

Antropologia das emoções e traumatismo da ordem vital¹

Anthropology of emotions and trauma of the vital order

Octavio Andres Ramon Bonet*

Resumo

O objetivo do artigo é pensar a dinâmica das emoções nos padecimentos cotidianos e sua relação com os conceitos de trauma e de traumatismo da ordem vital, através de exemplos etnográficos da rede de atenção básica, tanto na Argentina quanto no Brasil. A perspectiva da dimensão emocional que se sustenta neste artigo busca defini-las associadas ao mundo da vida, o que permite sublinhar a sua característica central que é a capacidade relacional. A dimensão traumática também será considerada necessariamente relacional, isto é inserida numa história de vida, pessoal, intersubjetiva, histórica, local e situada.

Palavras-chave: Emoções. Traumatismo da ordem vital. Antropologia. Etnografia.

Abstract

The aim of the article is to contemplate the dynamics of emotions in everyday suffering and their relationship with the concepts of trauma and the trauma of the vital order, through ethnographic examples from the primary care network, both in Argentina and Brazil. The perspective of the emotional dimension sustained in this article seeks to define them associated with the lifeworld, which allows us to underline their central characteristic, which is relational capacity. The traumatic dimension will also necessarily be considered relational, that is, inserted into a life history, personal, intersubjective, historical, local, and situated.

Keywords: *Emotions. Trauma of the vital order. Anthropology. Ethnography.*

1. Este texto é uma versão modificada de uma palestra ministrada no Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, como parte da mesa de abertura do ano “Traumatismo da ordem vital e princípio de realidade”, ocorrida no dia 23 de março de 2024.

* Antropólogo e Psicanalista. Professor Titular do Departamento de Antropologia Cultural e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro Associado em Formação do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro (CPRJ). Graduação em Antropologia pela Universidad Nacional de La Plata – Argentina. Mestrado e Doutorado em Antropologia Social pelo PPGAS-MN, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia da saúde e da doença, Antropologia das emoções e do corpo e Antropologia do trauma. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. octavio.bonet@gmail.com

Este texto é resultado de uma pesquisa sobre as relações entre os profissionais e os usuários no sistema de atenção básica a partir de uma interface entre os conceitos de emoções, saúde, trauma e sofrimento. A partir desse tema geral, pouco a pouco, foi ganhando ênfase uma perspectiva sobre o sofrimento individual e social; aquele sofrimento que se grita e se articula em demandas coletivas, e aquele que se vivencia olhando para o chão, aquele sofrimento de fala baixinha, quase que envergonhado por ser sentido e que não encontra expressão verbal. Os meus interesses foram se alocando nas malhas do cotidiano, que passei a chamar de “malhas de sofrimento”.

Minha pergunta tem sido como os sujeitos conseguem viver nesse novo mundo “fluido”, e que ferramentas acionam para lidar com as tensões na contemporaneidade. Quais são os padecimentos subjetivos que esperamos encontrar nesse mundo contemporâneo? Todas essas perguntas me levaram ao conceito de trauma porque, como dizem Didier Fassin e Richard Rechtman (2009), vivemos no império do trauma, já que essa é a categoria central no final do século XX para pensar o sofrimento subjetivo.

No texto da apresentação do tema do ano no CPRJ se explicita que o conceito de traumatismo da ordem vital busca dar conta dos “traumas resultantes de assédios, abusos, discriminações, exclusões, estigmatizações e opressões de qualquer tipo e da importância que vêm adquirindo no momento atual” (CPRJ, 2024²). Partindo dessa chave analítica, considero que tenho lidado com traumatismos da ordem vital, a partir de uma matriz antropológica focada na manifestação das emoções e dos sofrimentos na vida cotidiana. Assim, meu objetivo é pensar a dinâmica das emoções nos padecimentos cotidianos e sua relação com os conceitos de trauma e de traumatismo da ordem vital, através de exemplos etnográficos da rede de atenção básica, tanto na Argentina quanto no Brasil.

Este texto não é uma revisão dos desenvolvimentos relacionados à antropologia das emoções, nem uma revisão sobre o conceito de trauma, que foi e continua sendo trabalhado por inúmeros autores na psicanálise³. Proponho um modo de relacionar ambos os campos de saber, emoções e trauma, produzindo conexões que permitam novas perspectivas.

² Disponível em: <<https://cprj.com.br/tema-do-ano-2024/>>. Acesso em: 27 mai. 2024.

³ Em relação aos desenvolvimentos da antropologia das emoções podemos mencionar os trabalhos de Bonet (2014), Coelho e Rezende (2011) e Le Breton (1998), e em relação ao conceito de trauma na psicanálise remetemos aos textos de Ferenczi (2022a, 2022b), Leys (2000), Dal Molin (2016) e Knobloch (2022).

A construção do campo da antropologia das emoções

No processo de construção do campo da antropologia das emoções foi fundamental o momento, em meados dos anos 1980, em que um grupo de antropólogas feministas começou a se perguntar: o que são as emoções? Suas respostas se direcionaram a uma ênfase culturalista, que se manifestou nas afirmações de como as emoções são culturalmente construídas, acompanhadas de uma crítica ao conceito de cultura e um cruzamento entre emoções, gênero, discurso e poder (ROSALDO, 1980; LUTZ, 1988; ABU-LUGHOD, 1988; LUTZ; ABU-LUGHOD, 1990)⁴. Entretanto, esse grupo considerou importante diminuir a centralidade da dimensão corporal e da dimensão psicológica. Em outras palavras, era necessário separar as emoções da psicobiologia para enfatizar o seu caráter discursivo. Esta perspectiva teve duas consequências importantes: as emoções se transformaram em uma categoria analítica e se gerou um interessante debate sobre as dimensões individuais e coletivas, sobre a relação entre corpo, emoção e o social (REDDY, 1997, 2001; LYON, 1995).

Mas é interessante notar que muito antes do surgimento de um campo próprio da antropologia das emoções, em 1920, Marcel Mauss, importante antropólogo francês, apresentou na Sociedade de Psicologia de Paris um pequeno texto sobre “*A expressão obrigatória dos sentimentos (Rituais funerários australianos)*” (1921/2001). Nesse ensaio, o autor afirmava se interessar pelos fenômenos que chamava de “difusos”, que são “domínios mal partilhados”, como as emoções e o corpo, e se perguntava “que fenômenos sociais são esses?” Ele propunha a necessidade de um tipo de abordagem que levasse em conta exatamente a dificuldade de delimitação dos domínios, configurando, assim, uma engrenagem biológica, cultural e psicológica. Trata-se de uma linguagem simbólica que configura um terreno “sobre o qual psicólogos, fisiólogos e sociólogos podem e devem encontrar-se” (MAUSS, 1921/2003, p. 332).

Concordando com a perspectiva proposta por Mauss, considero que na definição das emoções foram priorizadas algumas das dimensões constitutivas do humano. Assim, se desenvolveram perspectivas culturalistas, psicolo-

4. Entre as categorias de emoção, sentimento e afeto podem se estabelecer relações complexas de aproximação e distanciamento; ou um uso quase indistinto em alguns autores da antropologia das emoções (COELHO, 2019; ABU-LUGHOD, 1988), ou recebendo definições diferentes em outros campos do saber como na neurociência (DAMÁSIO, 1996, 2004), na chamada virada afetiva na sociologia (LEYS, 2017; CLOUGH; HALLEY, 2007) ou na psicanálise (FREUD, 1915/1992, 1926/1992; PLASTINO 2008; FERREIRA; VERZTMAN, 2008). A análise e discussão dessas aproximações e diferenças excede as intenções deste artigo.

gistas ou biólogos. Meu argumento é que as emoções seriam avessas a uma definição seguindo nossa grade disciplinar porque pertencem a essas "áreas cinzentas" do mundo da vida, de modo que para pensá-las é necessária uma perspectiva que dispense as oposições que balizaram o debate em torno delas (natureza-cultura, universal-particular, interno-externo, público-privado).

Definir as emoções em relação ao polo natural ou cultural é problemático, porque elas não estão nem num polo nem no outro, mas no mundo da vida no qual todos nós estabelecemos relações com outras subjetividades, com humanos e não humanos e com as coisas que compõem o nosso ambiente. Isso me permite sublinhar a característica que me parece central nas emoções: a sua capacidade relacional. As emoções veiculam sempre modos determinados de relacionamento e, assim, constituem modos específicos de viver relações. Nesse sentido, as emoções conectam as diferentes dimensões que compõem os sujeitos e tecem as malhas dos mundos. Assim, penso a dimensão emotiva a partir da sua dimensão social, corporal e psíquica. Esta perspectiva que defendo ecoa o trabalho de Sara Ahmed, no livro *A política cultural da emoção* (2014), quando afirma que as emoções não são psicológicas e sociais ou individuais e coletivas, mas que constituem o psíquico e o social como objeto nos contatos com outros e com os objetos (2014, p. 34), ao mesmo tempo em que propõe uma nova pergunta para o campo da antropologia das emoções, já não o que elas são, mas o que elas fazem e, assim, propõe analisar como as emoções circulam entre os corpos (AHMED, 2014).

Subjetividades corporificadas em emaranhados emocionais em situações etnográficas

Na minha pesquisa de doutorado sobre a formação da medicina de família no Brasil e na Argentina (BONET, 2014) e nas pesquisas posteriores que realizei, fiz uma mudança dos hospitais para as unidades básicas de saúde, o que derivou em minha entrada em contato com as comunidades nas quais os usuários vivem e os profissionais trabalham e que, desse modo, se ampliasse meu modo de entender a experiência do cotidiano.

Esse momento coincidiu com a ampliação dos meus interesses para as categorias de sofrimento, afeto e corpo que se emaranhavam na vida das pessoas. Se as emoções e os sofrimentos se entrelaçam de formas inusitadas nos corpos vividos no cotidiano, como e por que separá-los? Por que não lidar com esse emaranhado de linhas, ao longo das quais a vida é vivida? Ou, em outras

palavras, como falar daquilo que é sentido no corpo, mas que se conecta com a dimensão do abandono por parte do Estado, com a dimensão da vulnerabilidade social que já não é individual, mas coletiva, política e econômica? Para tentar dar conta desses emaranhados vou relatar três cenas etnográficas que mostram a vida, com seu sofrimento, traumas e emoções.

Cena 1

Tive a oportunidade de acompanhar três consultas de Luísa, uma mulher de 56 anos, casada, com duas filhas (havia perdido um filho meses antes). Nas oportunidades em que a vi, comparecia às consultas muito bem-arrumada. Durante a primeira consulta me deu a sensação de que era uma mulher contida, no sentido de estar vivendo permanentemente um processo interno de ansiedade, e insegura, traduzido por uma repetição constante de um movimento de alisar um xale que tinha no pescoço, assim como, também, por várias das interações com sua médica.

Na primeira consulta, ela entrou dizendo que havia engordado muito, em torno de 15 quilos, mas rapidamente começou a falar do peso da filha, que era obesa e que estava em tratamento por bulimia. A paciente disse a Maria, sua médica de família: “eu queria dizer a você que estou muito bem, mas não posso, peguei uma gripe com muita mucosidade. Por causa dessa gripe, fui ver outro médico que me deu um remédio que me fez mal ao estômago”. A médica lhe disse, lendo a caixa do remédio: “o que ele te deu é bom, mas meio forte”. A paciente lhe respondeu: “não te chamei porque não queria incomodar, mas eu ia te chamar porque você me dá confiança. Fui à psicóloga como concordamos, e me fez bem. Lembro-me de Júlio [o filho morto] e não fujo”. “Então, quer dizer que está melhorando, fazendo muitos progressos”, disse Maria, e Luísa respondeu: “Sim, mas estou com muitas náuseas”. Esta primeira interação na consulta mostra duas das atitudes que vão ser recorrentes na interação da paciente com a médica. Em primeiro lugar, a paciente procurará outro médico e posteriormente voltará a se consultar com Maria; uma segunda característica é que a paciente passa de uma queixa para outra; o padrão é ressaltar os efeitos secundários das intervenções dos médicos. A atitude de Maria, pelo contrário, seguirá o mesmo padrão nas consultas que presenciei: reafirmar os progressos que sua paciente está realizando.

Depois dessa primeira interação, Maria saiu do consultório e pediu a Luísa que me contasse sua história, porque eu não sabia quem era Júlio. Era seu

filho, epiléptico, que tinha morrido afogado na piscina da casa aos 18 anos. No momento da consulta, haviam se passado 20 meses desde o acidente. Sua filha caçula de 16 anos era quem havia limpado e enchido a piscina no dia em que o irmão se afogou e morreu. A paciente dizia que sua filha, em alguns momentos, comentava que se não tivesse enchido a piscina nada teria acontecido, mas para a médica, esse pensamento era de Luísa e não da filha.

Pouco tempo depois da morte do filho, Luísa soube que seu marido tinha câncer de estômago. Os dois concordaram em não dizer nada às outras duas filhas. Depois do diagnóstico do marido, ela começou a ter dores no estômago. A médica, conhecendo a história familiar, não pediu uma endoscopia para poupá-la dos desconfortos desse exame, mas ela foi a um novo centro de saúde e outro médico o fez. Conhecer a história familiar e a história de Luísa levava Maria a pensar que sua paciente estava somatizando; essa possibilidade era negada pela paciente, por isso mesmo, ela repetiu o padrão de relação e se consultou com outro médico que avaliou a situação de uma forma não integral e sem ter uma relação de continuidade com a paciente. O que esse médico fez foi limitar-se a prescrever o exame complementar que poderia esclarecer as dúvidas sobre o que a paciente tinha no estômago.

O exame deu como resultado que a paciente não tinha nada anormal; e, conseqüentemente, ela voltou a ver sua médica e reconheceu que estava somatizando. As dores no estômago eram acompanhadas de um suor frio, com dores nos braços e impossibilidade de mover-se. Complementando esse quadro, não podia falar do que havia se passado com o filho. Decidiram juntas que Luísa começaria uma terapia. Meses depois (momento da consulta que observei), a visitava para dizer se estava melhor e levar-lhe uns presentes.

Na segunda consulta, a médica perguntou como andava, e Luísa lhe disse que estava tomando uns comprimidos para a pressão que a deixavam com uma moleza em todo o corpo. A médica perguntou em relação aos comprimidos que estava tomando e Luísa respondeu: "você disse que vou ter dor de estômago?" e recebeu como resposta da médica: "Não, digo que podem te trazer algum desconforto, mas não os suspenda".

A consulta voltou ao tema de como sua filha, também paciente de Maria, estava perdendo peso. Emendou o assunto com a pergunta se ela passaria a sentir essa moleza (por causa dos comprimidos) o tempo todo. Maria lhe disse que não e lhe perguntou se iria tomar a vacina da gripe; ela lhe respondeu desconfiada, perguntando se a médica tinha tomado a vacina. Ao despedir-se, Luísa lhe indagou novamente se as pastilhas a fariam sentir-se mal, pedindo discretamente a confirmação de algo que Maria já tinha respondido.

No começo da terceira consulta com Luísa, a médica me disse: “viu quem vamos atender agora? São pacientes psiquiátricos que não assumem que o são. Pedi-lhe os exames, vamos ver”.

Os exames estavam bons, só tinha aumentado um pouco de peso, Maria lhe mostrou e Luísa lhe respondeu: “É, mas tive duas semanas terríveis, muito mole porque a medicação demorou para fazer efeito. Tratei de me mentalizar, mas a mínima [da pressão arterial] não baixava. Pouco a pouco, fui melhorando, mas não podia dormir à noite. Aumentaram a dose de Rivotril. Estou bem, mas aumentei de peso”.

Maria a tranquilizou, dizendo que “os exames estão perfeitos”. A consulta voltou ao tema de sua doença psíquica. Luísa disse, abrindo o diálogo: “muito me custa acreditar que seja psíquico e não físico, mas tenho prova de que é assim. Eu dizia ao psiquiatra que não sabia que depois ia voltar a ter”. Ao que, sua médica respondeu: “Luísa, isso não se cura, é como ter pressão alta, é crônico, você vai ter que tomar medicação por toda a vida”. Luísa lhe respondeu que estava meio deprimida com esse fato. E a médica terminou com a frase de que: “é difícil te dizer que não tem cura, mas é assim”. Quando Luísa começou a tratar-se com o psiquiatra, ela o fez obrigada, mas depois, durante as consultas, reconheceu que lhe fazia bem. Quando o marido, em função da situação de saúde em que Luísa estava, pensou em interná-la, Maria lhe disse que não o fizesse, que lhe indicara tratar-se com um psiquiatra. Essa era a condição que Maria impunha para continuar sendo sua médica.

Neste exemplo vemos como a médica insistiu para que a paciente assumisse as características psíquicas da doença; essa insistência se justifica a partir do conhecimento derivado da continuidade, da proximidade entre as duas. O médico que lhe prescreveu uma endoscopia, não conhecia a história de somatizações de Luísa. Maria já associou os sintomas a uma questão “psi”. A epistemologia integral que guiava os passos de Maria lhe permitiu que, sem deixar de atender às questões somáticas, fundamentasse parte de suas decisões em uma leitura psicológica dos sintomas.

O conhecimento que Maria tinha da situação de saúde de Luísa se complementava com a informação que conseguia por tratar, também, da sua filha Carla, que tinha 28 anos. Assim como na consulta da mãe, Maria perguntava pela filha, nas consultas da filha perguntava pela mãe; isso lhe proporcionava informação sobre as relações familiares. O problema da filha de Luísa estava também relacionado com o estômago, e ela disse a Maria certa vez que “deve ser tudo da cabeça”, associando claramente com uma questão psicológica.

Essa frase de Carla: “deve ser tudo da cabeça”, remete à questão trabalhada por Le Breton ao se referir à “dor psicológica”, que escaparia à jurisdição médica” (LE BRETON, 1995, p. 52). Essa dor psicológica, segundo Le Breton, revelaria que “a evidência da relação consigo mesmo e com o mundo está quebrada” (*Idem*, p. 23). Se na vida cotidiana o corpo se faz invisível, essa invisibilidade é produto do processo de corporeidade, que nos permite que andemos pelo mundo de forma a não ter necessidade de “examinar” nossas sensações corporais. O efeito dessa dor inapreensível é a ruptura dessa invisibilidade. No processo de adoecer, o corpo se faz visível, rompe-se a relação pré-objetiva do corpo com o mundo.

As interações entre Luísa, Carla e Maria explicitam esse emaranhamento entre emoções, sofrimentos e trauma, que para ser entendido, nos obriga a aceitar uma perspectiva ampliada sobre as emoções. A morte do filho, afogado na piscina, pode ser considerado como um acontecimento traumático que deriva na sequência de consultas nas quais a dimensão discursiva aparece emaranhada com os sintomas corporais e psíquicos, com representações individuais sobre esses sintomas e com a materialidade do câncer do marido (que também é coletiva) e com o sofrimento ocasionado pela dor psíquica do filho/irmão morto. Como, e por que, separar todas essas dimensões que compõem o padecimento subjetivo e familiar de Luísa?

Cena 2

Esta próxima cena é composta pela história de Julia e seu filho Pedro, e nos permite mostrar o emaranhado das dimensões discursivas, corporais, institucionais e intersubjetivas. Pedro, segundo dos três filhos de Julia, é um menino de 10 anos que foi diagnosticado com pancolite ulcerativa. Durante nossa conversa, ela me contou que os outros filhos manifestam ciúmes e que o marido também reclama, pela atenção que ela sempre deu a Pedro. Segundo Julia, tanto o marido quanto seu lado da família criam dificuldades para o tratamento (que exige uma dieta rigorosa, sem consumo de chocolates, refrigerantes, etc.) porque consideram que o menino tem que deixar comer e depois tomar remédio, mas para Julia isso é muito difícil porque ele ainda é pequeno.

Segundo Julia, a lesão de Pedro no intestino apareceu quando ele tinha 6 anos e teria origem emocional, associado ao nascimento do irmão caçula, Gustavo, que nasceu quando Pedro tinha dois anos. Pedro nasceu prematuro e, por causa disso, todos o protegiam muito. Mas quando Pedro tinha dois anos, Julia

voltou a trabalhar, e depois teve mais outro filho. Isso teria levado Pedro a mudar seu comportamento. Julia lembra que quando o caçula estava para nascer, ela falava para Pedro que ele teria que aprender a comer e tomar banho sozinho, porque seu irmão iria dar muito trabalho para ela. Julia dizia isso sem brutalidade, mas Pedro ficava perguntando para a tia se “neném dá muito trabalho?” porque a mãe falava que não ia mais poder dar comida para ele.

Aos seis anos Pedro foi diagnosticado com pancolite, após episódios de infecção intestinal, diarreia e sangramento. Além desse tratamento para os problemas intestinais, Pedro fez tratamento psicológico por questões de relacionamento na escola, mas isso, segundo Julia, não deriva de um problema psiquiátrico, tema no qual discorda da pediatra.

A lesão corporal de Pedro aparece emaranhada com a dimensão emocional; mal-estares corporais se associam com imagens mentais, com ciúmes e com objetos, povoando as relações interpessoais. A dieta, a família do pai, o nascimento do irmão, a pediatra, a psiquiatria, tudo isso conflui para gerar a origem “emocional”, a dimensão emocional presente no emaranhado da vida de Pedro e seu ambiente. As representações do que seria a “psiquiatria” é diferente para Julia e para a pediatra; essas diferenças configuram e se expressam nos discursos dos agentes envolvidos nas interações, através dos quais vão se construindo os significados emocionais. Entretanto, há muito além do discurso e da linguagem corporal, as coisas, as lembranças e os cheiros que disparam interações e que modificam o curso da ação; todos esses elementos constituem as emoções na sua situacionalidade.

Ao definir a ideia de “economia afetiva”, Sara Ahmed (2004, 2014), propõe que as emoções circulem entre os sujeitos e os objetos, mas que teriam a capacidade de se grudar, de se fixar em determinados objetos ou corpos, ou partes de corpos, que ficariam saturados de afetos e seriam pontos nodais dessa economia afetiva. Por essa razão, para Ahmed, as emoções não residem em nós, nem nos objetos, mas nas relações que estabelecemos com eles (AHMED, 2004, p. 119). Assim, as emoções não seriam atributos dos sujeitos ou das coisas, mas das relações que se estabelecem nas economias afetivas em torno de determinados pontos nodais.

Pedro é um ponto nodal no emaranhado da família, em relação ao qual se “grudaram” várias emoções que vinculam a família nuclear de Pedro, a família do pai, os diversos saberes terapêuticos, o refrigerante, o churrasco e a relação com a mãe, o neném que dá trabalho e que faz com que Pedro tenha que se virar. Isso tudo reflete no corpo de Pedro, que começa a “falar”, a mostrar e esconder esse emaranhado. Daniel Schor (2017) argumenta como ter que “aprender” a “se virar” tem um custo; para Schor, pessoas aprendem a se virar

“por não terem podido contar senão consigo próprias para sobreviver à catástrofe emocional” (SCHOR, 2017, p. 26).

De algum modo, a doença de Pedro organiza as relações familiares e a circulação das emoções. Mas nem tudo é discurso; há uma dimensão de toda essa situação que é vivida no nível do traumatismo vital, do não dizível, ou do dito com o corpo, ou de modos de se expressar com o corpo.

Cena 3

A consulta descrita a seguir é outro exemplo de como as emoções são incluídas, não como um fator perturbador da consulta, mas sim porque quando se manifestam são consideradas importantes para a resolução dos problemas dos pacientes. O espaço interpessoal da consulta se estenderá ao que o paciente “tem para dizer”, ao seu “saber”.

A consulta se dá no serviço de medicina familiar em Buenos Aires. Marta é uma paciente espanhola, de 73 anos, viúva desde os 33. Desde o primeiro momento, impressionou-me por ser uma pessoa alegre. A consulta estava marcada para avaliar uns exames e fazer um acompanhamento de rotina. Depois de estudar os exames, Antônia, a médica, perguntou-lhe se estava fazendo caminhada e Marta lhe respondeu: “Sim, mas não como eu queria”. Associou esse comentário ao fato de que ia se mudar: “O que me faz mal é que ... por isso teria que me dar uns comprimidos para dormir; porque estou para me mudar e isso me deixa mal. Mas depois emendou: “vou caminhar dez quarteirões, porque vou levar a minha neta à escola”. Antônia comentou: “mudança é uma coisa estressante para qualquer um, então é normal que você se sinta mal”. O problema da insônia estava relacionado com a mudança, e esta, associada aos problemas dos filhos, porque eram eles que pagavam o aluguel do apartamento. Ao falar dos filhos, emocionou-se e começou a chorar; quando Antônia perguntou o que estava acontecendo, Marta respondeu: “Meus filhos estão com problemas e isso me deixa mal. Não têm trabalho (...) Às vezes penso: para que viver? Não estou bem. Estou sozinha. Não gosto de nada, nada me chama a atenção. E meus filhos não sabem nada disto (...) perdoe, doutora”. “Não [respondeu-lhe Antônia] se eu sou sua médica, tenho que saber isto. Você está um pouco deprimida, vou dar um remédio natural e daqui a pouco você vai se sentir bem”.

Depois que a paciente saiu, a médica me disse que quando Marta mencionou a insônia, percebeu que havia algo errado. E afirmou como uma simples

pergunta possibilita que se abra uma parte oculta da consulta; antes do choro, que manifestou o problema oculto de Marta, não houve nada que levasse a médica a se focar em questões mais emocionais. Foi somente quando apareceu a insônia que se operou um indício revelador do oculto.

O tema da mudança foi levando Marta a se emocionar ao pensar em seus filhos e disparou um diálogo além do motivo da consulta. Em nenhum momento, Antônia tenta interromper esse diálogo ou desviá-lo para questões biomédicas, mas sim deixa fluir o discurso de Marta, até que esta termina por expressar os seus sentimentos. O problema de Marta não era biológico, o que a preocupava tinha sua origem na situação social que seus filhos estavam vivendo. A médica não cortou esse fluxo de emoções de Marta; para ela, eram parte da consulta, possivelmente, eram o motivo da consulta, embora este estivesse oculto.

Emoções, sofrimentos e traumatismos da ordem vital no cotidiano

Estes relatos etnográficos nos mostram como as dimensões da vida cotidiana, corporais, psicológicas e sociais se encontram misturadas em emaranhados vitais. Considero que precisamos estender nossa perspectiva sobre as emoções para além de um olhar centrado no discurso. Focar nas práticas discursivas não acabaria por restituir as oposições (natureza/cultura, interna/externa, ou subjetivo/objetivo) das quais a antropologia das emoções se empenha em se distanciar? Como dar conta dessa dimensão do “conhecido não pensado” de que nos fala Bollas (2015, 2024)?⁵ E como explicar a aparição súbita da reação emocional?

Essa lágrima que cai como resposta à pergunta se Marta estava fazendo caminhada, essa dor de estômago de Luísa, esse aprender a “se virar” e os ciúmes que se “grudam” no cólon de Pedro e no desespero da sua mãe, nos falam de conexões, de uma subjetividade corporificada que se conecta com instituições profissionais, com saberes especializados, com fantasias, com histórias de vulnerabilidades múltiplas, configurando o que Jurandir Costa (2019) chamou de traumatismos da ordem vital.

⁵ No livro *A sombra do objeto* (2015), Bollas argumenta que uma parte significativa da nossa existência é predeterminada por experiências que chama de “conhecido não pensado”, que estão relacionadas às memórias precoces, experiências objetais, que não foram apreendidas cognitivamente, mas por meio de processos afetivos que se associam à “experiência do ser e não da mente” (BOLLAS, 2015, p. 69).

Essas situações etnográficas descritas são histórias corporificadas, são vidas e subjetividades complexas, misturam emoções, corpos e situações vividas como traumáticas. Assim, precisamos de uma perspectiva emocional como a sustentada por John Leavitt, na qual as emoções envolveriam significado e sentimento, mente e corpo e cultura e biologia” (LEAVITT, 1996, p. 515). As emoções consistiriam em experiências corporais sentidas e não pensadas ou valorizadas, ou seja, as emoções que não necessariamente passam pela consciência.

Leavitt recoloca o corpo na definição da emoção e com isso se associa à perspectiva de Michelle Rosaldo (1984) quando afirma que as emoções seriam pensamentos corporificados, e também ecoa a contribuição de Robert Desjarlais (1992) quando afirma que entre os *yolmo* no Nepal “as ‘mágoas’ e ‘penas’ eram experiências viscerais profundamente sentidas que podiam ‘agarrar-se’ ao corpo” e não apenas categorias semânticas, ou discursos sobre o sofrimento (DESJARLAIS, 1992, p. 99). Assim, os discursos culturais do sofrimento têm que se associar às experiências corporais de angústia e cura. Nos exemplos etnográficos apresentados, os discursos emocionais sobre sofrimento, pena, espanto, dor são sempre associados a experiências vividas nos corpos. O que entendo por subjetividade corporificada seria essa hecceidade⁶ ou esse emaranhado que integra, sempre parcial e frouxamente, discursos situados, tanto verbais quanto não verbais, narrativas historicizadas, experiências corporais, lembranças, desejos e interesses.

Na nossa cultura contemporânea as emoções foram pensadas a partir da ideia de interioridade e de autenticidade. Vinciane Despret, no livro *Etnopsicologia das emoções* (2001), afirma que essas ideias teriam sustentado a perspectiva naturalista das emoções e estariam relacionadas a diversas modalidades de eventos que nos acontecem e que nos transbordam. Para explicar essas ideias, Despret realiza uma genealogia da construção das emoções como “internas” e “autênticas” no laboratório psicológico, que implica a radical separação da dimensão cultural.

Despret sustenta uma outra perspectiva na qual as emoções poderiam ser entendidas como modos de nos relacionarmos aos outros e com nossos atos; seriam ensaios de modos outros de ser, ou modos de ser multiplicidades. A

⁶ Deleuze e Guatarri definem uma hecceidade como um “modo de individuação muito diferente daquele de uma pessoa, um sujeito, uma coisa ou uma substância” (DELEUZE; GUATARRI, 2002, p. 47). Uma hecceidade, não tem começo, nem fim, mas está no meio, sempre movimento, graus, intensidades que compõem individuações concretas.

ideia fundamental sustentada por Despret é que nós cultivamos esses modos diferentes de relação, como modos de negociar problemas e ambivalências em nós mesmos e em relação aos outros. Assim, cultivamos certas dimensões emocionais como modos de resolver exigências dentro do sistema cultural. Dizer que cultivamos esses modos significa que são culturalmente enfatizados, ou seja, a cultura seria o poder indutor dessa experiência (DESPRET, 2001, p. 67). Por essa razão, as emoções podem ser associadas à nossa interioridade e, ao mesmo tempo, escapar de nós, nos ultrapassar. O ponto nodal é que a nossa interioridade é produto de uma relação, e, por tanto, intersubjetiva e em um contexto que é necessariamente cultural.

Nesses emaranhados vitais que estou analisando, uma dimensão importante se associa ao trauma e sua significação estruturante na história de vida. Esta dimensão traumática também será pessoal, intersubjetiva, histórica, local e situada, isto é inserida numa história de vida, do mesmo modo como consideramos as emoções; isso quer dizer, em outras palavras, que a dimensão traumática é necessariamente relacional.

Essa característica relacional da dimensão trauma é também enfatizada por Jô Gondar (2017), ao apresentar a teoria do trauma em Ferenczi, assinalando como este último não priorizou personagens, mas relações “de poder, de dependência, de desvalorização, de desrespeito; relações políticas, na mesma medida em que afetos, como vulnerabilidade, ambivalência, humilhação e vergonha podem ser considerados (...) afetos políticos (GONDAR, 2017, p. 211).

Exatamente nessa mesma perspectiva relacional, Rebecca Lester propõe que uma antropologia crítica do trauma (2013) tem que pensar o trauma como as formas que as pessoas encontram para continuar vivendo, não apenas resolvendo conflitos psicológicos profundos ou reorganizando a sua experiência para se adaptarem às categorias existentes, mas através de processos contínuos, iterativos de criação de significado que surgem na relação com os outros. Nesse sentido um acontecimento é traumático precisamente porque nos afasta das nossas ligações esperadas com os outros, dos nossos apoios sociais percebidos e do nosso sentido básico de segurança, independentemente da sua interpretação local.

Esta perspectiva abre novas possibilidades para pensar o trauma, já não como um evento ou uma ruptura, mas como uma experiência de vida que pode ser transformada ao se inscrever em uma narrativa sobre sofrimento e emoções. Na história da Luísa, a morte violenta do filho pode se configurar como um evento traumático, no sentido mais hegemônico do termo, e assim

como uma ruptura na história familiar; mas se pensamos nas histórias de Pedro ou da Marta, estaríamos em presença de uma outra dimensão do trauma, já não como uma ruptura, mas como tensões estruturais produto de situações sociais como exclusões, opressões, abusos, abandonos. Esta dimensão do trauma é a que Jurandir Costa define como da ordem vital no artigo *Memória e trauma* (2019). Essa ordem vital seria “a rede de representantes sgnicos da vida biológica que tem como referente 1) a imaginária unificação egoica da existência subjetiva e 2) a irremediável dependência do outro para assegurar a possibilidade mesma da existência” (2019, p. 111). Entretanto, Costa complementa que:

a pulsão egoica mostra simplesmente que a ordem biológica, na dimensão orgânica individual, é duplamente insuficiente para levar a cabo sua intencionalidade. Não apenas depende imperativamente do ‘humano ao lado’ para satisfazer seus impulsos como também precisa fazer-se representar para existir psicologicamente como necessidade” (2019, p. 111).

Considero possível argumentar que esta percepção da dimensão do trauma vital se aproxima do conceito de “trauma cumulativo”, definido por Khan (1977). No prefácio da edição brasileira dessa obra, André Green afirma que a noção de:

“trauma não só se desloca da esfera da sexualidade para a do ego, mas perde a sua dimensão dramática e punctiforme para inserir-se num tecido de microtraumatismos cujas sequelas se parecem menos com a cicatriz de um ferimento que com um processo de esclerose que estrangula o desenvolvimento do ego” (GREEN, 1977, p. 7).

Khan irá conceitualizar o conceito de trauma cumulativo associado às “fendas observadas no papel da mãe como escudo protetor durante todo o curso de desenvolvimento da criança, desde a infância até a adolescência” (KHAN, 1977, p. 62). Essas fendas, diz Khan, “se acumulam de forma silenciosa e invisível” (p. 63), mas desenvolvem seu caráter traumático somente *a posteriori*.

Embora a ideia de trauma cumulativo possa ser elucidativa para o emaranhado vital de Pedro e Julia, me interessa aqui realizar uma “extensão”, uma ênfase em duas ideias importantes para a minha argumentação: primeiro a característica cumulativa do trauma, que associo à ideia de microtraumas repetitivos e, em segundo lugar, a dimensão fundamental do trauma de

ser relacional, de precisar do “humano ao lado”, como diz Costa. Essas duas características me parecem interessantes porque permitem dar conta de sofrimentos e padecimentos da vida dos sujeitos que adquirem um grau de “cronicidade” no cotidiano e que estruturam e/ou modificam os modos de nos relacionarmos com os outros que compõem nosso ambiente.

A modo de conclusão

Neste texto enfatizamos a dimensão emocional e a dimensão traumática que consideramos centrais na configuração da nossa subjetividade contemporânea e que qualificam os sofrimentos e padecimentos individuais e coletivos. Apesar dos múltiplos desenvolvimentos e relações possíveis que podem ser estabelecidas entre os conceitos, focamos na característica fundamental da sua capacidade relacional; isto é, de relacionar as dimensões constitutivas do humano – biológicas, psicológicas e culturais – e, também, a característica de dependermos do outro para nos constituirmos enquanto sujeitos.

Os exemplos etnográficos explicitam a dimensão inerentemente relacional da experiência emocional, que necessariamente se vive em relação a um outro, e da dimensão traumática, que se experimenta em um contexto histórico, político e cultural e que, por isso mesmo, envolve vulnerabilidades diferenciais, desamparos e desmentidos. Mas o que me parece decisivo é que essa dimensão traumática se perpetua no cotidiano de modo que é atualizada e ressignificada a cada nova experiência traumatogênica.

Talvez Luísa, Pedro e Marta estejam visitando semanalmente algum consultório psicanalítico, ou talvez tenham a permanente sensação de que a vida está ruim, mas não sabem explicar por que, e parece, para eles, que a vida é assim mesmo, um contínuo processo de traumatismo da ordem vital, ou, como gosto de chamá-los, uma série de microtraumas e padecimentos subjetivos difusos.

Tramitação

Recebido 12/06/2024

Aprovado 17/06/2024

Referências

- ABU-LUGHOD, L. *Veiled sentiments: honor and poetry in a bedouin society*. Berkeley: University of California Press, 1988.
- AHMED, S. Affective economies. *Social Text*, 22(2), p. 117–139, 2004.
- _____. *La política cultural de las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.
- BOLLAS, C. *A sombra do objeto: psicanálise do conhecido não pensado*. São Paulo: Escuta, 2015.
- _____. *Segure-os antes que caiam*. São Paulo: Nos Editora, 2024.
- BONET, O. *Os médicos da pessoa. Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2014.
- CLOUGH, P. T.; HALLEY, J. *The affective turn: theorizing the social*. Duke University Press, 2007.
- COELHO, M. C. As emoções e o trabalho intelectual. *Horizontes Antropológicos*, v. 1, n. 1, 2009.
- COELHO, M. C.; REZENDE, C. O campo da antropologia das emoções. In: _____. *Cultura e sentimentos: ensaios em antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.
- COSTA, J. F. Memória e trauma. *Cadernos de Psicanálise-CPRJ*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 41, p. 103-123, 2019.
- DAL MOLIN, E. C. *Terceiro tempo do trauma: Freud, Ferenczi e o desenho de um conceito*. São Paulo: Perspectiva, 2016.
- DAMÁSIO, A. Emoções e sentimentos. In: _____. *O erro de Descartes*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- _____. Os apetites e as emoções e sentimentos. In: _____. *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. Devir-intenso, devir-animal, devir-imperceptível. In: _____. *Mil Platôs. Capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 2002.
- DESJARLAIS, R. *Body and emotion: The Aesthetics of Illness and Healing in the Nepal Himalayas*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992.
- DESPRET, V. *Ces emotions qui nous fabriquent: Ethnopsychologie de l'authenticité*. Paris: Le Seuil, 2001.

- FASSIN, D.; RECHTMAN, R. *The Empire of Trauma. An Inquiry into the Condition of Victimhood*. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- FERENCZI, S. *Confusão de língua entre os adultos e a criança*. São Paulo: Martins Fontes, 2022a. (Obras completas Psicanálise 4).
- _____. *Reflexões sobre o trauma*. São Paulo: Martins Fontes, 2022b. (Obras completas Psicanálise 4).
- FERREIRA, F.; VERTZMAN, J. O uso do afeto na obra de Ferenczi. *Cadernos de Psicanálise- CPRJ*, Rio de Janeiro, ano 30, n. 21, 2008.
- FREUD, S. (1914-1916). *Lo inconsciente (1915)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. (Obras Completas, 14)
- _____. (1925-1926). *Inhibición, síntoma y angústia (1926)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1992. (Obras Completas, 20).
- GONDAR, J. Ferenczi como pensador político. In: REIS, E. S; GONDAR, J. *Com Ferenczi: clínica, subjetivação e política*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2017.
- GREEN, A. O outro e a experiência do self. In: KHAN, M. *Psicanálise, teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- KHAN, M. *Psicanálise, teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- KNOBLOCH, F. *O tempo do traumático*. Rio de Janeiro: INM Editora, 2022.
- LE BRETON, D. *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1998.
- LESTER, R. Back from the edge of existence: a critical anthropology of trauma. *Transcultural Psychiatry*, 50 (5), p. 753–76, 2013.
- LEYS, R. *Trauma: a genealogy*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
- _____. *The ascent of affect: genealogy and critique*. Chicago: University of Chicago Press, 2017.
- LUTZ, C. *Unnatural emotion: everyday sentiments on a Micronesian Atoll and their challenge to Western Theory*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
- LUTZ, C.; ABU-LUGHOD, L. *Language and the politics of emotion*. New York: Cambridge University Press, 1990.
- LYON, M. Missing emotions: the limitations of cultural constructionism in the study of emotions. *Cultural Anthropology*, 10(2), p. 244-263, 1995.
- MAUSS, M. (1921). Relações reais e práticas entre a psicologia e a Sociologia. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

_____. (1921). A expressão obrigatória dos sentimentos (Rituais orais funerários australianos). In: _____. *Ensaio de sociologia*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2001.

PLASTINO, C. A questão dos afetos na metapsicologia freudiana. *Cadernos de Psicanálise- CPRJ*, Rio de Janeiro, ano 30, n. 21, 2008.

REDDY, W. Against constructionism: the historical ethnography of emotions. *Current Anthropology*, 38 (3), p. 327- 351, 1997.

_____. *The navigation of feeling. A framework for the history of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

ROSALDO, M. *Knowledge and passion. Ilongot notions of self and social life*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

_____. Toward an anthropology of self and feeling. In: SEWEDER, R.; LEVINE, R. (Org.). *Culture Theory. Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge University Press, p. 137-157, 1984.

SCHOR, D. *Heranças invisíveis do abandono afetivo. Um estudo psicanalítico sobre as dimensões da experiência traumática*. São Paulo: Blucher, 2017.