos e das manifestações corporais pelo indivíduo, censurou a espontaneidade, implementou a distância entre os corpos e criou a diferenciação entre as esferas íntima e pública.

são evitadas, por exemplo, amigos solteiros anteriores ao relacionamento. A restrição da rede social de amigos relatada pelas depoentes faria parte do processo característico da construção de uma vida a dois. A valoração dessa diminuição de laços como algo ruim só é possível quando não se vê mais saída para o relacionamento ou quando este já teve fim, momento em que as antigas redes sociais são resgatadas.

A socialização no casamento exige que os parceiros estejam ativamente implicados. Não se trata, porém, de um processo consciente. Em geral, o casal não se dá conta das transformações identitárias pelas quais passou. Eles acreditam que continuam os mesmos de antes, mas com algumas mudanças emocionais e pragmáticas (BERGER E KELLNER, 1964). Nas entrevistas realizadas fica evidente uma demarcação temporal de antes e depois da entrada no grupo MADA. Pressupõe-se que o envolvimento na relação inviabiliza o distanciamento necessário para identificar os sinais do “amar demais”. O aprendizado proporcionado no MADA permitiria avaliar o relacionamento como um olhar de fora.

Um elemento bastante significativo nas falas das entrevistadas são os problemas de entendimento cotidiano e de conversa. Para uma vida em comum, o par enfrenta o grande desafio de conciliar suas definições individuais da realidade. “Conversar sobre” algo sucessivas vezes possibilita a definição do assunto. Assim, a conversa conjugal constrói e sustenta o mundo compartilhado. As concepções conjuntas serão continuamente revistas e ajustadas. Entretanto, quando essa comunicação não se realiza a contento, a unidade do casal está comprometida (BERGER E KELLNER, 1964).

Sobre o cuidado com o relacionamento, três informantes destacam a importância da divisão igualitária, como afirma Natália: “[...] hoje eu sei que 50 por cento de culpa foi minha, 50 por cento de culpa foi dele. [...]”. Assim, as participantes tentam responder à tradicional divisão de gênero ao resgatar a tendência da MADA a assumir a responsabilidade integral da relação, sendo a zeladora da sua manutenção, aspecto enfatizado por Norwood (2010).

Berger e Kellner (1964) apresentam a família dos anos cinquenta e início dos sessenta, período caracterizado por estabilidade familiar, economia consistente e projeção de sucesso para os jovens. Os autores revelaram o mundo no interior da família de classe média, de elevado recurso verbal e com rico vocabulário emocional. Wiley (1994), por sua vez, analisa o diferente contexto das décadas de setenta e oitenta e demonstra como as transformações sofridas pelo modelo da família nuclear trouxeram consequências para a conjugalidade.

O autor supracitado também avalia como o movimento feminista, que teve grande impulso nos anos sessenta, chacoalhou as definições de gênero tanto no interior da família

quanto no contexto social mais amplo. Assim, o aumento da proporção de mulheres no mercado de trabalho fortaleceu a posição da mulher na conversa conjugal, mudando o seu roteiro. O divórcio, outro dividendo desta década, também impactou a fronteira entre os gêneros, pois forçou as mulheres, e alguns homens, a realizar atividades até então restritas ao sexo oposto. Por exemplo, mais mulheres criavam seus filhos sozinhas.

Os anos sessenta, de acordo com Wiley (1994), também trouxeram maior liberação dos comportamentos sexuais, como a relação sexual antes do casamento. O sexo passou a ser peça importante das conversas maritais. Na sociedade contemporânea, o desejo sexual representa um importante elemento na construção de si (BOZON, 2004).

Wiley (1994) discute que nos anos 1950 a definição sólida da família nuclear fornecia uma estrutura pré-definida para os indivíduos se guiarem. Contudo, desde os anos sessenta as regras sociais foram desafiadas e agora se questiona o que é uma família. Cabe aos sujeitos forjarem uma identidade para si. O jovem adulto de hoje mantém uma identidade mais flexível e aberta às mudanças. A partir dos anos oitenta, o diálogo sobre as emoções é um diferencial e o autor identifica os filhos como membros importantes da conversa familiar, o que revela o elevado estatuto das crianças na sociedade contemporânea.

As transformações acima mencionadas tiveram implicações no controle social exercido sobre os relacionamentos. No Brasil dos anos sessenta, esperava-se que a mulher se casasse com seu primeiro namorado, garantia de que sua moral estava preservada. A família exercia um rígido controle do namoro, os contatos entre o casal eram vigiados. Assim, era a honra da família que estava em jogo (AZEVEDO, 1981). A liberdade alcançada nos anos setenta permitiu que a sexualidade fosse vivenciada de forma mais flexível. Desta forma, surge nos anos oitenta o “ficar”, modelo descompromissado de relacionamento que se desenvolve em espaços públicos, onde os parceiros podem trocar beijos e carícias (mais ou menos íntimas, dependendo do limite por eles estabelecido) sem que isto denote namoro (SCHUCH, 1998).

Nos anos 1960 e 1970 <sup>89</sup> assiste-se, portanto, a uma mudança profunda nas atribuições de gênero e por consequência na estrutura familiar. O relato de Débora nos permite acompanhar as transformações geracionais. A entrevistada nasce em uma família tradicional e foi educada pela mentalidade anterior à contracultura. Quando adulta se depara com novas

---

<sup>89</sup> Este período representa uma reviravolta profunda de mentalidade da sociedade burguesa, período marcado pela contestação da autoridade. “[...] Estão sob verdadeiro bombardeio crítico as relações do Estado com o cidadão, as relações entre os sexos, a primazia dos velhos sobre os jovens, o poder das instituições [...]”. Além disso, os constrangimentos à realização plena do indivíduo são considerados danosos, o que caracteriza uma lógica social centrada no indivíduo como valor (HEILBORN, 2004, p.93).

expectativas de gênero. Ela se sente em uma espécie de hiato, sua criação para casar e ter filhos não condizia com uma realidade em que as mulheres tinham que “ir à luta”.

*“[...] os meus pais eles não tiveram sonhos para mim. Eles não tiveram desejos, nem ambições. E eu sou fruto de uma geração que ficou com um vácuo nesse aspecto, porque eu ainda pego um restinho de geração de anos 60 que ainda acreditava que o destino de uma mulher era casar e ter filhos. Os meus pais muito conservadores [...] Então a minha mãe comprava roupas bonitas, boas escolas, aulas de balé, educação para moças para que a gente arrumasse bons casamentos. Meu pai também, o que ele esperava de nós é que arrumássemos bons maridos e não imaginava que as filhas teriam, e nós viramos uma geração que tivemos que ir à luta.” Débora*

A partir da fala da depoente também é possível identificar as modificações masculinas. Se outrora os pais pouco participavam da educação dos filhos, sendo apenas os provedores do lar, agora eles ocupam ativamente esse lugar. Assim, o movimento contestador dos anos sessenta trouxe maior intercambialidade dos comportamentos socialmente atribuídos a cada gênero<sup>90</sup>.

*“Meu pai muito ausente, meu pai viajava muito a trabalho, e a geração do meu pai era uma geração assim em que os homens não participavam. Não era aquela geração em que um pai ia para uma escola ver uma pecinha de teatro de um filho, era diferente. Meu pai nunca trocou uma fralda de filho. Eram outros momentos, estou falando da década de 60, 70, era um outro mundo. O pai era o provedor, aquela autoridade máxima, não tinha uma intimidade, ainda mais meu pai um homem de autoridade, com filhas mulheres. Ele não tinha essa identidade conosco. E ele um homem muito culto, então, meu pai não ia brincar de amarelinha com a gente. Não ia brincar de Barbie.” Débora*

O exemplo de Débora ilumina a realidade das entrevistadas com mais de quarenta anos, que parecem ainda metabolizar as intensas transformações nas atribuições de gênero iniciadas na década de sessenta. Para essas mulheres, grande parte do conflito em “amar demais” reside na tentativa de conciliar o papel tradicional da mulher – dedicada ao marido, aos filhos e à manutenção do lar – com a mulher moderna – autônoma, independente financeiramente e que valoriza a vida profissional.

---

<sup>90</sup> O livro de Tania Salem (2007) *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária* discute a dissolução entre as fronteiras de gênero nos setores médios urbanos.

### 3.1 Relatos de parceria

O casamento como construção da realidade e as considerações sobre as mudanças culturais engendradas a partir dos anos sessenta e setenta formam a estrutura teórica a partir da qual é possível analisar a formação do par e a dinâmica conjugal no “amar demais” descritas nas narrativas, objetivo do presente capítulo. O quadro 3 sobre o estatuto da relação, apresentado na página 28, permite visualizar o que pôde ser apreendido da trajetória afetiva das participantes e sua situação atual.

#### 3.1.1 Formação do par

A narrativa das participantes ao descrever a experiência do par revela a incorporação da leitura de Norwood (2010) sobre o “amar demais”, o que inclui categorias pesadas de julgamento de valor, como na afirmação de Júlia: “*doente atrai doente*”. Assim, as informantes foram submetidas a uma maneira de interpretar a relação como doentia.

Segundo as depoentes, a MADA teria a propensão a se relacionar com homens que possuem vícios. Desta forma, a escolha do parceiro não é “por acaso”; reflete uma “disfuncionalidade”. O discurso psicologizado faz crer que tal eleição seja inconsciente. As entrevistadas parecem reencenar e adotar a imagem de Norwood (2010, p.105) da “fechadura-chave” para indicar a complementariedade dos “padrões” na díade, como afirma Laura: “[...] *Quando eu me junto com alguém, essa pessoa é uma peça que fecha o meu quebra-cabeça, que encaixa. Então eu ainda estou numa disfuncionalidade que atrai um homem que está disfuncional. [...]*”.

*[...] Mas aí, quando eu comecei a namorar com ele, eu não sabia que esse cara era alcóolatra, sabe. Eu me pergunto às vezes, em terapia, a psicóloga falou: ‘Você, não é que atrai, mas busca pessoas dessa forma, às vezes de forma inconsciente’. E foi inconsciente mesmo [...]*” Bianca

Dois funcionamentos se destacam: a mulher detém o controle ao eleger parceiros que aparentemente precisam de ajuda para que assim possa consertá-los; ou é controlada quando se torna “passiva e submissa”, movida pelo “padrão” de “agradadora”. Um quinto das

entrevistadas demonstrou incômodo por não poder expressar opinião própria que se opusesse a do parceiro, situação causadora de conflito. A figura do “homem misógino”, definida abaixo, é recorrente.

*“[...] Ele tem uma insegurança tão grande que ele tem a necessidade de ter o controle da mulher. Ai aos poucos ele vai enfraquecendo a mulher. Como é que eu posso explicar? Acabando com a segurança e autoconfiança dela com pequenas alfinetadas, sabe. É uma coisa extremamente sutil.” Brenda*

Assim, por uma via ou por outra a MADA acaba por se relacionar com homens que “acionam” os seus “gatilhos”, conforme descrito no capítulo anterior.

Dados que comprometem o grau de atração física exercido devem ser considerados na análise da formação do par. Seis depoentes apresentaram dificuldades relativas à obesidade. Reeducação alimentar, remédios (com desagradáveis efeitos colaterais) e cirurgia bariátrica foram os recursos relatados para alcançar o peso ideal. O grupo ‘comedores compulsivos anônimos’ foi mencionado por contribuir para a continuidade do controle alimentar (ver quadro 5).

A constituição corporal fora das expectativas sociais deixa essas mulheres em desvantagem no mercado sentimental e tem consequências negativas para a autoestima, característica basilar do “amar demais” *vide* primeiro capítulo. Sentindo-se inferior, a mulher vê suas opções de escolha reduzidas, o que amplia a dificuldade enfrentada pela perda do parceiro. Fatores como o medo da solidão e o peso da idade madura também influem na composição do casal.

*“[...] ele foi uma pessoa que ficou comigo eu tinha noventa e poucos quilos e ninguém queria ficar mais, então **ele fez um favor pra mim** e me deu a família que eu queria. Em nenhum momento eu fiquei com ele porque eu o amava, entendeu? Ele foi o príncipe encantado que me resgatou daquela solidão que eu estava há um ano depois que eu terminei com o Tom. Então, ele, o Thadeu, não existia, existia um homem que quis ficar comigo, mesmo eu gordinha, entendeu? [...]” Betânia (grifo nosso)*

*“Será que eu ainda vou conhecer outra pessoa? Já tenho 34 anos, vou ficar velha e não sei o que, não sei o que lá. Não vou conhecer mais ninguém. [...] eu sou gordinha, mas ao mesmo tempo, ah, mas eu sou tão bonita e aí fica uma loucura aqui dentro. Mas hoje eu tenho que manter a minha serenidade.” Bianca*

### 3.1.2 “Dança”

A competição aparece como tônica da dinâmica conjugal no “amar demais” em metade do conjunto entrevistado. O casal disputa pelo controle do relacionamento, ideia sintetizada por Brenda via expressão “*guerrinha de poder*”. Ambos se mantêm defensivos e a demonstração da necessidade do afeto do parceiro sinaliza o perdedor. Assim, os comportamentos são reciprocamente alimentados.

*[...] Ele sempre teve o controle, o poder, que é a **guerrinha de poder**. E agora eu estou **batendo de frente**. Estou dizendo o que me incomoda. E isso está incomodando ele. Aí o que ele está fazendo? Ele está pegando mais pesado comigo para continuar no controle e eu ainda estou firme. E isso é por causa do livro. [risos]” Brenda (grifo nosso)*

A metáfora da “dança” presente em Norwood (2010) encontra-se incorporada pelo discurso nativo. Essa interação é também traduzida por “jogo”. Os movimentos do par são mutuamente dependentes, como Natália pontua: “*[...] mas eu era louca, porque ele me deixava louca. [...]*”.

As mudanças de atitude da MADA manifestam como o parceiro provoca e responde ao “amar demais”. Por conta disso, é comum o companheiro incomodar-se com as alterações de comportamento produzidas após o ingresso no grupo. Os trechos abaixo exemplificam de que forma procura manter os velhos hábitos.

*“Eu sei que eu tenho uma doença, mas ele ajuda muito para minha doença está no ponto que está. [...] Aí de vez em quando eu ficava afastada dele, ficava sem ligar uns dias, ele me mandava mensagem: ‘Ah, eu tenho saudade da minha maluquinha, maluquete...’. Aí eu falei: ‘Então ele gosta dessa porra?!’ entendeu?” Lorena*

*“Eu tive um afastamento dele, uma tentativa de término. Fiquei três meses longe dele, fui morar com uma amiga. Saí da minha casa para manter ele longe, para ele não ter contato comigo. Foi bem difícil porque ele continuou mandando e-mail, mensagem... E eu lia as mensagens e por já estar no grupo eu sabia que aquilo era jogo. Então é uma dança, um jogo. Não dá para jogar sozinho, então ele precisava de mim para dar continuidade àquilo tudo. Ele não tinha mais o saco de batata dele.” Madu\**

A entrada no grupo sinaliza uma tentativa de modificação por parte da mulher dos moldes da relação. Esse movimento provoca reações fortes do parceiro, pois ela se apresenta determinada a mudar o “jogo”. Segundo as narrativas, a escolha pelo MADA é ainda uma busca para salvar o relacionamento. Mas a assiduidade no grupo tenderá a mostrar-lhe que a parceria já não mais vale a pena.

O “mecanismo da balança” mencionado por Sêrvulo Figueira (1981) e traduzido por Heilborn (2004, p. 132) como “gangorra psicológica” diz da alternância entre os parceiros no lugar de mais fraco no relacionamento. As passagens do relato de Raquel ilustram o “jogo” característico do “amar demais” onde ora se está por cima ora por baixo. É possível identificar na narrativa das participantes o momento da inversão da gangorra.

*“Mas assim, eu completamente enlouquecida, sabe, eu completamente doente, ligando para ele o tempo todo. Ele: ‘O que você quer mulher? Fala comigo...’ Assim com aquele **deboche**. Eu falava: ‘Ah, eu quero te ver.’ ‘Você vai me ver, segunda-feira eu estou aí.’ Final de semana já não me atendia mais, sabe.”* Raquel (grifo nosso)

*“Quando eu estou muito enlouquecida por ele, se eu falar alguma coisa que ele tenha que repetir de novo, ele não tem muita paciência. Ele fala: ‘Meu amor, uma mulher tão inteligente não está entendendo o que eu estou falando?’ Mas se eu estiver na **época do desprezo**, eu posso não entender dez vezes, que ele vai explicar de novo sem falar isso.”* Raquel (grifo nosso)

*“[...] Aí eu fui conversar com ele eu falei: ‘Você quer terminar comigo? A gente termina e acaba.’ Aquilo incomodou ele. Ele não sossegou enquanto ele não me fez chorar, enquanto ele não me fez voltar a me humilhar, sabe? Aí ele: ‘Você não estava forte? Não é a MADA poderosa?’”* Madu\*

A “dança” presente no “amar demais” aponta a dimensão relacional da categoria ‘gênero’ levantada por Scott (1995). Homens<sup>91</sup> e mulheres só podem ser compreendidos reciprocamente, não sendo possível estudá-los em esferas isoladas. Neste sentido, a entrevistada Laura afirma: “[...] *O masculino e o feminino são uma coisa só. Eles são as duas faces de uma mesma moeda. Se você distorce um, você distorce o outro.*”.

A explicação para “jogo” presente em Norwood (2010) foi mencionada nas narrativas. Tendo como referencial teórico a análise da psicologia transacional, a autora o define como uma forma estruturada de interação que busca evitar a intimidade. No caso do “amar demais”, ela cita os três papéis mais comuns: o “resgatador”, quem procura ajudar; o “perseguidor”, aquele que culpa o outro; e a “vítima”, o que se posiciona como inocente e desprotegido. Esses lugares são alternados pelo casal. As entrevistadas identificaram situações em que desempenharam o “jogo” se colocando no papel de vítima para receber alguma vantagem, posicionamento por elas criticado. A necessidade de assumir a responsabilidade e a importância da autonomia foram aspectos enfatizados.

*“[...] Porque eu sou a vítima, porque eu sou a coitada, entendeu, todo mundo é culpado, e eu tenho como controlar. Eu sou a vítima que se deita no chão e se finge de morta, dou o golpe*

<sup>91</sup> Durante muito tempo os estudos de gênero se dedicaram à mulher. A perspectiva relacional, apontada por Scott (1995), sugere que os homens merecem atenção da disciplina. No campo das masculinidades, dois trabalhos se destacam: *Masculinities* de Raewyn Connell (1995); e *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade* de Miguel Vale de Almeida (2000).

*da galinha morta. Eu tenho esse padrão. Aí, o que que acontece? Eu botava muito a culpa nos outros. [...]" Júlia*

### 3.1.3 Desejo de ser mãe x Quebra do contrato conjugal

A década de sessenta, nos países desenvolvidos, assiste ao que se nomeou como segunda revolução contraceptiva. A possibilidade de controle da fecundidade pela própria mulher foi um enorme diferencial. Fatores como a difusão de formas medicalizadas mais confiáveis de contracepção, por exemplo a pílula e o DIU<sup>92</sup>, e a maior autonomia feminina, com o crescimento da participação no mercado de trabalho e do nível de instrução, são o resultado de um processo secular, produtor da autonomização da sexualidade em relação à reprodução.

Hoje a atividade sexual só é concebida com proteção contraceptiva, isto é, espera-se que seja infecunda. Ter filhos é o resultado do desejo e cálculo do casal que possui a escolha de procriar ou não. A suspensão temporária para fins reprodutivos deve ser negociada entre os parceiros (BOZON, 2004).

Assim, a reprodução envolve um consenso do casal. Partindo desta concepção, a escolha deliberada pela maternidade foi interpretada como uma quebra do contrato do casal, pois passa por cima da vontade e do consentimento do parceiro. Três depoentes ilustram tal atitude. Na narrativa de Débora o desejo de ser mãe está associado à sua criação tradicional, na qual a mulher realiza-se via maternidade e casamento, somada à idade limite para uma gravidez saudável. No discurso de Luiza, ter filhos garantiria a estabilidade e manutenção do relacionamento. Já Raquel relata o cansaço diante do constante adiamento, por parte do companheiro, da realização da sua vontade de ser mãe. Ela opta por adotar uma criança e comunica a decisão ao marido: *“Insistia para ele ter um filho comigo, ele dizia que não era hora e eu ia aceitando e aceitando. Até que um dia eu decidi, então, já que ele não queria ter filho, eu decidi adotar o meu filho, que hoje é meu filho.”*.

*“[...] já estava vivendo com ele há mais de 10 anos e eu pensei: ‘Bom, biologicamente daqui a pouco eu não posso’, e eu sempre batia naquela tecla: ‘Eu quero um filho, eu preciso ser mãe, isso é muito importante para mim’ e ele nunca queria. E eu o traí nesse aspecto, porque como a gente usava assim de vez em quando camisinha, não estava tomando pílula para não engordar, e a gente fazia uma tabelinha mais ou menos, isto estava funcionando. Mas eu, deliberadamente, procurei uma ginecologista e programei: ‘Eu quero engravidar, o que eu faço? Eu quero um tratamento para engravidar’. Na época tinha 35 anos. [...] No primeiro*

---

<sup>92</sup> Sigla para dispositivo intrauterino.

*mês não funcionou, no segundo mês eu engravidei. Então, eu sei exatamente o dia, a hora e o mês que eu engravidei.” Débora (grifo nosso)*

### 3.1.4 Diferentes valores

Estudos sobre família e casamento<sup>93</sup> assinalam que as relações matrimoniais constituem um arranjo entre famílias para além dos indivíduos envolvidos. A união ajuda a consolidar ou rebaixar a posição social. A literatura antropológica, portanto, criou termos para essa situação. Assim, as relações homogâmicas caracterizam-se pela equidade socioeconômica entre os parceiros. Nas hipogâmicas a mulher detém situação superior ao homem enquanto que nas hipergâmicas ocorre o inverso. Grande parte das informantes relatou relacionamentos nos quais havia uma disparidade financeira e/ou cultural<sup>94</sup> no casal: um terço hipogâmico e outro terço hipergâmico. Tal diferença gera conflitos relativos aos hábitos de etiqueta, forma de falar e preferências de gosto, por exemplo, a apreciação de literatura. Narrativas sobre a sensação de vergonha relativa ao companheiro pontuam os depoimentos e tais situações requerem contínua administração. Discordâncias de valores morais e religiosos, além de divergências de objetivos de vida, foram também citadas. Segundo Heilborn (2004, p.148), a intenção de “reforma do outro” seria um mecanismo de ajuste das diferenças de capital cultural e de gostos no par.

*“[...] Com quinze anos eu era doida mesmo, não era piranha não, porque eu me perdi fui logo morar junto, mas eu era doida, bebia até vinho na época, vinho pra quinze anos era muita coisa, né? E ele fala: ‘Hoje em dia você tem a moral por causa de mim. Você conseguiu passar em um emprego público por causa de mim. Hoje em dia você sabe escrever, sabe ler por causa de mim’. Eu fico: ‘Porra, então se tu não tivesse [sic] aparecido na minha vida, cara, coitada de mim’. Falei: ‘Não, não é nada por causa de você não, José, porque eu poderia estar contigo e te traindo, saindo pra rua escondida, entendeu?’. Eu fiz o meu papel de ser a namorada certa. Então hoje as pessoas não falam de mim por causa de mim, não por causa de você. [...]” Lorena*

*“[...] E assim, dentro de onde eu trabalhava existia uma hierarquia, eu era muito superior a ele. Ele era cabo e eu era primeiro tenente. E assim, sempre me falaram: ‘Nunca namore praça, que é sargento, cabo...’ Mas não estava nem aí, o cara era sedutor, era bonito, assim, mais ou menos, e comecei a gostar dele e ali eu adoeci assim. Na verdade, eu era doente e ali foi meu ponto, o que a gente chama, foi o gatilho. [...]” Bianca*

<sup>93</sup> O artigo de Thales Azevedo (1981) ‘Namoro à antiga: tradição e mudança’, a dissertação de mestrado de Heilborn (1984) ‘Conversa de portão: juventude e sociabilidade em um subúrbio carioca’ e a tese de doutorado de Luz (2010) ‘Noras e sogras: sobre relações familiares, conflitos e imagens’ ilustram a relação entre família e casamento.

<sup>94</sup> A informante Júlia aponta o fato de possuir ou não filhos como elemento instaurador de diferença no par.

De acordo com Raquel, a busca por uma diferença em relação ao parceiro parece ser uma característica da “mulher que ama demais”, o que pode ser entendido como mecanismo de fixar a assimetria da relação, impedindo assim a alternância da gangorra.

*“A mulher culta ela já escolhe mais, ela quer um homem do mesmo nível dela, principalmente se ela for uma pessoa sã, se ela não tiver nenhum padrão doentio para relacionamento, ela vai escolher um homem com o mesmo nível que ela socialmente. Agora, a MADA não, a MADA vai escolher sempre alguém que ela sinta uma diferença.” Raquel*

O casamento pode implicar um laço entre indivíduos que provêm de diferentes contextos de interação, isto é, de círculos sociais não coincidentes. Todavia, fatores como semelhante nível socioeconômico e mesma região de moradia aproximam as biografias dos parceiros, ampliando seus pontos em comum. Bozon (2004) aponta diferenças na modelação da experiência da sexualidade de acordo com o grupo social, influenciada por fatores como rede de sociabilidade, religião, classe social e biografia pessoal.

A inserção social confere enquadre ao sentimento amoroso. Ela constrange as possibilidades de escolha do parceiro. No entanto, devido a uma concepção essencialista do amor, a MADA não restringe suas opções na crença de que a grandeza deste sentimento é capaz de suplantar qualquer eventual dificuldade.

*“Então, assim, me incomoda, sabe, a maneira como a pessoa às vezes fala assim: ‘Eu sou uma advogada como é que eu vou ficar com um porteiro?’ São duas pessoas, tira a roupa as duas, ficam as duas na cama, que a única coisa que vai ser diferente é o que elas vão conversar, entendeu? O conversar que é diferente. Você não vai conseguir conversar com um porteiro o que você conversa com alguém da sua faculdade, é diferente, mas ali tem uma pessoa, você gosta de conversar com ela.” Raquel*

Raquel parece tomar a igualdade como componente da essência dos humanos corrompida por diferenças financeiras. Assim, para ela o social é constrangedor dos atributos naturais. Neste tópico, a leitura de Heilborn (2004) da teoria dumontiana sobre o individualismo aponta como a igualdade promulgada por este sistema torna difícil o exercício da singularidade quando esta se incompatibiliza com a atualização da simetria no par.

A expressão do sentimento de amor necessária para a origem do casal não significa crença absoluta no seu poder de ultrapassar obstáculos. Fatores como a compatibilidade de estilos de vida e interferências de ordem prática, como questões materiais, tornam possível a vida compartilhada. Aspecto levantado por Laura ao justificar o fim da relação: “[...] propostas de vida são diferentes. [...]”. No que diz respeito à dimensão social, o casal moderno caracteriza-se pela relação entre dois iguais. Contudo, as perturbações são assumidas como parte do cotidiano do casal e indicam a inexistência de uma química perfeita

(HEILBORN, 2004). A continuação da narrativa de Raquel assinala como as diferenças de capital cultural e financeiro potencializam os problemas típicos da convivência.

*“[...] nas pouquíssimas horas que eu tinha para não fazer nada, eu estava ali deitadinha, lendo um livro, sentada. Ele disse que nunca leu um livro. Ler livro, ler para ele é estar perdendo tempo, sabe. [...] Ele não conseguiria morar na zona sul, tem que morar no bairro dele, que todo mundo vai para rua, que todo mundo fica na rua [...]”* Raquel

### 3.1.5 “Fantasia”

“Fantasiar” a respeito da relação aparece na narrativa de metade das participantes. O “príncipe encantado” que salva a mocinha é o arquétipo “projetado” no parceiro. Este deve preencher uma expectativa anterior ao próprio relacionamento sendo apenas um “alvo”. Laura declara: *“Você não tem nada com aquele cara, mas você está ali fantasiando. ‘Ah, eu vou ter. Ah, ele é o príncipe encantado. Ele é maravilhoso. Ele vai me salvar da minha desgraça.’ Ai eu acreditava nisso. [...] Minha vida vai ter sentido quando esse homem chegar.”*

*“Então assim, e como eu tinha decidido que ele seria o príncipe da minha vida, que foi uma decisão na verdade. Eu já sentia que ele não era o cara desde que eu o conheci, mas eu quis que fosse. Então é... eu perdi a minha... minha primeira relação sexual foi com ele. Então eu queria que ele fosse o meu marido, que os meus filhos fossem dele. Foi mais difícil abrir mão da fantasia da relação, dos meus sonhos com ele, do que dele mesmo.”* Madu<sup>95</sup>

Quando percebe que os pré-requisitos não foram contemplados pelo parceiro a MADA se desilude, como declara Luiza: *“Não foi nada daquilo que eu pensava.”*. Todavia, renunciar à imaginação, onde tudo é perfeito, não é tarefa fácil. A ilusão tem a função de “autoengano” para não enfrentar a realidade “destrutiva” do relacionamento, como Brenda afirma: *“Eu ficava fantasiando, imaginando como o relacionamento poderia ser, o que eu queria criar, do que o que era. Porque o que era, era um cara usuário de droga, arrogante, grosseiro, isso que era, entendeu, uma coisa destrutiva. Isso que era, a realidade era essa.”*

Segundo as informantes, como a MADA se relaciona com a “fantasia” do que seja o parceiro, não entra em contato com suas características reais. Aspecto compreendido como

---

<sup>95</sup> O depoimento assinala uma representação tradicional do gênero feminino; a virgindade em troca de uma relação duradoura. A entrevistada é bastante clara ao assinalar que a questão residia na quebra de um valor moral. Nas culturas latino-americanas verifica-se um controle social que visa retardar a entrada da mulher na sexualidade. Atribui-se um valor positivo à virgindade mantida até o casamento. Por outro lado, incentiva-se a iniciação sexual masculina o quanto antes, mesmo que seja com mulheres mais velhas ou que se recorra a prostitutas (BOZON, 2004).

dificuldade de intimidade. “Aceitar” o parceiro em suas qualidades e defeitos faz parte do processo de “recuperação” proposto pelo grupo.

A figura do “príncipe encantado” é recorrente no material analisado. No estudo comparativo com jovens do Rio de Janeiro e de Paris, de diferentes universos sociais, sobre as representações acerca da primeira experiência amorosa, Bozon e Heilborn (2001) também se depararam com discursos idealizadores sobre “o homem da minha vida” nos relatos franceses, e com a descrição da experiência do primeiro namoro um tom romantizado na narrativa das brasileiras.

Ao serem indagadas sobre sua primeira experiência amorosa, as mulheres respondem uma vivência aonde o laço afetivo é premente, já os homens mantêm em diferentes planos a experiência sexual e a amorosa. Para as mulheres, a prática sexual consolida o vínculo amoroso (BOZON e HEILBORN, 2001).

A sociedade brasileira, nas últimas quatro décadas, conheceu profundas transformações em sua configuração social. As relações sociais eram hierarquizadas, os papéis de gênero muito marcados e havia forte valorização da virgindade da mulher. Cabe também destacar o valor dado à família e à noção de honra, vinculada à conduta moral da parentela feminina e ao ditame social da manutenção da virgindade até o casamento (BOZON e HEILBORN, 2001). A narrativa da informante Natália exemplifica o peso dado à virgindade em nossa sociedade:

*“[...] Meu pai falou assim: ‘Olha, você faz exame ginecológico, se você não for mais virgem, eu vou te internar num colégio de freiras em Petrópolis, você vai ficar lá e só vai sair quando arrumar um casamento, porque com esse homem você não vai casar, porque eu tenho certeza que ele tirou a sua virgindade, e com você ele não vai ficar, porque ele é um galinha, porque ele já fez... quantas outras moças ele já deve ter feito isso?’. Ai, eu falei: ‘O que eu vou fazer, ou eu vou direto para o colégio interno ou eu encaro uma médica que de repente vai ser legal comigo, vai dizer para minha mãe que sou virgem’. E eu fui, só que a minha sorte foi tão grande que eu tinha o hímen complacente. [risos]” Natália*

O sonho juvenil das moças busca por um homem que as iniciará no amor e que será seu cônjuge. Esta idealização é resultado da socialização feminina via romances que difundem o mito do “príncipe encantado” e da educação tradicional que determina que a mulher deve conhecer apenas um homem em sua vida. Assim, a relação sexual não é possível sem o envolvimento sentimental com o que seria seu possível marido (BOZON e HEILBORN, 2001).

Contudo, em relato retrospectivo, as mulheres avaliam a primeira vivência amorosa como ingênua. Trata-se, portanto, de uma experiência na divisa entre a idealização adolescente do “príncipe encantado” e a formação do par pretendida na vida adulta.

Há algumas décadas o “príncipe” tem desencantado, isto é, as mulheres têm rompido com a ideia do “homem da sua vida”. Isso não significa somente uma possível desilusão com a primeira experiência amorosa, mas também a negação da concepção da trajetória feminina necessariamente mediada pelo homem. Ao romperem com esta visão tradicional, as mulheres se apropriam de sua vida amorosa.

O término do primeiro relacionamento<sup>96</sup> costuma ser vivenciado com dificuldade pelas mulheres que neste momento têm de renunciar àquilo que imaginou para a relação. Todavia, esse desencantamento não significa que essas mulheres não busquem mais por relacionamentos duráveis, apenas indica que elas o farão em bases mais realistas (BOZON e HEILBORN, 2001).

No campo pesquisado, as depoentes também relatam maior dificuldade em abdicar da “fantasia”. Para elas, a entrada no grupo fortifica os dados de realidade trazidos pela desilusão amorosa. O aprendizado do MADA fornece uma racionalização para a vida conjugal, de modo que o próprio “fantasiar” deve ser controlado em prol de uma leitura mais realista.

As entrevistadas na faixa dos vinte anos relatam de forma mais premente a dimensão da “fantasia” em seus relacionamentos. A pouca experiência afetiva, em geral o primeiro namoro, associada à típica intensidade juvenil<sup>97</sup> produzem grandes expectativas em torno do vínculo amoroso. Uma postura imediatista impede-as de visualizar a possibilidade de outros amores no futuro e, assim, acreditam que encontraram o ‘homem da sua vida’. Verifica-se, portanto, uma diferença de experiência quando comparada com aquela de mulheres acima dos 40 anos, cujos relatos mencionam uma trajetória afetiva composta por relacionamentos de longa duração, nos quais a família, os filhos e as preocupações profissionais abarcam um universo mais complexo.

---

<sup>96</sup> No Brasil a decisão de terminar o primeiro namoro envolve a rede de familiares e amigos e não apenas os parceiros. Na França tal decisão tem caráter individual (BOZON e HEILBORN, 2001).

<sup>97</sup> Na já mencionada etnografia virtual que acompanhou a interação provocada pela postagem “Mulheres que amam demais” presente no “Blog da Mulher”, chama a atenção o número de depoimentos de mulheres jovens e de adolescentes, caracterizando um perfil etário diferente do encontrado nas “salas” do MADA. Disponível em: <<http://www.blogdamulher.com/2008/06/28/mulheres-que-amam-demais/comment-page-1/#comments>> Acesso em: 9 abr. 2012.

### 3.1.6 Intensidade da relação

A partir da expressão “amar demais” pode-se depreender a intensidade característica deste tipo de relação, sinalizada por metade das participantes. A “fantasia” parece ser uma das causas, pois leva a uma aposta “cega” no parceiro, mesmo na ausência de subsídios convincentes, tal como declara Natália: “[...] *eu me apaixonei perdidamente pelo meu cirurgião plástico, e eu me apaixonei por ele, sem ter tido nenhum tipo de contato: físico, palavras, nada.*”.

*[...] eu conheço uma pessoa, aí, em duas semanas, eu estou completamente apaixonada por essa pessoa, eu acho que eu amo essa pessoa, essa pessoa é a pessoa certa da minha vida. Assim, é uma coisa, é um click automático, por quê? Porque eu entro na fantasia, eu entro na ilusão mental. E aí eu acho que eu estou apaixonada e a pessoa também por mim. [...]* Luiza

A intensidade do relacionamento é apontada como proporcional ao sofrimento. O tempo da relação, denominado por “relâmpago”, e sua evolução “fulminante” não condizem com o sentimento de “depressão profunda” causado pelo término. Aspecto exemplificado na narrativa de Laura: “[...] *Eu estava numa depressão profunda porque eu tinha terminado um relacionamento relâmpago. O relacionamento tinha sido muito rápido, mas pra mim aquilo foi muito intenso pra minha cabeça. [...]*”. Há, portanto, uma entrega absoluta e desmedida<sup>98</sup>, por vezes ponderada pelos familiares.

*[...] Aí aquilo foi uma vergonha tão grande, da minha filha falar isso pra mim: ‘Você está uma morta, você acha que uma pessoa merece isso? Principalmente um homem que você conhece há um mês só?’ E aí, eu vi assim o quanto eu estava adoecida por amar demais uma pessoa, que nem sabia e nem tinha percepção do que eu era. E eu também não o conhecia, a gente não gosta daquilo não conhece. [...]* Luiza

Permeia o discurso uma gradação do amor, de modo que as relações mais intensas são caracterizadas como “paixões”. As entrevistadas admitem a transformação do sentimento com o passar do tempo, porém desejam manter a intensidade típica do início do relacionamento.

*“Mas a doença da MADA é essa, ela quer viver em paixão constante. Ela não aceita que o relacionamento, você vive a paixão no início e depois as coisas vão se ajustando e vai ficando um amor. A MADA não, ela quer estar sempre na adrenalina, ela quer estar sempre na paixão, vivenciando aquilo. Muitas são assim. Essa paixão constante que não existe.”*  
Beatriz (grifo nosso)

<sup>98</sup> O convívio exagerado pode ser tributado a tal entrega. “*A gente se falava no telefone, Mônica, todos os dias, quase que o dia inteiro. Eu ia para casa com ele no telefone. Eu saía de casa com ele no telefone. Eu ficava no trabalho com ele no telefone, colocava um fone de ouvido.*” Raquel

Na contemporaneidade, a união do par tem na dimensão amorosa sua razão central.<sup>99</sup> Contudo, com o passar do tempo, há uma estabilização da díade que transforma a “paixão” inicial em “amor” (HEILBORN, 2004). Se por um lado há o esmaecimento da intensidade, por outro aumenta a intimidade e a cumplicidade do casal.

Por mais que as entrevistadas não tenham se referido diretamente à sexualidade, vale lembrar que o início da vida conjugal caracteriza-se por intensa atividade sexual. Fato mais relacionado ao caráter recente da relação do que à idade dos parceiros, já que esta intensidade é verificada também em segundas uniões. A conjunção entre desejo sexual e afetividade encontrada no princípio não será encontrada nas fases posteriores do casal (BOZON, 2004).

À medida que o casal se estabiliza, há uma redução da frequência das relações sexuais, em média duas por semana, e da satisfação obtida. A atividade sexual reforça o laço conjugal. A repetição das relações tem uma função tranquilizadora, os parceiros se sentem mais confiantes e experientes (BOZON, 2004). Contudo, a busca por “adrenalina” presente nas narrativas é um indício do quanto a estabilização do relacionamento é desagradável para a MADA.

Estar na díade requer a gestão da vida sexual e amorosa com os compromissos cotidianos, pois o convívio acentuado tenderia a “amornar o desejo”. O par empreende o difícil exercício de conciliar o senso de individualidade com a unidade que engloba os sujeitos (HEILBORN, 2004, p.121). Relações nas quais o casal se apelida de pai e mãe foram criticadas pelas nativas. Este tipo de tratamento designado ao parceiro evidencia uma diminuição do componente sexual, uma confusão de papéis e um aumento da dimensão do cuidado (que se estende para a questão financeira de quem provém ou é provido). A narrativa está identificada à formulação de Norwood (2010, p.184) sobre o tradicional papel de cuidadora, relegado às mulheres, desempenhado pelas MADAs nos relacionamentos afetivos: “[...] Sempre fui para ele tanto uma mãe quanto uma namorada.”

*“Bom, esse casamento eu amei demais, por quê? Eu o tratava como um filho, eu dava roupa na mão, prato na mão, eu escolhia a roupa para ele sair, mas ele também tinha esse mecanismo. Ele me ligava do trabalho: ‘Ah, vê aí a minha roupa para a gente ir na festa tal’. Aí eu: ‘Ah, tá.’ Então eu escolhia, quer dizer, eu cuidava dele amando demais, é como se ele*

<sup>99</sup> Casamentos motivados por acordos práticos, nos quais a dimensão afetiva tem pouco ou nenhum peso foram percebidos como “desvirtuamento” pelos entrevistados de Heilborn (2004, p. 121). Entre as MADAs há uma narrativa especial: “[...] O Lúcio era tudo o que uma mulher queria na vida, porque ele era rico, ele era feio, ele era barrigudo, mas ele era rico, simpático, bem humorado, cavalheiro, ele era tudo de bom. [...] Aí me chamou para almoçar, falou: ‘Olha, antigamente, as famílias não contratavam o casamento? As famílias não falavam assim: você vai casar com o meu filho. Você só conhecia o cara no dia do casamento ou uns dois dias antes, não era assim? A gente vai casar assim Natália, você quer? Eu não te conheço, você não me conhece, mas a gente casa e passa a se conhecer. Isso não é nada mais nada menos que o casamento de antigamente. A gente vai, você vai se apaixonar por mim, eu vou me apaixonar por você, casado com você’ [...]” Natália. Ela aceita o casamento nessas condições. Contudo, não foi realizado, pois Lúcio falece durante o período de noivado. Natália não comparece ao enterro e justifica tal atitude pela ausência de vínculo afetivo.

*fosse um filho, porque eu projetava que ele era meu papaição [sic]. Ele pagava tudo.”*  
Luiza<sup>100</sup>

A análise do material aponta que a MADA procura o contato frequente com o companheiro, sem admitir qualquer esmaecimento do desejo. Todavia, a intensidade produz e é provocada por uma tensão. Configura-se, então, um problema: a tensão causa sofrimento, porém mantém o caráter intenso da relação (“paixão”), positivado pelas nativas.

*“[...] É uma adrenalina. Ele era muito instável. Eu nunca sabia quando ele estava bem, quando a gente estava bem... Porque uma hora ele estava bem, outra hora ele não queria mais... Eu li uma vez que é como se fosse uma batida de carro sempre e é verdade. O choque emocional. [...]” Madu\**

O início da relação caracteriza-se pela atenção aos mínimos sinais do parceiro, principalmente através da linguagem não-verbal. Porém, a contínua apuração do bem-estar do outro na relação exigiria grande investimento emocional. Ao longo do relacionamento, tende-se a desenvolver um sistema que esconde ao invés de revelar informação. Incapazes presenciar a rotina do parceiro e de verificar o significado de cada nuance do seu comportamento, a comunicação passa a se basear na confiança. Todavia, a crise a coloca em suspenso e os sinais passam a ser novamente averiguados (VAUGHAN, 1990).

Metade das informantes relata determinados comportamentos e atitudes que denunciam o grau de engajamento do parceiro na relação, como uma espécie de termômetro. Certos fatores como falta de companheirismo nas ocasiões de doença; mudança no tratamento cotidiano; não realizar atividades que denotam assumir a relação em público, por exemplo andar de mãos dadas; críticas desconstrutivas; ausência de preocupação e cuidado; indícios de desistência, como não retornar as ligações e sucessivas desculpas para desmarcar encontros; diminuição da atividade sexual; sentimento de solidão e abandono; menor participação no casamento; discussões; e sensação de distância do parceiro são indicativos de que o relacionamento anda mal. O aprendizado do MADA e a experiência em psicoterapia são vistos como fundamentais para melhor identificação destes sinais, o que possibilita o término precoce da relação, isto é, antes de incorrer em maior sofrimento.

*“[...] Ah, o jeito de falar, o jeito de tocar, o jeito abordar para transar [diminui tom de voz], você percebe. Mas vou te dar um exemplo prático. Eu falei para ele que eu queria tirar foto junto com ele. A gente tinha ido para o Canadá. Ai ele: ‘Não, não vou tirar foto, não quero tirar foto’. Entendeu? Ai acabou tirando uma foto, mas como se ele fosse meu amigo. Então o tempo inteiro na rua ele agia comigo como se a gente fosse amigo. Ele não saiu comigo, não segurou na minha mão, nada disso. E dentro do hotel ele era a pessoa mais amorosa do mundo. Fora do hotel ele era frio, distante. [...]” Laura*

<sup>100</sup> O depoimento traduz o casamento tradicional onde o marido é o provedor e a mulher é dona de casa.

*“[...] o meu companheiro não estava mais, assim, sendo fiel, participando do casamento. É... muito distante, discussão e eu também tive um processo de ter muito ciúme, porque gerou muita insegurança em mim a distância que eu fui sentindo que ele estava, estava indo embora, ele estava se afastando, mas ele não pedia a separação [...]” Noêmia*

As manifestações de falta de compromisso e participação no relacionamento acima mencionadas indicam a valorização da companhia do parceiro e o tempo despendido em favor da relação como fatores que dão formato à existência enquanto casal. As conversas possibilitam trocas subjetivas e a expressão das emoções (BERGER E KELLNER, 1964). Sua diminuição demonstra fragilidade no vínculo.

O incômodo apresentado diante da relação não assumida publicamente, como no caso de Laura, revela o caráter situacional da identidade do casal. Por mais que seja a esfera interna que confira unidade ao casal, é sua representação pública que reforça tal identidade (HEILBORN, 2004).

A constância da atividade sexual também é um medidor da qualidade da relação. A ausência desta é sinal de problemas no relacionamento, podendo provocar uma separação. Se antes, o casamento permitia a atividade sexual, agora esta é fator principal e indispensável à manutenção do casal. A definição institucional, promovida pelo matrimônio, é substituída por um estatuto subjetivo e interpessoal (BOZON, 2004).

### 3.1.7 “Ele não é cem por cento ruim”

As narrativas das entrevistadas focaram os aspectos negativos do parceiro e da relação em geral. Resultado condizente com a concepção nativa do “amar demais” entendido por “relacionamento destrutivo”, cuja principal característica é o sofrimento. Assim, a estratégia de sublinhar os defeitos<sup>101</sup> reforça a inviabilidade do casal. Sobre este aspecto, Raquel afirma:

*“Eu só falei do lado ruim dele, porque para mim só me interessa falar o que me incomoda, então só falei, mas que louca que eu seria se tivesse só coisa ruim e mesmo assim eu quero, não, tem coisa boa, sabe. Tem coisa assim nele que eu acho maravilhoso. Ele tem uma alegria formidável.”*

---

<sup>101</sup> Duas entrevistadas, em um esforço empático, reconhecem o quão difícil deve ser para o homem lidar com os mecanismos de controle e com a insistência da MADA. Como afirma Beatriz: “Então, nenhum homem suporta uma mulher obsessiva. Nenhum homem suporta uma mulher 24 horas no pé do cara.” Olívia aponta a necessidade de “aprender a não insistir quando o outro não quer”, pois é um direito dele desistir da relação. Deste modo, assumem responsabilidade pelo estilo do relacionamento; não é apenas o outro que tem defeitos.

Quando não se aposta mais na salvação do relacionamento, os defeitos e falhas do parceiro serão enfatizados e os aspectos positivos minimizados (VAUGHAN, 1990). A história do casal também é reconstruída a partir de eventos negativos e os momentos bons são esquecidos. Tal atitude é diametralmente oposta à fase do apaixonamento quando as semelhanças são destacadas e as diferenças vistas como complementares.

Um quarto das entrevistadas ressalta alguma qualidade do parceiro como forma de contrabalançar a descrição desfavorável. Foram citadas características como: bom humor, dedicação à família; ser um bom pai e amigo; zelo pela companheira; e comportamento amoroso e sedutor. Os poucos atributos positivos podem suplantar os negativos, recurso utilizado como pretexto para a manutenção do relacionamento.

*“[...] o misógino ele é assim; ele não é cem por cento ruim. Ele tem lados muito bons. Assim, como é que eu posso explicar? Ele pode ser muito amoroso, ele pode ser muito sedutor, agradável [sic]... Aí o que que acontece: a mulher se prende ao lado bom e pega todo o lado ruim e coloca embaixo do tapete.” Brenda*

Um aspecto significativo das relações das MADAs com seus parceiros envolve aspectos da chamada vivência doméstica. O estudo de Gregori (1993) expõe o paradoxo das “relações destrutivas” que, ainda assim, promovem intenso prazer sexual. Instaura-se, portanto, um conflito: como é possível sentir atração por uma pessoa desrespeitosa nos demais aspectos da vida a dois? O trecho abaixo demonstra como o desejo sexual pode ser o último pilar de sustentação do relacionamento quando todos os outros já estão ruídos. A ausência de “conversa” aparece como importante qualificador da convivência no par.

*“Olha, ele fala pra mim que me ama. Eu falo pra ele que amo demais também ele. É... **tem tesão ainda, claro, mas não tem convivência mais**, não dá, dez minutos junto é briga, é discórdia, é tudo. Então é assim: ‘Pô, quer me ver hoje?’ ‘Quero’ Vai lá em casa, assim, já chega logo o negócio acontece e tchau. **Não tem mais conversa**. A gente não pode mais ficar conversando, porque a gente pensa diferente...” Lorena (grifos nossos)*

Um terço do conjunto entrevistado narrou situações de agressão física<sup>102</sup> (ver os depoimentos de Doralice e Lorena mais adiante). Nesse subconjunto as mulheres foram alvo de tapas e socos. Há um episódio de ameaça de vida. Contudo, é preciso mencionar que entre os momentos de descontrole, há alguns em que as mulheres são as agressoras. Estes incidentes são motivados pela confirmação ou desconfiança de traição e geram sensação de vergonha a posteriori.

---

102 Agressões verbais por meio de xingamentos e apelidos humilhantes também foram relatadas, porém com menor frequência.

Nas ocasiões em que foram agressoras, as informantes narraram estar “surtadas”. Porém, tal descrição não se apresenta como forma de se desresponsabilizar pelo ato cometido, uma vez que a agressão é considerada vexatória.

*“Eu me tornei violenta, uma violência que eu nem imaginava que tinha dentro de mim, face à traição do meu ex-marido. Sai batendo nele, assim, em vias de fato mesmo, dava bofetadas nele, saí no tapa com ele, uma coisa assim que é realmente o fundo do poço, quando você chega à agressão física. [...] Eu rompi essa barreira da civilização.”* Débora (grifo nosso)

*“Eu bati muitas vezes nele, ele apanhou muito. Uma vez eu rasguei um casaco dele de couro com a unha, batia na cara dele. Se tivesse delegacia de homem, ele já tinha me denunciado várias vezes. A minha sorte é que ele não é de bater, ele não é agressivo, ele é até calmo demais, muito calmo.”* Natália (grifo nosso)

A interação do casal é constituída por uma sucessão de atos e gestos que seguem um padrão de reações e contrarreações. A agressão surge como o desfecho de uma cena na qual a interação já vinha sendo provocadora de ambos os lados<sup>103</sup>. Natália entende seu comportamento agressivo como resposta à provocação do parceiro, cujo intuito era obter uma demonstração do seu amor.

*“Eu jogava, eu varava as coisas na cabeça dele, uma vez ele abriu aqui. Mas ele me enlouquecia, porque uma pessoa normal, quando vê uma mulher num estado desse, o que pode fazer? É evitar que ela fique assim, né. Mas ele não, aí que ele fazia, porque acho que isso era uma forma de eu provar a ele que eu gostava dele, e ele sentia, devia se sentir orgulhoso de uma mulher bater, agredir. Isso para ele devia ser uma vaidade.”* Natália

Tais depoimentos (na linha do que foi apontado por Gregori) salientam a presença de agressões físicas na dinâmica conjugal por parte dos dois sexos. As participantes agredidas demonstram indignação. Sentimento que não é suficiente para efetivar a denúncia do parceiro, embora tenham conhecimento dos seus direitos, sintetizados na Lei Maria da Pena<sup>104</sup>. São relatadas estratégias do parceiro para demover a intenção de denúncia tais como: tornar-se mais carinhoso, manifestação de arrependimento e promessas de que tal comportamento não será repetido. As entrevistadas, em um primeiro momento, acreditam no parceiro e optam por preservá-lo. Neste sentido, Doralice adverte: “o fato de amar demais te cega muito”. Contudo, a ausência de reação produz o aumento das agressões. Há, portanto, um intervalo de

<sup>103</sup> Por mais que a agressão em alguns casos seja mútua, o homem geralmente leva vantagem por ter maior força física.

<sup>104</sup> Lei número 11.340 sancionada em 2006.

tempo até a procura por ajuda. A lei é acionada quando outras redes de apoio, por exemplo a família, se mostram insuficientes<sup>105</sup>.

*“[...] E essa pessoa me bateu muito [...] e me deu um soco, que eu não sei se é por isso que minha catarata agravou. [...] E também não escuto direito desse ouvido. [...] Eu fui arrasada, cinco horas da manhã eu estava na Delegacia de Mulheres. Quando me perguntaram assim: ‘Olha você está fazendo essa queixa aqui e tudo, ele vai ser preso, entendeu? Você vai para perícia e tudo mais e ele vai ser preso, tudo bem?’ Eu: ‘Não’. É, o fato de amar demais te cega muito [...]” Doralice*

*“[...] No aniversário dele, foi quando nós brigamos também, e ele deu três tapas na minha cara. [...] No dia seguinte eu acho que ele ficou com tanto medo de eu dar parte dele que ele ih... tinha que ver... foi lá em casa um amor, eu não queria abrir a porta, aí um amor, um amor, vamos no shopping que eu quero conversar contigo e não sei que... só faltou me pedir em casamento. Aí a idiota aqui desculpou, entendeu? E ficou por isso mesmo. Não falei para ninguém que eu tinha apanhado na cara. Uma mulher apanhar de um homem é uma vergonha [...]” Lorena*

Gregori (1993) mostra como o movimento feminista<sup>106</sup> se ocupou da denúncia às agressões contra a mulher, tendendo a vitimizá-la. A autora problematiza tal concepção ao elucidar as cenas que promovem essas agressões. Para entender este processo não bastam convicções ideológicas, é preciso desvendar as tramas da intimidade no par. Demonstra, assim, a perspectiva relacional do estudo de gênero.

Na leitura feminista, a violência conjugal representa o extremo da assimetria entre os gêneros. Quando é a mulher quem comete a agressão ela estaria em um “ato de resistência”, reproduzindo a violência que recebe. Assim, a mulher é considerada como vítima inclusive quando é a agressora (GREGORI, 1993, p. 123). A autora propõe um olhar para a dinâmica conjugal a partir da agência feminina, ainda que ela possa se apresentar sob a narrativa da queixa.

Geralmente, a descrição feminista da agressão se dá de forma padronizada, sem ponderar as diferentes nuances das relações violentas, nem as distinções de estrato social, idade, etnia, existência de filhos, e atividade profissional da mulher. Há uma atribuição de comportamentos segundo os gêneros. O homem agride e humilha; a mulher sente medo, vergonha e culpa. Desta forma, não se considera a linguagem e regras específicas construídas na vida conjugal, que nem sempre respondem à conduta social esperada. Logo, a leitura da violência não deve se reduzir à díade algoz ativo/vítima passiva. A fixação da mulher como

<sup>105</sup> Anterior à Lei Maria da Penha, a dissertação de mestrado ‘Nos corredores de uma delegacia da mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal’, defendida por Elaine Reis Brandão (1997) pelo Instituto de Medicina social da UERJ, explicita a dinâmica conjugal presente nos casos de violência contra a mulher.

<sup>106</sup> Gregori (1993, p. 15) define o feminismo nos seguintes termos: “[...] *Grosso modo*, pode-se dizer que ele corresponde à preocupação de eliminar as discriminações sociais, econômicas, políticas e culturais de que a mulher é vítima. Não seria equivocado afirmar que o feminismo é um conjunto de noções que define a relação entre os sexos como uma relação de assimetria, construída social e culturalmente, e na qual o feminino é o lugar e o atributo de inferioridade. [...]” (grifo do autor).

vitimizada parece ignorar que ela também pode agredir e insultar – o que não significa desconsiderar a histórica posição de inferioridade atribuída ao feminino. Por não se ajustar ao entendimento feminista da violência, a agressão entre mulheres; contra crianças; e aquelas que espancam seus parceiros são geralmente omitidas (GREGORI, 1993).

### 3.1.8 Separação

A vida a dois é uma expectativa social. Diversos são os fatores para a manutenção da união: o medo de magoar o outro; o compromisso assumido perante Deus; os aspectos legais do divórcio; a crença de que é possível consertar os erros; o receio de que não se conheça outra pessoa melhor que o atual parceiro; os elevados custos financeiros de uma separação; e o impacto para os filhos e demais membros da família. Apesar de todos esses aspectos, ainda assim as pessoas se separam (VAUGHAN, 1990).

Os indivíduos em nossa sociedade não se divorciam por não acreditarem mais no arranjo marital. Pelo contrário, o matrimônio ocupa um status tão importante que eles não aceitam estar em uma união que não seja bem sucedida. O casamento promove um modo privilegiado de estar no mundo, argumento justificado pela maioria dos divorciados que se casam novamente (HEILBORN, 2004).

O aumento do número de separações e divórcios não significa opção pela solidão. Na maioria das vezes as pessoas separadas procuram novamente a experiência da vida conjugal e os períodos entre as relações são vivenciados com parceiros eventuais. É possível ter uma vida sexual plena mesmo que não se opte por formar um novo casal, o que indica a separação entre sexualidade e conjugalidade. As pessoas podem ter experiências sexuais em contextos mais diversificados, que não apenas o do matrimônio (BOZON, 2004).

No conjunto entrevistado fica evidente uma contínua busca por estar em par. Apesar do sofrimento atribuído às relações, as MADAs persistem no propósito de encontrar um novo amor, argumento sustentado no fato de que dois terços das informantes encontram-se em um relacionamento<sup>107</sup>. Os períodos intercalados de solidão são compreendidos como necessários para o reequilíbrio emocional.

A separação é uma transição gradual que não se dá com o mesmo ritmo para ambos os parceiros. Um começa a se sentir desconfortável no relacionamento, o mundo compartilhado

---

<sup>107</sup> Das dezesseis informantes, três permanecem casadas.

já não o satisfaz. Esta inquietação interna, por ser difícil de aceitar e compreender, não é de imediato compartilhada com o parceiro. Assim, a separação começa com um incômodo silencioso. Há uma vantagem temporal entre quem inicia a separação e o parceiro que ainda não questiona o relacionamento. O movimento de disjunção da vida social conjunta, por meio de novas amizades e experiências singulares, se dá em compassos diferentes. Não se trata, entretanto, de um processo contínuo. A separação envolve negociação das falhas de cada um em prol da união e diversas tentativas de reconciliação (VAUGHAN, 1990).

O processo da separação percorre o caminho oposto ao da construção da vida a dois. Os parceiros precisam se redefinir como unidades separadas novamente. Esta mudança se dá primeiro entre os dois, em seguida é exposta aos familiares e amigos íntimos, e por fim se transforma em conhecimento geral. A separação só se dá por completo quando eles forem definidos como unidades independentes por eles mesmos e por seus pares; isto é, quando a conjugalidade não for mais o principal marcador identitário (VAUGHAN, 1990).

As narrativas das entrevistadas Raquel, Noêmia e Débora dão notícias de como a separação é apenas o desfecho de um longo processo de deterioração do relacionamento, cujos sinais já eram percebidos. Não se trata de uma evolução contínua até o término, pelo contrário, as histórias são repletas de idas e vindas, de promessas que não são cumpridas e da aposta em fazer diferente.

Noêmia relata que foram necessários doze anos para conseguir se separar. Período caracterizado por um crescente somatório de insatisfações e por constantes “lutas” para salvar seu casamento e, por consequência, sua família. A entrevistada tenta construir para si novas bases identitárias. Esta nova forma de estar no mundo perpassa o campo profissional e financeiro. Quando perguntada a respeito, Noêmia responde que é “do lar”, mas complementa: *“Agora eu estou fazendo um curso de modelagem de roupa para voltar a trabalhar. Porque eu preciso voltar a trabalhar.”*<sup>108</sup>.

Raquel, descontente em morar na casa da sogra e desiludida da expectativa de ter um espaço exclusivo do casal, retorna para a casa da mãe. A ausência de um lar próprio teve graves consequências na construção da identidade do casal. A vida em casas separadas fez diminuir o tempo dedicado à conjugalidade, provocando o afrouxamento dos laços. Ao longo de seis anos, o sentimento de solidão foi o resultado de uma vida não mais plenamente compartilhada. A conjugalidade não era mais sustentáculo para a identidade de Raquel. Em meio ao dissabor vivido no casamento, ela interessa-se por outro homem, motor final da separação.

---

<sup>108</sup> A entrevistada depende financeiramente da pensão do marido.

Débora elucida como a relação amorosa está atrelada às demais esferas da vida, sendo por elas afetada e vice-versa. A participante atribui sua separação a um complexo conjunto de fatores que paulatinamente “minaram o amor”. Diferente de uma leitura essencialista, na qual o sentimento amoroso é inabalável e independe das circunstâncias, aqui o enquadre social é capaz de constranger o amor.

*“Mas no meu caso, é uma relação diária que vai se degradando, são meses de crises, de conflitos. Nós tentamos muita coisa, nós nos pegamos com problemas financeiros, isso abalou muito, os dois com problemas financeiros, os dois com perdas profissionais, perdas da identidade dos seus trabalhos, é um conjunto, um somatório de perdas para ambas as partes e que minou o amor. A responsabilidade da maternidade, da paternidade, para ambos, foi uma coisa muito pesada. Nós estávamos casados há mais de 10 anos e não tínhamos filho.” Débora*

Tal como Vaughan (1990) sinaliza, na separação não ocorre apenas a repartição dos bens, a rede social do casal também se divide. Este é o momento em que amigos e familiares do par tomam o partido de um ou de outro. Nesta partilha afetiva pode-se perder muito mais do que apenas o cônjuge.

*“[...] eu estava na casa da minha sogra e eu vi as fotos de uma festa que ele deu num aniversário dele com aquela namorada que ele me deixou para ficar com ela. Quando eu vi aquele álbum, aquelas fotos daquela festa que ele deu, com um monte de gente, naquela festa estavam todos os nossos amigos. A minha vida estava ali, os parentes dele, os amigos do casal. Eu fiquei órfã de tudo isso. [...] Então, eu não perdi só um marido, eu perdi uma história, sei lá, de 20 anos de vida.” Débora*

Um terço das informantes aponta a preservação da família como um bem maior que sua própria dor, pelo qual pretendem “lutar”. Desta forma, a manutenção do casamento está diretamente atrelada à importância conferida à família.

*“Ele tem o problema do alcoolismo e assim, ele estava numa fase de só trabalho, de festas, [...] até que um dia ele chegou em casa, dia do meu aniversário e me agrediu. Eu fui para casa da minha mãe e do meu pai. Lógico que eles me acolheram, mas eles disseram para mim: ‘Volta pra sua casa, porque você tem 3 filhos para criar’. E eu pela minha codependência, tanto emocional e financeira desse marido e pelo amor pelos meus filhos, eu voltei pra minha casa. Então, assim, eu construí a minha família com muita dor [chora], com muito sofrimento, mas assim tenho 3 filhos maravilhosos.” Beatriz*

O casamento está inserido dentro de um contexto cultural e religioso que ressalta seu caráter indissolúvel, como Magali\* afirma “o que Deus uniu o homem não separa”. Assim, ele responde a uma expectativa social, como indica Noêmia: “Ele queria manter o casamento, mais por dar satisfação à família, à sociedade, por isso que ele queria manter o casamento, mas um relacionamento de companheirismo eu não sentia mais [...]”. A repercussão da separação para os filhos do casal também é um fator considerado pelas entrevistadas. Das

dezesseis entrevistadas, oito possuem filhos (seis são separadas e duas casadas). A presença de filhos mantém um vínculo entre os parceiros, ainda que não seja amoroso.

A família de origem aparece ora como referencial a ser mantido, ora como exemplo a ser evitado. Nas famílias tradicionais a separação é mal vista, o que induz a conservação da união a despeito das insatisfações. Nas consideradas “disfuncionais”, empenha-se para construir e manter o modelo que nunca se teve. Como Betânia relata: “*Para eu ter continuado no casamento, eu digo que é aquele pai que eu não tenho, aquela família que eu não tive.*”.

A concepção de família nuclear; formada por pai, mãe e filhos; está presente nas narrativas como ideal a ser perseguido. A possível quebra deste paradigma move estas mulheres a defender a relação abalada. Atitudes para afastar amantes; terapia de casal; e estratégias de convencimento para que o parceiro permaneça na união foram relatadas. Reconfigurar a concepção de família é um passo importante para a aceitação da separação como uma saída possível.

*“Eu só via um casamento, uma família, mas também existem vários tipos de família. Para mim a família era maridos, mulheres e filhos. Eu não via uma família como sendo uma mãe, no caso, eu e os meus dois filhos. [...] Ele indo embora para mim parecia que a minha família também não existiria mais. Seriam três pessoas dentro de uma casa, mas não seria uma família. Até eu enxergar que eu poderia continuar a ter uma família, [...] eu quis ficar correndo atrás dessa família modelo: pais e filhos.”* Noêmia

A história de Noêmia é exemplar da “luta pela família”. Quando soube da traição do marido em uma cidade de interior onde realizava temporadas de trabalho, Noêmia resolve resgatar o seu casamento. Ela passa uns dias nesta cidade com o intuito de tornar visível a todos que aquele senhor tinha uma esposa e, principalmente, uma família. Sua narrativa contém uma nuance importante: o apoio não verbal das demais esposas da cidade que, ao recebê-la em jantares e lanches, demonstravam admiração pela sua atitude, provavelmente fruto da identificação com a sua condição.

*“Porque quando você tem uma família, a maioria das mulheres, assim, elas lutam pela família e elas estavam vendo que eu estava lutando pela minha família. Porque em hora nenhuma eu fui lá para fazer barraco. Eu entrei digna e saí digna. Eu entrei de salto alto e saí daquela cidade de salto alto.”* Noêmia

A importância de ser reconhecida como esposa demonstra como a unidade do casal é conferida a partir de um olhar externo (BERGER e KELLNER, 1964; HEILBORN, 2004).

### 3.1.8.1 As MADAs e a separação

Um terço das entrevistadas menciona o posicionamento do MADA em relação à separação do casal. O convívio com o grupo proporcionaria o reconhecimento dos aspectos negativos da relação que, uma vez identificados, podem ser melhorados sem a necessidade da separação. Há um discurso corrente de que o MADA nada induz ou impõe, como afirma Madu\*: *“O MADA não pede para você largar o relacionamento, a programação não fala: ‘termina’ e nem ‘continua’. É você quem escolhe o que fazer.”*

Todavia, as narrativas apontam uma tendência pela separação depois da entrada na “irmandade”. Esta oferece uma lente através da qual a mulher será capaz de discernir os problemas da relação para os quais estava “cega” até então. Uma vez ciente do grau de “disfuncionalidade” do relacionamento, a MADA se vê forçada a tomar uma atitude, como ilustra o discurso de Betânia: *“[...] O livro, ele me fez ver algumas coisas. Eu sofri muito lendo aquele livro. Eu achava que eu tinha que terminar o relacionamento e até então não era isso que eu queria.[...]”* A separação aparece como solução frequente. Quem não consegue dar este passo tem sua “recuperação” questionada<sup>109</sup>. A “negação” dos problemas seria o recurso daquelas que, apesar dos pesares, preferem estar com os parceiros. Sobre este tópico, mediante a pergunta da pesquisadora: “Uma vez se identificando como MADA, como é se relacionar amorosamente?”, Luiza responde:

*“Ah, muito difícil, porque imediatamente eu vejo os padrões meus e do homem, então é cada vez mais difícil eu me relacionar. Porque quando está na cega, por isso que as pessoas ainda estão juntas. Muitas MADAs ainda têm namorado, muitas MADAs ainda estão com o marido, porque não percebem, não veem, não enxergam, algumas estão na sala, percebem, mas não conseguem sair daquilo ali. [...]”*

A leitura sobre os relacionamentos adquirida via filiação ao MADA modifica a percepção dessas mulheres. Há, portanto, uma alteração da subjetividade por meio dos valores e crenças compartilhados com o coletivo.

Se o modo de se relacionar da MADA é considerado doentio, permanecer sozinha aparece como possibilidade para estar “saudável”. Um tempo de solidão seria necessário para alcançar a estabilidade emocional.

<sup>109</sup> Verifica-se, portanto, que as mulheres que permanecem em relações “destrutivas” são moralmente julgadas em sua força de vontade pelas demais integrantes.

*“Eu não estou nessa ativa, eu estou fazendo exatamente o que é recomendado pela irmandade, estou dando um tempo pra mim, estou dando um sabático, estou dando um tempo pro meu coração, estou dando um tempo para o meu autoconhecimento. Então, hoje eu não estou procurando nenhum namorado.” Débora*

A solidão do período de separação do parceiro possibilita a revisão do relacionamento, aspecto também mencionado por Heilborn (2004). A atenção até então direcionada ao outro retorna para si. Atividades e redes de contatos são resgatadas. Gostos individuais que foram relegados a segundo plano em prol da formação dos gostos em comum são revisitados.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As “mulheres que amam demais” unem duas temáticas que me despertam particular interesse: o amor e o feminino. Ao longo do mestrado avaliei qual seria a melhor forma de realizar uma pesquisa etnográfica no MADA, tendo em vista a recusa de profissionais especializados pelos grupos de ajuda mútua. A notícia das reuniões abertas ao público foi o impulso necessário para o início da investigação. Como uma etnografia das reuniões não foi possível devido ao princípio do anonimato, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas. Estas constituem o cerne central dessa dissertação aliada ao intento de perseguir o processo de medicalização do amor, através das designações “amar demais” e ‘amor patológico’.

A categoria “amar demais” nasce a partir das formulações de Robin Norwood (2010), cuja mensagem ressalta a responsabilidade da mulher na sua “recuperação” da “doença” de “amar demais”, que consiste na permanência em relacionamentos fracassados, apesar do sofrimento causado. Para que possa se livrar dessa “compulsão”, a MADA precisa internalizar formas de reflexão sobre suas condutas de modo a livrar-se de um padrão de comportamento viciado.

O livro de Norwood (2010) inspira as atividades dos grupos MADA. Durante as reuniões as integrantes leem uma apostila simplificada e de leitura mais amena que resume o livro e apresenta a metodologia comum aos grupos de ajuda mútua (passos, tradições e lemas). A organização do MADA é baseada no modelo dos Alcoólicos Anônimos. O foco reside no compartilhamento das experiências em “amar demais” das integrantes, promovendo a “terapia de espelhos” por meio da identificação entre os “depoimentos”.

Desenhou-se um grupo de características que congrega as mulheres que se identificam pela denominação MADA: intensa necessidade de controle sobre a vida do parceiro, baixo autocontrole e comportamentos “compulsivos e obsessivos”, denominados de “madisse”. “Fuxicar” os pertences do parceiro e ligar insistentemente foram as atitudes mais citadas nas formas de controle (cem mensagens de celular ao dia no caso de uma entrevistada). Assim, termos como “surtar” e “crise” foram utilizados regularmente para as situações de descontrole emocional, causadoras de vergonha. “Viver em função do outro” demonstra a intensa dedicação ao relacionamento amoroso; a MADA negligencia as demais áreas da vida, principalmente a profissional, e como consequência sua rede social se contrai muito. O padrão

de relacionamento é caracterizado como uma fusão com o parceiro, na qual a mulher perde sua identidade. O sentimento de “baixa autoestima” e o medo da solidão são apontados como os motivos principais que levam essas mulheres a insistirem na relação, apesar de classificá-la como “destrutiva”. Deve-se considerar que esse argumento é inteligível dentro de um panorama social (amplamente difundido em meios de comunicação e entretenimento como cinema e romances) que faz do amor fonte privilegiada de acesso à felicidade.

O modo de funcionamento do grupo MADA, que segue uma dada “programação”, produz um estilo de subjetividade da “mulher que ama demais”. A existência de um vocabulário próprio (apêndice B) é reveladora desse processo identitário. O espaço constitui-se em território acolhedor, no qual é possível expor sentimentos íntimos devido à garantia do anonimato. Organiza-se uma espécie de mundo protegido de julgamentos morais, onde a pessoa não receia ser estereotipada como “maluca”.

Por meio do conceito de carreira moral (Goffman, 1987), é possível compreender como, a partir do momento que uma mulher se aceita como MADA e entra para o grupo, ela inicia uma trajetória que progressivamente transformará sua forma de julgar a si própria e aos outros. Isto é, ela adquire um novo esquema de valores com os quais ressignificará seu passado, presente e futuro. Esta também é a perspectiva de Vaughan (1990) ao analisar as pequenas mudanças de vida que reorientam a trajetória pessoal até chegar a uma ruptura conjugal.

Quando as participantes se intitulam MADAs está em curso um processo identitário que confere inteligibilidade à experiência de “amar demais” e traz conforto na constatação de que tal vivência é compartilhada por outras pessoas. Todavia, a identidade MADA é atualizada apenas no interior do grupo, não sendo exposta à rede social das entrevistadas. A razão do receio em se apresentar como MADA no mundo externo reside no valor negativo atribuído a quem perde as estribeiras no amor.

Assim, a noção de desvio (Becker, 2008), é útil para compreender a razão pela qual essas mulheres são estereotipadas e estigmatizadas. Os grupos sociais impõem regras aos seus membros. O ato desviante reside na infração da regra. Fatores como idade, sexo, classe e etnia influenciam na aplicação das regras, que não ocorre da mesma forma para todas as pessoas. “Desvio não é uma qualidade que reside no próprio comportamento, mas na interação entre a pessoa que comete um ato e aquelas que reagem a ele.” (BECKER, 2008, p.27). Historicamente as mulheres foram alvo privilegiado de sanções morais. Cabe mencionar o papel da medicina e da psiquiatria no processo de medicalização da mulher, no qual ela representa o excesso, o exagero (ROHDEN, 2001).

É preciso sublinhar que as regras são condicionadas ao contexto social e, portanto, se modificam ao longo do tempo. Se no passado o amor estava associado justamente ao sofrimento, na atualidade tal nexos é inconcebível. Houve, desse modo, uma inversão no fundamento do amor, que se transformou em índice de felicidade e qualidade de vida. As relações afetivas que não promovem tais dividendos devem ser descartadas. As MADAs rompem com esta expectativa social ao insistir em relações que produzem sofrimento. As informantes não descrevem apenas um “relacionamento destrutivo” pontual, pelo contrário, elas narram trajetórias marcadas pela repetição de um “padrão” afetivo. Em torno dessa forma de amar elas organizam suas identidades e modos de estar no mundo. O grupo promove o encontro dessas mulheres que juntas produzem a MADA.

[...] A partir desse sentimento de destino comum, da necessidade de enfrentar os mesmos problemas, desenvolve-se uma cultura desviante: um conjunto de perspectivas e entendimentos sobre como é o mundo e como se deve lidar com ele – e um conjunto de atividades rotineiras baseadas nessas perspectivas. O pertencimento a um grupo deste tipo solidifica a identidade desviante. (BECKER, 2008, p. 48).

As participantes são niveladas pela experiência de sofrimento nas relações “sexo-afetivas”. Contudo, chama atenção o tom de humor com o qual as histórias foram contadas, compreendido como estratégia de atenuação do sofrimento. Ademais, as narrativas são carregadas de emoções e de valores morais que norteiam o que seria uma boa parceria amorosa, compondo assim um ideal a ser perseguido.

A heterogeneidade quanto ao nível de escolaridade e financeiro do conjunto entrevistado reflete o que se apresenta nos grupos. A convivência com pessoas de diferentes segmentos culturais é vista como produtora da quebra de preconceitos. Contudo, tensões surgem a partir da possibilidade de hierarquização nas relações de “amadrinhamento” e nos cargos de “prestação de serviços”, concernentes à gestão do grupo. Por mais que o grupo se pretenda um mundo à parte, não está imune à valoração moral e à hierarquia social que diferencia os sujeitos. Tais aspectos se mostraram relevantes na formação de vínculos de amizade com pessoas da “irmandade”.

A análise das entrevistas e do livro de Norwood (2010) mostrou a influência dos saberes ‘psi’ na construção da categoria “amar demais” e no funcionamento do MADA, onde a fala é via para alívio da dor e autoconhecimento. Além disso, ao oferecer seu “depoimento” a MADA organiza suas vivências, compreendendo-as melhor.

O braço “espiritual” da metodologia do MADA, comum aos grupos de ajuda mútua, aparece como meio para a “recuperação” frente ao “amar demais”. O grupo deixa claro que não se filia a qualquer religião, contudo, seu funcionamento assemelha-se ao de uma doutrina religiosa. A crença no poder superior, presente nos “passos” do MADA, e as orações, disponibilizadas nas apostilas e realizadas durante as reuniões, são exemplos do enquadre metafísico do grupo, que pode excluir aquelas que não compartilham tais crenças.

A análise do material mostrou a relação entre a opção religiosa das entrevistadas e a sua permanência no MADA como ponto para investigação. O roteiro de entrevista não abarcou o aspecto religioso, mesmo assim, duas informantes versaram sobre o assunto. Raquel conta como o grupo religioso que frequenta se opôs ao seu ingresso no MADA por entender que Deus é o único capaz de resolver todos os problemas. Doralice descreve a ocasião em que frequentou um templo que condena a atividade sexual fora do casamento e a decorrente dificuldade em encontrar um parceiro, da sua faixa etária (40 anos), que aceitasse não ter sexo. A abstinência sexual se transformou em privação de relacionamentos. Doralice relata maior estabilidade emocional neste período. As fases de solidão aparecem assim como necessárias para o equilíbrio sentimental.

Nas narrativas, a concepção do “amar demais” ora se apresenta como ‘doença’; ora como vício e, frequentemente, o modelo do alcoolismo é evocado como próximo ao do “amar demais”. Fica evidente haver uma indefinição conceitual no manuseio do termo ‘adicção’ nesse campo. Correm em paralelo diferentes leituras tais como: as diversas correntes de psicoterapia; o aspecto “espiritual” dos grupos de ajuda mútua; e o saber psiquiátrico que traz a classificação de ‘doença’ ao fenômeno. O entendimento como vício está no terreno da moral. Ao mesmo tempo, a interpretação como ‘doença’ se apresenta como desafio aos padrões classificatórios, fazendo dela uma doença *sui generis*. Desta forma, o fenômeno MADA é ambíguo e parece se mover no fio da navalha entre o moral e o psicológico/médico.

O processo de medicalização do alcoolismo, referência para a defesa do “amar demais” como “doença”, ilustra bem a passagem de uma conotação moral, em que os sujeitos são julgados por um comportamento inapropriado, para a leitura médica que oferece tratamento. Todavia, no caso das adicções o cruzamento dessas diferentes leituras parece persistir.

A confusão conceitual em torno do “amar demais”, presente inclusive no livro de Norwood (2010), pode justificar a busca por diferentes formas de ajuda: diversas correntes psicoterápicas; especialidades médicas, sendo a psiquiatria a mais frequente; ajuda espiritual;

e o grupo de ajuda mútua. Desse modo, as MADAs circulam entre os espaços morais e os científicos.

Se a medicalização é capaz de transformar o fato moral em médico, o processo inverso acontece no que Conrad (1992) denomina por ‘saúdização’ (“*healthicization*”), isto é, a promoção de um estilo de vida saudável que visa reduzir riscos à saúde. Quando a saúde torna-se um modo de viver, ela ganha status de valor moral. Essa ideia de ‘saúdização’ da qual o autor nos fala parece englobar inclusive a noção de amor, importante índice de qualidade de vida. Assim, o sofrimento da MADA seria desviante por ir de encontro ao que se espera do amor na atualidade. O quadro 6, apresentado na página 80, permite evidenciar o contraste das percepções nativas entre certa forma de amar com o ideal amoroso vigente. A permanência no grupo e a procura por outras modalidades de ajuda, principalmente no campo da saúde, demonstram o esforço dessas mulheres para atingir esse ideal.

Além dessas diferentes concepções de amor, é preciso contextualizar as relações de gênero. A problemática das “mulheres que amam demais” parece refletir um dilema entre dois modelos: o tradicional, no qual homem e mulher têm atribuições distintas e posições bem determinadas; e o igualitário, no qual as funções como o cuidado dos filhos e da casa devem ser divididas pelo casal.

Na faixa etária dos 40 aos 50 anos, mais representativa do conjunto entrevistado, fica patente a tentativa de equacionar esses paradigmas. São mulheres que têm um histórico de relacionamentos nos quais construíram família, tiveram filhos, enfim, cumpriram as exigências sociais, mas não sem questionar o lugar reservado à mulher no modelo tradicional de esposa, dona de casa e mãe. O incômodo com a posição de “agradadora” do parceiro, tão frequente no discurso nativo, é revelador da profunda transformação das relações entre os gêneros e da estrutura familiar iniciada nos anos 1960, período marcado por amplo movimento contestatório da contracultura. Ter de agradar ao companheiro implica uma posição subalterna da mulher, incompatível com os ideais igualitários modernos. Ademais, outras características da MADA, tais como baixa autoestima e perda da identidade na fusão com o parceiro, remetem a ideia de fraqueza moral e descrevem uma mulher desvalorizada e dependente, representação condizente com o papel tradicional. Pode-se então questionar: não será o MADA um modo de ver o valor feminino tradicional como desviante? Sendo assim, o “amar demais” evidencia um conflito nas relações entre os gêneros pelo viés da posição da mulher.

A “mulher que ama demais” também traz à tona a discussão sobre a concepção de pessoa na modernidade, fruto da ideologia individualista. Espera-se que os indivíduos sejam

autônomos, igualitários, racionais e que possuam autocontrole (dividendo do processo civilizatório), ao mesmo tempo, devem ser autênticos, sentimentais e estar em contato com sua dimensão interna, isto é, devem cultivar sua realidade subjetiva (resultado do processo de psicologização dos sujeitos). Cabe aos indivíduos encontrar um balanço equilibrado entre razão e emoção. A MADA não consegue fazer tal equação. Ela entrega-se aos sentimentos e, mediante sua intensidade emocional, apresenta autocontrole deficitário. Trabalhos como os de Rezende e Coelho (2010) e de Fabíola Rohden (2001) já demonstraram como as mulheres sempre foram associadas às emoções e como o descontrole emocional é interpretado como perigoso ao mesmo tempo em que é visto como fraqueza, pois expõe uma falha no domínio dos impulsos. O sentimento de vergonha após os “surto” relatados pelas participantes demonstra uma preocupação com a consequência dos atos, revelador do autocontrole internalizado descrito por Elias (1993, 1994).

O processo de medicalização tem como pano de fundo essa concepção de pessoa autônoma, singular e interiorizada, produto da sociedade moderna ocidental. Ao localizar no indivíduo a solução dos problemas a medicalização tende a desconsiderar aspectos de ordem social. Se por um lado ela confere um enquadre ao sofrimento, produtor de alívio; por outro desculpabiliza os sujeitos por sua doença, o que pode se traduzir em desresponsabilização. A produção de Norwood (2010) enfatiza a força de vontade e responsabilidade das mulheres para transformar o modo de amar. Dessa maneira, o MADA evoca o compromisso da participante com sua “recuperação”. Por conta disso, apesar das entrevistadas admitirem o “amar demais” como uma “doença”, elas não utilizaram tal entendimento para se desresponsabilizar dos atos cometidos nos momentos de “crise”.

Conrad (2007) assinalou a importância de agentes fora do âmbito da medicina na defesa de um problema como um problema médico. Para denominá-los, utiliza o conceito de “empreendedores morais”, cunhado por Becker (2008), para os que promovem as regras a partir das quais os comportamentos sociais serão classificados como certos ou errados. Na promoção do “amar demais” como desvio, três empreendedores morais se destacam: o autor da novela ‘Mulheres Apaixonadas’, responsável por encenar a problemática do “amar demais”; as participantes do MADA quando “levam a mensagem” do grupo a outras mulheres que passam por dificuldade semelhante; e os profissionais dedicados à construção do ‘amor patológico’.

As formulações de Norwood (2010) são utilizadas pelos empreendedores morais como conhecimento especializado para fundamentar a temática. A autora propõe a identificação de sinais e sintomas do “amar demais” para, assim, defendê-lo como uma ‘doença’ que merece

ser devidamente diagnosticada e tratada. Sua produção evidencia uma leitura tradicional de gênero ao pontuar que as mulheres têm maior tendência a desenvolver o “amar demais”, enquanto os homens seriam mais propensos à “compulsão pelo trabalho”. Fica claro, portanto, o quanto a produção literária emprega as noções culturais de homem e mulher encontradas nas sociedades ocidentais modernas.

Seguindo as propostas de Norwood (2010), os pesquisadores do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso do Instituto de Psiquiatria da USP têm se dedicado à construção do ‘amor patológico’ como diagnóstico médico e respectivo tratamento. Verifica-se também a formação de profissionais ‘psi’ (psiquiatras ou psicólogos) capacitados a diagnosticá-lo. Apesar do ‘amor patológico’ não estar instituído como diagnóstico oficial pela comunidade científica, serviços especializados já estão disponíveis em São Paulo, na USP, e no Rio de Janeiro, pela Santa Casa de Misericórdia. Uma possível continuação do presente estudo seria a análise desses serviços com o intuito de observar a atuação dos psiquiatras e psicólogos, a concepção de cura que permeia o tratamento e a diferença em relação à proposta do MADA.

Cabe esclarecer que se optou por privilegiar a análise do ‘amor patológico’ no campo brasileiro devido ao estudo qualitativo ter sido empreendido com as participantes dos grupos MADA da cidade do Rio de Janeiro. Sendo assim, esta dissertação não se dedicou a uma pesquisa sistemática sobre a medicalização do ‘amor patológico’, também encontrada como *‘love addiction’* na literatura internacional.

A pesquisa de campo realizada neste trabalho também trouxe resultados relativos à interação no par. Verificou-se a prevalência do estado de parceria amorosa na trajetória das depoentes, mesmo com relações consideradas “destrutivas”. Segundo as entrevistadas, no “amar demais” o par é formado a partir do encaixe dos “padrões disfuncionais” do homem e da mulher. Características físicas fora dos padrões sociais e idade madura, associadas à baixa autoestima, deixam essas mulheres em desvantagem no mercado amoroso sentimental.

A dinâmica conjugal no “amar demais” caracteriza-se pela competição, isto é, disputa-se pelo controle da relação numa alternância de posições, ilustrada pela imagem da gangorra, formulada por Heilborn (2004). A metáfora da “dança” e do “jogo” explicativas da interação na díade apontam o caráter relacional dos estudos de gênero.

Os relatos evidenciaram episódios de agressão física, nos quais a mulher aparece como vítima, mas também como agressora, evidenciando uma agência feminina e desconstruindo a leitura feminista na qual a mulher é sempre vitimizada.

Os conflitos no par surgem a partir da diferença de valores entre os parceiros e da diminuição da dedicação à manutenção da relação. As “conversas conjugais” funcionam como um importante medidor da união. “Fantasiar” a respeito do parceiro aparece como recurso para lidar com a diferença de valores no casal. A figura do “príncipe encantado” é recorrente e ilustra como na falência de outros laços – religioso, familiar, político – o amor aparece como única fonte de satisfação na sociedade contemporânea.

Verifica-se, portanto, que a MADA depende da relação, e não da pessoa em si. Não interessa quem venha ocupar o lugar de parceiro, o importante é que ele seja ocupado, solucionando assim o medo da solidão.

A intensidade da relação é um aspecto fundamental do fenômeno. As MADAs não admitem a transformação da paixão inicial em cumplicidade e intimidade, resultado da estabilização da díade. A qualidade da relação é constantemente avaliada por indícios como falta de companheirismo, diminuição da atividade sexual, distância do parceiro, sentimento de solidão, dentre outros.

A vida a dois é uma expectativa social. No conjunto entrevistado fica evidente uma contínua busca por estar em par. Entretanto, enfrenta-se o difícil desafio de conciliar os valores individualistas com uma vida compartilhada. A separação aparece como o desfecho de um longo processo de deterioração do relacionamento e fatores como: a preservação da família; a existência de filhos; e a dependência emocional e financeira do parceiro são considerados nesta decisão. Oficialmente o grupo MADA não impõe ou induz suas integrantes a se separarem. Todavia, as narrativas apontam que, após a entrada no grupo, a separação se apresenta como solução frequente. Aquelas que continuam no relacionamento “destrutivo” têm sua “recuperação” questionada.

Acredito que esta pesquisa sobre o universo das MADAs tenha contribuído para os estudos com perspectiva relacional de gênero. Por intermédio das falas das entrevistadas foi possível acessar a dinâmica conjugal a partir da agência feminina, ainda que ela possa se apresentar sob a narrativa da queixa.

A perspectiva antropológica adotada nesta dissertação mostrou como o fenômeno das “mulheres que amam demais” se insere em um contexto cultural regido pelo ideário individualista, produtor da concepção moderna de pessoa. A antropologia das emoções desconstrói o conceito de que os sentimentos são próprios de uma subjetividade inata ao demonstrar o quanto estão subordinados às relações sociais em que emergem. Os estudos de gênero perpassaram toda a análise do material justamente por evidenciar as condições culturais que modelam as relações entre homens e mulheres em dado contexto.

A construção da ‘doença’ é tributária da racionalização dos saberes – que produz o conhecimento especializado, mas perde a dimensão global do adoecimento – e do processo de interiorização e psicologização dos sujeitos, cuja tendência é responsabilizar o indivíduo pelo seu adoecimento. De acordo com Duarte (1998), cabe à antropologia da ‘doença’ enfatizar a experiência, o que a aproxima de uma antropologia das emoções. Tendo como pano de fundo o processo de medicalização do “amar demais”, o presente estudo coloca em primeiro plano a experiência das “mulheres que amam demais”, o que se converte na valorização do discurso nativo na construção do saber científico.

## REFERÊNCIAS

- ADES, T. *HADES: homens que amam demais anônimos*. ISIS, 2009.
- ALMEIDA, Miguel Vale de. *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. 2. ed. Lisboa: Fim de Século, 2000.
- APOSTILA DE TEXTO DO GRUPO MADA: Mulheres que amam demais anônimas.
- AZEVEDO, Thales. Namoro à antiga: tradição e mudança. In: VELHO, Gilberto; FIGUEIRA, Sérvulo. *Família, Psicologia e Sociedade*. Rio de Janeiro: Campus, 1981. p. 219-276.
- BARTHES, Roland. *Fragments de um discurso amoroso*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985 apud GREGORI, Maria Filomena. *Cenas e Queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e práticas feministas*. São Paulo: Anpocs, 1993.
- BECKER, Howard Saul. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BERGER, Peter; KELLNER, Hansfried. Marriage and the construction of reality: an exercise in the microsociology of knowledge. *Diogenes*, v. 12, n. 46, p.1-24, June 1964.
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1978.
- BERTI, Marina Perito et al. Validação de escalas para avaliação do amor patológico. *Rev Psiq Clín.*, v. 38, n. 04, p.135-138, 2011.
- BOGERTS, B. Deselusional jealousy and obsessive love: causes and forms. *MMW Fortschr Med.*, v. 147, n. 6, p.28-29, 2005 apud SOPHIA, Eglacy; TAVARES, Hermano;
- ZILBERMAN, Monica. Amor Patológico: um novo transtorno psiquiátrico? *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 29, n. 1, p.55-62, 2007.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.
- BOURDIEU, Pierre. O habitus e o espaço dos estilos de vida. In: \_\_\_\_\_. *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp, 2008. p. 162-211.
- BOZON, Michel; HEILBORN, Maria Luiza. As carícias e as palavras: iniciação sexual no Rio de Janeiro e em Paris. *Novos Estudos CEBRAP*, n. 59, p.111-135, mar. 2001.
- BOZON, Michel. *Sociologia da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

- BRANDÃO, Elaine Reis. *Nos corredores de uma delegacia da mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal*. 1997. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Uerj, Rio de Janeiro, 1997.
- BROOM, Dorothy H.; WOODWARD, Roslyn V.. Medicalization reconsidered: Toward a collaborative approach of care. *Sociology Of Health And Illness*, v. 18, p.357-378, 1996 apud CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CABRAL, Cristiane da Silva; HEILBORN, Maria Luiza; BRANDÃO, Elaine Reis. Teenage pregnancy and moral panic in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, v. 9, p.403-414, 2007.
- CAMPOS, Edemilson Antunes de. *'Nosso remédio é a palavra': uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcóolicos anônimos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- CONNELL, Raewyn William. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press, 1995.
- CONRAD, Peter. The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, v. 23, n. 1, p.12-21, oct. 1975.
- \_\_\_\_\_. Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.*, v. 18, p.209-232, 1992.
- \_\_\_\_\_. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W.. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Expanded Ed. Philadelphia: Temple University Press, 1992 apud CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- COSTA, Jurandir Freire. *Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.
- DAMATTA, Roberto. O ofício do etnólogo, ou como ter "anthropological blues". In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método de pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p. 23-35.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento, perturbação: uma introdução. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (orgs). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 9-27.
- DUMONT, Louis. *Homo Hierarchicus: o sistema de castas e suas implicações*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.
- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994. 2 v.

- \_\_\_\_\_. *O processo civilizador: Formação do estado e civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993. 2 v.
- FERNANDES, Lilian. Novos remédios para os males da paixão: Santa Casa de Misericórdia inaugura primeiro serviço do estado para atendimento a vítimas de amor patológico. *O Globo*, Rio de Janeiro, p. 40. 18 mar. 2012.
- FERRAND, A.; MOUNIER, L. L'échange de paroles sur la sexualité: une analyse des relations de confiance. *Population*, n.5, p.1451-1475, 1993 apud BOZON, Michel. *Sociologia da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- FIGUEIRA, Sérvulo. *O contexto social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1981 apud HEILBORN, Maria Luiza. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.
- FISHER, Mark. *Personal love*. London: Duckworth, 1990 apud SOPHIA, Eglacy;
- TAVARES, Hermano; ZILBERMAN, Monica. Amor Patológico: um novo transtorno psiquiátrico? *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 29, n. 1, p.55-62, 2007.
- FREUD, Sigmund (1924). A dissolução do Complexo de Édipo. In: Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 213-224.
- GABRIELA, Marília. *Eu que amo tanto*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.
- GEERTZ, Clifford. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: \_\_\_\_\_. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p. 45-66.
- \_\_\_\_\_. *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Nova Luz sobre a Antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- GOETHE, Johann Wolfgang Von. Os sofrimentos do jovem Werther. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 2. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.
- GREGORI, Maria Filomena. *Cenas e Queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e práticas feministas*. São Paulo: Anpocs, 1993.
- GUIMARÃES, Carmem Dora. *Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.
- HEILBORN, Maria Luiza. *Conversa de portão: juventude e sociabilidade em um subúrbio carioca*. 1984. Dissertação (Mestrado) - UFRJ, Rio de Janeiro, 1984.

\_\_\_\_\_. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.

HERZLICH, C; PIERRET, J. *Malades d'Hier, Malades d'Aujourd Hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot, 1991 apud CAMPOS, Edemilson Antunes de. *'Nosso remédio é a palavra': uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcóolicos anônimos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ILLICH, I. *Medical Nemesis*. New York: Pantheon, 1976 apud CONRAD, Peter.

Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.*, v. 18, p.209-232, 1992.

LEHRER, J.. Depression's upside. *New York Times Magazine*, New York, v. 42, n. , 28 fev. 2010 apud PARENS, Erik. On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, v. 27, n. 1, p.28-35, Jan. 2013.

LEVINE, H. G.. The Discovery of Addiction: changing conceptions of habitual drunkennes in America. *Journal of Studies On Alcohol*, v. 39, n. 1, p.143-174, 1978 apud CAMPOS, Edemilson Antunes de. *'Nosso remédio é a palavra': uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcóolicos anônimos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

LORENA, Andrea et al. Group therapy for pathological love. *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 30, n. 3, p.290-301, 2008.

LUZ, Gleice Maria Mattos de Vasconcellos. *Noras e sogras: sobre relações familiares, conflitos e imagens*. 2010. 232 f. Tese (Doutorado) - UERJ, Rio de Janeiro, 2010.

MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MATOS, M. I. S. *Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade*. São Paulo: Cia Editora Nacional, 2000 apud CAMPOS, Edemilson Antunes de. *'Nosso remédio é a palavra': uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcóolicos anônimos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: \_\_\_\_\_. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EDUSP, 1974. p. 39-184.

\_\_\_\_\_. A expressão obrigatória dos sentimentos: Rituais orais funerários australianos. In: MAUSS, Marcel. *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Perspectiva, 1981. p. 325-335.

NORWOOD, Robin. *Meditações diárias para mulheres que amam demais*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

\_\_\_\_\_. *Mulheres que amam demais*. São Paulo: Saraiva, 2010.

- NOURRISSON, D.. *Le Buveur du XIX Siècle*. Paris: Albin Michel, 1990 apud CAMPOS, Edemilson Antunes de. *'Nosso remédio é a palavra': uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcóolicos anônimos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- O'BRIEN, Charles. Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, v. 106, n. 5, p.866-867, May 2011.
- OLIVEIRA, Maria Dulce B. G.; HEILBORN, Maria Luiza; ESCORCIO, E.. A sociedade sambaqueira através de sexo e gênero. *Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia*, São Paulo, v. 21, p.17-30, 2011.
- ORTEGA, Francisco. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.477-509, out. 2008.
- PARENS, Erik. On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, v. 27, n. 1, p.28-35, Jan. 2013.
- REYNAUD, Michel et al. Is love passion an addictive disorder? *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, v. 36 , p.261-267, 2010.
- REZENDE, Claudia Barcellos; COELHO, Claudia. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- RUBIN, Gayle. The traffic in women: notes on the political economy of sex. In: RAPP, Rayna (Ed.). *Towards an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Books, 1975. p. 157-210.
- RUSSO, Jane. Os três sujeitos da psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, n. 8, p.11-21, 1997.  
\_\_\_\_\_. *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.
- SALEM, Tania. Manuais modernos de autoajuda: uma análise antropológica sobre a noção de pessoa e suas perturbações. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n. 7, p.1-36, ago. 1992.  
\_\_\_\_\_. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- SCHUCH, Patrice. Carícias, olhares e palavras: uma etnografia sobre o "ficar" entre jovens universitários em Porto Alegre. 1998. Dissertação (Mestrado) - UFRGS, Porto Alegre, 1998.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, v. 20, n. 2, p.71-99, 1995.
- SIMMEL, George. Freedom and the individual. In: LEVINE, D. (Ed.) *On individuality and social forms*. Chicago: The University Of Chicago Press, 1971. p. 217-226.

SIMON, Jane. Love: addiction or road to self realization, a second look. *Am J Psychoanal.*, v. 42, n. 3, p.253-263, 1982 apud SOPHIA, Eglacy; TAVARES, Hermano; ZILBERMAN, Monica. Amor Patológico: um novo transtorno psiquiátrico? *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 29, n. 1, p.55-62, 2007.

SOPHIA, Eglacy; TAVARES, Hermano; ZILBERMAN, Monica. Amor Patológico: um novo transtorno psiquiátrico? *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 29, n. 1, p.55-62, 2007.

SOPHIA, Eglacy Cristina. *Amor patológico: aspectos clínicos e de personalidade*. 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TEIXEIRA, Ana Maria Ferreira Borges et al. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p.1385-1396, jul. 2006.

VAUGHAN, Diane. *Uncoupling: turning points in intimate relationships*. New York: Vintage, 1990.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método de pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p. 36-46.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo; BENZAQUEN DE ARAÚJO, Ricardo. Romeu e Julieta e a origem do Estado. In: VELHO, Gilberto (org.). *Arte e sociedade: ensaios de sociologia da arte*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977. p. 130-169.

WILEY, Norbert. Marriage and the construction of reality: then and now. In: HANDEL, Gerald; WHITCHURCH, Gail G. (Orgs.). *The Psychosocial interior of family*. 4. ed. New York: Aldine Transaction, 1994. p. 37-48.

ZOLA, I. K. *Socio-Medical Inquires*. Philadelphia: Temple Univ. Press, 1983 apud CONRAD, Peter. Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.*, v. 18, p.209-232, 1992.

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa de campo intitulada “‘Amar demais’: um estudo qualitativo sobre gênero e amor”, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e conduzida por Mônica Monteiro Peixoto. Este estudo tem por objetivo elucidar os significados do “amar demais” apresentados pelas participantes dos grupos de autoajuda MADA (Mulheres que Amam Demais Anônimas).

Você foi selecionada por frequentar as reuniões de um dos grupos MADA existentes na região metropolitana do Rio de Janeiro. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Pode acontecer durante a nossa conversa que você fique muito emocionada, mas se a sensação for desagradável você poderá interromper a entrevista.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista semiestruturada individual, cujo conteúdo enfocará sua vivência em “amar demais”, que será realizada pela pesquisadora responsável em local a ser acordado, respeitando sua disponibilidade de deslocamento e horário. A previsão de duração é de uma hora. A entrevista será audiogravada e posteriormente transcrita.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. O seu nome e os demais nomes eventualmente citados serão substituídos por pseudônimos como forma de preservar as identidades.

A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação das participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Mônica Monteiro Peixoto, mestranda do Instituto de Medicina Social, Rua São Francisco Xavier, 524, 6º Andar, BL. E, CEP 20550-

013, Rio de Janeiro. Telefones: institucional (21) 2568-0599 e pessoal (21) [Número]. E-mail: [endereço eletrônico].

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: [cep-ims@ims.uerj.br](mailto:cep-ims@ims.uerj.br)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Campo semântico do MADA

**Acionar (o gatilho)** – Disparar o “amar demais”.

*“[...] quando ele ligava o meu botão [...]” Natália*

**Adrenalina** – Sensação de tensão.

*“Então, o nosso vício é aquela adrenalina da briga, da discórdia, da confusão [...]” Betânia*

**Agradadora** – Aquela que procura satisfazer as demandas do parceiro.

**Anestesiado** – Efetuar comportamentos que visam abrandar o sofrimento.

**Anonimato**

*“[...] o grupo não é anônimo, eu não sou anônima para quem eu quero abrir o meu anonimato, mas a minha obrigação é manter o anonimato da minha companheira [...]”*

Betânia

*“[...] É nosso alicerce. Anonimato lá é lei [ênfase]. Você não pode apontar: ‘Ah, aquela ali é MADA’. Não pode. ‘Aquela ali tem problema.’ Não pode, na rua. É muito sério. Já vi gente famosa dentro da sala, já vi gente conhecida e eu não abri o anonimato da pessoa.” Brenda*

**Anorexia Social**

*“Seriam pessoas que elas não se relacionam... tem dificuldade de se relacionar socialmente.”*

Betânia

**Anorexia Emocional**

*“Anoréxica emocional é porque hoje eu não estou procurando, na ativa de ficar procurando repor um sexo afetivo” Débora*

**Barulho**

*“Barulho que a gente costuma falar: ‘Ah, isso me embarulhou’, isso me incomodou, quando a gente fala em barulho, aí é uma coisa que está me incomodando.” Débora*

*“Eu tô [sic] muito perturbada, sabe. Elas usam o termo: ‘Ah, hoje eu tô [sic] muito barulhada.” Raquel*

**Cair a ficha** – Se identificar como quem “ama demais”.

*“Eu já vivia um momento conturbado no meu relacionamento, no meu casamento. Vim a uma reunião, mas a ficha não caiu.” Noêmia*

**Companheiras** – Colegas do grupo.

### **Compulsão**

*“Se eu tentar ligar para ele agora e ele não atender, eu começo a ligar para ele compulsivamente até ele me atender, o dia inteiro, sabe. Eu não consigo ligar, ele não atender e pronto. Eu vou ligando, eu vou ligando, eu vou ligando, eu vou ligando.”* Raquel

**Controle** – Comportamentos que visam fiscalizar e manipular o parceiro.

**Crise** – Quando o “amar demais” se intensifica. Sinônimo de “surtar”.

### **CTI de Sala**

*“[...] eu comecei fazendo tipo um CTI de sala que a gente chama. Quanto mais reuniões você puder assistir, porque eu via que à medida que eu assistia mais reuniões eu ia melhorando.”*

Beatriz

**Desvio de Caráter** – Falhas Morais.

*“O meu desvio de caráter tá [sic] aí [...] Eu procuro nos homens essa condição financeira.”*

Nátália

### **Dor mutiladora (sinônimo de depressão mutiladora)**

*“Você sente como se tivesse ido embora um pedaço seu. [...] Parece que você não vai sobreviver sem aquela pessoa, entende?”* Laura

### **Espelhos**

*“Então eu escuto a outra falar, aí eu começo a terapia de espelho. Aí eu começo a me identificar com a história da outra.”* Betânia

### **Família desestruturada (lar desajustado; lar disfuncional)**

*“[...] o que te posiciona na sociedade para dizer o que é uma família, são os seus pais. Se você já vem de um lar disfuncional. [...]”* Natália

**Fantasia** – Idealizações do parceiro e da própria relação.

**Fita Branca** – Relacionamento que motivou o ingresso no MADA.

*“Por exemplo: quando a gente entra na sala, no grupo, eu não sei se você já viu, a gente recebe uma fita branca. Que é a fita de ingresso. Aí a gente fala do relacionamento que nos levou à sala, a gente fala: ‘O meu fita branca...’.”* Brenda

*“É... a primeira fitinha a gente ganha, as outras a gente conquista.”* Madu\*

### **Fundo do Poço**

*“A literatura diz que quando a gente chega no fundo do poço aí que a gente consegue receber a mensagem e aceitar, não se tem mais que lutar e aí você começa a colher as benesses da recuperação.”* Débora

**Gatilho** – Catalisador do “amar demais”

*“[...] e comecei a gostar dele e ali eu adoeci assim. Na verdade, eu era doente e ali foi meu ponto, o que a gente chama, foi o gatilho, né. [...]”* Bianca

*“O meu gatilho é a rejeição, entendeu? Uma coisa que você pode ter uma fragilidade, você... uma coisa sua: ‘Ah, eu tenho uma fragilidade, eu tenho um medo, eu tenho uma coisa que eu detesto!’ E você tem um namorado que aciona isso toda hora em você, entendeu?”* Brenda

**Inventário** – Recuperar a história dos antepassados para encontrar a origem do “amar demais”.

**Irmandade** – Sinônimo de grupo anônimo; programa de doze passos.

**Irmandade Mãe** – Irmandade em que ingressa.

*“É que é a primeira, né.”* Brenda

**Intergrupo** – Reunião das representantes de cada grupo para discutir as questões relativas à irmandade MADA como um todo.

**Limite** – Problematiza-se a ausência de limite; não respeitar a fronteira que demarca o espaço do outro.

**Linkar** – Momento em que estabelece uma conexão com o parceiro.

*“Linkado é você estar com a energia naquilo [...] Eu assim, a gente fala muito no grupo em linkar, igual à internet, link, né? A gente fala: ‘Eu linkei com a pessoa’.”* Brenda

**Madíssima** – Mulher com muitos comportamentos de MADA.

**Madisse** – Comportamentos e atitudes típicos das MADAs.

*“Madisse é o “amar demais”. Madisse a gente diz que são todos aqueles gatilhos que tem na apostila, que tem na literatura, que são os gatilhos que desengatam a ativa, a crise.”* Débora

**Mendigar amor** – Comportamento de solicitar o afeto do parceiro.

**Misógino**

*“Ele tem uma insegurança tão grande que ele tem a necessidade de ter o controle da mulher. Aí aos poucos ele vai enfraquecendo a mulher. Como é que eu posso explicar? Acabando com a segurança e autoconfiança dela com pequenas alfinetadas, sabe. É uma coisa extremamente sutil [...] Ele precisa ter o controle no relacionamento. Isso que é o misógino.”*

Brenda

*“Misógino: homem que se relaciona com mulher, mas que ele odeia a mulher, trata a mulher mal.”* Noêmia

**Movimento**

*“Eu não fiz movimento, então eu não fiz nada.”* Brenda

*“Você não vai se movimentar, entendeu, para essa relação. É o grande, é uma grande coisa, você não se movimentar, nenhum movimento, não faz movimento nenhum. Ah, ele não te ligou? Não liga.”* Doralice

**Obsessão** – Pensamento fixo no parceiro.

**Padrão** – Comportamentos que se repetem dentre as MADAs.

*“Assim, eu sempre... lá no grupo a gente fala muito em padrão. Por exemplo, tem companheiras que tem o padrão de ligar, padrão de correr atrás, padrão de... São padrões.”*

Brenda

**Partilhar** – Falar da sua vivência no grupo de MADA

**Passar a mensagem** – Divulgar o MADA para outras pessoas que também sofrem por “amar demais”.

**Passos** – Como a metodologia do grupo MADA está organizada. Afirmações que estruturam as etapas da recuperação do “amar demais”.

**Poder Superior**

*“O poder superior é uma força além da minha, que eu não controlo.”* Betânia

*“Pode ser budista, a outra pode ser católica, evangélica... A gente nem fala a religião para não ter problema. A gente fala do poder superior e acabou.”* Brenda

*“É Deus, uma força muito maior, uma energia muito maior.”* Luíza

*“O meu poder superior é um Deus que eu escolhi ser meu e esse Deus eu sempre soube que ele sabe o que é melhor pra mim.”* Madu\*

**Prestação de Serviço** – Realização de trabalhos burocráticos necessários para a organização do grupo nos seguintes cargos: coordenadora; secretária; tesoureira e representante no intergrupo.

**Programação** – Conjunto de passos, tradições e lemas que visam à recuperação via adestramento do “amar demais”.

**Recaída**

*“A recaída é eu repetir tudo aquilo que eu falei que eu não vou repetir.”* Natália

**Relacionamento Destrutivo**

*“Relacionamento destrutivo é qualquer tipo de relacionamento que me tira do meu equilíbrio.”* Natália

*“Aí, eu vejo assim que é um relacionamento destrutivo, é um relacionamento que me levou à angústia, sabe, à tristeza.”* Raquel

**Sala** – Denominação para o local aonde as reuniões do grupo acontecem.

**Salvadora** – Querer solucionar os infortúnios da vida do parceiro.

**Sexo Afetivo**

*“O sexo afetivo seria marido e mulher, namorado e namorada, só para distinguir que não é uma relação familiar sem sexo. [...]o sexo afetivo é o amor com sexo.”* Betânia

**Síndrome**

*“Pra mim é uma síndrome. É um conjunto de sintomas, um conjunto de sintomas que vão se juntando, aí acontecem os gatilhos e aciona a doença.”* Débora

**Sintomas**

*“[...] É uma dor física que a gente sente no peito, é como se tivesse enfiando uma faca no seu coração, essa é a dor que eu sinto. É uma dor física, não é uma dor: ‘Ah, eu tô [sic] aqui chorando porque ele foi embora’. Não, é uma dor que dá dentro do peito mesmo.”* Natália

**Surtar** – Situações que se caracterizam pela perda do autocontrole.

*“[...] Pra mim, hoje, o que é surtar? É o seguinte: se ele tiver com o carro aqui, parado, e eu tiver com o meu parado aqui, e eu surtar, eu destruo o carro dele com o meu carro. Se na hora do meu surto, ele estiver perto de mim, pode tá quem for aqui, eu vou gritar com ele, eu vou chamar ele de tudo que é nome, eu sou capaz de agredir, entendeu? Então, eu não tô curada, eu tô controlada.”* Natália

**Tradições** – Conjunto de doze afirmações que visam manter a coesão do grupo.

**Vício** – Entendimento do “amar demais” como uma dependência via constante comparação com o alcoolismo e uso de drogas.

**Vingança** – Represália às atitudes negativas do companheiro.

**Vítima** – Não assumir a parcela de responsabilidade que lhe cabe; sentir-se injustiçada.

## APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada

### Dados Pessoais

Idade:

Moradia (apenas bairro):

Escolaridade:

Profissão:

Renda aproximada (nº de salários mínimos):

Estado Civil atual:

Já foi casada ou morou junto com algum parceiro? Por quanto tempo?

### Pergunta disparadora:

Você se lembra qual foi a primeira vez que você ouviu falar do MADA?

### Demais perguntas:

O que te levou a se considerar uma MADA?

Você poderia me contar a história de algum relacionamento em que você se considerou amando demais?

- Houve término dessa relação? Como foi? Qual foi o motivo da ruptura? Essa relação foi reatada em algum momento?
- O que te faz permanecer nesta relação?

Alguma pessoa do seu círculo social (família e amigos) já conversou com você sobre sua forma de se relacionar?

Como é/era o seu relacionamento com a família do seu parceiro?

Com o que você se identifica da literatura MADA? E o que não se identifica?

O que você acha do “amadrinhamento” proposto pelo grupo MADA?

Já procurou por ajuda para o “amar demais”? Quais? Por quanto tempo?

Você fala com familiares, amigos ou colegas de trabalhos que você frequenta o MADA?

Por quê?

Uma vez se identificando como MADA, como é se relacionar amorosamente?

## ANEXO A – Os doze passos do MADA

1. Admitimos que éramos impotentes perante os relacionamentos e que tínhamos perdido o controle de nossas vidas.
2. Passamos acreditar que um poder superior a nós mesmas poderia nos devolver a sanidade.
3. Decidimos entregar nossas vidas aos cuidados de Deus, na maneira como o concebíamos.
4. Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmas.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmas e outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Nos dispusemos inteiramente a deixar que Deus removesse os defeitos do nosso caráter.
7. Humildemente, pedimos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma lista de todas as pessoas que prejudicamos e nos dispusemos a reparar os erros que cometemos com elas.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos erradas, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de sua vontade e forças para realizar essa vontade.
12. Graças a esses passos, experimentamos um despertar espiritual e procuramos transmitir essa mensagem a outras mulheres, dependentes de pessoas. Procuramos praticar esses princípios em todas as nossas atividades. Nada, absolutamente nada, acontece por equívoco no mundo de Deus. A não ser que eu aceite a vida totalmente do jeito que ela é, não poderei ser feliz. Preciso me concentrar menos no que é preciso mudar no mundo e mais no que eu preciso mudar em mim e nas minhas atitudes.

GRUPO MADA: Mulheres que amam demais.

Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=3](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=3)> Acesso em 23 jan. 2013.

## **ANEXO B – As doze tradições do MADA**

1. Nosso bem-estar deve vir em primeiro lugar. O progresso pessoal da maioria depende da unidade.
2. Para o propósito do nosso grupo, existe somente uma autoridade: um Deus afetuoso, que se expressa em nossa consciência de grupo. Nossas líderes são apenas servidoras confiáveis. Não governam.
3. O único requisito para ser membro de MADA é o desejo de se recuperar da dependência das pessoas.
4. Cada grupo deve ser autônomo, exceto em questões que digam respeito a outros grupos de dependência de pessoas ou de anônimos em geral.
5. Cada grupo de MADA tem um único objetivo, que é o de ajudar a seus membros a se recuperarem da sua dependência de pessoas. Fazemos isso através da prática dos Doze Passos de MADA, dando e recebendo ajuda de outras dependentes.
6. Os grupos de MADA não devem apoiar, financiar ou emprestar seu nome a nenhuma entidade externa, para evitar que problemas envolvendo dinheiro, propriedade ou prestígio os afastem do seu objetivo primordial, que é o espiritual. Embora sejam entidades separadas, devem sempre cooperar com outros Programas de Anônimos.
7. Todos os grupos de MADA devem ser economicamente autossuficientes e não devem aceitar contribuições externas.
8. O trabalho dos Doze Passos de MADA nunca deverá ser profissional. Entretanto, nossos centros de serviços poderão empregar funcionários especializados.
9. Nossos grupos, assim como os grupos de Anônimos, não devem ser organizados, mas podemos criar comitês ou juntas de serviço diretamente responsáveis perante àqueles a quem servem.
10. Os grupos de MADA não têm opinião sobre questões externas, para impedir que o seu nome possa ser levado a controvérsias públicas.
11. Nossa política de relações públicas baseia-se mais na atração do que na promoção; é necessário manter o anonimato pessoal para a imprensa, rádio, filmes e televisão. É necessário proteger, com cuidado especial, o anonimato de todos aqueles de quem nos tornamos dependentes.

12. O anonimato é o fundamento espiritual de todas as nossas tradições. Devemos lembrar sempre que os princípios estão acima das personalidades.

GRUPO MADA: Mulheres que amam demais.

Disponível em: <[http://www.grupomada.com.br/janela\\_literatura.php?lit=24](http://www.grupomada.com.br/janela_literatura.php?lit=24)> Acesso em: 23 jan. 2013.

**ANEXO C – Os sete lemas do MADA**

1. Fazer primeiro as coisas primeiras.
2. Devagar se vai longe.
3. Viver e deixar viver.
4. Viver na graça de Deus.
5. Esqueça os prejuízos.
6. Recomendar-se a Deus incondicionalmente.
7. Só por hoje.

MADA PARÁ: Mulheres que amam demais anônimas.

Disponível em: <<http://www.madapara.com.br/passos.html#lemas>> Acesso em: 23 jan. 2013.

## ANEXO D – Lista de sintomas da síndrome de abstinência

É o conjunto de sintomas provenientes da renúncia ou privação dos padrões de comportamentos dependentes.

Segundo a experiência de algumas companheiras são esses os sintomas, sem pretender afirmar que todas passem pelos mesmos sintomas, variando de mulher para mulher.

São eles:

- Ansiedade profunda.
- Desânimo, Depressão, Angústia, Pressão no Peito, Falta de Energia, Sensação de peso Corporal, Dores Musculares, Enxaqueca.
- Suores frios pelo corpo (testa, mãos, rosto, axilas...).
- Sensibilidade nos órgãos genitais.
- Zumbido emocional nos ouvidos.
- Tontura, amargo na boca, boca seca, visão embaçada.
- Vazio Existencial.
- Frio na boca do estômago, dores no estômago, cólicas.
- Respiração ofegante.
- Negligência de si mesma e de seus afazeres.
- Incapacidade de raciocínio e concentração, perda momentânea de memória.
- Insônia ou vontade de fugir dormindo.
- Falta de apetite ou compensação alimentar.
- Compulsões e obsessões químicas (álcool/drogas prescritas ou não) e sexual.
- Sensação de não fazer parte, de não estar vivendo a vida plenamente, vendo a vida passar ao seu redor e não se sentir “entre os demais”.
- Crises de identidade.
- Ideias suicidas.
- Medo de rejeição. Preocupação com a aprovação das pessoas (amigos, parentes e relações profissionais).
- Medo da perda; de ser trocada por outra pessoa com melhores aptidões.
- Baixa estima.
- Sentimento de imaturidade.

- Fugas geográficas (sair pelo mundo afora).
- Medo de enlouquecer, perder a consciência, sentir que está ficando maluca.
- Raiva por si mesma e da pessoa alvo da dependência.
- Desejo de ser assexuada (não ter desejo sexual).
- Vontade de estar unida a outra pessoa, como se fosse uma só.
- Pensamentos vingativos.
- Somatização de doenças.

Estes são alguns sintomas, porém deve haver outros. Se você se identificou algum que não conste dessa lista, você pode ampliá-la. Sua experiência é fundamental para o nosso processo de recuperação, faça sua lista e entre em contato conosco.

Contamos com você! Paz e serenidade!

Fonte: APOSTILA DE TEXTO DO GRUPO MADA: Mulheres que amam demais anônimas.



**ANEXO F** – Dez características da mulher que se recuperou de amar demais

1. Ela se aceita completamente, mesmo enquanto quer modificar partes de si. Existe uma autoconsideração e um amor por ela mesma que são básicos, e que devem ser alimentados.
2. Ela aceita os outros como são, sem tentar modificá-los para satisfazer suas necessidades.
3. Ela está ciente de seus sentimentos e atitudes com relação a cada aspecto de sua vida, inclusive sua sexualidade.
4. Ela cuida de cada aspecto dela mesma: sua personalidade sua aparência, suas crenças e valores, seu corpo, seus interesses e realizações. Ela se legitima, em vez de procurar um relacionamento que dê a ela um senso de autovalor.
5. Sua autoestima é grande o suficiente para que possa aproveitar a companhia de outras pessoas, principalmente de homens, que são bons exatamente como são. Não precisa ser necessária para se sentir digna de valor.
6. Ela se permite ser aberta e confiante com pessoas adequadas. Não tem medo de ser conhecida num nível profundamente pessoal, mas também não se abre à exploração daqueles que não estão interessados em seu bem-estar.
7. Ela pergunta: “Esse relacionamento é bom para mim? Ele me dá oportunidade de me transformar em tudo o que eu sou capaz de ser?”.
8. Quando um relacionamento é destrutivo, ela é capaz de abandoná-lo sem experimentar uma depressão mutiladora. Possui um círculo de amigos que a apoiam e têm interesses saudáveis, que a ajudam a superar crises.
9. Ela valoriza a própria serenidade acima de tudo. Todos os conflitos, o drama e o caos do passado perderam sua atração. É protetora de si mesma, de sua saúde e de seu bem-estar.
10. Ela sabe que um relacionamento, para dar certo, deve acontecer entre dois parceiros que compartilhem valores, interesses e objetivos semelhantes, e que ambos possuam capacidade para serem íntimos. Também sabe que é digna do melhor que a vida tem a oferecer.

(NORWOOD, 2010, p. 290-291).