

Itinerâncias afetivas e a experiência emocional de crianças com câncer¹

Ayra Hannah Heleno Cabral da Silva, PPGA/UFPB/PB

Resumo: Este trabalho apresenta reflexões preliminares sobre emoções, crianças com câncer e cuidado, a partir de uma pesquisa em desenvolvimento na Casa da Criança com Câncer, em João Pessoa, Paraíba. Em continuidade a investigações anteriores no campo da Antropologia das Emoções e do Câncer Infantil, a pesquisa desloca o olhar das práticas profissionais para pensar as emoções como práticas sociais e morais que organizam a experiência do câncer na infância. Dialogando com perspectivas que tensionam dicotomias como corpo/mente, indivíduo/sociedade e natureza/cultura, e partindo da noção de “doença comprida” (Fleisher; Franch, 2015), proponho o conceito de “itinerâncias afetivas” para pensar os movimentos emocionais que acompanham o adoecimento e o cuidado. Em diálogo com os itinerários terapêuticos, o conceito propõe deslocar o foco dos trajetos da doença para os percursos do sentir, compreendendo como crianças com câncer e seus cuidadores aprendem, regulam e expressam emoções em um espaço institucional atravessado por marcadores de gênero, raça, território e religiosidade. Situo, assim, o adoecimento infantil como experiência atravessada por relações de poder e desigualdades estruturais que configuram infâncias plurais e situadas. Neste estágio pré-campo, a reflexão se debruça sobre os desafios metodológicos e éticos da pesquisa com crianças em contexto de saúde, propondo um olhar às formas não verbais de expressão – como desenhos, gestos e silêncios – e à construção compartilhada de narrativas emocionais. Assim, busco problematizar: como as crianças elaboram e expressam emocionalmente o adoecimento? De que modo a religiosidade e as redes de cuidado atuam como dispositivos de regulação e resignificação do sofrimento? Tais indagações possibilitam refletir sobre a dimensão micropolítica das emoções e os sentidos políticos e relacionais da vida emocional em contextos de adoecimento crônico na infância.

Palavras-chave: Antropologia das Emoções; Câncer Infantil; Cuidado; Etnografia com Crianças.

Notas Introdutórias

O câncer é a primeira causa de morte por doenças entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos no Brasil (INCA, 2022). Entre os anos de 2026 e 2028, o Instituto Nacional de Câncer estima a ocorrência de quase 8 mil novos casos anuais de câncer nessa mesma faixa etária (INCA, 2026). A literatura sobre câncer infantojuvenil costuma ser hegemonizada por narrativas que privilegiam indicadores epidemiológicos, protocolos terapêuticos e categorias biomédicas que orientam a compreensão e o tratamento da doença. Essas abordagens, embora fundamentais para a organização da

¹ Trabalho apresentado na 34ª Reunião Brasileira de Antropologia (2024) no GT 018: Antropologia das Emoções.

assistência e para a produção de dados comparáveis – assim como feito no início deste texto – nem sempre permitem acessar os modos pelos quais crianças experimentam o adoecimento em seu cotidiano, elaboram sofrimentos e atribuem sentidos às transformações impostas pela doença. Desde o diagnóstico, as crianças e suas famílias produzem experiências que não dizem respeito somente ao corpo biológico, mas também às emoções, às relações de cuidado e às formas de habitar um mundo reorganizado pela presença do câncer.

Este trabalho apresenta algumas reflexões iniciais da minha pesquisa de doutorado em Antropologia, ainda em desenvolvimento, na Casa da Criança com Câncer, localizada em João Pessoa, Paraíba. Aqui, não quero apresentar resultados concluídos, proponho compartilhar o percurso de construção da pesquisa, as questões que orientam a entrada em campo e algumas hipóteses analíticas que vêm sendo formuladas a partir do diálogo entre a Antropologia das Emoções, a Antropologia da Saúde e a Antropologia da Criança. Trata-se, portanto, de um texto que assume seu caráter processual e que busca, no espaço da RBA, uma oportunidade de interlocução para o amadurecimento teórico e metodológico do meu trabalho.

A pesquisa tem origem de inquietações construídas ao longo do mestrado, quando investiguei experiências relacionadas ao câncer infantojuvenil a partir da perspectiva de profissionais de saúde mulheres envolvidas no cuidado². Naquele momento, o meu interesse recaía sobre as práticas institucionais e as formas pelas quais diferentes categorias profissionais lidavam com as demandas produzidas pelo adoecimento, especialmente em contextos de cuidados paliativos pediátricos. Contudo, ao longo do trabalho de campo, tornou-se evidente que as emoções ocupavam um lugar central na organização dessas experiências. Ainda que não nomeadas diretamente, elas apareciam constantemente nas narrativas e nas interações como dimensões constitutivas da própria experiência do cuidado.

Esse deslocamento conduziu à formulação da minha pesquisa de doutorado, cujo foco passou a ser a compreensão das emoções como práticas sociais e morais que

² A pesquisa focou nas práticas de cuidado e na gestão emocional de profissionais de saúde de diversas categorias que atuavam nas enfermarias e na UTI pediátrica, espaços de maior proximidade com as crianças. O estudo revelou a existência do que denominei de “tensões emotivas” cotidianas diante do sofrimento e da possibilidade da morte, evidenciando estratégias de distanciamento, celebrações compartilhadas e atravessamentos de gênero e religiosidade no ambiente hospitalar. Ver em: SILVA, Ayra Hannah Heleno Cabral da. **Sobre emoções e práticas de cuidado: uma etnografia com profissionais de saúde no atendimento a crianças com câncer no Hospital Napoleão Laureano em João Pessoa, Paraíba**. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2025.

organizam a experiência do adoecimento na infância através da perspectiva das crianças. Dialogando com a tradição da Antropologia das Emoções, parto do entendimento de que elas não constituem fenômenos exclusivamente individuais ou universais, mas formas culturalmente produzidas de interpretar, comunicar e agir no mundo (Lutz, 1988; Lutz & Abu-Lughod, 1990; Rezende & Coelho, 2010).

As emoções, nessa perspectiva, não são estados interiores que aguardam expressão, mas práticas situadas que participam da produção de significados, da negociação de hierarquias e da constituição de moralidades. Me interessa compreender como as crianças “acolhidas” na Casa da Criança aprendem, expressam, regulam e negociam emoções em contextos marcados pelo tratamento prolongado. Essa pergunta implica não apenas observar o que as crianças sentem, mas também pensar sobre como elas aprendem a sentir, ou seja, que repertórios emocionais são disponibilizados, sancionados ou silenciados em seu ambiente social.

Entrada: o problema e o campo

“Essa casa só existe porque a gente tá aqui” (Bia³, 9 anos, João Pessoa, maio de 2026).

Uma tarde de maio, na área externa da Casa da Criança com Câncer, em João Pessoa, a partida de vôlei entre as crianças foi interrompida por uma conversa que seria, para mim, um dos momentos mais densos desses primeiros dias de campo. Bia, de nove anos, e seu colega Carlos discutiam sobre a frequência que ela permanecia na instituição. Ele havia dito que ela “só vivia ali”, que parecia que morava na casa, que ficava ali todo dia e dormia ali todo dia. Bia parou, olhou para ele com uma expressão séria e respondeu: “claro, meu filho, se tem a casa, é pra gente usar, é pra gente brincar mesmo... você acha que se tivesse só uma criança, essa casa ia existir? essa casa só existe porque tem muita gente que vem”.

A frase que Bia disse, com a leveza de quem enuncia uma obviedade, me deteve por vários segundos, com a bola na mão e o pensamento suspenso. Este ensaio parte dessa cena, e da pergunta que ela abre, para apresentar reflexões em andamento sobre emoções, infância(s) e câncer. A Casa da Criança é uma instituição filantrópica de João Pessoa que acolhe crianças em tratamento do câncer no Hospital Napoleão Laureano e seus acompanhantes, em sua maioria mães e avós vindas do interior da Paraíba. Trata-se

³ Todos os nomes utilizados ao longo do texto são fictícios, exceto o nome da Casa.

de um trabalho de campo etnográfico ainda em seus primeiros movimentos, razão pela qual o que ofereço aqui não são conclusões, mas inquietações; e o convite a pensá-las coletivamente no âmbito do GT.

A pergunta central que orienta a pesquisa é: como crianças com câncer elaboram e expressam emocionalmente o adoecimento? E, a partir dela, desdobramentos igualmente pertinentes: de que modo a religiosidade e as redes de cuidado atuam como dispositivos de regulação e ressignificação do sofrimento? Como marcadores sociais de gênero, raça e território configuram experiências emocionais distintas no interior de um mesmo espaço institucional? Em que medida o próprio método etnográfico nos permite, ou nos impede, de acessar o que as crianças sentem? O argumento que defendo é que as emoções das crianças com câncer não são epifenômenos do adoecimento, mas práticas sociais e morais que organizam essa experiência, e que o conceito de **itinerâncias afetivas** pode ajudar a pensar os percursos do sentir que acompanham os deslocamentos físicos e relacionais impostos pelo tratamento.

A Antropologia das Emoções consolidou, nas últimas décadas, um conjunto de críticas às concepções naturalizantes e universalizantes dos afetos. Desde os trabalhos de Michelle Rosaldo (1984) e Catherine Lutz (1988), passando pelas contribuições de Lila Abu-Lughod e Lutz (1990), e no Brasil com Claudia Rezende e Maria Claudia Coelho (2010), o campo foi constituindo uma perspectiva na qual as emoções não são estados interiores que o corpo simplesmente exprime, mas práticas sociais situadas, aprendidas, reguladas e moralmente avaliadas. Como sintetizam Lutz e Abu-Lughod (1990, p. 10, tradução minha), “as emoções devem ser vistas como fenômenos que podem ser observados na interação social, grande parte da qual é verbal”, ou, acrescento, não verbal, como os gestos, os silêncios e as recusas⁴. Sentir, nessa perspectiva, é sempre sentir de acordo com algo, com uma rede de relações, com normas que definem o que é sentir adequadamente e com expectativas que organizam quando e como determinadas emoções podem ou devem ser expressas.

Essa virada analítica implica um deslocamento fundamental: não se trata aqui de perguntar “o que a criança sente?”, como se houvesse um sentimento pré-discursivo aguardando extração por um observador adulto mais competente, mas de perguntar em

⁴ Esse acréscimo metodológico encontra amparo nas reflexões das próprias autoras ao longo da referida introdução (Lutz e Abu-Lughod, 1990). As autoras também validam manifestações não verbais como o choro e as dimensões do “não dito” (*unsaid*) enquanto partes constituintes do discurso emocional (p. 15). Adiante, amparadas na noção de *body hexis* de Pierre Bourdieu, elas discutem como as técnicas corporais, posturas e gestos são cruciais para compreender as emoções enquanto discursos incorporados que tanto refletem quanto reproduzem dinâmicas de poder e sociabilidade (p. 19).

quais situações, com quais interlocutores e a partir de quais repertórios culturais as crianças com câncer aprendem a sentir, a regular e a expressar o que vivem. As emoções, nessa perspectiva, não são a matéria-prima da experiência que a cultura depois moldaria; elas são constituídas nas e pelas práticas discursivas e relacionais em que emergem, de modo que a felicidade, tristeza, esperança, medo e/ou raiva, no contexto do câncer, são aprendidas, performadas e negociadas em interação com profissionais de saúde, familiares, outras crianças e com o próprio espaço institucional.

A dimensão moral das emoções é particularmente relevante neste contexto, pois, como aponta Arlie Hochschild (1983) em sua análise do trabalho emocional, as sociedades contemporâneas produzem regras, ou *feeling rules*, que prescrevem o que se deve sentir em determinadas situações e como essas emoções devem ser expressas. No contexto do adoecimento infantil, essas regras são especialmente carregadas de estigmas, uma vez que o câncer, como Susan Sontag (1984) argumentou de maneira incisiva, historicamente carrega metáforas de punição e estigmas morais que culpam o sujeito por sua própria condição. No caso das crianças, essa carga moral se desloca para as famílias, especialmente para as mães, frequentemente acusadas de negligência ou de não terem percebido os sintomas a tempo, e para as próprias crianças, sobre as quais se projeta a expectativa de performances de força, superação e gratidão. Essas regras de sentimento são dispositivos que as próprias pessoas mobilizam para organizar sua experiência emocional e que também podem ser negociados, recusados ou subvertidos pelas crianças, como veremos adiante.

A pesquisa ancora-se, ainda, na noção de “doença comprida” elaborada por Soraya Fleischer e Mónica Franch (2015), uma categoria que captura a experiência de doenças crônicas como processos de longa duração, que não têm começo e fim bem delimitados, que reconfiguram rotinas, relações, expectativas e corpos de forma contínua e muitas vezes imprevisível. A doença comprida não é só uma enfermidade que dura muito: é uma condição que reorganiza o tempo vivido, que torna a experiência do presente inseparável de um passado de diagnósticos e de um futuro de incertezas. O câncer infantil, nesse sentido, é paradigmaticamente uma doença comprida, pois o tratamento, com seus ciclos de quimioterapia, exames, internações, consultas periódicas e efeitos colaterais – que persistem mesmo nos períodos de remissão – impõe às crianças e suas famílias uma temporalidade particular, marcada pela alternância entre períodos de intensidade e períodos de espera em meio a urgência do tratamento e a necessidade de colocar alguma normalidade no cotidiano.

Uma das primeiras descobertas do campo foi justamente o ritmo da casa: as crianças chegam nas segundas, terças e/ou quartas, que são os dias de consulta no Laureano, e partem depois; na quinta e na sexta, a casa esvazia. Esse fluxo impõe à minha própria etnografia uma temporalidade fragmentada, feita de encontros curtos e intensos com crianças que talvez eu veja poucas vezes antes de retornarem a tantos municípios do interior cujos nomes vão aparecendo nas conversas. Aprender a fazer etnografia nesse ritmo e a construir relações na intermitência, com crianças que não estão sempre ali, é, em si mesmo, um desafio metodológico que a noção de doença comprida ajuda a nomear: o campo também é comprido, também não tem começo e fim bem delimitados, também exige uma presença que se sustenta no tempo.

A Casa da Criança existe precisamente nesse interstício: ela é o lugar onde as famílias do interior do estado ficam nos dias de consulta; um espaço de passagem que, paradoxalmente, se torna um espaço de permanência afetiva para as crianças que ali constroem relações, afetos e rotinas próprias. E é a partir desse diálogo entre a noção de doença comprida e a tradição consolidada sobre itinerários terapêuticos – noção utilizada na Antropologia da Saúde para descrever os percursos que famílias e indivíduos percorrem em busca de cuidado, passando por diferentes sistemas, instituições e práticas (Alves; Souza, 1999; Gerhardt, 2006) – que proponho o conceito de itinerâncias afetivas. Esse conceito parte de uma constatação simples: quando uma família percorre centenas de quilômetros do interior da Paraíba até João Pessoa para uma consulta, não são apenas corpos que se deslocam, são afetos que se movem junto, são esperanças, medos, expectativas e memórias que viajam junto. A doença comprida é também, nesse sentido, uma itinerância afetiva: um percurso de aprendizado emocional que se estende no tempo e no espaço, que atravessa diferentes configurações relacionais e que produz saberes sobre como sentir – saberes que as crianças carregam consigo muito além do período de tratamento.

As itinerâncias afetivas são, assim, os movimentos emocionais que acompanham o adoecimento e o cuidado; os afetos que se mobilizam junto com os corpos, como parte constitutiva da experiência do câncer na infância. Isso implica perguntar: quais emoções são nomeadas, quais são silenciadas, quais são incentivadas e quais são desencorajadas ao longo do tratamento? Quem tem autoridade para definir o que é sentir adequadamente nesse contexto? Como crianças de diferentes idades, gêneros, territórios de origem e pertencas religiosas constroem repertórios emocionais distintos a partir de uma experiência aparentemente comum? As itinerâncias afetivas são, assim, sempre

situadas e marcadas por desigualdades estruturais, e é isso que as torna um objeto privilegiado para pensar a micropolítica das emoções, ou seja, os modos pelos quais o sentir articula-se com relações de poder no interior dos espaços institucionais.

Pesquisar com crianças: desafios éticos e metodológicos

Nas últimas décadas, as crianças deixaram de ocupar uma posição periférica na produção antropológica para se tornarem interlocutoras centrais de um campo de pesquisa em expansão. Os estudos reunidos sobre a antropologia da criança (Cohn, 2005; Pires, 2007) e da(s) infância(s) (Abramowicz, 2022) têm deslocado perspectivas adultocêntricas (Abaunza, 2021) e colonizadoras (Oliveira, 2023). Em seu lugar, emergem pesquisas que reconhecem as crianças como participantes ativas da vida social, produtoras de conhecimentos, relações e formas próprias de compreender/transformar o mundo. Ainda assim, a pesquisa com crianças em contexto de saúde impõe desafios metodológicos e éticos específicos.

A distinção entre pesquisar **com** crianças e pesquisar **sobre** crianças implica um posicionamento epistemológico sobre quem pode produzir conhecimento, sobre o estatuto da voz infantil no processo de pesquisa, e sobre o que conta como dado etnográfico. Nesta pesquisa, parto do entendimento de que as crianças são sujeitos do conhecimento, não meros informantes de um mundo adulto que a pesquisadora teria melhor condição de interpretar. São atores sociais com perspectivas próprias, com teorias sobre o mundo, com formas de resistência e de agência que o método etnográfico precisa estar equipado para capturar.

Isso tem implicações diretas para as escolhas metodológicas. Antes do início do campo, planejei com cuidado uma metodologia centrada em formas não verbais de expressão: sobretudo desenhos como porta de entrada para a subjetividade das crianças. A ideia era oferecer papel e lápis de cor, propor que desenhassem “como se sentem aqui” – não me parecia interessante pedir para elas desenharem do que tem medo ou o que as deixam felizes, não queria interferir diretamente nisso – e a partir das produções gráficas abrir conversas sobre emoções e experiências. Essa proposta apoiava-se em uma literatura consolidada sobre o uso do desenho na pesquisa com crianças (Gobbi, 2002; Leite, 2011), e parecia metodologicamente sólida.

O campo pensou diferente. Nas primeiras semanas, quando ofereci os materiais e propus a atividade, as crianças recusaram; não de forma hostil, mas com uma clareza que não deixava margem a dúvidas. “Não tô com vontade de desenhar, tia”, “Quero

brincar, vamos jogar vôlei comigo” ou “Não sei o que desenhar”. A atividade havia sido proposta por mim, com os meus objetivos, mas as crianças toleraram por alguns minutos e então foram para o parquinho brincar me chamando para ir junto. Quero acreditar que a recusa foi um dado, uma forma de comunicação que precisava ser lida como tal. As crianças estavam me dizendo algo sobre o que elas queriam que fosse a minha presença ali, sobre como queriam ser pesquisadas. Não era no papel e lápis, mas correndo, brincando, jogando vôlei, disputando a bola e rindo de mim quando eu não tinha “pique” suficiente para acompanhar o ritmo delas. Foi no parquinho, e não na mesa de desenho, que as falas mais densas analiticamente emergiram. Foi no movimento, no grito, na risada, no “você acha que se tivesse só uma criança essa casa ia existir?” que o campo começou a acontecer de verdade.

Essa constatação me levou a rever não apenas a técnica, mas a própria concepção de método. O que estou aprendendo, nas primeiras semanas de campo, é que a etnografia com crianças em contexto de saúde exige uma disponibilidade para o inesperado que vai além da flexibilidade metodológica usual. Exige que a pesquisadora esteja disposta a ser avaliada pelas crianças. Bia, por exemplo, percebeu que eu estava com sede e pediu para eu levar garrafa de água na próxima vez que fosse. A criança estava cuidando da pesquisadora. Essa inversão, que Corsaro (2011) chama de “adulto atípico” (*atypical adult*), é ela mesma um dado etnográfico sobre as formas de cuidado e de atenção ao outro que as crianças desenvolvem em contextos de adoecimento.

Do ponto de vista ético, pesquisar com crianças em contexto oncológico impõe cuidados específicos que vão além dos protocolos formais, embora esses também sejam necessários e tenham sido cumpridos: a pesquisa está devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com carta de anuência institucional e instrumentos de consentimento e assentimento elaborados para as especificidades do campo. O cuidado ético que me parece mais relevante, contudo, é de outra natureza: é a permanente atenção ao quanto a presença da pesquisadora pode mobilizar em crianças já expostas a uma quantidade significativa de intervenções de adultos e expectativas de performance emocional que não são delas. Há um risco real, em contextos oncológicos, de que a pesquisadora se torne mais um adulto demandando que a criança elabore, verbalize ou se expresse, quando o que a criança talvez precise é simplesmente jogar bola.

Volto então à frase de Bia, não porque ela resolva as perguntas da pesquisa, mas porque ela as complexifica de um modo que nenhum quadro teórico prévio teria conseguido antecipar. A Casa da Criança com Câncer é uma instituição filantrópica que

depende de doações, de trabalho voluntário e de uma reputação construída no campo da assistência à criança com câncer. Ela existe, em sentido muito concreto, porque famílias a utilizam, porque crianças chegam, dormem, brincam, comem, fazem ruído. Sem esse fluxo constante de corpos e histórias, o prédio seria apenas um prédio. Bia, de alguma forma, sabia disso. O que me interessa nessa frase, do ponto de vista das itinerâncias afetivas, é o que ela revela sobre a relação entre presença e pertencimento em um espaço de passagem. Bia não mora na Casa, ela vai e vem, como todas as crianças, conforme o calendário do tratamento. Sua presença ali é, por definição, intermitente. E ainda assim ela reconhece, e reivindica, que essa presença é o que dá vida ao espaço. Há uma agência emocional e relacional que se constitui na e pela relação com o espaço, com as outras crianças e com as pessoas que sustentam a casa.

Essa dimensão política das emoções, ou seja, a consciência de que o sentir está implicado em relações de poder e em disputas sobre pertencimento e reconhecimento, aparece nas crianças da Casa de formas variadas, nem sempre tão explícitas quanto na fala de Bia. Aparece também nas formas como as crianças recusam ou negociam as expectativas emocionais que os adultos projetam sobre elas. Carlos – que sempre que me vê, pisca o olho como se fosse uma maneira de se conectar comigo – tem onze ou doze anos e uma energia inquieta que não cabe em nenhuma sala de aula. Nas aulas de violino oferecidas pela casa de forma gratuita – parte de um projeto social intermediado pela assistente social – ele frequentemente se recusa a participar, o que gera repreensões dos adultos. “Você não vai aproveitar?” pergunta a professora. “São aulas gratuitas”. Carlos ouve calado, com os braços cruzados. Nesse dia ele disse que ia ao banheiro e pediu para brincar de adedonha comigo no espaço da brinquedoteca.

Há aqui, talvez uma política do sentimento que vale a pena examinar: a expectativa de que crianças com câncer aproveitem as oportunidades que lhes são oferecidas, que se mostrem gratas, que se engajem – e a experiência de desconforto que a recusa produz nos adultos que organizaram essas oportunidades. As mães e avós que acompanham as crianças compõem um outro estrato dessa micropolítica emocional. Elas são, em sua grande maioria, mulheres que interromperam trabalhos, relações e/ou rotinas para acompanhar o tratamento dos filhos e netos. Elas sentam na sombra da área externa, com semblantes cansados, enquanto os filhos correm e raramente falam sobre o que sentem. A emoção, quando aparece, aparece no corpo: no olhar que acompanha cada movimento da criança no parquinho, no “devagar, para não cair” ou “não vai para

o sol por causa do curativo na cabeça”, que sai quase automaticamente quando a criança corre muito rápido.

A religiosidade atravessa a Casa de forma discreta mas constante, e sua presença é um dos dispositivos que me parecem mais interessantes, ao menos nesse início de campo. Em quase todas as tardes que passei ali, havia um rádio tocando baixinho em algum cômodo música gospel, canções que falam sobre a presença de Deus, sobre lágrimas que não são em vão e sobre a força que vem de cima. Os voluntários que chegam são, em sua maioria, de igrejas ou de faculdades; as acompanhantes frequentemente recorrem a expressões como “Deus sabe o que faz” ou “Ele não dá o que a gente não consegue aguentar”. Não se trata de descrever essa presença religiosa para avaliá-la, se ela é boa ou ruim para as crianças, se “ajuda” ou “atrapalha” o tratamento, mas de entendê-la como um dispositivo de regulação emocional: um conjunto de práticas, linguagens e símbolos que organizam o que pode ser sentido, como pode ser expresso e de que forma o sofrimento pode ser ressignificado. A religiosidade oferece às famílias uma linguagem para o inexplicável e ela nomeia o que seria difícil de nomear de outra forma, cria uma continuidade entre o antes e o depois do diagnóstico, e insere o sofrimento individual em uma narrativa coletiva de sentido, operando como um dos principais repertórios disponíveis para essa moralização do sentir.

Mas essa regulação também tem seus limites e seus custos, pois a linguagem religiosa do sofrimento como prova e da alegria como testemunho pode criar expectativas que as crianças não conseguem ou não querem cumprir, transformando a tristeza em falha moral: “não pode ficar triste, não pode se entregar” e o medo em falta de fé. Presenciei situações em que adultos, bem-intencionados, usavam referências religiosas para tentar reconfortar crianças que apresentavam sinais de sofrimento emocional, sem perceber que a própria linguagem do reconforto poderia estar intensificando a pressão sobre a criança para que ela se sentisse de determinada forma.

Algumas reflexões finais

Este ensaio não conclui, e não poderia concluir, dado o estágio em que a pesquisa se encontra; e o que ofereço aqui são os primeiros contornos de um argumento em formação – a defesa de que as emoções das crianças com câncer são práticas emocionais e morais que organizam sua experiência de adoecimento; e que o conceito de itinerâncias pode ser interessante para ajudar a pensar os percursos do sentir que

acompanham os deslocamentos físicos e relacionais impostos pelo tratamento. O que o campo já está mostrando é que as crianças da Casa não são receptoras passivas de regimes emocionais adultos; elas negociam, recusam e produzem emoções em interação com o espaço, com as outras crianças, com os adultos e com os dispositivos religiosos e institucionais que atravessam seu cotidiano.

Em um dos primeiros dias de campo, Bia me testou o tempo inteiro: corremos, jogamos vôlei e amarrei o cabelo dela dezenas de vezes. No final, quando eu não conseguia pegar a bola, ela disse que teve “pena de mim” e jogou a bola baixinho para eu pegar e logo depois perguntou: “tia, quando cê vem agora?”. Concordo com Bonet (2025) quando ele diz que as emoções são como “conectoras” que tecem as malhas das relações e dos mundos da vida. Nesse caso, foi a brincadeira, e não a entrevista nem o desenho, que conectou a minha presença à confiança dela. A antropologia das emoções com crianças precisa levar a brincadeira a sério como método e como dado? E o que a brincadeira nos faz pensar sobre as emoções que o discurso não alcança? Esse é um caminho possível? Também concordo com a Sara Ahmed (2004) quando nos coloca que as emoções não residem nos sujeitos, mas *stick*, ou grudam, nas relações que se estabelecem entre eles. As emoções podem circular entre criança, mãe, equipe, medicação, brinquedo, exame, voluntários, quartos. Então como pensar etnograficamente essa circulação sem fixar a emoção “na” criança?

As perguntas que deixo são, portanto, simultaneamente teóricas, metodológicas e éticas. Como capturar, etnograficamente, emoções que se expressam principalmente no corpo e no movimento? Como analisar a dimensão política das emoções infantis sem apagar a especificidade da experiência da criança em nome de categorias analíticas adultas? Como a religiosidade pode ser pensada de forma que não a trate como variável independente, mas como prática relacional imersa nas relações de poder? Essas perguntas me parecem ser o próprio motor da pesquisa e é com elas que gostaria de contar com a interlocução do GT.

Referências

AHMED, Sara. **The cultural politics of emotion**. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2004.

ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Política & Trabalho**, [S. l.], v. 1, n. 42, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>. Acesso em: 23 jun. 2026.

BONET, Octavio Andres Ramon. As emoções como conectoras nas malhas dos mundos. Por uma antropologia das emoções ampliada. **Revista de Antropologia**, 2025, 68: e225337. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ra/a/vVQ83rhyx4pqBb9WwNrJCQm/?lang=pt>. Acesso em 22 de jun. 2026.

COELHO, Maria Claudia; REZENDE, Claudia. O campo da antropologia das emoções. In: COELHO, Maria Claudia; REZENDE, Claudia (org.). **Cultura e Sentimentos: ensaios em antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p. 7-29.

COELHO, Maria Claudia; DURÃO, Susana; VIANNA, Adriana. Entrevista - Antropologia com Emoção. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-224, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132012000100008>. Acesso em: 29 jun. 2026.

CORSARO, William A. **Sociologia da infância**. Tradução de L-G. R. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

DAS, Veena. **Life and words: violence and the descent into the ordinary**. Berkeley: University of California Press, 2007.

FLEISCHER, Soraya; FRANCH, Mónica. Uma dor que não passa: aportes teórico-metodológicos de uma antropologia das doenças compridas. **Política & Trabalho**, 2015, 42. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/88125362/14154.pdf>. Acesso em 20 de jun. 2026.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade de cuidados na atenção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 23 jun. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2026**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17914>. Acesso em: 23 jun. 2026.

LUTZ, Catherine A. **Unnatural emotions**: Everyday sentiments on a Micronesian atoll & their challenge to Western theory. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

LUTZ, Catherine A.; ABU-LUGHOD, Lila (org.). **Language and the politics of emotion**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

REZENDE, Claudia Barcellos; COELHO, Maria Claudia. **Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.