

La trottola di Paulínia - AT de idosos em ILPI: demência, transferência, holding e a ética da verdade

Brigitte Carolina Tellez Percini

Quando uma família procura uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), raramente chega inteira. Chegam pedaços. Um filho mais disponível, outro mais ausente, culpas mal distribuídas, decisões tomadas às pressas. No caso da família de Paulínia, não foi diferente.

Paulínia tem 85 anos. Mas chamá-la de *senhorinha* seria um erro clínico e eu diria ético também. Há nela uma firmeza que desmente a idade: postura ereta, passos decididos, roupas largas, de corte masculino, escolhidas sem pedir licença a ninguém. Os cabelos são brancos, lisos, abundantes, cortados com precisão no estilo “joãozinho” — um corte que não pede aprovação e não admite concessões.

O que mais chama atenção, no entanto, é o olhar. Dois olhos de um azul quase impossível, como pedras de água-marinha. Às vezes brilhantes, às vezes opacos, conforme o humor, a memória ou o afeto do momento. Um brilho que se acende e se apaga em conexão direta com o sorriso: dentes próprios, bem cuidados, exibidos com certa ironia, como quem ainda sabe exatamente quem é.

Na testa, porém, há um contraste que quebra a cena. Um grande hematoma, já esverdeado pelo passar dos dias. A marca não é recente, mas também não é antiga o suficiente para ser ignorada. Ele confirma, sem precisar de palavras, o relato feito pelo filho mais velho: Paulínia havia se machucado sozinha. Autolesão. Um termo técnico demais para um gesto tão humano — e tão inquietante.

Diante dela, a pergunta que atravessa profissionais, familiares e instituições parece simples, mas nunca é: Afinal, qual é o diagnóstico de Dona Paulínia?

Demência? Qual tipo? Depressão? Trauma antigo reaparecendo? Um luto mal elaborado? Um cérebro que envelhece? Ou um sujeito que resiste?

Antes de qualquer resposta, há Paulínia.

E seus pensamentos giram. Giram rápido. Giram sem parar.

Como uma *trottola*.

Trottola é a palavra que Paulínia encontra para dizer o que acontece em sua cabeça. Em italiano, *trottola* significa **pião** — aquele brinquedo que gira rápido, sem parar, às vezes bonito de ver, às vezes impossível de controlar.

Mas a *trottola* de Paulínia não gira em português.

Há algo de profundamente clínico nisso. Quando sua mente acelera, quando os pensamentos se atropelam, quando a angústia sobe, é o italiano — sua língua primeira, língua da infância, da guerra, da migração e da sobrevivência — que permanece. O português, aprendido mais tarde, vai sendo excluído desse giro.

Sua *trottola* é, ao mesmo tempo, um sintoma neurológico, uma marca biográfica e uma solução psíquica: quando o pensamento perde o eixo, ele retorna ao idioma que a sustentou nos momentos mais primitivos da vida.

Assim, Paulínia não diz apenas que está confusa. Ela diz, com precisão poética e clínica: “Minha cabeça virou uma *trottola*.”

E nessa palavra, o cérebro que envelhece, a história que insiste e o sujeito que resiste continuam girando — ainda em movimento, ainda vivos, ainda dizendo algo.

Nosso encontro

Vou ao encontro de Paulínia. Me apresento e digo minha profissão: sou psicóloga e gerontóloga. Ela me olha como se já me conhecesse.

— Você cuida da cabeça?

— E das emoções — respondo.

Ela faz uma breve pausa e então aponta para as próprias roupas: um cardigã preto de lã, uma calça de moletom, uma camisa polo um pouco larga para seu tamanho.

— Eu vou poder usar minhas roupas aqui?

— Aqui a senhora é livre para se vestir como quiser.

Ela segura a roupa por alguns segundos, como quem segura algo que é mais do que tecido. Não é apenas um cardigã, uma calça de moletom ou uma camisa polo larga demais. É identidade. É história. É continuação de si.

Quando respondo que ela é livre para se vestir como quiser, Paulínia relaxa os ombros quase imperceptivelmente. O olhar azul se aquieta. Algo se organiza antes mesmo de qualquer palavra. Na clínica do acompanhamento terapêutico (AT) com idosos, o acolhimento não se limita à escuta verbal. Ele começa no reconhecimento do sujeito em seus modos singulares de existir — no corpo, na roupa, na postura, na escolha do que ainda pode ser decidido. A literatura sobre o acompanhamento terapêutico aponta que, especialmente em contextos institucionais, pequenas intervenções no cotidiano podem funcionar como operadores clínicos potentes, pois devolvem ao sujeito um lugar de agência frente a situações frequentemente vividas

como perda de controle (Palombini, 2009). Paulínia não me perguntava apenas se podia usar aquelas roupas. Ela perguntava, à sua maneira, se ainda poderia ser quem sempre foi. No AT com idosos, acolher não é infantilizar, suavizar excessivamente ou proteger do real. Acolher é sustentar um espaço onde o sujeito não precise se defender o tempo todo. Onde não precise negociar sua identidade para ser cuidado. O vínculo terapêutico se constrói quando o profissional reconhece o idoso como sujeito de desejo, história e escolhas, mesmo diante das limitações impostas pelo envelhecimento ou pela doença, princípio fundamental do cuidado centrado na pessoa descrito por Kitwood (1997).

Ao validar sua forma de se vestir, eu não fazia um gesto de gentileza — fazia um gesto clínico. Criava, ali, as primeiras bordas de um vínculo que não se apoiaria na fragilidade, mas no reconhecimento e na sustentação de suas escolhas possíveis. Num ambiente onde tantas decisões passam a ser tomadas por outros, preservar aquilo que ainda pode ser escolhido torna-se, muitas vezes, uma intervenção tão potente quanto qualquer técnica.

No Acompanhamento Terapêutico, esse acolhimento inicial é o que permite que, mais adiante, conteúdos mais angustiantes — como o esquecimento, a perda da linguagem, a ideia de morte ou a ameaça da demência — possam emergir sem que o sujeito se desorganize completamente. Antes que a clínica se dê pela palavra, ela se dá pelo encontro.

Paulínia me olha como quem encontra algo que não lhe é estranho, algo diante do qual não precisa se defender. Não é a instituição. Não é a profissional. É a possibilidade de existir ali sem precisar se despir de si. Como lembra Freud (1919), o que angustia nem sempre é o totalmente desconhecido, mas aquilo que deveria ser íntimo e seguro e, de repente, deixa de sê-lo. Na velhice e na doença, o próprio mundo pode adquirir esse caráter inquietante. Talvez por isso, naquele primeiro encontro, Paulínia buscasse apenas um lugar que não lhe fosse hostil.

E é assim que meu trabalho clínico com ela começa, inicialmente como psicóloga da instituição — e que, mais tarde, se desdobrará também no acompanhamento terapêutico. Não pela cabeça. Nem pelas emoções. Mas pelo reconhecimento.

É importante dizer que, naquele momento, eu não entrava na cena como acompanhante terapêutica, mas como psicóloga da instituição. Meu trabalho fazia parte da equipe da ILPI, acompanhando residentes e famílias nos atravessamentos que a institucionalização inevitavelmente produz.

Ainda assim, percebo que muitas das ferramentas clínicas utilizadas naquele encontro dialogam com aquilo que, mais tarde, se formalizaria como acompanhamento terapêutico. Não se tratava ainda de um at contratado, mas de uma postura clínica que circula entre escuta, presença e sustentação de laços no cotidiano institucional.

Talvez por isso a passagem tenha sido tão natural quando, algum tempo depois, Paulínia me convoca não apenas como psicóloga da casa, mas como alguém que pudesse acompanhá-la de modo mais próximo e contínuo. O que antes era apenas

manejo institucional transforma-se, então, também em acompanhamento terapêutico propriamente dito.

Como esperado, os primeiros dias de institucionalização de Paulínia foram intensos. Um pouco desorientada, outro tanto chateada. O corpo denunciava o impacto da ruptura antes mesmo que as palavras conseguissem se organizar.

Peço licença e me sento ao pé da cama.

— Vejo como estes dias têm sido difíceis, Paulínia. Hoje você ainda não saiu do quarto — digo, com a voz baixa, respeitando o ritmo dela.

— Eu não quero mais viver — responde, seca.

A frase cai no quarto sem pedir licença.

Escuto. Não interrompo. Ela continua, agora com dificuldade para encontrar as palavras em italiano:

— Eu não quero ficar aqui.

— Para onde a senhora gostaria de ir? — pergunto, não para corrigir a realidade, mas para convidar o desejo a aparecer.

— Para uma das minhas propriedades.

Faço uma pausa antes de responder. Não confronto o desejo. Não desminto a fantasia. Sustento a cena.

— Entendo... — digo. — Mas agora a senhora está aqui porque algo no seu corpo, na sua cabeça, começou a pedir cuidado. E a gente ainda precisa entender juntas o que é isso.

Ela franze a testa, confusa.

— Que doença?

— Ainda não sabemos. Você acabou de chegar. O médico solicitará exames, como psicóloga preciso aplicar testes, e um rastreamento cognitivo.

Ela abaixa o olhar.

— Da cabeça?

— Pode ser. Ainda é cedo para falarmos em um diagnóstico fechado. Seu filho comentou a possibilidade de demência, mas há muitos quadros que precisam ser investigados. Algumas condições são reversíveis, como alterações por deficiência de vitamina B12.

Ela não me deixa terminar. Num rompante de fúria, fala firme:

— Se eu for viver que nem os outros aqui, eu me mato!

A frase me atravessa por dentro, mas não permito que isso chegue à cena. Sustento o tom, o corpo, a presença.

— Entendo que, do jeito que você está se sentindo agora, não queira continuar. É justamente por isso que vamos juntas descobrir o que você tem e como podemos manejar tudo isso. Algumas condições não têm cura, é verdade, mas existem maneiras de viver melhor esta fase.

— E se eu ficar como ela? — pergunta, apontando para outra moradora com Alzheimer.

Seguro suas mãos geladas e trêmulas. Coloco-me à altura dos seus olhos.

— Ela não sofre. Aqui cuidamos dela. E você também será cuidada.

Paulínia se cala. O corpo permanece tenso, as mãos frias ainda entre as minhas. Não retiro o contato. No acompanhamento com pessoas idosas, muitas vezes o primeiro manejo não é interpretar nem explicar. É sustentar presença. Sustentar corpo. Sustentar tempo.

Quando Paulínia diz “eu me mato”, escuto menos uma ameaça literal e mais uma recusa radical à vida tal como ela imagina que será obrigada a viver. Na psicanálise, desde Freud até Lacan, sabemos que nem toda fala sobre morte configura uma passagem ao ato. Muitas vezes, trata-se de uma tentativa de simbolizar o insuportável, de nomear uma angústia ainda sem palavras, de interromper uma experiência subjetiva vivida como aniquiladora (Freud, 1917; Lacan, 1962-1963).

O sujeito não quer necessariamente deixar de existir.

Quer deixar de existir daquele modo.

Na clínica com pessoas idosas institucionalizadas, essa fala aparece com frequência nos primeiros dias. A ruptura com a casa, os objetos, a rotina e a fantasia de autonomia podem produzir uma vivência de perda de si. Esse momento se configura como um período crítico de adaptação, no qual sentimentos de desamparo, medo e despersonalização emergem com intensidade, exigindo uma presença clínica que vá além da contenção medicamentosa como descrevem os estudos sobre institucionalização e cuidado centrado na pessoa idosa (Kitwood, 1997; Neri, 2013). É aqui que o acompanhamento terapêutico torna a postura clínica mais robusta.

O acompanhante terapêutico (at) não responde à fala de morte com alarmismo, tampouco com banalização. Responde sustentando o vínculo como operador clínico. Ao invés de tentar eliminar a angústia, oferece um espaço onde ela possa ser endereçada a um outro, nomeada e, pouco a pouco, simbolizada. É justamente essa possibilidade de endereçamento que reduz o risco de passagem ao ato, pois devolve ao sujeito um lugar de palavra e existência.

Quando Paulínia aponta para a outra moradora e pergunta se ficará “como ela”, não está perguntando apenas sobre diagnóstico. Pergunta se perderá o amor, a dignidade, o lugar no mundo. Minha resposta não nega a realidade, mas também não a brutaliza. Eu não prometo cura. Prometo cuidado, borda, sustentação, reconhecimento.

No acompanhamento terapêutico no envelhecimento, especialmente em contextos de institucionalização, a função do at é sustentar a travessia entre o medo e a possibilidade. Entre o desconhecido da doença e a construção de um modo possível de existir com ela. A presença de um profissional de referência favorece a reorganização subjetiva, diminui vivências de abandono e contribui para a adaptação institucional (Lancetti, 1993; Palombini, 2009).

Paulínia precisa saber que não está sozinha.

Que não será reduzida a um diagnóstico.

Que sua fala, mesmo dura, mesmo extrema, encontra escuta.

É assim que a clínica avança: não silenciando o desejo de morrer, mas escutando o pedido — ainda confuso — de viver diferente.

E, naquele quarto, sentada ao pé da cama, compreendo que o acompanhamento começa exatamente ali: no momento em que a palavra “morte” encontra um outro que não foge, não se assusta e não abandona.

O Acompanhamento Terapêutico do idoso como mediação clínica

Hoje, Paulínia está *rabiattissima* — palavra italiana que ela usa para dizer que está muito brava, tomada por uma irritação que transborda. Um pouco mais do que de costume.

Nossa transferência — termo que Freud utilizou para nomear o vínculo singular que se estabelece entre paciente e terapeuta, no qual afetos, expectativas e experiências passadas são atualizados na relação clínica (Freud, 1912; 1915) — é tamanha que o tom do azul dos seus olhos denuncia seu estado antes mesmo que ela consiga colocá-lo em palavras. Antes que ela diga qualquer coisa, algo já se comunica no espaço entre nós.

Não se trata de adivinhação, nem de fusão emocional. Trata-se de um vínculo construído no tempo, sustentado pela constância e pela confiança, no qual o afeto encontra um lugar possível de inscrição simbólica. É nessa trama relacional que a clínica acontece — muitas vezes antes mesmo da palavra.

E hoje, antes da fala, o azul está mais denso.

— Hoje o dia não está indo muito bem — me adianto, para abrir o caminho do diálogo.

— Hoje estou... estou... — diz, sem conseguir encontrar a palavra.

Ajudo prontamente:

— *Rabiatíssima?*

— Sim — responde, sorrindo de canto de boca.

Ela sempre sorri assim quando arrisco uma palavra no meu italiano precário. Reconhece o esforço. E agradece. Há, nesse pequeno gesto, um pacto silencioso: eu tento falar sua língua, ela me permite entrar um pouco mais na sua história.

— Me conta, por favor.

— Minha amiga Bianca é uma intrometida! — dispara, furiosa.

Bianca é uma das duas últimas amigas vivas de Paulínia. Junto com Maria Paula, formam um trio de migrantes de outra época — amigas que dividiram a vida por mais de setenta anos. São tias formais dos filhos, avós compartilhadas dos netos, confidentes das dores e, agora, também dos sintomas de demência.

É com elas que Paulínia mantém um laço quase imaginário com o mundo de fora. À distância, cuidam da própria vida e da vida dos filhos umas das outras.

Mas, desta vez, Bianca parece ter se excedido...

Paulínia é categórica: nunca mais falará com ela.

— A família é minha! Ela não podia ter feito isso!

O tom me preocupa. É o mesmo tom que já ouvi quando falava do filho caçula, com quem não se comunicava havia cinco anos.

— Ela fala que eu tenho dois filhos, não apenas um! — continua, exaltada.

— E a senhora, o que acha? — pergunto, devolvendo-lhe o lugar de quem sabe de si.

— Sim... tenho dois.

— Está sentindo falta do seu filho caçula?

— Sim — responde, agora com vergonha.

— Tudo bem sentir falta. É seu filho. A senhora gostaria de vê-lo? Gostaria da visita dele?

Ela se cala. Me olha.

— Não sei.

La trottola di Paulínia - AT de idosos em ILPI: demência, transferência, holding e a ética ...

— Tudo bem, Paulínia. Quando ele vier, pensamos juntas, pode ser? Nada será feito sem a sua autorização.

Devolvo, ali, o controle que Bianca havia retirado ao passar o endereço da clínica para o filho caçula.

— Você vai estar aqui? — pergunta, apreensiva.

— Se eu não estiver, peça para me chamarem. Combinado?

Alguns dias depois, o interfone toca.

— Bom dia... posso ver a minha mãe? — pergunta uma voz em tom quase infantil.

Ao olhar pela janela da minha sala, não preciso perguntar o nome da mãe. Vejo ali uma versão masculina, mais jovem, de Paulínia. O mesmo traço. O mesmo olhar.

Sorrio, agora preocupada, para o homem de um pouco mais de quarenta anos do outro lado do portão — um portão que, mais do que proteger a instituição, protege Paulínia de qualquer um que possa lhe retirar autoridade e controle.

— Boa tarde, Léo — cumprimento com firmeza. — Vou verificar com Dona Paulínia se ela deseja receber sua visita.

Ele me devolve um olhar dócil.

Vou até ela, sem rodeios:

— Paulínia, o Léo está lá fora e gostaria de vê-la. A senhora quer recebê-lo?

— Maximiliano não vai gostar — responde automaticamente.

— Mas a senhora quer ver seu filho caçula? — insisto, não no conflito, mas no desejo.

— Sim..., mas...

Lembro do enredo familiar, da fratura. Me ofereço como ponte.

— Posso chamar o Maximiliano também, se a senhora quiser.

Por um segundo, seu olhar se ilumina. Em seguida, a angústia retorna.

— Podemos fazer assim — proponho. — A senhora recebe o Léo, e eu falo com seu filho mais velho.

Minha segurança vinha do fato de que o conflito não era entre irmãos, mas entre mãe e filho.

— Mas você pode ficar junto? — pede. — Você me ajuda quando eu não encontrar as palavras?

Concordo. Saímos de mãos dadas ao encontro.

Quarenta minutos depois, Maximiliano chega apressado, visivelmente preocupado.

— Agora estão completos — digo, levantando-me. — Aqui, na casa onde sua mãe mora, é ela quem determina as regras.

Coloco Paulínia no centro da cena.

Olho para ela:

— Dona Paulínia, se a senhora quiser descansar ou encerrar a visita, é só me chamar, tudo bem? Posso aguardar do lado de fora?

Seguro sua mão enquanto falo. Ela sorri de canto. Nosso sinal secreto.

Saio.

Entrego a eles a possibilidade da conciliação.

Minha participação final reduz-se a um gesto simples: tirar uma foto da família abraçada, reconciliada, diante da árvore de Natal da sala.

No acompanhamento terapêutico no envelhecimento, a função do terapeuta não se restringe ao cuidado direto nem à contenção emocional. O at ocupa, sobretudo, um lugar de **mediação clínica**: entre a pessoa idosa e a família, entre o desejo e o medo, entre a memória que falha e os laços que insistem em existir.

Diferentemente de uma mediação jurídica ou pedagógica, a mediação no AT não busca acordos formais nem reconciliações forçadas. Seu eixo é a preservação da posição subjetiva do idoso, garantindo que ele não seja falado, decidido ou atravessado pelo outro sem consentimento.

Em contextos de demência, nos quais a autonomia costuma ser questionada ou retirada precocemente, essa função torna-se ainda mais central.

Autores do campo do acompanhamento terapêutico, como Lancetti (1993) e Saraceno (2001), descrevem o at como um operador de circulação: alguém que possibilita encontros, mas também sustenta limites; que promove aproximações sem violentar o tempo psíquico do sujeito.

No caso de Paulínia, a mediação não se dá apenas entre mãe e filhos, mas entre **autoridade e cuidado**. Ao assegurar que nenhuma visita ocorra sem sua autorização, o at devolve à idosa um lugar frequentemente perdido na velhice institucionalizada: o lugar de quem decide. Essa devolução produz efeitos diretos na diminuição da angústia e dos sintomas comportamentais, pois restaura um mínimo de controle simbólico sobre a própria vida.

Do ponto de vista psicanalítico, trata-se de sustentar a função do Outro de maneira não invasiva. Em Lacan (1964), o Outro não é apenas a pessoa do terapeuta, mas o lugar simbólico onde a palavra pode encontrar escuta e inscrição. No acompanhamento terapêutico, essa função precisa operar sem captura: o acompanhante organiza a cena, sustenta as bordas do encontro, mas sabe retirar-se no momento em que a relação pode acontecer sem sua mediação.

Essa retirada não é ausência. É ato clínico. Como nos lembra Winnicott (1965), a sustentação suficientemente boa implica oferecer suporte sem invadir, presença sem sobreposição. Estar disponível sem capturar. Estar presente sem ocupar o centro.

Nos quadros demenciais, a mediação do at inclui ainda a mediação da linguagem. Ajudar a pessoa idosa a encontrar palavras, traduzir afetos, sustentar silêncios e proteger o sujeito do constrangimento do esquecimento são funções centrais. Ao oferecer-se como apoio — “quando eu não encontrar as palavras” — o terapeuta não substitui o sujeito, mas o acompanha no ponto exato da falha, sem expô-lo.

A mediação bem-sucedida no acompanhamento terapêutico é aquela que, ao final, quase desaparece. Quando o encontro acontece, quando a família pode se abraçar, quando a foto é possível, o trabalho já foi feito.

O at, então, sai da cena.

Não por ausência.

Mas porque cumpriu sua função.

Nesse sentido, o acompanhamento terapêutico não é o protagonista da história. É aquele que cuida para que a pessoa idosa continue sendo.

Holding, transferência e o tempo no at do idoso

Os encontros com Paulínia acontecem quase todos os dias — rápidos, breves, atravessando salas e corredores da clínica, em gestos que misturam cotidiano e cuidado. São conversas curtas, mas constantes, como pequenas costuras que sustentam o vínculo.

Um dia, ela me chama:

— *Queria conversar com você* — diz em italiano, língua que para mim já se tornou familiar.

— Claro, estou sempre por aqui — respondo, com naturalidade.

Ela me interrompe:

— Não. Eu preciso da sua ajuda..., mas ajuda de verdade. Ajuda do seu conhecimento, não apenas do seu afeto.

La trottola di Paulínia - AT de idosos em ILPI: demência, transferência, holding e a ética ...

A fala me atravessa. Antes mesmo de pensar teoricamente, algo se move em mim: *Onde estou sendo faltosa?* — pergunto-me, em silêncio.

— Pode me explicar melhor? — arrisco, surpresa.

— Tenho pensado muito. Você pode me ajudar, mas precisamos de mais tempo. Encontros formais. Mais longos. Privados.

— Claro, Dona Paulínia. Vou olhar minha agenda e marcamos.

Ela sorri. Agradece.

Ali percebo algo fundamental: Paulínia me autoriza acompanhar o seu processo singular de envelhecimento. Ela subverte a fantasia comum — não é uma idosa frágil pedindo colo, mas um sujeito exigindo clínica. E eu compareço.

Reviso minha agenda. Em um papel, escrevo em letras grandes: **“Atendimento com a Brigitte — toda quarta-feira, 16h”**. Entrego em suas mãos.

Ela lê com atenção, dobra o papel com cuidado, guarda no bolso e me olha com satisfação.

Os dias passam. Paulínia mantém o papel consigo. Tira-o do bolso várias vezes ao dia. Pergunta a quem passa se já é quarta-feira. Confirma repetidamente que ainda não chegou o dia. Agora ela tem um compromisso. Um evento. Um ponto fixo na semana.

Ao instituir um dia e um horário, percebo que não ofereci apenas um atendimento — ofereci **tempo**. Um tempo marcado, esperado, investido de sentido.

Mesmo quando a memória falha, o sujeito pode se sustentar na espera de um encontro.

No acompanhamento terapêutico da pessoa idosa, a clínica acontece quando o tempo deixa de apenas passar e passa a ser **sustentado por um laço**.

Do ponto de vista psicanalítico, esse gesto se aproxima da função de *holding*, tal como formulada pelo psicanalista Donald Winnicott: uma sustentação ambiental e relacional que permite ao sujeito sentir-se seguro o suficiente para existir, pensar e se organizar psiquicamente (Winnicott, 1965). No contexto da velhice e das demências, o *holding* não se dá apenas pelo cuidado físico, mas pela constância, previsibilidade e confiabilidade do vínculo.

O papel no bolso de Paulínia funciona como um objeto de amarração simbólica. Ele organiza o tempo, sustenta a espera e protege algo do risco de dispersão subjetiva. Onde a memória falha, o vínculo insiste.

É nesse espaço que a transferência se constrói. Não como idealização ingênua, mas como campo no qual afetos, expectativas, medos e desejos podem ser depositados e trabalhados. A demanda de Paulínia — “não apenas seu afeto, mas seu

conhecimento” — revela uma transferência que convoca o terapeuta a sustentar uma posição ética: nem salvador, nem espectador, mas presença clínica responsável (Freud, 1912; Lacan, 1964).

No acompanhamento terapêutico, essa transferência se encarna no cotidiano: nos horários cumpridos, nos encontros sustentados, na palavra que não desaparece. O ato oferece um corpo presente, um tempo regular e um Outro suficientemente estável para que o sujeito, mesmo atravessado pela perda, não se dissolva.

Paulínia não pediu apenas atenção.

Pediu contorno.

Pediu continuidade.

Pediu clínica.

Compreendi, então, que o trabalho já havia começado - ali quando o tempo se transforma em vínculo, e o vínculo se torna sustentação.

Verdade, consciência e participação: falar da demência como ato clínico

Chega o dia do nosso encontro. Paulínia está na sala. Sei que há dois dias ela vem mostrando o papel com data e horário, perguntando repetidas vezes se já é quarta-feira. Ainda assim, encontro-a com o olhar perdido.

Ela me vê, tira o papel do bolso e o observa como quem olha um desenho — como quem já não consegue mais ler. Estende-o em minha direção.

— Chegou o dia! — digo.

Ela sorri de canto e se levanta com agilidade.

Já na sala, senta-se satisfeita. Só ela e eu. Hoje, ela tem um outro lugar.

Não é a primeira vez que estamos ali, mas parece ser, para ela, como se fosse. Não digo nada. Evito constrangê-la com a possibilidade de um esquecimento. Preservar a dignidade, aqui, também é manejo clínico.

Ela cruza a perna direita e entrelaça as mãos.

— Como você está hoje? — pergunto.

— De corpo, bem. Mas meus pensamentos... como uma *trottola* — responde, novamente em italiano.

— Imagino que isso não seja fácil — digo. — Mas podemos tentar, juntas, organizar alguns deles. Pode ser?

— Sim. Por isso pedi sua ajuda. Seu conhecimento. Vejo que você sabe o que acontece comigo.

— Sim — respondo. — O que acontece com sua mente, você e eu sabemos. Já falamos sobre isso algumas vezes. Infelizmente, não conseguimos mudar tudo, mas podemos organizar algumas coisas.

Ela me olha com tristeza.

— Faz parte, Paulínia — digo, tentando convocar algo de sua resiliência.

— Eu sei..., mas o que posso fazer para melhorar?

— Vamos trabalhar para que a doença fique mais lenta — respondo com a verdade que ela espera de mim. — Melhorar talvez não seja possível, mas podemos cuidar para que você viva essa fase da melhor maneira.

Pergunto sobre as atividades do dia a dia: as caminhadas, as refeições no coletivo, os momentos de convivência. Ela me olha incrédula.

— Eu sei que isso pode não fazer muito sentido para você — reconheço. — Mas me conta: quando você começou a esquecer o português?

— Não tinha com quem conversar... — responde. — Foram muitos meses sozinha. Talvez anos.

Ela se refere aos últimos dois anos em que viveu isolada em um apartamento, recebendo apenas as visitas de um dos filhos — com quem falava exclusivamente em italiano.

— Algumas áreas do seu cérebro ficaram sem estímulo — explico. — Precisamos exercitá-las novamente. Todas elas.

Ela sorri, aprovando meu discurso.

Falamos, então, de planos possíveis. Pequenos desejos. Coisas simples — como sair para comprar um remédio — que hoje ela sente como quase impossíveis. Mas que, nomeadas, começam a ganhar existência.

Na clínica com pessoas idosas, falar abertamente sobre a demência — suas limitações e possibilidades — não é um gesto de dureza, mas um gesto ético. O silêncio ou a ocultação, muitas vezes justificados pela ideia de “proteger”, tendem a aumentar a angústia, a desorganização emocional e a sensação de perda de controle.

Mesmo em quadros demenciais, o sujeito frequentemente percebe que algo está mudando. Quando essa percepção não encontra palavras, ela retorna como medo difuso, irritação, retraimento ou desesperança (Kitwood, 1997). Nomear a doença, dentro das possibilidades do paciente, permite transformar uma angústia sem forma em algo que pode ser pensado, elaborado e compartilhado.

Do ponto de vista da psicanálise, trata-se de sustentar o sujeito no campo da palavra. Dizer a verdade não significa reduzir alguém ao diagnóstico, mas reconhecê-lo como capaz de escutar, compreender parcialmente e participar de seu próprio cuidado. Lacan nos lembra que é pelo simbólico que o real pode ser minimamente bordejado — e, na clínica da demência, a palavra ainda pode operar como amarração, mesmo quando a memória falha (Lacan, 1964).

A gerontologia contemporânea reforça que a participação ativa da pessoa idosa em decisões sobre seu tratamento favorece o senso de dignidade, autonomia possível e engajamento com os cuidados (Neri, 2013). Na neurociência, estudos indicam que a psicoeducação, o estímulo cognitivo e o envolvimento do paciente nas intervenções contribuem para melhor adesão, redução de sintomas comportamentais e preservação funcional por mais tempo (Lezak *et al.*, 2012).

No acompanhamento terapêutico, essa verdade não é lançada de forma abrupta, mas sustentada por vínculo. O at pode funcionar como mediador entre o diagnóstico e a experiência subjetiva, oferecendo ao idoso um espaço onde a vivência difusa do “eu estou piorando” encontre possibilidade de elaboração.

Não se trata de garantir transformações nem de conduzir o sujeito a uma aceitação ideal da doença, mas de sustentar sua realidade psíquica tal como ela se apresenta — seja ela atravessada por esperança, ambivalência ou mesmo desesperança.

A clínica, como já indicava Freud (1912) ao pensar a importância do vínculo terapêutico, não opera pela imposição de sentidos, mas pela oferta de um espaço onde a palavra possa circular. Ao acompanhar sem dirigir, o at cria condições para que, quando possível, o discurso se desloque para algo da ordem do “eu sei o que tenho e o que posso fazer com isso”. Quando esse deslocamento não ocorre, permanece o laço — e, muitas vezes, é ele que sustenta o sujeito diante da experiência de perda (Winnicott, 1965).

Paulínia não quer ilusões. Quer clareza. Quer participar. Quer ser tratada como sujeito — não como alguém a ser poupado da própria realidade.

Ao falar com ela sobre o que pode e o que não pode mudar, não estou retirando esperança. Estou oferecendo **uma esperança possível**: a de viver, mesmo com limites. É, na clínica do envelhecimento, essa é uma das formas mais profundas de cuidado.

Demência, trauma e corpo: quando a história retorna sem palavras

Paulínia tem mais um rompante.

Durante a visita do filho mais velho, discutem. Nada que, à primeira vista, pareça diferente de outras discussões familiares. Mas, já sozinha no quarto, Paulínia se bate no rosto com o punho fechado e puxa os próprios cabelos com força.

La trottola di Paulínia - AT de idosos em ILPI: demência, transferência, holding e a ética ...

Na nossa sessão semanal, encontro-a zangada, falando de forma fragmentada, com reclamações que não se articulam entre si.

— Paulínia, vejo que hoje a senhora está muito chateada. Mas me informaram que está assim desde ontem.

Ela pensa. Me olha. Como quem tenta alcançar algo que escapa.

— Sim?

— Ontem seu filho veio. Vocês brigaram?

Basta um início para que a memória encontre algum apoio.

— Não... foi só uma discussão. Nada demais. Ele não quis comprar um remédio que eu pedi.

— Então por que será que a senhora ficou tão zangada?

Ela reflete. Não encontra resposta.

Percebo que não compreende a própria intensidade.

— Ontem de madrugada, a senhora se machucou — digo com cuidado.

Ela me olha sem entender.

— A senhora bateu no rosto com força. Puxou seus cabelos. Por quê?

— Eu precisava me punir — responde sem hesitar.

— Por quê?

— *Non lo so* — diz, com o sotaque italiano carregado, tentando dizer que não sabe o porquê.

— A senhora me disse que não foi uma briga, apenas uma discussão.

— Sim.

— Do que mais a senhora falou com seu filho?

Ela se esforça. Silêncio. Depois:

— Ele não sabe nada do irmão.

— Entendi. A senhora esperava notícias do seu filho caçula, mas não conseguiu resposta. Está preocupada?

— Sim. Muito. Já faz dias que ele não vem, e ninguém tem notícias dele.

— Então a senhora ficou assim porque estava preocupada com o caçula?

Ela me olha com os olhos agora iluminados. Algo se organiza.

A angústia ganha nome: **Léo**.

O corpo relaxa. A postura muda. O olhar descansa. Ela me pede, sem palavras, que eu continue.

— A senhora sente que precisa se punir?

— Não..., mas sempre faço.

— Quando?

Ela me olha em silêncio, como quem espera ajuda.

— Quando fica angustiada? Frustrada?

— Sim — responde, com o olhar aceso.

— Desde quando?

— Desde que comecei a envelhecer — diz, agora com tristeza.

— Paulínia, a senhora sabe por que isso acontece?

— Não.

Explico com delicadeza que a dificuldade de reconhecer, nomear e regular emoções faz parte do adoecimento. Que, quando a palavra falha, o corpo fala. Que, quando a angústia não encontra caminho simbólico, ela encontra o corpo.

Digo que não precisa mais se punir sozinha.

Que, juntas, podemos nomear.

Ela segura minha mão. Agradece. Sorri com os olhos.

Na clínica com idosos com demência, episódios de autoagressão nem sempre se apresentam como tentativas conscientes de autodestruição. Muitas vezes, tratam-se de descargas corporais de afetos não simbolizados, que encontram no corpo o único meio possível de expressão.

Do ponto de vista neurocientífico, sabe-se que as demências comprometem áreas responsáveis pela regulação emocional, pela inibição comportamental e pela integração entre emoção e linguagem — especialmente circuitos frontais e temporais. Isso dificulta a nomeação da angústia e aumenta respostas impulsivas diante de frustrações ou perdas (Damásio, 2011; Lezak *et al.*, 2012).

Entretanto, reduzir esses episódios a um fenômeno exclusivamente neurobiológico empobrece a clínica.

Paulínia pertence a uma geração atravessada por experiências de guerra, migração forçada, perdas abruptas e longos períodos de silenciamento afetivo. A literatura aponta que traumas precoces ou crônicos podem permanecer relativamente organizados ao longo da vida adulta, sustentados por defesas psíquicas, trabalho, vínculos e rotinas.

Com o envelhecimento e o adoecimento neurológico, essas defesas tendem a fragilizar-se, permitindo o retorno de conteúdos traumáticos de forma desorganizada e corporalizada (Van Der Kolk, 2014).

Na psicanálise, compreende-se que o trauma não elaborado retorna fora do campo da palavra. Freud (1920) já apontava que aquilo que não pode ser lembrado tende a ser repetido, muitas vezes no corpo. Em quadros demenciais, essa repetição pode assumir a forma de atos autoagressivos, não como desejo de morte, mas como tentativa primitiva de lidar com uma excitação psíquica intolerável.

O acompanhamento terapêutico ocupa, nesse contexto, uma função essencial: oferecer um **outro que ajude a ligar afeto, palavra e sentido**. O at atua como mediador entre o corpo que sofre e a possibilidade de simbolização, sustentando um espaço onde a angústia pode ser reconhecida antes de se transformar em ato.

Quando Paulínia consegue nomear sua angústia — “Léo” — algo se desloca. O ato perde potência porque a palavra reaparece. Esse é um dos movimentos possíveis do at na clínica da pessoa idosa: oferecer condições para que aquilo que transborda no corpo encontre circulação — pela palavra, pelo gesto, pelo caminhar junto, pelo silêncio que sustenta.

O Acompanhamento Terapêutico não se funda exclusivamente na elaboração verbal nem se confunde com a psicoterapia tradicional. Como aponta o Conselho Federal de Psicologia, trata-se de uma função clínica que se realiza muitas vezes no cotidiano, na mediação com a rede e na sustentação do sujeito em seus espaços de circulação, sem se restringir ao *setting* clássico (Nota Técnica CFP nº 44/2025).

Se, em alguns momentos, a descarga encontra narrativa, isso se dá como efeito e não como pressuposto. O eixo central do at, sobretudo na velhice, está na possibilidade de romper o isolamento e reinscrever o sujeito no laço — mesmo quando a palavra falha.

Na clínica com idosos com demência, como no caso de Paulínia, a presença contínua de um profissional de referência pode contribuir para a contenção de comportamentos autoagressivos, ao permitir que estados de angústia, frustração ou medo sejam reconhecidos e manejados antes que encontrem no corpo sua principal forma de expressão.

Do ponto de vista ético, trata-se de reconhecer que o sujeito permanece ali, mesmo quando a memória falha. Que há história, desejo e sofrimento que não desaparecem

com o diagnóstico. O at não apaga o trauma, não promete cura, mas sustenta um espaço onde o sujeito não precisa mais se ferir para ser ouvido.

Quando Paulínia sorri com os olhos ao final da sessão, não é porque a angústia desapareceu.

É porque, naquele momento, ela encontrou um outro que a ajudou a carregá-la.

E isso, muitas vezes, é o suficiente para que o corpo possa descansar.

Ao longo do acompanhamento percebo que há um significante que atravessa toda a relação com Paulínia: **conhecimento**.

Não é apenas curiosidade intelectual. Não é demanda por explicações técnicas. Quando Paulínia diz que quer minha ajuda “não apenas do afeto, mas do conhecimento”, ela faz algo profundamente psicanalítico: **entrega ao outro aquilo que ainda não sabe sobre si mesma**. Confia ao laço a tarefa de nomear o indizível, organizar o caos, bordear o real.

Na teoria lacaniana, o saber não está simplesmente dado no sujeito, nem pertence inteiramente ao terapeuta. Ele se produz no espaço da relação transferencial, quando o sujeito supõe que o outro possa sustentar um lugar de escuta e leitura para aquilo que ainda não conseguiu compreender de si mesmo.

É o que Lacan (1964) descreve como o efeito do sujeito suposto saber: não um saber previamente possuído, mas um saber que se constrói no encontro, quando alguém aceita ocupar, por um tempo, o lugar onde a palavra do outro pode encontrar amarração simbólica. Paulínia não pede consolo. Ela pede **a outro que suporte pensar com ela aquilo que sua mente já não consegue sustentar sozinha**.

Esse pedido inaugura um tipo de transferência raro e precioso: não a da idealização ingênua, mas a da confiança ética. Ela não quer piedade, não quer ser poupada da verdade, não quer ser infantilizada pela doença. Ela quer ser tratada como sujeito — mesmo falhando, mesmo esquecendo, mesmo envelhecendo.

No acompanhamento terapêutico o vínculo não é um detalhe afetivo. Ele é **uma função clínica**.

Quando a memória falha, quando a linguagem se rompe e quando o mundo se torna ameaçador, é o laço com o terapeuta que sustenta a continuidade do sujeito. Não se trata de substituir o que se perde, mas de **criar uma borda onde o sujeito ainda possa existir sem se dissolver**.

No caso de Paulínia, o vínculo se constrói no cotidiano — nos encontros rápidos pelos corredores, no papel guardado no bolso, no horário marcado, na palavra mantida. Constrói-se também na linha tênue entre **verdade e continência emocional**. Ela percebe a própria deterioração, reconhece seus sintomas, pressente seus limites. E justamente por isso não tolera meias verdades.

Paulínia é astuta.

Não quer pena.

Não quer ilusões.

Quer **verdade, cuidado e presença**.

Ao confiar ao outro aquilo que não consegue mais organizar sozinha, ela não abdica de sua posição subjetiva — ao contrário, **a reafirma**. Entrega o não-saber sem entregar sua dignidade. Permite-se ser acompanhada sem deixar de ser autora de sua própria história.

Nesse sentido, o acompanhamento terapêutico não se limita a conter sintomas ou organizar rotinas. Ele sustenta algo mais raro: **um espaço onde o sujeito pode continuar existindo mesmo quando parte de si começa a falhar**. Um espaço onde a verdade não é brutal, onde o afeto não apaga a clínica, e onde o cuidado não apaga o desejo.

Paulínia não me pede que eu a salve.

Ela me pede que eu **pense com ela**.

E talvez seja isso o que há de mais ético — e mais humano — na clínica do envelhecimento: quando o sujeito já não consegue sustentar tudo sozinho, ele não desaparece.

Ele pode encontrar um outro.

E continuar.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Nota Técnica CFP nº 44/2025**. Brasília, DF: CFP, 2025. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/01/Nota-Te%CC%81cnica-CFP-no-44-2025.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2026.

DAMÁSIO, António. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência (1912). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor de transferência (1915). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia (1917). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. O inquietante (1919). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

KITWOOD, Tom. **Dementia reconsidered: the person comes first**. Buckingham: Open University Press, 1997.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 10: a angústia** (1962–1963). Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 1993.

LEZAK, Muriel Deutsch; HOWIESON, Diane B.; BIGLER, Erin D.; TRANEL, Daniel. **Neuropsychological assessment**. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2012.

NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2013.

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: clínica e política. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001.

VAN DER KOLK, Bessel. **The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma**. New York: Viking, 2014.

WINNICOTT, Donald W. **The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development**. London: Hogarth Press, 1965.

Data de recebimento: 15/04/2026; Data de aceite: 10/05/2026

Brigitte Carolina Tellez Percini - Psicóloga e gerontóloga. Sócia-proprietária das ILPIs Terça da Serra, unidades Vargem Grande Paulista e Cotia, onde atua na coordenação da saúde mental de mais de 60 idosos institucionalizados, desenvolvendo também trabalho clínico com suas famílias nos processos de cuidado, adoecimento e institucionalização. Atua com diferentes fases da vida, com ênfase no envelhecimento, nas demências e nos cuidados paliativos. Especialista em Neuropsicologia e Transtornos Neurocognitivos, com formação em Cuidados Paliativos pela Casa do Cuidar e em Clínica Psicanalítica Lacaniana. Possui formação em Acompanhamento Terapêutico no Envelhecimento – dispositivo clínico, pelo Portal do Envelhecimento e Longeviver, e é pós-graduanda em Psicoterapia Dinâmica Breve pelo IPq-HCFMUSP. Contato: carolinapercini@gmail.com



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.