

# Revista Longeviver

## **ACOMPANHANDO AS VELHICES:** relatos sobre a clínica do AT no envelhecimento

Este número especial da Revista Longeviver foi organizado por Isadora Di Natale Nobre, com revisão de Natália Alves Barbieri, editoras convidadas da Tempo - clínica e cuidados no envelhecimento, sob a coordenação de Maíra Humberto Peixeiro.



## Sumário

### **APRESENTAÇÃO** 03

*Beltrina Côrte*  
*Celina Dias Azevedo*

### **EDITORIAL** 04

#### **Caminhando com as velhices: notas sobre a clínica do AT no envelhecimento**

*Isadora Di Natale Nobre*  
*Natália Alves Barbieri*  
*Maíra Humberto Peixeiro*

### **RELATOS**

#### AT COMO ARTE: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS-POLÍTICAS-ESTÉTICAS

#### **No tempo do cuidado: reflexões sobre o Acompanhamento Terapêutico no envelhecimento** 11

*Isabela Mayuri Omi Garcia*

#### **Notas sobre o bordado: reflexões sobre o Acompanhamento Terapêutico na velhice** 17

*Cláudia Soares de Oliveira*

#### **Comentário do texto: “O Bordado do Cuidado: Uma Narrativa Poética sobre o Acompanhamento Terapêutico na Velhice”** 22

*Adriana Canepa Barbosa*

#### REFLEXÕES LITERÁRIAS SOBRE O ENVELHECER: A POESIA COMO FERRAMENTA CLÍNICA E CRÍTICA

#### **“Feliz Aniversário”: Uma análise da velhice e suas relações sociais** 28

*Eunice Vigarinho de Campos*

#### **A potência do encontro na clínica do Acompanhamento Terapêutico no envelhecimento** 33

*Giulia Frizzarin Bassa*

FRAGMENTOS CLÍNICOS:  
ARTICULANDO VIVÊNCIAS, INQUIETAÇÕES E SABERES

<b>La trottola di Paulínia - AT de idosos em ILPI: demência, transferência, holding e a ética da verdade</b>	38
<i>Brigitte Carolina Tellez Perecini</i>	
<b>Sexualidade feminina e velhice: fragmentos de uma acompanhante terapêutica</b>	59
<i>Cristiana Kehdi Gerab</i>	
<b>Como lidar com a negação de um diagnóstico de demência?</b>	69
<i>Miucha Teodoro Salge</i>	
<b>O protagonismo na velhice de uma subjetividade tratada como figurante</b>	79
<i>Paula de Almeida Costa</i>	

PERCURSOS E PROBLEMATIZAÇÕES: AT E SUAS INTERFACES

<b>O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo para o envelhecimento digno no campo das políticas públicas sociais: desafios e potencialidades</b>	88
<i>Camila Marques Genangelo</i>	
<b>A condição frágil: quando a escolha é minha?</b>	93
<i>Caroline Mitrovitch Martines</i>	
<b>O Acompanhamento Terapêutico como possibilidade de escuta em uma ILPI</b>	104
<i>Giovanna Diaz Rebello</i>	

## Apresentação

---

Como editoras da Revista Longevidade, é com grande entusiasmo que apresentamos este número especial intitulado "**Acompanhando as velhices: relatos sobre a clínica do AT no envelhecimento**". Esta edição é fruto de uma parceria de longa data do Espaço Longevidade/Portal do Envelhecimento com a *Tempo – clínica e cuidados no envelhecimento*, sob a organização e revisão cuidadosa das editoras convidadas Isadora Di Natale Nobre e Natália Alves Barbieri, além da coordenação de Maíra Humberto Peixeiro.

Esta edição traz uma importante contribuição para o nosso campo de saber e de atuação. Não à toa que as editoras convidadas indicam, no Editorial, que o Acompanhamento Terapêutico (AT) no envelhecimento é como uma "clínica que se faz com os pés". Ou seja, uma clínica de presença e resistência. Em um mundo que impõe normativas rígidas sobre como o corpo da pessoa idosa deve existir, o AT surge como um ato de resistência ao permitir o parar, o respirar e o encontrar o outro em sua existência singular. Esta prática expande os limites do consultório tradicional para ocupar o território vivo das cidades e dos lugares onde as pessoas envelhecem.

Os textos reunidos nesta edição são, em sua maioria, reflexões originadas no curso "*Acompanhamento terapêutico no envelhecimento: um dispositivo clínico*", oferecendo, assim, um conhecimento emergente e vital para o cenário do envelhecimento populacional brasileiro em uma perspectiva psicogerontológica. Os diversos relatos não são meras reproduções teóricas, mas palavras vivas que carregam o "cheiro, gosto e som" das experiências reais vivenciadas por corpos em movimento no encontro com a pessoa idosa. Cada texto explora como o AT atende pessoas idosas em sofrimento psíquico ou físico, auxiliando na manutenção e reconstrução de laços sociais fragilizados. Assim como o papel do acompanhante terapêutico (at), uma ponte entre o público e o privado, o isolamento do quarto e a circulação na rua, respeitando sempre o ritmo e o desejo do acompanhado.

Expressamos nosso agradecimento à equipe da **Tempo – clínica e cuidados no envelhecimento** pela generosidade em compartilhar essas reflexões, um presente para todos os profissionais e leitores interessados no cuidado ético e cuidadoso das velhices. Convidamos todos a caminharem conosco por estas páginas, compreendendo que a escrita, assim como o AT, é um campo aberto de possibilidades para estar *com* o outro.

*Beltrina Côrte e Celina Dias Azevedo*



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.

## **Caminhando com as velhices: notas sobre a clínica do AT no envelhecimento**

**O** Acompanhamento Terapêutico (AT) é a clínica que se faz com os pés, caminhando. Os pés pisam o chão, por onde fincamos as raízes com a terra, pela qual podemos experimentar o pertencimento ao solo que compartilhamos com os outros. Somos seres *com*. Nossa constituição se dá a partir do outro, com o outro, desde o momento em que nascemos – e até antes, nas entranhas do útero materno – estamos sempre acompanhados.

Caminhando nos fazemos, nos criamos, nos experimentamos no mundo. Nossos pés nos permitem andar, atravessar, parar, seguir. Ritmos que são próprios, necessários ao viver. O mundo tem seu próprio compasso e nossos pés podem ou não sintonizar com seus convites e suas demandas, mas uma coisa é fato: precisamos de pés para caminhar.

O acompanhante terapêutico (at) é aquele que faz clínica com os pés. Ele caminha até o acompanhado, ele para e ele fica. Ele permanece ao lado daquele que está tentando encontrar seu próprio passo. **Acompanhar**. Eis o verbo do at. Ele é acompanhante. Mas afinal, o que ele acompanha, se não os pés por onde pisam o acompanhado? Esses pés podem estar no quarto, na poltrona da sala, levantados sob a cama, na cozinha, no quintal, podem estar em uma instituição, no hospital e até mesmo na rua. O at estará onde a realidade do acompanhado finca os pés. Às vezes, acelerados. Por vezes parados. Mas sempre onde o desejo repousa. Ele está atento ao movimento do corpo de quem se acompanha. Corpo que é matéria subjetiva. Esse corpo que está no mundo. Que sofre por estar no mundo. Que tenta encontrar alianças para pertencer a esse mundo – ou pelo menos a uma parte dele –, para encontrar seu próprio ritmo, de forma tão particular quanto os pés que temos. E para isso, o at também é corpo. Longe da pretensão da neutralidade exigida e aclamada em certas práticas, o at é corpo que encontra, que se inquieta, que se expõe, que se arrisca, que aposta. Aposta no encontro dos corpos, compondo a dança e o ritmo que se fazem necessários no aqui e agora de cada acompanhado. E ele acompanha. Sem pressa, sem expectativas, sem cobranças. Ele simplesmente acompanha. Acompanha essa travessia de cada um em seu sofrer e em sua ética de existir.

Parece simples a tarefa do at: acompanhar. Estar ali. Entretanto, essa postura demanda um enorme esforço, pois, nesse mundo em que somos constantemente demandados por normativas que determinam como devemos

ser e estar com os outros, parar é resistir. Fincar os pés na terra. Respirar, reencontrar o seu eixo, silenciar as exigências do que se espera – do corpo, da vida, da velhice – e encontrar o outro ali onde ele existe. A clínica do AT surgiu e se sustenta com e pelas pessoas que, por terem seu jeito próprio de estar no mundo, não se encaixavam. Ficavam e ficam à margem. À margem de padrões que a própria sociedade cria do que é considerado aceitável, correto e saudável, deixando de fora tudo aquilo que incomoda, que não entende, que estranha e que, muitas vezes, causa repulsa. Desorganiza uma certa ordem. Dessa forma, excluem-se do laço social aqueles cujos pés ousam pisar de outra forma. Ousam carregar as marcas da diversidade e da singularidade. Ousam dar notícias da passagem do tempo e da finitude humana. Não seguem um mesmo fluxo. Mas furam, escapam, causando rupturas e desarranjos. O at não está ali para reinserir o acompanhado em uma lógica que o exclui, mas para ousar estar *com*, em sua maneira própria de ler o mundo e de caminhar. Vamos juntos, com a aposta de que possamos nos tornar companhia; são os nossos pés que sintonizam com os do acompanhado e não ao contrário. E isso por si só é revolucionário. A clínica do AT, portanto, também é política.

A escuta e a presença são armas poderosas para enfrentar a visão dualista e separatista, voltando o olhar sob a ótica amorosa e cuidadosa da ética, compreendendo que a terra por onde pisamos comporta todos os passos e ritmos (im)possíveis. O at é aquele que com o corpo sustenta o olhar, a escuta e o caminhar que testemunha a dignidade de uma existência, em toda a sua dor e também em sua potência. A vida é bela e trágica ao mesmo tempo, como nos ensina Nietzsche<sup>1</sup>. Caminhar pela dor acompanhado pode fazer toda a diferença, não para apagar o sofrimento – isso seria humanamente impossível –, mas para dividi-lo, compartilhá-lo, para sentir que seus pés encontram consonância nos pés de um outro alguém. Celebrar as belezas e as alegrias da vida também não faz sentido se estamos sozinhos. Afinal, somos seres *com*.

Caminhamos também com nossas mãos<sup>2</sup>. Quem não tem pés também caminha. Caminhamos com nosso corpo inteiro, pois um pedaço dele é do tamanho do todo, assim como um dia é do tamanho da vida<sup>3</sup>. Caminhar não é apenas um movimento das pernas, mas interação e conexão com o mundo. Para além do mecânico, adentramos o corpo intensivo que explora, toca, afeta e é afetado<sup>4</sup> o tempo inteiro. O corpo é lugar de produção de novos sentidos. O corpo é criação. Enquanto caminhamos criamos, não só realidade, mas a nós mesmos. Como artistas de si, na estética da existência<sup>5</sup>, ao caminhar, criamos vida. E assim como na obra de arte, não cabe comparar, julgar, analisar moralmente ou tentar racionalizar, pois há algo que sempre escapa, transbordará. A vida não cabe em caixas e fórmulas pré-concebidas. É caminhando que descobrimos o caminho. É caminhando que nos fazemos. É permitindo ao corpo experimentar a vida que

---

<sup>1</sup> Nietzsche, Friedrich. (1881-1887). **A Gaia Ciência**. 2ª ed. São Paulo: Martin Claret, 2012.

<sup>2</sup> Gros, Frédéric. **Caminhar, uma filosofia**. São Paulo: Ubu Editora, 2021.

<sup>3</sup> Sêneca, Lúcio Anneo (63-65). **Aprendendo a viver**. Porto Alegre: L&PM, 2017.

<sup>4</sup> Spinoza, Baruch (1632-1677). **Ética**. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

<sup>5</sup> Foucault, Michel (1984). **História da sexualidade 3: O cuidado de si**. 5ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

nos tornamos quem somos. E não ao contrário. Podemos estudar, ler, falar, nomear e nada disso conectar com a nossa existência. A racionalidade é – ou pode ser – admirável, mas de nada adianta se ela não virar corpo no mundo, pés que caminham. E está aí a particularidade da clínica do AT. Caminhar junto. Deixar a palavra e a ação fluírem em todos os órgãos e camadas do corpo. Andar. Resgatar a potência da pele, esse órgão vivo que nos protege e nos expõe no contato com o mundo, as cores, os sabores e os *afectos* que nos atravessam o tempo todo, de dentro para fora, de fora para dentro – afinal quando começa o fora e quando termina o dentro?

O AT é a clínica do “entre”. O acompanhante faz a ponte entre a casa e a rua, entre o quarto e a sala, entre o piso trêmulo e o caminhar firme, entre a corrida e a dança. A potência do at está na circulação no território existencial de cada um, por onde o desejo pede passagem, nas linhas de fuga: de repente, juntos, acompanhado e acompanhante, viram uma esquina, pegam uma ruela e nela, experimentam um novo jeito de estar no mundo, uma dobra do tempo. O at faz um convite a adentrar a vida, a espiá-la sob outras frestas, no compasso do possível, respeitando o ritmo, a força, a cadência e os limites de cada um.

O at está ali, também com o seu corpo. Menos protegido do que no consultório. O corpo dele é passagem constante na cena viva. Do que acontece no aqui e agora da existência do acompanhado (e também da sua). É uma clínica do *acontecimento*<sup>6</sup>. E isso exige corpo. Exige presença. Exige resistência e persistência. Exige vulnerabilidade e abertura. Exige sustentar muitas vezes o insustentável. E para isso, estar *com* é uma premissa. O at também precisa da sua própria rede, teia pela qual ele sustentará o seu trabalho, por onde sentirá o amparo que possibilita sua caminhada. Na troca com pares, na supervisão, na própria análise/terapia, nos cursos, nas danças, nas costuras e em qualquer ferramenta que nutra o corpo.

E a escrita! Sim, a escrita! Escrever é também caminhar. Caminhar com as palavras. Escrevendo também vamos sendo. Sempre no gerúndio. Nada está acabado. Quando escrevemos criamos, não só representamos e associamos, mas vivemos o nosso corpo na potência que ele tem de transbordar e criar. Usamos as palavras. Ou será que elas nos usam? Toda escrita é percurso. Cada escritor/a terá sua própria maneira de escrever e cada texto vai ganhando seu próprio curso. O processo de escrita – assim como a clínica do AT – demanda tempo, energia, disponibilidade, paciência, persistência. Tem gente que escreve tudo de uma vez, deixando livre o fluxo de pensamento que o atravessa. A escrita urge em existir! Se não escrever, adocece. Tem outros que pensam e elaboram todo o raciocínio e depois se sentam e vão conversando com as palavras que insistem em surgir... ainda outros, começam, param... passam por tempos de seca, em que as palavras parecem silenciar, depois voltam a renascer... e outros, não. Ao contrário, do avesso, no tempo do tempo, não importa. É um processo único que diz respeito a cada um/a, como cada um/a caminha no mundo. Aliás, a escrita que encontrarão aqui respira um ar vivo, não é meramente reprodução

---

<sup>6</sup> Deleuze, Gilles; Guatarri, Félix. (1991). **O que é a filosofia?** 3ª ed. São Paulo: Editora 34, 2010.

de textos prontos, pensamentos elaborados em bibliotecas ou no conforto do lar, mas palavras vivas que têm seu próprio cheiro, gosto e som, trilhados por corpos em movimento no encontro com outros corpos.

Portanto, convidamos vocês, leitores e leitoras, a caminharem conosco nesse percurso pela clínica do AT no envelhecimento. Compreendendo que cada texto tem seu estilo próprio, cada autora vai fazendo sua própria caminhada pela clínica, por onde seus pés pisaram, por onde se afetaram e por onde eles as levaram...

Esperamos, assim, transmitir um tanto do que a clínica do AT desperta, sabendo que jamais poderemos enquadrá-la em um único jeito de ser e de se fazer... entendendo que a potência do encontro singular com a existência sempre terá um percurso e um convite próprios. A escrita, assim como o AT, é campo aberto de possíveis. Não se fecham, mas abrem-se possibilidades de estar *com*. Veja, *com*. E não *por*. Estar *com* o outro é muito diferente de estar *pelo* outro. Nessa sutileza mora toda uma diferença e é justamente no campo das miudezas que se sustenta a clínica do AT.

Tendo isso em mente, desejamos uma boa caminhada a todos e todas!

*Isadora Di Natale Nobre*  
*Organizadora e editora do presente volume*

---

### ***Antes do primeiro passo***

O Acompanhamento Terapêutico (AT) é um dispositivo clínico criado na segunda metade do século XX no contexto da reforma psiquiátrica e que se institui a partir de fundamentos da ética antimanicomial. Trata-se de uma resposta à necessidade de novos dispositivos de tratamento e da criação de espaços no território das cidades e comunidades para as diversas maneiras de existir. No decorrer das décadas, a prática encontrou reverberações importantes em outros campos de atuação, como o da velhice e envelhecimento. É uma abordagem clínica cada vez mais utilizada para atender pessoas idosas, principalmente aqueles que estejam vivenciando algum sofrimento decorrente de processos psíquicos e/ou físicos que corroboram para a fragilização dos laços sociais.

O AT, como clínica ampliada, é um dispositivo caracterizado por uma flexibilidade de atuação fora dos âmbitos tradicionais de tratamento, como o consultório e o hospital, tendo como foco o território onde o sujeito vive e por onde deseja circular. Tem sido um recurso inovador e fundamental na atenção às demandas de cuidado clínico dos mais velhos, visando projetos de vida que

façam sentido ao sujeito que envelhece, elaborados conjuntamente a partir da construção de um vínculo, levando em consideração sua história de vida, seus desejos, suas possibilidades e seus contextos.

O convite para a escrita dessa edição foi feito pelo Espaço Longevidade/Portal do Envelhecimento para a Tempo – clínica e cuidados no envelhecimento<sup>7</sup>, selando uma parceria de longa data. A Tempo, coordenada pela psicanalista Maíra Humberto Peixeiro, possui mais de 20 anos de experiência no campo do envelhecimento e da saúde mental, compondo um espaço de cuidados a partir da escuta clínica de pessoas idosas e suas famílias, incluindo a atuação na formação de profissionais que trabalham com envelhecimento.

Os três eixos de trabalho da Tempo incluem o núcleo clínico (acompanhamento terapêutico e atendimentos familiares); o núcleo de transmissão (envolve a produção teórico-clínica, grupos de estudo, cursos e supervisão clínica) e o núcleo de grupos (grupos de saída, grupo papo de quinta - somente com homens - e conversas de ateliê). Todas essas intervenções têm lugar na intersecção entre a maneira singular de cada um experimentar o processo de envelhecimento e as representações do envelhecer no campo social. Buscam tanto mobilizar transformações no lugar ocupado pela velhice em nossa cultura, levando em conta as marcas subjetivas que permeiam o envelhecer de cada um, sempre enfatizando o compromisso social e ético das práticas de cuidado.

Os textos aqui reunidos foram inicialmente produzidos, em sua maioria, como trabalhos de conclusão do curso **“Acompanhamento terapêutico no envelhecimento: um dispositivo clínico”** nos anos 2023, 2024 e 2025; curso oferecido anualmente pela equipe Tempo – clínica e cuidados no envelhecimento, em parceria com o Espaço Longevidade. Nesse curso, a transmissão da prática do AT, marcada por uma postura clínica apoiada na escuta, na sensibilidade e na sustentação de uma presença aberta às inúmeras vicissitudes subjetivas e dos territórios, tem se mostrado um enorme desafio para a equipe docente.

O processo de escrita do trabalho constitui um primeiro momento de elaboração dos conteúdos e da experiência do curso e propicia algum reconhecimento, por parte da equipe e também dos alunos, das reverberações dessa transmissão em cada um. No decorrer das seis edições deste curso, aprimoramos a sustentação oferecida ao processo de escrita dos trabalhos - sempre muito temido pelos estudantes - criando Oficinas de Escrita que fazem parte da grade horária curricular, e convidam cada aluno e aluna a dar lugar a uma inquietação legítima a partir do percurso das aulas.

É importante ressaltar que recebemos pessoas que desejam exercer a função de acompanhantes terapêuticas (e o curso seria um primeiro momento nessa trajetória), pessoas que já a exercem (e desejam aprimorar sua prática) e pessoas que realizam outras práticas de cuidado no envelhecimento (e buscam

---

<sup>7</sup> Instagram @tempo.clinica e site: <https://msha.ke/tempo.clinica/>

acessar o instrumental do AT para melhor sustentá-las). Cada texto traz essa aproximação única, desde diferentes lugares, aos temas da clínica, do acompanhamento e do envelhecer.

Para a organização desta edição, os textos foram retrabalhados e revisados visando uma maior acessibilidade ao leitor não especialista, preservando, no entanto, o rigor teórico e a intencionalidade das autoras. Para dialogar com os artigos apresentados, convidamos duas delas para colaborarem com suas longas experiências no campo do AT, Adriana Canepa Barbosa e Cristiana Kehdi Gerab.

Temos, assim, um conjunto de experiências particulares tendo como fio condutor, como terreno comum, a implicação da clínica do AT na articulação com o campo do envelhecimento: o cuidado com as diversas velhices em seus contextos sociais, políticos, econômicos, subjetivos, históricos, geográficos, culturais e tantos outros que compõem a múltipla diversidade do existir. Que vocês possam caminhar junto conosco!

*Isadora Di Natale Nobre e Natália Alves Barbieri*  
Organizadoras da edição

*Maíra Humberto Peixeiro*  
Coordenadora da Tempo

---

**Isadora Di Natale Nobre** - Psicóloga e Mestre em Gerontologia Social pela PUC-SP. Integra o grupo de AT da Equipe Tempo - clínica e cuidado no envelhecimento. Aperfeiçoamento em Reabilitação na Deficiência Física: Enfoque Multidisciplinar pela AACD. Experiência na área da reabilitação de adultos e idosos com deficiência física (AACD). Pós-graduada em Docência no ensino em saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Docente e pesquisadora nas áreas da Saúde, Psicologia e Envelhecimento. Autora do livro "Corpo e velhice: tecendo novos arranjos" pela editora Portal do Envelhecimento (2021). Contato: [isadora.dnn@gmail.com](mailto:isadora.dnn@gmail.com)

**Natália Alves Barbieri** - Psicóloga e psicanalista, Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFESP-EPM. Fundadora da Tempo - Clínica e Cuidado no Envelhecimento, atualmente coordenadora do Grupo de transmissão e formação na Clínica do envelhecimento. Organizadora do livro "Travessias do Tempo:

Acompanhamento Terapêutico no Envelhecimento", ed. Casa do Psicólogo.  
Contato: [nabarbieri@uol.com.br](mailto:nabarbieri@uol.com.br)

**Maira Humberto Peixeiro** - Psicóloga e psicanalista, Mestre em Psicanálise pela Univ. Paris 7. Fundadora e coordenadora geral da Tempo – Clínica e Cuidado no Envelhecimento, onde é supervisora da Equipe de acompanhantes terapêuticos e do Núcleo de grupos e coordenadora do curso “Acompanhamento terapêutico no envelhecimento: um dispositivo clínico”. É membro do Grupo de Trabalho e Pesquisa “Fases do Traumático” no Depto. de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e supervisora do programa de aprimoramento clínico do Favela de Psicanálise. Autora de artigos na área da psicanálise, acompanhamento terapêutico e envelhecimento. Contato: [mairapeixeiro@gmail.com](mailto:mairapeixeiro@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.

## No tempo do cuidado: reflexões sobre o Acompanhamento Terapêutico no envelhecimento

---

*Isabela Mayuri Omi Garcia*

**Q**uem nunca teve a experiência de estar fazendo algo muito divertido e sentir o tempo passar voando? Ou então de precisar fazer algo chato e ter a sensação de que simplesmente o tempo não passa? Afinal, quanto tempo tem o tempo?

O tempo do relógio não dá conta de abarcar as múltiplas temporalidades que existem. A lógica neoliberal impõe um ritmo ultra acelerado à vida e a relação com o tempo fica atravessada pelo imperativo da produtividade, do alto desempenho e dos resultados imediatos. Sob esta premissa, o valor de cada pessoa está associado à sua capacidade de produção e consumo, e quem não se ajusta à métrica da eficiência é empurrado para as margens da relevância social (Birman, 1997).

Diante disso, em uma sociedade regida pela urgência, como criar espaço para formas de existir que escapam ao fluxo acelerado? Busco com este texto refletir sobre a tensão entre o tempo moderno e o processo de envelhecimento, tomando o Acompanhamento Terapêutico (AT) como uma prática que reconhece a diversidade de ritmos. A partir de fragmentos de uma experiência como acompanhante terapêutico, teço considerações sobre como o vínculo se constroi não pela pressa de resultados, mas pela aposta em uma disponibilidade que acolhe o ritmo de quem é acompanhado.

### **Contratempos do envelhecer**

A velhice é compreendida, assim, como um descompasso, diante dessa velocidade desenfreada. O envelhecer tem sim seus limites, aspectos fisiológicos e perdas importantes de serem acompanhadas, porém, não se trata apenas de um processo biológico, como muitas vezes é retratado — o que acaba enfatizando esse como um período somente de declínio progressivo, minimizando as dimensões sociais, afetivas e tantas outras que compõem a longevidade. Nessa perspectiva, a pessoa idosa é estigmatizada como portadora da notícia da limitação e da finitude, sofrendo assim um apagamento no qual deixa de ser tratada como sujeito de direitos para ser reduzida a objeto de gastos (Goldfarb; Lopes, 1998).

Por outro lado, buscar enquadrar a velhice na lógica produtivista – dando um destaque excessivo à pessoa idosa de alta performance e com o corpo mais próximo do padrão estético hegemônico — também reduz a complexidade da experiência do envelhecimento. O objetivo nesse contexto não é a promoção de

bem-estar, mas a manutenção de um sistema guiado pelas métricas de rendimento, utilidade e eficiência, o que implica consequentemente na marginalização de pessoas que não se encaixam nesse modelo.

Cabe ressaltar que a crítica aqui não é a existência de pessoas idosas extremamente ativas ou em condições de maior vulnerabilidade, ou melhor, que se adequam aos regimes dominantes ou não. O questionamento gira em torno da validação de um único modelo, um único caminho, como legítimo para a velhice. Essa estigmatização ignora que a longevidade não é uma experiência única, mas sim um universo heterogêneo composto de múltiplas velhices, cada uma com sua forma de viver o tempo, viver a vida (Goldfarb, 1998).

Reconhecer essa diversidade dos modos de envelhecer exige justamente um outro ritmo, que não se baseia em produtividade, mas em disponibilidade e atenção, convocando quem acompanha esse processo a se deslocar de um tempo linear e acelerado para outras temporalidades. Para tanto, é preciso dar espaço para a pausa, o silêncio, a repetição, a desaceleração... Para que o cuidado possa aparecer. Assim, o tempo do cuidado exige presença, para que, aos poucos, algo possa surgir como encontro.

### **O compasso do encontro**

É nesse cenário que o AT no envelhecimento se desenha, não como uma intervenção de reparo ou adequação, mas como um exercício radical de presença. A prática do AT nasceu no contexto da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, tornando-se um ato de resistência contra a exclusão e o isolamento que historicamente marcou a loucura. É uma prática de cuidado que tem compromisso com a circulação social, na qual o at vai até onde a vida acontece — na rua, na casa, na praça, no trabalho, em espaços de lazer, instituições de ensino, saúde — para construir um projeto compartilhado com a pessoa acompanhada. Um projeto que, pautado pela singularidade de cada caso, ofereça suporte para lidar com suas possibilidades e limites, valorizando sua autonomia para decidir sobre sua própria vida.

No campo do envelhecimento, a prática do AT é particularmente relevante. Ao deslocar-se até o sujeito, é viabilizado o cuidado de pessoas idosas que, por impossibilidade física ou resistência aos modelos tradicionais de saúde, não conseguem se locomover até um local para serem atendidas (Goldfarb; Lopes, 1998). Além disso, por estar no território e cotidiano da pessoa idosa, o at pode captar pequenos gestos, expressões, memórias guardadas em objetos ou em caminhos de um bairro, apoiando-se nesses fragmentos do dia a dia como ponto de partida para a composição do cuidado. Um processo que leva tempo e requer presença, para que se possa encontrar o outro em seu espaço-tempo singular.

Essa disponibilidade para a percepção do outro e seu entorno, característica do AT, está diretamente conectada ao tempo do cuidado. É um estado de presença que

demanda distanciamento da lógica da produtividade para se aproximar do ritmo da pessoa acompanhada. Nesse movimento, o valor da experiência deixa de ser medido pelo que se produz ou consome; passamos a valorizar cada existência como ela é, com suas fragilidades e potências, reconhecendo a dignidade de cada trajetória, em qualquer tempo que ela habite. Isso ajuda a desconstruir o estigma de que o hoje e o amanhã não cabem aos mais velhos, e assim reafirmar seu direito de existir em seu próprio tempo.

### **Passagens de um acompanhamento**

É a partir dessa reivindicação do direito de habitar o próprio ritmo que compartilho, a seguir, fragmentos de minha experiência no AT de Renato (nome fictício). Os recortes desse relato focam no período de minha aproximação e entrada como at, momento crucial para a formação do vínculo. A proposta é demonstrar como essa techedura inicial se dá através de gestos mínimos, evidenciando como a aposta na presença e em detalhes aparentemente corriqueiros constituem o alicerce para a construção de um espaço de confiança e manejo terapêutico. Através dessa narrativa, busco mostrar como o tempo do cuidado ganha vida no dia a dia, no acompanhamento de uma pessoa que tem seu próprio jeito de estar no mundo.

Renato é um homem de 65 anos, que mora em uma residência terapêutica — uma moradia destinada a pessoas em processo de reabilitação social devido a questões de saúde mental, que visa a reintegração e o resgate da autonomia. Ele foi para essa instituição há cinco anos, após ter apresentado comprometimentos cognitivos decorrentes da relação abusiva com o álcool, manifestados principalmente em perdas significativas na memória recente, dificuldade de concentração e instabilidade motora.

A demanda pelo acompanhamento de Renato foi fruto de uma construção coletiva entre o grupo de AT no envelhecimento do qual faço parte e a residência terapêutica onde ele reside. Após diversas reuniões, a equipe técnica da instituição o identificou como alguém cuja história de vida e comportamentos sinalizavam a necessidade de maior atenção. Assim, após o alinhamento dos diferentes atores envolvidos em seu cuidado, iniciaram-se as estratégias de aproximação.

### **Silêncio como solo**

Desde o início, ele foi educado e manteve uma postura observadora, sem interagir muito. Em diversos momentos o percebi de olhos fechados, me perguntando se ele estaria cochilando, escutando o som da TV ou a conversa entre outros moradores da casa. Talvez eu estivesse um tanto acelerada, mas a relação com Renato foi desenvolvida aos poucos, no compasso do possível. Estar ali, sem a pressão de produzir resultados imediatos: acompanhar, partilhar o tempo, assistir à TV, almoçar juntos, tomar sol na varanda... Atividades que podem parecer simples mas que, nesse contexto, se tornam profundamente potentes por meio da qualidade de presença.

Houve dias em que pouco se disse. Eu não sabia bem, mas ainda assim, algo acontecia silenciosamente. Com Renato, aprendi que o silêncio não é ausência, mas solo onde a confiança pode crescer. Com o tempo, fui percebendo que o mais importante em minha atuação não estava em conduzir grandes intervenções ou propor atividades, mas em sustentar uma presença atenta aos modos singulares de expressão e temporalidade do acompanhado. Nesse sentido, essa atenção, a participação nos momentos cotidianos e a constância dos encontros foram essenciais para criar uma base de confiança, uma espécie de terreno sensível em que um vínculo começava a se anunciar.

### **Gestos mínimos, vínculos profundos**

Ao dar tempo ao tempo, a relação foi tomando forma em sutilezas do dia a dia: trocas sobre a programação da televisão, menções aos filhos, lembranças de viagens. Conforme os meses foram passando, Renato começou a falar sobre si espontaneamente, tendo dividido preocupações importantes sobre sua vida, como o adoecimento de um de seus filhos. Diferentemente de encontros anteriores, nos quais sua fala era mais pontual e descritiva, ele passou a trazer um conteúdo mais afetivo e íntimo, o que demonstrava que o vínculo estava se fortalecendo.

Essa proximidade me permitiu perceber que, mesmo de dentro da residência terapêutica, Renato transitava por vários territórios afetivos, ao falar da fazenda onde viveu, histórias dos filhos, de suas experiências culinárias e outras vivências. Essa rede de memórias e afetos o mantinha ancorado em uma trama complexa de relações, lugares e experiências que davam sentido e constituíam seu modo singular de estar no mundo.

Nesse movimento de vinculação, outro detalhe marcou a consolidação dessa proximidade: o meu nome. Me chamo Mayuri e durante meses, Renato me chamava de Nayuri, Mayumi, Nayumi... Certo dia, porém, pronunciou meu nome exato — Mayuri. Senti naquele momento que não se tratava apenas de uma assimilação cognitiva, mas também de um reconhecimento, nascimento de um tempo compartilhado. A partir daí, pareceu haver caminho para elaborações mais profundas e outros deslocamentos. Note que seguimos no território das miudezas: quando aumentamos o grau da percepção, gestos mínimos podem ter grandes significados.

### **Suporte para o próprio passo**

Esses pequenos marcos sinalizavam que estávamos construindo juntos uma base suficientemente segura para que ele se percebesse e se expressasse. O at não puxa a pessoa pra frente, mas oferece apoio e recursos para que ela possa encontrar seu ritmo e dar seu próprio passo. É nessa ideia de sustentação que o AT encontra ressonância com o conceito de *holding*, do psicanalista inglês Donald Winnicott (1952/2000 *apud* Segura, 2013). É um suporte que oferece contorno e

segurança para a integração de experiências vividas, favorecendo o sentimento de continuidade de ser, mesmo com as transformações da vida (Segura, 2013).

No trabalho com Renato, esse *holding* se manifestou através de uma presença disponível e consistente, que permitiu a formação de um ambiente onde ele pudesse se sentir amparado para ser quem ele é. Ao estarmos ali vendo TV, almoçando juntos ou tomando sol — não estávamos meramente passando o tempo, mas tecendo uma rede de segurança e condições favoráveis para a expressão de seus desejos e fragilidades. Esses momentos, aparentemente simples, criaram o espaço necessário para que Renato pudesse existir em seu próprio ritmo, integrando experiências passadas e presentes sem a pressão de se adequar a expectativas externas.

### **O tempo do cuidado**

O percurso com Renato ilustra como o vínculo não decorre de uma tentativa de adequação a ritmos externos, mas de um exercício de sintonização com o espaço-tempo singular de cada pessoa. Nessa experiência, aprendi que o cuidado se consolida nos pequenos gestos, na constância dos encontros e na repetição dos dias que sustentam a confiança. Esse aprendizado aponta para algo fundamental sobre a prática do AT no envelhecimento: a presença não é passividade, mas constitui por si mesma uma intervenção ativa.

É uma forma de estar junto que, ao sustentar o vazio do fazer imediato, constrói o amparo necessário para que o sujeito se sinta seguro para se perceber e se apropriar do espaço-tempo de seu próprio cotidiano. O AT sustenta, assim, condições para que cada trajetória, em qualquer tempo que habite, seja tratada com a relevância e a dignidade que lhe são devidas. Desse modo, o AT se configura como uma forma de suporte que oferece contorno, viabiliza vínculos e favorece novas possibilidades de existência — uma prática que se sustenta no permanecer. Contudo, é preciso reconhecer os desafios que atravessam essa prática: como garantir uma presença consistente diante da precarização dos vínculos e da pressão por resultados rápidos? Como defender a legitimidade do silêncio em um sistema que valoriza apenas aquilo que pode ser facilmente mensurado? Pensar o AT no envelhecimento é também pensar nas estruturas que fortalecem ou fragilizam as práticas de cuidado.

Embora não haja respostas simples, alguns caminhos se desenham: a formação continuada que sustente os profissionais em suas angústias; a construção de redes de apoio institucionais que valorizem práticas de longo prazo; e o registro e a partilha de experiências como essa aqui narrada, que documentam abordagens que valorizam a temporalidade singular de cada sujeito.

Retomo, então, a questão que abriu este texto: em uma sociedade regida pela urgência, como criar espaço para formas de existir que escapam ao fluxo acelerado? Se a velhice é estigmatizada como um descompasso diante da

aceleração neoliberal, o AT no envelhecimento se revela uma prática de resistência que reafirma a polifonia de ritmos das formas de envelhecer. Quanto tempo tem o tempo?

O tempo do cuidado, enfim, tem o tempo da vida.

## Referências

BIRMAN, Joel. O futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: BIRMAN, Joel. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997.

GOLDFARB, Delia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GOLDFARB, Delia Catullo; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. Interfaces necessárias entre a psicogerontologia e o acompanhamento terapêutico. In: BARBIERI, Natália Alves; BAPTISTA, Carolina Guimarães de (org.). **Travessias do tempo: acompanhamento terapêutico e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

SEGURA, Cláudia Maria. O holding no acompanhamento terapêutico no envelhecimento. In: BARBIERI, Natália Alves; BAPTISTA, Carolina Guimarães de (org.). **Travessias do tempo: acompanhamento terapêutico e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

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

---

**Isabela Mayuri Omi Garcia** - Terapeuta corporal, acompanhante terapêutica e psicóloga, com aperfeiçoamento em Gerontologia Social e Psicogerontologia. Sua atuação é baseada em uma perspectiva interseccional, sensível às implicações de gênero, raça, classe e outros marcadores sociais que incidem na experiência do cuidado e do envelhecimento. É encantada pela potência dos processos grupais como dispositivos coletivos de saúde, colaborando com a coordenação de grupos no FOZ (Núcleo de Pesquisa e Formação em Práticas do Cuidado) desde 2016. Realiza, também, parcerias com instituições de ensino e serviços voltados à população idosa, com formação de equipe, oficinas, cursos, atendimentos e outras intervenções. Contato: [isabelamayuri@gmail.com](mailto:isabelamayuri@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.

## Notas sobre o bordado: reflexões sobre o Acompanhamento Terapêutico na velhice

---

Cláudia Soares de Oliveira

Quero apostar na imagem do bordado para traçar algumas reflexões sobre o trabalho de acompanhante terapêutico (at). O que me interessa não é um bordado pronto, de moldes fixos e pontos repetidos, seria antes um bordado vivo, que se faz junto, no tempo do encontro, com linhas que às vezes enroscam, às vezes soltam, às vezes desaparecem no tecido do cotidiano. Acredito que seguir o fio da metáfora, da linguagem poética, permite falar daquilo que muitas vezes escapa às palavras técnicas: o cuidado como presença, como ponto bordado. Cada gesto feito nesse encontro tem a potência de operar uma inflexão na vida de alguém.

O acompanhamento terapêutico (AT) se faz por meio de linhas que não apenas conectam, mas que também inscrevem e criam possibilidades no tempo do outro. Essa criação de possibilidades deve reconhecer a diversidade de experiências, corpos e histórias, valorizando a diferença como fonte de riqueza e resistência — ato de caminhar como experiência sensível e produtora de mundos. Cada linha traçada no cuidado é uma marca de presença, uma inscrição que testemunha a existência do outro.

Um *outro* visto como uma singularidade, uma trama que não pode ser reduzida a um padrão ou a uma norma — especialmente na velhice, onde as experiências de vida se acumulam, como fios de uma trama única. Assim, o cuidado com a pessoa idosa deve ser uma escuta sensível às diferenças, às nuances que compõem sua biografia. Cada fio, cada ponto, carrega o tempo do corpo, das emoções e das memórias, e o at, como um bordador atento, reconhece essa multiplicidade, bordando junto ao outro, no ponto possível naquele momento.

Uma prática de cuidado que resiste às lógicas da padronização, da produção em massa e da normatização do envelhecimento, que tantas vezes encontramos em diversos contextos de saúde. É uma política que afirma que cada vida merece um cuidado singular, tão único quanto a sua própria existência.

### **O primeiro ponto: acolhendo a diferença e criando vínculo**

Quando comecei a bordar aprendi quatro pontos básicos: alinhavo, ponto atrás, correntinha e ponto haste e assim fiz meu primeiro mostruário de pontos. Aprendi que um bordado começa com um projeto e que a etapa de riscar é a primeira fase da preparação de todo trabalho por vir. Mas antes de riscar, temos que imaginar, com isso desenhar e só então riscar, ou seja, transferir o molde do bordado para o tecido. Feito isso, passamos a separar linhas e agulhas para começar a espetar, contornar, alinhavar percursos e indagações,

estabelecendo os preenchimentos e arremates através dos fios de linhas e dos pontos do bordado. O bordado expressa as vontades, mas também conjuga os acasos. É a mediação entre o projetado e o imprevisível.

A vontade também tem suas nuances. A escritora Bell Hooks (2021) caracteriza o *ato de vontade* como “tanto uma intenção como uma ação” (p. 39). O trabalho do AT pode ser pensado como um fazer que nasce da escuta e tem o afeto como matéria-prima. Que se abre para o imponderável. Escutar o sofrimento do outro exige disponibilidade e implicação, e sabemos que o sujeito que sofre não espera uma solução mágica, mas uma escuta que reconheça sua existência. O at borda sua presença como quem sustenta esse reconhecimento. Mas é preciso chegar com cuidado. Como quem encosta a agulha pela primeira vez em um tecido ainda desconhecido, o at se aproxima devagar. Com sua presença, está sempre atento às nuances que se manifestam na fala, no corpo, na expressão. Não há pressa.

O primeiro ponto não se força — ele surge quando o fio encontra espaço para passar. E ali, no primeiro entrelaçamento de palavras ou de silêncios, nasce algo: talvez seja o vínculo brotando. Uma intenção de costura que respeita o ritmo do outro, sua história, suas particularidades. É no intervalo, na espera, que a linha do vínculo se insinua, acolhendo aquela existência com cuidado e respeito, como quem se aproxima de algo novo com delicadeza. Nesse aparente “não fazer”, o at está inteiro — abrindo espaço para que a relação se construa. Cada ponto feito representa um momento de alinhamento, um laço criado. As conexões estabelecidas no encontro são os fios que tecem o sentido das experiências vividas no cotidiano da vida.

### **Cada fio é um mundo: a invenção do cotidiano no trabalho do AT**

O trabalho do acompanhante terapêutico caracteriza-se pelo acompanhamento singular de sujeitos em seus mundos próprios — marcados por ritmos, gestos e modos de expressão únicos. O at convive com a diversidade das formas de ser e agir de cada indivíduo. Há quem prefira utilizar linhas grossas, marcantes; há quem se dedique a pontos miúdos, delicados. Encontram-se tecidos puídos, quase rasgados pelo tempo, e outros de trama nova, ainda em construção. O papel do at não é o de ensinar a bordar, mas o de bordar junto, respeitando o fio que o outro tem, no ponto que é possível naquele momento; acompanhar com respeito e cuidado, valorizando a experiência vivida e o processo individual de cada sujeito.

É imprescindível considerar o papel do território como elemento central do trabalho. Território, aqui, vai além da dimensão geográfica: trata-se de um espaço social, cultural e afetivo, onde se entrelaçam vivências, relações e sentidos atribuídos pelos sujeitos. É o espaço onde a vida acontece em suas múltiplas dimensões. Michel de Certeau (1994) nos lembra que o território é um “espaço praticado” (p. 184) qualificado pelas ações e experiências humanas, e no capítulo sobre práticas de espaço da mesma obra, Michel de Certeau argumenta que os usuários fazem uso dos lugares que lhes são dados.

Essa perspectiva revela que o cotidiano não é um espaço passivo, mas um campo ativo de invenção e reinvenção pelos sujeitos. Ou seja, a prática cotidiana é uma arte da invenção, uma série de táticas que os indivíduos utilizam para se apropriar dos espaços e tempos que

lhes são impostos (Certeau, 1994). O trabalho do at, como prática situada no território, pode ser compreendido como uma linha que atravessa os múltiplos espaços e tempos do sujeito, conectando experiências e possibilitando a construção conjunta de sentidos.

### **Nós e desmanches**

É viável realizar bordados em praticamente qualquer tipo de tecido; entretanto, recomenda-se a utilização de materiais com trama firme, como algodão, linho ou etamine. Esses tecidos facilitam tanto a inserção quanto a retirada da agulha, além de propiciarem um acabamento mais uniforme. Considera-se que a trama não é firme quando a urdidura do tecido apresenta espaçamento amplo, resultando em um material mais leve, com maior transparência e fluidez, ou seja, um tecido com espaços mais amplos entre os fios. O bordado em tecidos de trama solta é, invariavelmente, mais complexo, demandando do bordador elevada motivação para a execução do trabalho. Ademais, requer mais tempo para a adaptação de agulhas e linhas apropriadas a esse tipo de tecido.

Trata-se de um processo que exige experimentação contínua. E isso também não acontece no acompanhamento terapêutico? Pode ocorrer que o at seja designado para atender um indivíduo que, por motivos ainda não plenamente identificados, manifeste resistência ao encontro, expressando, por exemplo, que “não deseja realizar o trabalho devido à ausência de afinidade”. Nesse contexto, é pertinente indagar: o que ocorreu no momento da execução do primeiro ponto? Houve escolha inadequada da agulha ou da linha? Falta de habilidade do bordador? A responsabilidade recai exclusivamente sobre o tecido? Ou simplesmente houve encantamento pelo tecido, sem consideração dos aspectos técnicos?

Às vezes, o fio embaraça e cria nós. O at não corta o fio, ao contrário, ele sustenta, espera junto. Atravessa crises, angústias e silêncios longos. Há linhas que se sustentam no ar, confiando que haverá um ponto adiante. E quando o tecido rasga? Quando algo se rompe e parece que nada mais pode ser costurado? Acompanhante terapêutico e acompanhado juntos recolhem os pedaços, seguram as bordas e inventam um ponto novo, mesmo que fique torto. Suely Rolnik (2018) nos aponta que há no corpo uma inteligência sensível que nos orienta no caos do mundo e essa sensibilidade funciona como uma bússola, quando sentimos um mal-estar ou um sufocamento diante do estado atual das coisas, é essa inteligência indicando que a vida precisa de novas formas para se expressar.

O at, ao sustentar o caos sem antecipar a forma, aposta nessa inteligência do corpo e da vida. Não busca corrigir, mas sustentar a experiência. Não apaga o erro — acompanha o traço. Desmanchar também faz parte. Há momentos em que é preciso desfazer para refazer. Retirar pontos que apertaram demais. O at, então, desmancha junto — com cuidado — sabendo que cada tentativa é também construção.

### **O avesso do cuidado**

Quem já virou um tecido bordado sabe que o lado de dentro, muitas vezes, revela a trajetória do trabalho, as pequenas falhas, os fios que se cruzaram, os remendos que sustentaram o tecido. Segundo Derdyk (2024), o avesso da linha não é o erro, mas o testemunho de seu percurso, indicando uma reflexão sobre a linha como registro de

passagem e memória da ação criadora. É nesse avesso que o cuidado se revela mais potente — porque ali estão os rastros do que foi vivido, sentido e enfrentado, as tentativas e os ajustes. São os pontos malfeitos, os nós e os retornos que mostram a coragem de continuar bordando. O at habita o avesso — da pele e do tecido. Escuta o que não se diz, percebe o que não se mostra. É uma clínica feita de entrelinhas, de gestos delicados. Caminha num espaço similar ao da fita de *Moebius*, passa de um lado a outro, cruza limiares, transpõe fronteiras: verso/reverso; dentro/fora; eu/outro. Também é no avesso que encontramos os rastros deixados pelo bordado. A cada ponto um vestígio é deixado para trás — no avesso do tecido. O gesto se mostra como vestígio — o vestígio de um gesto (Derdyk, 2024).

### Um gesto menor

O Acompanhamento Terapêutico é um cuidado que não se curva ao ritmo da urgência, mas aposta na permanência, na escuta, na delicadeza. Tal como o gesto de bordar, ele é um ato de resistência. É ético, sim. É estético, também. Mas, sobretudo, é político: sustentar existências onde tantas vezes elas são negadas. Costurar redes onde há buracos; bordar presença onde há abandono. O at, ao bordar sua presença com afeto e compromisso, transforma o cuidado em prática radical — não como ruptura ruidosa, mas como persistência silenciosa, como quem costura pacientemente a dignidade onde ela foi desfiada. Cada vida é um tecido único. Cada encontro, um ponto novo.

O at, como quem borda à mão, vai construindo sentido ponto a ponto. Sem pressa. Sem padrão. Sem receita. É um “gesto menor” — conceito cunhado pela filósofa Erin Manning, que “abre a experiência para seu potencial de variação. O menor realiza isso do meandro da própria experiência, ativando uma mudança de tonalidade, uma diferença de qualidade” (Manning, 2013, p. 1–2, tradução livre).

O cuidado — mas também o bordado — é um gesto menor que opera uma abertura para o porvir. Cuidar e bordar podem ser gestos corriqueiros, cotidianos, ordinários. Mas podem também ser acontecimentos, experiências que nos colocam face a face com o desconhecido. Mesmo quando o bordado parece invisível, ele permanece — feito de gestos sutis, silêncios compartilhados, escutas que sustentam. É um bordado-cuidado que não busca visibilidade, mas presença. Porque bordar-cuidar, no fundo, é isso: confiar que ainda há o que costurar, mesmo quando tudo parece se desfazer.

### Referências

- CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**. 1. Artes do fazer. Editora Vozes. São Paulo – SP, 1994.
- DERDYK, E. **O corpo da linha: notações sobre desenho**, Editora Relicário. Belo Horizonte – MG, 2024.
- HOOKS, B. **Tudo sobre o amor: novas perspectivas**. Editora Elefante. São Paulo – SP, 2021.
- MANNING, Erin. **The minor gesture**. Durham: Duke University Press, 2013.

OLIVEIRA, C. S. **Velhices e envelhecimento: Potências do cuidado tecido nas dobras e redobras do bordado**, Dissertação (Mestrado) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/22200>

ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2018.

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

---

**Cláudia Soares de Oliveira** - Especialista em Psicopedagogia Institucional (PUC-SP) - com projetos em Classe Hospitalar, Brinquedotecas (IAMSPE) e na Geriatria (UNAPES-HC); Gestora de Programas Intergeracionais (Universidade de Granada-Espanha); Gestão do Terceiro Setor (Instituto de Administração para o Terceiro Setor); Mestre em Gerontologia Social (PUC-SP). Terapeuta Integrativa (ASKLEPIOS Associação de Massagem Rítmica Escola de Massagem Rítmica do Brasil); Especialização em Acompanhante Terapêutica no Envelhecimento (Clínica Tempo); Especialização em Cuidados Paliativos (Instituto Premier). Docente no Espaço Longeviver e na Pós-Graduação Artes-Manuais para Terapias na Faculdade EFICAZ – Maringá- PR. Consultora de projetos sociais na área do envelhecimento. Contato: [clasoareso@gmail.com](mailto:clasoareso@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.

## Comentário do texto: “O Bordado do Cuidado: Uma Narrativa Poética sobre o Acompanhamento Terapêutico na Velhice”<sup>1</sup>

---

Adriana Canepa Barbosa

**E**u não sei bordar. Sequer costurar. Mas, sim, sei reconhecer o momento em que devo apenas esperar, observar, escutar e silenciar. Sei recuar, para que o outro possa vir. Sei, também, sentir a hora de ir, de esticar o braço, de me postar com alguma inclinação interessada e propositiva em direção ao outro. Acho que conheço, sem nunca ter realizado, a natureza delicada do bordar, e tentarei, aqui, bordar com, e junto a vocês, a partir da leitura desse texto da Cláudia Soares de Oliveira.

A imagem que me veio, no primeiro contato com o texto, é uma imagem silente, meramente contemplativa, de alguém que observa e absorve a riqueza metafórica e imagética que o texto traz. Não me vi falando, comentando, tampouco analisando ou oferecendo recursos interpretativos. Senti, e nesse sentir, me vi em sintonia com a autora, que: *“É preciso chegar com cuidado. Como quem encosta a agulha pela primeira vez em um tecido ainda desconhecido...Olha. Escuta.”*

Mas, se eu ficar em silêncio, apenas como polo receptivo do outro, não produzirei um encontro, e deixarei latente um bordado em potencial. Pois aquilo que surge no ato de bordar, surge dessa junção, ora encontrada, ora desencontrada, de linha, tecido e agulha, que coordenados pelas mãos, fazem emergir desenhos, até então inexistentes.

E, aqui, me ocorreu uma associação, que gostaria de compartilhar com vocês. Saírei, cuidadosamente, da escuta puramente receptiva e devolverei ao texto, o que esse suscitou em mim. Chegou a hora da agulha tocar o tecido e, com sua linha, arriscar o primeiro ponto. E será o psicanalista inglês Donald Winnicott quem, junto a mim, fará esse gesto inaugural. Winnicott (1983) me ocorreu, com a leitura do texto, por aquilo que nos apresenta da natureza humana. Por nos colocar diante de um ser, ser humano, carregado de potencialidades que podem, ou não, virem a se realizar. As tendências, inatas e singulares, que todos nós carregamos, dependem de uma provisão ambiental facilitadora, ou

---

<sup>1</sup> O presente texto é a versão escrita da apresentação oral realizada por Adriana Canepa Barbosa no evento de encerramento do curso “Acompanhamento terapêutico no envelhecimento: um dispositivo clínico” (edição de 2025), oferecido pela equipe Tempo – clínica e cuidados no envelhecimento, em parceria com o Espaço Longeviver, em que foi convidada a comentar o trabalho de Cláudia Soares de Oliveira.

suficientemente boa, para tornarem-se um acontecimento humano, um ato subjetivado e integrado psico-somaticamente.

Na ausência de tal ambiente, a potência do ser se congela em um ser em potencial, mas dificilmente se torna um ser real. Gosto de pensar em um ser à espera de ser encontrado, à espera de um outro/ambiente, que lhe ofereça as condições necessárias ao seu desabrochar. Um ser que, apenas em potencial, desconhece o alcance de seu próprio real. E esse desconhecer-se a si mesmo, não aponta para o passado, para o já vivido, tampouco para o esquecido ou reprimido, mas sim, para o que ainda não se deu, para o futuro.

O ser à espera de ser encontrado é alguém que, por não ter sido devidamente cultivado, desconhece a natureza de sua semente e do que dela poderá brotar. O inconsciente, na forma como gosto de pensá-lo, a partir de Winnicott, é justamente essa potência latente, ainda não manifesta, não vivida e, portanto, não conhecida por aquele que a carrega. É um inconsciente do por vir, do futuro, trágico, mas repleto de esperança. São os encontros, os bons encontros, clínicos ou não, que podem, a partir de suas ofertas vinculares, ativar partes do *self*, ainda inativas.

Mas, afinal, por quais pontos, a natureza humana, proposta por Winnicott, se alinhou na leitura do texto? Quais foram esses caminhos associativos? A autora optou por um texto-narrativa, não acadêmico, escolhendo: “... *seguir o fio da metáfora, da linguagem poética*”. Com a figura metafórica do bordado, mas não só, com sua temporalidade, seu ir e vir de ideias e imagens, a não linearidade na formação de um saber, o texto parece ter apresentado, em sua estrutura textual, e na experiência da leitura, algo da natureza, mesmo, do acompanhamento terapêutico (AT).

E, se de um lado, a natureza humana, temporalizada pela vida de um indivíduo, precisa de um outro/ambiente que lhe reconheça em suas singularidades e lhe ofereça as condições necessárias ao seu desdobrar-se, de outro, temos a figura do acompanhante terapêutico (at), desconstruído, disposto e disponível para o materno singular, e singularizado, de seu paciente. Essa é a at apresentada no texto, atenta e delicada, qual uma mãe, suficientemente devota, acompanhando os ritos e ritmos mais íntimos, sem se antecipar na construção da intimidade.

*“ ... o at deve desenvolver uma escuta atenta e sensível, análoga à da bordadeira que, com os dedos, percebe as nuances do tecido. O papel do AT não é o de ensinar a bordar, mas o de bordar junto, respeitando o fio que o outro tem, no ponto que é possível naquele momento.”*

Nós sabemos, clínica e teoricamente, que os sujeitos com os quais nos deparamos, na clínica do AT, sofreram falhas ambientais importantes, muitas vezes, em momentos precoces da vida. E sabemos, também, que quanto mais primárias as falhas ambientais, mais comprometidos estarão. Existe um curso natural de desenvolvimento e maturação, que, uma vez interrompido, faz emergir defesas reativas, no lugar de potencialidades próprias e ativas. Ao invés de emergir no que lhe há de mais elementar e criativo, o ser permanece submerso, encapsulado, estruturando-se em artifícios de defesa e adaptabilidade, a um

mundo que lhe é estranho e hostil. E é, na maior parte das vezes, com esse aparato defensivo que nos encontramos, a princípio, e no princípio, de um acompanhamento terapêutico.

Diferente do encontro inaugural entre uma mãe e seu bebê, aqui, um lastro histórico de traumas e desencontros vem ao nosso encontro, revestido e protegido frente a novas violações. Como diz a autora, “*a conexão se constrói com paciência*”, atravessando as camadas defensivas e ofensivas que possam aparecer. Se olharmos do avesso, por trás da costura, como nos sugere a autora, veremos o caminho dos pontos, sua trama de base e saberemos que, se estamos presos do lado de fora, há alguém asfixiado sob suas próprias barreiras.

Na clínica, os efeitos do sufocamento do outro transitam por silêncios infindáveis, falatórios desconexos, indiferença e apatia, ataques de fúria, pedidos de desculpas, persecutoriedade, medo, desconfiança e toda e qualquer expressão primária de afeto. Nós, enquanto ats, seremos enredados nessa trama histórica que se atualiza, em nós, e a partir da nossa presença. Sobre isso, e sobre a necessidade de sustentação, a autora nos diz:

*“Às vezes, o fio embarça. Cria nós. Interrompe o bordado. Crises, angústias, silêncios longos. O AT não corta o fio. Ele segura. Sustenta. Espera junto. Há linhas que se sustentam no ar, confiando que haverá um ponto adiante.”*

Aqui, o texto aponta para um adiante, um porvir, uma espera. A sustentação não é desinvestida e desprovida de intencionalidade. Não. Ela é investida de intencionalidade, de aposta, de interesse. Nas palavras da autora: “*O trabalho do AT é também um ato amoroso, intencional, atento.*” E, eu acrescentaria, um ato subversivo, transgressor, que inverte e subverte a lógica relacional, de outrora, e do agora.

A topologia vincular com a qual nos deparamos no universo de nossos pacientes é, no mais das vezes, uma estrutura cristalizada, que produz, e reproduz, a patologia e o sofrimento, para o qual somos convocados a cuidar. E quando afirmo isso, penso em uma trama de tecido duro, pontos colados, sem respiro, sem furos e movimento. Não apenas nossos pacientes, mas todos, ou quase todos, em seu ambiente, estão sufocados pela disposição de suas posições, no interior da trama vincular. Ninguém consegue se mexer, sair de seu lugar, e sem se perceberem fixos e asfixiados, desconhecem a perspectiva de deslocamento e mobilidade. Estão adoecidos, todos, o grupo em geral, mas são em nossos acompanhados que o adoecer mostra a sua cara. Neles, algo se escancara, destoa, perturba, seja pelo excesso, seja pela quase inexistência. É aí que somos chamados, para cuidar desse um, desse único um, que está adoecido.

E nós, quem somos nós, nesse contexto? A metáfora do bordado é excelente para pensarmos na potência de nossa posição. Sim, devemos ter cuidado e, sobretudo, um olhar perspicaz para o tipo de tecido com o qual estamos lidando. Como nos alerta a autora, devemos conhecer, e reconhecer, sua composição, limites e possibilidades para, na medida do possível, viabilizar o acontecimento do bordar e o surgimento do bordado. Está em nós, em nossa exterioridade descomprometida, a possibilidade desse desdobramento.

Nosso lugar de alteridade nos confere uma outra perspectiva, um outro olhar, uma mobilidade de ver e reconhecer o que, ali, no interior da trama, não é possível ser visto. E é justamente esse olhar inaugural e desobstruído que acessa o avesso do sintoma, da doença, do impedimento. Acessamos nosso paciente, não apenas pela lógica produtora e reprodutora da patologia, mas por circuitos ainda não ativados. Não recuamos, ou avançamos, diante do silêncio, da fúria, do medo, da paranoia, da apatia.

Quantas vezes, não vemos uma mãe forçar o filho a conversar com o at. Ou a irmã, que impede o paciente de sair com seu acompanhante, por ele ficar muito assustado ao sair na rua. Ou ainda, uma residência terapêutica que usa o dinheiro do próprio paciente como punição ou reforço, na modelagem comportamental. Somos insistentemente convocados a compactuar com esse funcionamento, com a lógica vincular que disciplina e dociliza os corpos.

"Ai, ele é assim, quieto. João, conversa com a sua at. Ela está aqui para isso, para te ajudar, para falar com você."

"Melhor vocês fiquem em casa. Se vocês saírem, ele pode ficar muito nervoso."

"Olha, você só deixa ele usar o dinheiro se não ficar agressivo com você, ou com as pessoas na rua."

É aí que entra a subversão, o ato amoroso e intencional da aposta, ou resistência, como coloca a autora, ao falar em um ato político de resistência, no AT. Resistir, aqui, é acreditar, subverter a lógica do desinvestimento, do não-desejo. É desejar. Não sucumbir ao niilismo clínico e se engajar. Como ats, resistimos à lógica disciplinar e somos, por isso, colocados no mesmo lugar que nossos acompanhados. Somos identificados a eles, e muitas vezes, nos sentimos como eles. Quantas vezes, em situações clínicas, não nos vemos preocupados com o olhar da família, diante da não produtividade dos encontros? Ou ainda, temendo uma repreensão, por ter saído com o paciente e esse, de fato, ter ficado nervoso. E até mesmo, por ter dado o dinheiro, em uma situação em que isso não estava previamente acordado com a instituição. E quando isso se dá, temos um acontecimento relevante e potente.

É importante que sintamos, na pele, e nas entranhas, o que se passa com aquele que acompanhamos. É fundamental que sejamos provisoriamente inseridos e enredados nessa trama de afetos primários e rudimentares. Poder adoecer, temporariamente, para conhecer, de dentro, a natureza dessa experiência. Sentimos culpa, vontade de sumir, de nunca mais voltar, medo, raiva, desesperança, sono, letargia. Mas, diferente de nossos acompanhados, temos recursos e exterioridade suficientes para viabilizar o deslocamento de tal posição. Viver esses afetos, muitas vezes, mobiliza angústias importantes nos ats. Mas, uma vez que os identificamos como afetos contratransferenciais, discernindo o nosso lugar na dinâmica relacional, abre-se um caminho clínico, afetivo e vincular, a ser explorado. Caminho esse que, necessariamente, subverte e inverte a lógica relacional, de então. Um novo paradigma vincular pode vir a se formar.

No texto, o vínculo aparece como algo que, talvez, possa estar se constituindo no início, na delicadeza dos primeiros pontos, nessa primeira urdidura de palavras, espaços, silêncios. Nas palavras da autora:

*“Não há pressa. O primeiro ponto não se força — ele surge quando o fio encontra espaço para passar. E ali, no primeiro entrelaço de palavras ou de silêncios, nasce algo: **vínculo, talvez.**”*

Talvez, mas eu arriscaria dizer que o vínculo nasce ali, no momento em que acompanhante e acompanhado se encontram, de fato, unidos em uma experiência comum. É justamente na hora em que ambos coexistem em uma mesma posição, espelhados um ao outro, no interior da trama ambiental, que um vínculo pode vir a se constituir. Não ousou dizer que isso é condição de surgimento de vínculo. Tampouco diria que isso é garantia de vínculo. Mas acredito que a experiência clínica de ser colocado, e se deixar colocar, transitoriamente, na posição de seu acompanhado é, a despeito da angústia que se possa sentir, um ingrediente precioso na formação de vínculo. O que nos faz pensar na relação bem sucedida entre uma mãe suficientemente boa e seu bebê: há que se ter um elemento regressivo e empático na mãe que, a despeito das angústias que possa sentir, reconhece os estados de seu bebê e oferece, de forma adequada, os cuidados necessários (Winnicott, 2021).

Ocorreu-me agora, a noção de *rêverie*, de Bion (1962), como essa possibilidade de processamento de conteúdos primários, de forma a torná-los mais suportáveis e possíveis de serem elaborados. O at nesse lugar de sentir junto, sentir com, mas não necessariamente, sentir igual. O at como continente que, não apenas contém, não apenas sente, mas ajuda a processar e metabolizar o indigesto e o ameaçador. Esse é o momento, a meu ver, em que o acompanhar se efetiva, em que se come do mesmo pão, da mesma angústia, no estabelecimento de uma aliança. O acompanhante, compartilhando seus recursos, possibilita ao acompanhado suportar, processar e atravessar as ameaças de outrora. É possível, se bem acompanhado, um movimento ou, na metáfora do texto, desatar os nós para que o bordado possa acontecer.

No texto, o acompanhado é apresentado pela figura do idoso, do envelhecimento, de alguém que, assim como o louco, ocupou, por muito tempo, um lugar de descarte social. Atualmente, fala-se muito em saúde mental, assim como em uma reintegração dos idosos e dos doentes mentais. Mas, o que encontramos, quando inseridos nos contextos de nossos acompanhados, é um empobrecimento das relações, solidão e um circuito nada virtuoso nas narrativas que os constituem. O que se apresenta sobre eles, a posição que insistem em colocá-los é, em geral, imoral e descredibilizada. Muitas vezes, isso destoia do que observamos na circulação dos pacientes pelo território. Da forma como se inserem e são inseridos nas diversas interações cotidianas. Há uma potência no território e, sobre isso, a autora nos diz:

*“... é imprescindível considerar o papel do território como elemento potencializador do trabalho. Território, aqui, vai além da dimensão geográfica: trata-se de um espaço social, cultural e*

*afetivo, onde se entrelaçam vivências, relações e sentidos atribuídos pelos sujeitos. É o espaço onde a vida acontece em suas múltiplas dimensões.”*

É justamente isso, o acontecer da vida em suas múltiplas dimensões, que devemos buscar junto aos nossos pacientes. Sim, temos um limite, afinal, os tecidos com os quais nos encontramos têm suas histórias, seus rasgos, esgarçamentos, furos e de-composições. Mas, ainda há “pano para manga”, e devemos aproveitar cada retalho esquecido, mal aproveitado, e dar a ele novos traçados, desenhos e formas. Não mudaremos o tecido, mas podemos, sim, inscrevê-lo de cores e traços, até então inexistentes. O emergir do bordado no tecido é a insurgência daquilo que, em nossos pacientes, estava recuado, acuado, à espera de ser acessado e devidamente cuidado. Cabe a nós a intencionalidade persistente e amorosa da aposta. O que está por vir, saberemos a posteriori.

## Referências

BION, W.R. Learning from experience. London: Heinemann, 1962. 111p.

WINNICOTT, D.W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. [Orig.1965]. Porto Alegre: Artes Medicas, 1983. 268p.

WINNICOTT, D.W. Preocupação materna primária. [Orig. 1965]. In: WINNICOTT, D.W. A pediatria e a psicanálise. Rio de Janeiro: Ubu, 2021. 544p.

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

---

**Adriana Canepa Barbosa** - Psicóloga (PUC-SP), Filosofia (USP) e Psicanalista (Instituto Sedes Sapientiae). Iniciou o percurso na clínica do AT em 2000, no Instituto A Casa, e atualmente é supervisora da equipe dessa mesma instituição. Contato: [dricanepa@yahoo.com.br](mailto:dricanepa@yahoo.com.br)



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.

## “Feliz Aniversário”: Uma análise da velhice e suas relações sociais

---

*Eunice Vigarinho de Campos*

Qual o lugar do velho na sociedade contemporânea? Como ocorre a percepção da velhice pelo sujeito que envelhece? Quais são os efeitos sobre a subjetividade? Que relação se estabelece com o adoecimento? Esses foram alguns dos questionamentos que surgiram a partir da leitura do conto “Feliz Aniversário”, do livro *Laços de Família*, de Clarice Lispector (1982).

A narrativa nos introduz à celebração do aniversário de 89 anos de uma senhora, a matriarca da família, que apresenta como traço principal de comportamento, total apatia em relação aos acontecimentos externos, havendo informações ao longo do texto de que ela observava, mas nada falava, como fica claro no trecho em que os convidados falam dela, mas não com ela. Percebemos que ela não apenas permanecia calada, mas também se mantinha rígida, imóvel no local onde estava, como se fosse incapaz de tomar qualquer atitude, como na ocasião em que, curiosa, ela observa a mosca voando em cima do bolo, mas persiste naquela angústia muda e impotente. Aos poucos, notamos que ela oscila entre o estado de presença e interação e o de ausência e alheamento.

Há indicativos de que a aniversariante já não detém mais autonomia sobre o próprio corpo, afinal não foi ela quem escolheu a roupa que iria usar, nem o modo como gostaria de se vestir nem a cadeira e o momento em que iria se sentar à mesa. Ocupando o lugar de sujeito passivo em seu próprio aniversário, ela foi vestida e arrumada por sua filha, com quem morava, e colocada sentada à cabeceira da mesa de jantar muito antes do início da festa, mas para adiantar o expediente, já que a filha precisaria se dedicar a outros preparativos.

Apesar de essa senhora ser a aniversariante, os convidados não lhe conferem papel de destaque, posto que nem mesmo a cumprimentam quando chegam e, dando-lhe às costas, fazem a festa sozinhos. Ela não é incluída nas conversas, nem pode consumir os salgadinhos oferecidos devido às suas restrições alimentares. A celebração ocorre independentemente da sua presença, os convidados não lhe dirigem quaisquer palavras, não falam com ela, causando no leitor certo mal-estar, devido à indiferença com que a mulher é tratada.

Qual o papel ocupado pelo velho na sociedade contemporânea? Que lugar poderia ser conferido àquela senhora? Talvez o lugar de mãe de todos, de matriarca, de guardiã dos conhecimentos familiares. Mas percebemos que a velhice não ocupa um lugar social valorizado por aquela comunidade, ao contrário, observamos o desprezo dirigido à mulher. Os convidados agem como se qualquer aproximação com ela fosse fatal, como se fossem ser sugados por uma armadilha para dentro da velhice.

Notamos que quanto mais o contato com ela é evitado e menos palavras lhe são dirigidas, ocorre um paulatino apagamento de sua presença e pouco a pouco ela se desinteressa pelo entorno, mantendo-se em uma posição de absoluto mutismo e indiferença pelos fatos exteriores.

Trata-se de uma senhora apática, que não se manifesta diante dos acontecimentos externos, não sendo possível identificar nem mesmo se está feliz ou não com a reunião de seus familiares, talvez esteja em depressão, mas não se sabe com segurança os fatos que contribuíram para aquele estado.

Há pistas na narrativa que nos indicam que o processo se agravou no último ano, provavelmente após a morte de seu filho querido, o único com quem se identificava. Ao ter dificuldade de entrar em contato com o luto, a mulher ergueu um muro entre a morte do filho e os demais filhos, nunca mais falando dele. Possivelmente, a dificuldade em simbolizar o falecimento, em dar sentido e significado ao fato, além de sua personalidade rígida e austera, que despreza os filhos em virtude de seus comportamentos não corresponderem a um modelo por ela idealizado, tenham contribuído para a evolução de seu estado de ausência.

Entretanto, tudo começa a mudar quando, após o parabéns, ela é convocada a cortar o bolo. É nesse momento que começa a se manifestar, agarra a faca e parte uma fatia de bolo de maneira firme. A festa prossegue e ela, que parece ter saído do isolamento, reflete sobre a vida e os filhos. Constatamos sua indignação com as risadas, a moleza e a falta de austeridade de quase todos ali, não conseguindo entender como aquela prole teve origem nela e em seu marido. A revolta e o nojo pelos descendentes aumentam de tal forma que ela cospe no chão, o que é seguido por olhares de pesar, como se os convidados reconhecessem que ela agora já não merecia grandes preocupações nem investimentos dos demais, visto que se comportava como uma criança<sup>1</sup>.

O leitor consegue acompanhar a evolução dos pensamentos daquela senhora e perceber que suas atitudes têm relação com o que se passa em seu mundo interno, mas os convidados da festa testemunham apenas a conduta isolada (o cuspir no chão), não atribuindo significado à luz dos questionamentos em que a aniversariante está imersa. Consideram o fato de forma dissociada do contexto, esvaziando todo o sentido da conduta, reduzindo-a a um ato de teimosia, próprio de uma criança.

A raiva a sufoca, pede um copo de vinho, o que é respondido com desdém pela neta. É então que ela explode e dá vazão à sua ira, xinga os presentes e ordena que lhe deem um copo de vinho. A neta entrega o copo, mas com apenas dois dedos de vinho. Quando todos esperavam pela tempestade, nada acontece, a velha não mexe no copo, retorna à sua ausência, como se nada tivesse acontecido. Todos se entreolham, sorriem e aos poucos retomam a festa.

Terminada a celebração, os convidados começam a sair e ela permanece séria, rígida na cadeira, com o punho fechado, e, nesse momento, se dá conta de que não haveria mais espaço para ela ser quem era, uma vez que a velhice chegara e, definitivamente, se instalara: “Com um punho fechado sobre a mesa, nunca

---

<sup>1</sup> Criança também colocada no texto de forma pejorativa, tal qual os velhos.

mais ela seria apenas o que ela pensasse. Sua aparência afinal a ultrapassara e, superando-a, se agigantava serena” (Lispector, 1982, p. 71).

Como uma de suas últimas manifestações com lucidez, faz um alerta à nora, uma das poucas pessoas de quem gostava: “- É preciso que se saiba. É preciso que se saiba. Que a vida é curta. Que a vida é curta” (Lispector, 1982, p. 71). Porém, não repete o aviso e quando a nora retorna seu olhar para a aniversariante, vê apenas uma velha sentada à cabeceira da mesa.

O conto, a partir da perspectiva dos estudos sobre a velhice, nos faz perceber como o olhar do outro é constitutivo de nós mesmos, sendo esse ambiente externo responsável por nos contar sobre quem somos e por refletir uma imagem que talvez preferíssemos evitar.

Tal como ensinado pela psicanalista Delia Goldfarb (1998), a velhice é um processo de subjetivação, que pode ser percebido quando o indivíduo se olha no espelho e não se reconhece, sentindo uma grande estranheza acerca de si mesmo. Esse espelho, chamado pela autora de “espelho negativo”, pode ser simbólico, talvez um acontecimento cotidiano ou um relacionamento interpessoal, mas é aquilo que indica a passagem do tempo, que mostra que aquele sujeito envelheceu.

Ainda segundo a estudiosa, é comum que algo que venha de fora localize o sujeito no novo tempo, é aquele que está fora que nos nomeia “velhos” e a partir desse momento o relógio do tempo passa a correr mais rápido:

A imagem do espelho representa o outro em que o idoso não se reconhece. A imagem da velhice parece estar sempre “fora”, do outro lado. Embora saiba que aquela imagem lhe pertence, ela produz uma impressão de inquietante estranheza, frequentemente apavorante porque não se liga a um futuro pleno de realizações, mas antecipa ou confirma a velhice (...). Ele acontece antes da velhice se instalar como vivência existencial do sujeito e geralmente relacionado a um acontecimento na vida do sujeito que aparece sempre como externo a ele, uma perda, uma doença, ou um dado que vêm do social. É sempre algo que vem “de fora” e localiza o sujeito em um novo tempo. É sempre o “outro” o que está fora de nós que repentinamente nos nomeia “velhos”. (Goldfarb, 1998, pp. 106-107)

É o que se observa na narrativa, uma vez que a aniversariante, como pessoa velha e apática, não é cumprimentada por ninguém, permanecendo invisível em sua própria festa de aniversário, que prossegue totalmente à sua revelia. Mesmo após a retomada de lucidez e as atitudes que empreende, na tentativa de marcar sua existência, não é considerada como sujeito que ocupa um lugar social, tendo-lhe sido dirigidos olhares de pena, de tristeza e de conformismo, como se nada pudesse ser feito por ela, uma vez que se comportava como uma criança.

A percepção da própria velhice pelo sujeito ocorre quando ele toma consciência de que nunca mais poderá ser o que quiser, uma vez que a aparência de pessoa velha passa a se impor sobre ele e sobre seus desejos, restando apenas a

imagem de uma velha sentada à cabeceira da mesa desde às duas horas da tarde.

Nesse cenário, são acionados os recursos psíquicos de que dispõem o sujeito no intuito de elaborar tais questões, refazer ajustes e acomodar a nova situação vivida, a qual por sua vez agride a percepção de si mesmo, posto que a condição de vida atual é muito diferente daquela idealizada no passado.

É no tempo da velhice que se toma consciência indubitável da finitude. Ainda que durante a vida tenhamos oportunidade de vivenciar a experiência da morte, a partir da perda de objetos investidos libidinalmente, sejam pessoas queridas ou lugares sociais, é nessa etapa da vida que a percepção da própria morte adquire um caráter irrevogável.

Na pessoa idosa ocorre um estreitamento do horizonte e a constatação de que não há mais tempo para satisfação de seus desejos, o que pode ser observado no conto em questão no momento em que a protagonista, após refletir sobre sua caminhada, constata que a vida é curta e faz uma espécie de alerta para sua jovem nora.

Nesse momento de percepção da velhice, o sujeito passa por uma situação de crise, que pode ser mais ou menos intensa a depender da história de vida de cada um, dos recursos psíquicos desenvolvidos para fazer frente a esse trauma e da cultura em que está inserido. Tal como ensina a psicanalista Maíra Peixeiro (2015), constitui um momento de desorganização que convoca o sujeito a tomar uma atitude diante da nova situação que se apresenta, o que pode gerar estagnação ou redimensionamento da vida. A estagnação ocorre quando a crise gera tamanha confusão que torna impossível o reequilíbrio. Já o redimensionamento, permite fazer ajustes e novos compromissos diante dos recentes limites:

Trata-se de um momento de desorganização que impõe necessariamente uma nova situação para o sujeito, tornando impossível o retorno ao que se era antes. A crise pode abrir para a estagnação ou para o redimensionamento da vida. A estagnação ocorre quando o impacto gera perturbação, desequilíbrio de tamanha intensidade que impossibilita reorganização. Podemos observar em alguns pacientes certa paralisia, desânimo, desinvestimento de projetos que estavam em andamento, configurando um quadro comumente avaliado como depressivo. Muitas vezes também se deflagra um quadro maníaco ou paranoico, ambos remetidos à mesma desorganização. Quando o redimensionamento da vida é possível, então abre-se a possibilidade de rever e readaptar projetos diante da nova condição, uma condição que inclui a fragilização, os limites. (Peixeiro, 2015)

No conto em análise, a personagem vivencia a situação de crise, percebe suas limitações, tenta restabelecer novos compromissos, busca auxílio de outras pessoas presentes, mantém afeto pelo neto e pela nora, tenta ser vista e ouvida,

mas a maioria dos presentes não a leva a sério e ela segue oscilando entre os estados de ausência e de presença, aflita com o futuro que se avizinha.

Não se sabe com segurança o quanto de seu alheamento do mundo é decorrente dos traumas pessoais por ela vividos, e de sua dificuldade em lidar com eles, ou do desprezo da comunidade que a cerca, da perda do lugar social. Talvez a apatia seja resultado de tudo isso, tendo como pano de fundo o envelhecimento.

## Referências

GOLDFARB, Delia Catullo. Corpo e Temporalidade: Contribuições para uma Clínica do Envelhecimento. **Revista Kairós – Gerontologia**, São Paulo, n. 1, ano 1, 1998.

LISPECTOR, Clarice. **Laços de Família**. 12 ed. José Olympio: Rio de Janeiro, 1982.

PEIXEIRO, Maíra Humberto. **O traumático na entrada na velhice**. Ger-ações. VI Congresso Iberoamericano de Psicogerontologia. La Paz. Bolívia, 2015.

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

---

**Eunice Vigarinho de Campos** - Advogada, Psicanalista em formação, Acompanhante Terapêutica no envelhecimento.  
Contato: [eunicevcampos2013@gmail.com](mailto:eunicevcampos2013@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.

## A potência do encontro na clínica do Acompanhamento Terapêutico no envelhecimento

---

Giulia Frizzarin Bassa

*A vida é a arte do encontro,  
embora haja tanto desencontro pela vida.*  
Vinícius de Moraes

### Introdução

O processo de envelhecimento está atrelado a muitas perdas e a constatação de muitas limitações. O modelo social em que estamos inseridos acaba por, compulsoriamente, obrigar aqueles que estão envelhecendo a abandonar diversos lugares de reconhecimento (Goldfarb, 1998 citado por Barral, Franco, 2021, p. 89).

A suposta modernidade do sistema capitalista neoliberal em que estamos inseridos impõe valores que consideram fundamental a capacidade de produção de riquezas, gerando uma catástrofe subjetiva que deixa a pessoa idosa em uma posição de inexistência simbólica, pois ela perde sua função/seu valor simbólico no campo social, a partir do momento em que ela já, supostamente, cumpriu seu papel de produtora de riquezas (Peixeiro, [s.d.]). Além de mudanças físicas, afetivas, profissionais, territoriais e a proximidade da morte, que em maior ou menor grau, de acordo com a história de cada um, operam fragilidades significativas neste momento da vida (Segura, 2013).

Partindo dessas breves considerações sobre o processo de envelhecimento, este trabalho visa discutir e exaltar uma grande característica e potencialidade da clínica do acompanhamento terapêutico (AT), que se difere na forma de atuação de outros profissionais atrelados ao cuidado da população idosa, que é o *encontro* e o acompanhamento dessas pessoas fora dos espaços de tratamentos convencionais.

Esse dispositivo clínico que explora novos territórios com o acompanhado, foi um dos principais motivos do meu interesse pelo campo do AT. Deslocando o cuidado dessa população das instituições de tratamento convencionais como hospitais psiquiátricos, consultórios, hospitais-dias e Centros de Atenção Psicossocial (Segura, 2013), o AT

busca promover um *setting* terapêutico, um lugar de encontro, na rua, no cinema, no parque, em um café, no metrô, na casa do acompanhado. “O lugar onde começa um acompanhamento terapêutico é o chão comum e o céu aberto” (Porto, 2013, p. 3). O acompanhante terapêutico (at) acolhe e vai ao encontro da pessoa no endereço de sua residência (principalmente nos primeiros contatos).

São os encontros e as relações que constituem, geram e fazem emergir sujeitos e objetos. Só a partir do encontro que o at e o acompanhado se individualizam e se constituem como um e como outro (Porto, 2015). “Por meio da presença e da ação do at, o acompanhado pode-se perceber assegurado e, assim, inaugurar outras possibilidades de ser e estar na vida” (Segura, 2013, p. 161).

## Desenvolvimento

### *O piso e o passo*

Envelheço como o sapato:  
quanto menos sirvo  
menos aleijo o chão.  
Antes,  
eu buscava  
conhecer um lugar.  
Agora,  
apenas quero  
um lugar  
que me conheça.  
(Mia Couto, Maputo, 2004)

A poesia tem a intrínseca capacidade como gênero lírico em discutir o ser humano em sua incompletude, tomando uma posição central em reflexões sobre o alcance do fazer literário. Um escritor que consegue pensar poeticamente o elemento existencial do envelhecer também como um desdobramento da construção de uma nova identidade dentro da sua composição lírica é o poeta moçambicano Mia Couto, considerado um dos mais expressivos escritores em língua portuguesa da atualidade.

No poema “O piso e o passo”, publicado em 2007, no livro “Idades, Cidades, Divindades”, Mia Couto compara seu processo de envelhecimento a um sapato. No trecho: “quanto menos sirvo, menos aleijo o chão”, o eu lírico expressa seu sentimento de estar perdendo sua “utilidade” por estar envelhecendo, ou seja, ele perde seu valor simbólico, perde sua função social de produzir, fato muito associado ao estigma do envelhecer na nossa sociedade, na qual os idosos sofrem muitos preconceitos e abandono por não serem mais produtivos. Fazendo um paralelo ao envelhecimento de um sapato, objeto que nos acompanha durante a vida para diversos lugares que, ao ficar velho, não deixa mais sua marca ao pisar no chão, perde sua função, nos passando também um sentimento de não pertencimento aos lugares que um dia já fez parte.

Nas outras duas estrofes, o eu lírico traz a ideia do “lugar” como um território existencial, apresentando a ideia de passado e presente, retomando o senso da falta de pertencimento e da falta de futuro. No trecho: “*Antes, eu buscava conhecer um lugar*”, ele indica que no passado havia a existência de uma vida, de um ser, de experiências, de um território que se habitava e se pertencia antes do processo de envelhecimento. Mas agora que é velho (presente), durante esse processo que produz mudanças importantes na construção de identidade do indivíduo, ele não pertence mais a um “lugar”, não se sente mais útil nem para pisar no chão e deixar uma marca; apenas quer se sentir vivo e se reconhecer em um lugar que também aceite esse seu novo ser, neste novo momento de sua vida: “Agora, apenas quero um lugar que me conheça”.

Como expresso pela psicanalista Maira Peixeiro ([s.d.]): “sem existência no presente, o projeto identificatório, ou seja, a perspectiva de ser no futuro é fechada. Só se pode ser no passado. O desamparo ocupa a cena, o sujeito fica sem saída”. O poema nos faz refletir sobre o processo de envelhecer, que para algumas pessoas pode estar atrelado a grande sofrimento e desorganização que impõe necessariamente uma nova situação para o sujeito, tornando impossível o retorno ao que se era antes, necessitando muitas vezes de uma ajuda especializada para um novo redimensionamento da vida.

O horizonte de futuro se estreita, talvez não haja mais tempo para realizar o que se deseja, o corpo dá sinais de desgaste, apontando uma série de limitações. Concomitantemente uma série de perdas estão em curso: a perda do lugar de profissional, a perda dos atributos de beleza, a perda da força física, a perda do lugar de objeto do desejo, entre outras. (Goldfarb, 1998 *apud* Peixeiro, [s.d.], p. 2)

Uma importante ferramenta de trabalho do AT é a escuta diferenciada sobre as necessidades e as demandas do sujeito (bem como de sua rede familiar), considerando a existência de um sujeito com uma história de vida, mesmo quando há um quadro de adoecimento grave, como uma síndrome demencial (Segura, 2013).

A partir daí, o at tem como compromisso ético o estar junto com o acompanhado, com a pessoa que se apresenta na relação, ajudando-o a resgatar sua singularidade. Tendo o movimento e a circulação por diferentes territórios como estratégias fundamentais para a promoção de encontros, construção de redes, entre ambos, entre o acompanhado e a comunidade e entre diversos dispositivos da cidade, pode se criar possíveis conexões permanentes que ajudem o idoso a assegurar e inaugurar outras possibilidades de ser e estar na vida.

Esse movimento e circulação por diversos espaços produz uma “atenção corpo-flutuante”, em que a matéria da cidade prevalece e a fala constitui uma parcela de tudo aquilo que toca o at. A narrativa não é apenas verbal, mas principalmente, “pedestre”, como diz De Certeau (1994, p. 177 citado por Porto, 2013, p. 3). A fala pedestre é a enunciação, é um fazer-dizer, escutar-andar, pensar-fazer que se enuncia no instante mesmo em que um deslocamento transcorre, presentificando-se e sendo tecida na medida em que os pés caminham pela cidade (Porto, 2013).

No encontro com alguma enunciação, há uma experimentação com aquilo que se é/traz, com aquilo com o que me encontro, sejam pensamentos, pessoas, sorrisos,

histórias, fazeres. O encontro é o ponto de partida para a promoção de um cuidado que oferta um lugar subjetivo, que assegura ao sujeito a possibilidade de experimentar algo novo na relação consigo, com o outro e com o seu entorno, através de uma presença atenta e ativa. É uma possibilidade de apropriação de sua condição humana, dentro do seu próprio ritmo, desejos, necessidades, podendo se perceber, experimentar a continuidade de ser e a integração de si mesmo (Porto, 2015).

### Considerações finais

O envelhecimento, muitas vezes marcado por perdas simbólicas, sociais e físicas, impõe ao sujeito uma necessidade de reposicionamento subjetivo diante da vida e do mundo. Em uma sociedade que valoriza sobretudo a produtividade e a juventude, as pessoas idosas tendem a ser excluídas dos espaços em que se sentem pertencentes, seja de um contexto profissional, dentro das relações familiares ou até a perda de um espaço físico, como sua casa, tornando-se invisíveis e desamparados.

Diante desse cenário, o AT emerge como uma prática clínica potente, justamente por deslocar o cuidado dos moldes tradicionais, oferecendo um cuidado cuja ação se baseia na oferta de presença, no parar para olhar, escutar, andar, pensar, sentir, fazer, suspender o juízo, cultivar a atenção, sustentar singularidades, respeitar o tempo, ser receptivo, disponível, dar abertura ao novo e a circulação por territórios tanto conhecidos, como inexplorados, dando espaço a novas possibilidades de encontro, escuta, vínculo, movimento e produção de vida.

Nesse contexto, o processo de envelhecer pode deixar de ser somente um tempo de perdas para se tornar também um tempo de reconstrução de sentidos, de vínculos e de novos modos de estar e pertencer ao mundo. O sentido se produz pelo afeto. “O chegar não é mais valioso que a andança, o encontro é valioso e necessário” (Gerhardt, 2014).

### Referências

BARRAL, Manuela C.; FRANCO, Maria Helena P. Envelhecimento, luto e suas especificidades. In: FRANCO, Maria Helena P.; ANDERY, Maria Carolina R.; LUNA, Ivânia J. (orgs.). **Reflexões sobre o luto: práticas interventivas e especificidades do trabalho com pessoas enlutadas**. Curitiba: Appris, 2021. p. 87-93.

COUTO, Mia. **Idade, cidades, divindades**. Lisboa: Caminho, 2015.

GERHARDT, Genifer. Caminhando com Tim Tim. You Tube, 17 dez. 2014. Vídeo. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1dYukOrq5RI>. Acesso em: 4 jun. 2025.

PEIXEIRO, Maíra Humberto. A crise na velhice: passagens que não se completam. **Ger-Ações – Pesquisas e Ações em Gerontologia**. [s.d.].

PORTO, Maurício. A pólis arquipélago: notas do acompanhamento terapêutico. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 2-8, 2013.

PORTO, Maurício. Transferência no acompanhamento terapêutico. In: PORTO, Maurício. **Acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 115-152.

SEGURA, Cláudia Maria. O holding no acompanhamento terapêutico no envelhecimento. In: BARBIERI, Natália A.; BAPTISTA, Carolina G. (orgs.). **Travessias do tempo: acompanhamento terapêutico e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 153-161.

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

---

**Giulia Frizzarin Bassa** - Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar - 2021), com formação em Acompanhamento Terapêutico. É mestranda no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (2026–2028), na linha de pesquisa *Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental*. Integra o Grupo de Pesquisa em Atividades Humanas e Terapia Ocupacional (AHTO). Contato: [fbassagiulia@gmail.com](mailto:fbassagiulia@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.

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

---

*Brigitte Carolina Tellez Percini*

**Q**uando 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, borderar 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](mailto: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.

## Sexualidade feminina e velhice: fragmentos de uma acompanhante terapêutica

---

*Cristiana Kehdi Gerab*

**E**m meu trabalho como acompanhante terapêutica de pessoas idosas, tive a oportunidade de reunir um valioso material clínico. Ao contrário do que prega o “mito da velhice assexuada” – visão fomentada por estereótipos e preconceitos de que a velhice é uma fase da vida marcada pela assexualidade – as falas das mulheres que atendi sempre abordaram temas relacionados ao erotismo e à sexualidade.

Se há um discurso social que desassocia sexualidade da velhice, ele comparece infantilizando os idosos com palavras como “fofinhos” ou qualquer outro adjetivo que leve um diminutivo em seu sufixo. Vemos isso muito claramente dentro das famílias, nas relações dos idosos com seus cuidadores, nas instituições que os acolhem e na sociedade de uma maneira geral. Esse tratamento esconde uma crueldade velada, que diz muito mais sobre a rejeição dos mais jovens à sexualidade da pessoa idosa. O mesmo podemos dizer sobre discursos que enquadram um idoso no estereótipo de “safado” ou “assanhado”. Há algo que não se pode e não se quer ver em nossa sociedade. Do que se trata essa resistência?

A vida sexual das pessoas não costuma ser algo de que se fala às claras. O sexo é tema de muitas controvérsias, sempre gerou e segue gerando tabus. Tabu, segundo o dicionário Michaelis, é sinônimo de sagrado, proibido ou inviolável. Também se associam a tabu as palavras perigoso, impuro, sujo. No texto “O tabu da virgindade”, Freud (1917), em sua investigação da conduta dos “povos primitivos” acerca da virgindade das moças, diz:

ali onde o primitivo ergueu um tabu, é porque teme o perigo, e não se pode negar que um temor básico ante a mulher se exprime em todos esses preceitos para evitá-la. Talvez ele se fundamente no fato de a mulher ser algo diferente do homem, eternamente incompreensível e misteriosa, estranha e, por isso, aparentemente hostil. O homem teme ser debilitado pela mulher, ser contagiado por sua feminilidade e, então, mostrar-se incapaz. (Freud, 1917, p. 291)

Sacralizar algo e interditar-lo significa então, antes de tudo, temer um mistério, temer o descontrole. E como bem demonstrou Freud (1917), a mulher toda é tabu, já que esteve alojado no corpo das mulheres por muito tempo na história moderna (séc. XIX) a representação do avesso daquilo que funcionava como referência: o homem associado à potência, vigor e à razão. Somos herdeiros, no Ocidente, de uma cultura

falocêntrica, ou seja, de um culto à virilidade masculina. Não há um universal que define “A Mulher”, como bem observou Lacan (2004). A essência da feminilidade, assim, permanece um mistério, o que leva a tentativas de definição que jamais irão compreender um todo que representa “A Mulher” enquanto insígnia fálica, justamente o que nos levaria a ideia de que há uma essência. O psicanalista lacaniano Ricardo Goldenberg (2015) em comunicação oral, brinca com a palavra blasfêmia, que possui homofonia com “*femme*” (mulher) no nome em francês (*blasphème*), e sua origem grega, *vlasfimia* comporta o *vlapto* (danifico) e *fimi* (reputação) em seu nome, além do verbo “*blame*”, culpar em inglês, que vem da mesma referência. Blasfemar, em português, significa “arruinar a reputação de alguém digno de respeito, de uma divindade ou religião” (dicionário Michaelis). Essas etimologias da palavra comportam, portanto, a ambiguidade a que Freud chamou atenção: o sagrado que carrega em si a possibilidade da impureza, do perigo, da destruição.

A história do Ocidente, especialmente a partir do século XIX, em que se constitui a cultura burguesa europeia, é repleta de eventos que, ao mesmo tempo em que sacralizam o corpo da mulher, também o teme e o submete aos freios do pudor e da castidade: a inquisição, a bruxaria, a virgindade, a família. Nas imagens da virgem, da puta, da santa, da mãe encontrava-se isso que Freud chamou de “incompreensível”. O que se entende por feminilidade no século XIX, segundo a psicanalista Maria Rita Kehl (2007):

trata-se de um conjunto de atributos próprios a todas as mulheres, em função das particularidades de seus corpos e capacidade procriadora; a partir daí, atribui-se às mulheres um pendor definido para ocupar um único lugar social - a família e o espaço doméstico -, a partir do qual se traça um único destino para todas: a maternidade. A fim de melhor corresponder ao que se espera delas (que é, ao mesmo tempo, sua única vocação natural), pede-se que ostentem as virtudes próprias da feminilidade: o recato, a docilidade, uma receptividade passiva em relação aos desejos e necessidades dos homens e, a seguir, dos filhos (p. 48).

O perigo de se estar em posição passiva, justamente a posição avessa à da virilidade, parece ter um papel crucial na criação e sedimentação de mitos e tabus em relação ao feminino. O mito da domesticidade, tão lindamente descrito pela jornalista americana Naomi Wolf (2021)<sup>1</sup> como criação discursiva que tinha por função a coerção e a domesticação dos corpos femininos foi, segundo a autora, substituído pelo mito da beleza na sociedade contemporânea.

Os mitos, então, têm um papel social, funcionam para que um certo constrangimento possa passar despercebido e, assim, acreditamos poder dominar e exercer poder sobre algo que não conhecemos muito bem. Os mitos de nascimento que contamos às crianças, por exemplo, quando queremos escapar de sua curiosidade sexual sem falar a verdade. As teorias sexuais das crianças nascem de sentimentos e preocupações que elas vivenciam (por exemplo, quando ganham um irmão) e que, em consequência, a levam a refletir sobre de onde vêm os bebês: os bebês vêm das

---

<sup>1</sup> Livro trabalhado em minicurso “A mulher não envelhece: considerações clínico-sociais sobre o envelhecimento feminino a partir do mito da beleza”, ministrado através da parceria entre a Tempo - clínica e cuidado no envelhecimento e o Espaço Longeviver, juntamente com Leonardo Taccolini, em 2022.

cegonhas? Nascem pelo bumbum<sup>2</sup>? Quem é que planta uma sementinha na barriga da mamãe? Se há um segredo entre pais e filhos, ele diz respeito à sexualidade dos pais.

Quando a criança não foi demasiadamente intimidada, mais cedo ou mais tarde recorre ao método direto de exigir uma resposta dos pais ou dos que cuidam dela, que representam a seus olhos a fonte de todo o conhecimento. Esse método, entretanto, falha. A criança recebe respostas evasivas, ou repreensões por sua curiosidade, ou ainda é despedida com a explicação mitológica. (...) Essas teorias sexuais falsas, que agora examinei, possuem uma característica muito curiosa: embora cometam equívocos grotescos, cada uma delas contém um fragmento da verdade, no que se assemelham às tentativas dos adultos, que consideramos geniais, para decifrar os problemas do universo, que são tão complexos para a compreensão humana. A parte dessas teorias que é correta e atinge o alvo provém dos componentes do instinto sexual que já atuam no organismo infantil. (Freud, 1908, p. 61)

Freud (1909, 1917) tem muitas descrições em seus casos clínicos<sup>3</sup> em que associa a visão da criança do coito dos pais a uma cena traumática. O homem da sociedade vitoriana abordava o sexo com moral excessiva, ao que Freud criticava e tratava através de sua *talking cure*: nada melhor do que escutar aquilo que não se diz. A psicanálise nasceu da escuta de Freud às mulheres.

Se a sexualidade ainda é ameaçadora, mesmo em tempos pós-modernos em que ela ganhou espaço no discurso para ser, supostamente, debatida e vivida abertamente, por que a sexualidade das pessoas idosas é tema de tamanha rejeição? Em especial, a sexualidade das mulheres idosas, que quero privilegiar nesse escrito. Responder a essa questão pode nos levar a uma larga pesquisa, que passaria pelo tema da velhice, do feminino, da estética e da política.

Não à toa, citei Wolf (2021) que aborda o tema da beleza, conceito que muito se associa ao tema do envelhecimento: quem toma a mulher velha como objeto de desejo? Qual olhar a vê bela? Se hoje há um movimento que vem cada vez mais descentralizando o ideal de beleza de uma única figura (certa diversidade de corpos têm sido destacados em lugar do ideal da mulher branca, magra e europeia<sup>4</sup>), a velhice continua associada a um horror estético.

A multiplicação das clínicas de rejuvenescimento, cirurgia plástica e receitas para se “envelhecer bem” é prova cabal de que o mercado de consumo se apropriou desse temor ao envelhecimento para rapidamente oferecer respostas a ele. Respostas que jamais vão sanar o problema.

---

<sup>2</sup> Sobre as teorias sexuais das crianças (Freud, 1908).

<sup>3</sup> História de uma neurose infantil: o Homem dos Lobos (Freud, 1917), Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (Freud, 1909).

<sup>4</sup> “Houve um momento em que a moda parecia estar caminhando em direção à positividade corporal, em parte por causa da opinião pública. Em 2020, Paloma Elsesser, uma modelo plus size influente, esteve na capa da Vogue, e no ano seguinte tornou-se membro do VS Collective especificamente para ajudar a Victoria Secret a repensar seus tamanhos e imagem” (18/02/2026, Folha de São Paulo).

## Clínica

É da experiência clínica que podemos refletir sobre o problema do mito da velhice assexuada. Que efeitos ele tem sobre os corpos das idosas? Se, segundo Lacan (2004), é a partir do Outro que nos constituímos, esse discurso mora nos próprios velhos e velhas e é neles que se faz falar. Foi fácil constatar o quanto o preconceito com relação à vida sexual dos idosos entra como um problema sobreposto à própria conflitiva sexual inerente ao psiquismo de cada um. No caso de Nanci<sup>5</sup>, 88 anos, ela passava seus anos de viuvez trancafiada em casa. Já havia perdido o marido há mais de 10 anos quando comecei a acompanhá-la.

É bastante comum nas demandas por AT que os filhos ou familiares desses idosos nos busquem, já que raramente eles próprios conseguem fazê-lo. Há uma naturalização das dores do envelhecer na nossa sociedade que desencoraja os velhos a buscarem ajuda. Nanci dizia: “estou esperando morrer, o que mais eu posso fazer?”. Quem buscou o acompanhamento foi a filha, que sofria com uma certa violência da mãe: tantos anos de reclusão e solidão a deixaram “ranzinza, sarcástica e, muitas vezes, grosseira”. Sua filha desconfiava de um início de demência ou de uma depressão grave, e demandou, a princípio, que estimulasse a mente de sua mãe com jogos ou exercícios. No acompanhamento terapêutico é importante escutar as demandas e manejá-las, deslocando-as para o que, no vínculo transferencial, parece poder funcionar. Foi dessa maneira que, depois de algumas tentativas de encontro, em que ela nem mesmo abria a porta da casa, pudemos enfim, na intimidade de sua sala, iniciar um vínculo que consistia em bater papo. E bater papo significava o que Nanci nunca mais havia feito desde a morte do marido: falar besteira, bater um papo inofensivo – foi essa a entrada que tive.

Por muitos encontros falou de sua relação com a irmã, do quanto gostava de conversar e sair com ela para dançar e ir ao cinema. Vieram juntas do interior de outro estado para trabalhar em São Paulo. A irmã, sua grande companheira, casou-se cedo e se mudou para outra cidade paulistana, fato que teve importância crucial na vida de Nanci. Passou muitas sessões lamentando essa separação tão dolorosa. O marido da irmã, um “borocoxô”, em suas palavras, foi uma péssima escolha, já que teria sido o responsável pela “falência” da vida dessa irmã que tanto amava.

Nanci, diferente da irmã, casou-se só depois dos 30, o que já era considerado em sua época como um perigo: perigo de ficar sozinha, perigo de não viver a maternidade, perigo de ficar “solteirona” ou envelhecer na miséria. Nas conversas comigo, Nanci mostrava curiosidade pelo destino das mulheres que não se casavam naquela época: ou viravam freiras num convento ou putas. O casamento deu a Nanci o mesmo destino que supunha que teve sua irmã: sua vida faliu. Pois quando sua vida sexual finalmente começou (ela casou virgem), impactou-se com a decepção que se seguiu a esse encontro sexual. Nanci foi aos poucos admitindo o quanto foi infeliz sexualmente, e não apenas sexualmente. Para ela, o marido era um homem “chato”, pouco divertido, pouco presente por conta das horas de trabalho, e Nanci se entregou à uma vida doméstica em que sua única companhia eram os filhos. Vida que, segundo ela, foi muito pouco interessante. O casamento, um divisor de águas em seu discurso,

---

<sup>5</sup> Para preservar o sigilo, todos os nomes de pacientes são fictícios.

marcava um tempo em que não havia o que contar, diferente de sua vida anterior em que, além de trabalhar e sair, podia experimentar os perigos de ser desejada e o orgulho de recusar investidas dos homens. Foram muitas histórias de entrevistas de emprego que terminaram em cantadas, homens na rua que a olhavam com desejo e aos quais ela não podia “dar confiança”.

Porque Nanci fez a escolha por esse casamento e seguiu nele, insatisfeita? Pensarmos na ideia de perigo aqui nos remete ao que falávamos sobre o tabu. O tabu da mulher sem filhos, o tabu de perder a virgindade sem casar-se, o tabu de ser confundida com uma “puta” caso perdesse a virgindade antes da hora. O que Nanci estaria escondendo (ou expondo) se decidisse permanecer solteira? Se Nanci já havia conhecido alguns prazeres, por que os abandonou? Pensar em uma histeria nos leva a muitas hipóteses em relação a essa pergunta.

Segundo o psicanalista Juan David Nasio (1991), a histeria é “o nome que damos ao laço e aos nós que o neurótico tece em sua relação com os outros a partir de suas fantasias inconscientes (...) fantasia em que ele desempenha o papel de uma vítima infeliz e constantemente insatisfeita” (p. 15). A palavra “assexuada” inclusive nos remonta a uma estruturação histórica, pois no trato psicanalítico da histeria uma questão se faz fundamental: de que sexualidade se trata? Nasio (1991) vai seguir dizendo que o histórico sexualiza o que não é sexual, “é um notável criador de sinais sexuais que raramente são seguidos pelo ato sexual que anunciam” (p. 18). Por que a histeria seria a forma mais comum com a qual as mulheres podem habitar o próprio corpo sexuado?

Vale retomarmos a relação entre os discursos de cada época e as psicopatologias que vêm acompanhá-los. Kehl (2007) nos diz a respeito disso que:

a histeria é a *salvação das mulheres* justamente porque é a expressão (possível) da experiência das mulheres, em um período em que os ideais tradicionais de feminilidade (ideais produzidos a partir das necessidades da nova ordem familiar burguesa) entraram em profundo desacordo com as recentes aspirações de algumas dessas mulheres enquanto sujeitos (p. 182).

Nesse sentido, a histeria seria uma forma de bancar a masculinidade em si, um repúdio ao feminino - associado, na época, à submissão e passividade, construção de uma sociedade patriarcal. Sociedade essa que procurava disciplinar corpos – discipliná-los em nome da família tradicional – no caso do discurso social predominante nos meados do século XX, quando as idosas de hoje viviam seus tempos de juventude.

Quais aspirações poderíamos escutar na clínica das mulheres idosas, hoje? Como elas podem se servir do discurso pós-moderno, em que a liberdade sexual ganhou espaço, para dar um novo tratamento ao próprio erotismo? E quando falo em liberdade sexual, falo das construções “masculinidade” e “feminilidade” revisitadas e reconstruídas no discurso, além das possibilidades de viver o prazer sem tantas amarras. Importante lembrar que as idosas de hoje participaram da construção do discurso pós-moderno, algumas aderindo a ele mais do que outras.

Lena, outra acompanhada com idade na casa dos 80 anos, viveu um casamento infeliz que terminou em divórcio. Apesar de ter sido ela quem pediu o divórcio, não se seguiu a ele uma vida amorosa digna de nota, e Lena não só se deprimiu como adoeceu com Doença de Alzheimer. A única vida erótica que experimentou foi com esse marido que, para sua grande infelicidade, a traiu durante toda a vida com mulheres de “reputação duvidosa”, em suas palavras. Esse foi um dos assuntos mais abordados nos encontros comigo, que traziam a raiva e a culpa por esse casamento arruinado, além de uma tristeza profunda de se ver sozinha nesse momento de velhice. Nos encontros com ela, passamos a sair juntas para restaurantes, cinema e passeios que pouco fez ao longo de sua vida de mulher casada e trabalhadora. E em uma saída em especial, não deixo de notar sua tirada de humor quando pergunto a ela se pegou a bolsa para sairmos e ela responde com um: “sim, já estou pronta pra rodar a bolsinha!”.

Diante de tantas opressões vividas em nome de uma valorização da castidade e do casamento, viver o tempo da velhice, em que vários lutos precisam ser encarados, pode trazer um valor de abertura a certas questões nunca sequer reconhecidas. É na intimidade do encontro no AT que se torna possível criar um cenário em que a piada, a confissão e a aproximação das conflitivas sexuais ganham espaço. O AT como um terreno em que não há perigo, nem interdições: terreno sem tabu.

Nanci passou a me perguntar: “você hoje em dia já transam no primeiro encontro?” pergunta que leva em conta uma curiosidade legítima: entre a puta e a casta, há algo que é comum a todas as mulheres – como cada uma vive o próprio desejo? E se a pergunta leva Nanci a entrar em contato com essa curiosidade, não serão minhas respostas que irão suavizá-la. Seria ingenuidade da parte da at/analista pensar a sexualidade na velhice em termos de pura submissão a imperativos sociais. Mais do que a idade propriamente dita, mais do que os aspectos culturais de cada época, é a idade da neurose que realmente conta no momento em que escutamos clinicamente. E é aí que vivemos o grande paradoxo de escutar idosas: quem se faz ver e escutar é a jovem que não envelheceu, aquilo que ficou fixado no tempo. Como psicanalistas, estamos interessados no infantil, escutamos a criança no adulto. E de repente, como em um cenário maluco, a at é o adulto e, a idosa, a menina da situação analítica. O psicanalista, afinal de contas, é sempre o suposto adulto na cena transferencial.

### **Quando a criança e a morte irrompem na cena**

Em determinado encontro, Nanci se lembra de uma cena. Era jovem, bonita e feliz. Foi a um ensaio do coral (o tema veio à tona quando eu propus que procurássemos um grupo para cantar). Saindo do elevador, topou com uma mulher que *invocou (sic)* com ela, reclamou de algo e Nanci se sentiu atacada injustamente. Perguntou a uma amiga, logo após o ocorrido: “o que foi que eu fiz?” ao que ela responde: “você aparece demais!”.

Muito aflita em relembrar essa resposta/provocação da amiga, Nanci passa a dizer que acha que nasceu de nariz empinado. “Eu era mesmo bonita. E tinha pose! Mas não dava confiança a ninguém.” Passou a questionar sua própria atitude, uma espécie de bela indiferença que cultivava e segue cultivando em sua vida atual. Trata-se de uma mesma posição que permanece intocada há 60 anos.

“A histérica se oferece, mas não se entrega” (Nasio, 1991, p. 45). Com essas palavras, Nasio esclarece o paradoxo da sexualidade na histeria: se dar a ver, mas não se entregar ao encontro sexual com o outro. Sobre esse tema, Kehl (2007) o amarra ao que culturalmente se esperava das mulheres: sacrifício. “A tenacidade com que as mulheres puderam resistir à entrega, a coragem temperada pelo hábito do sacrifício e do pudor, eram pontos de orgulho feminino – qualidades íntimas e invisíveis socialmente” (p. 82).

Retomemos a pergunta do início do texto: a mulher idosa, quem a vê bela? Quem a toma como objeto de desejo? Nanci sempre repetia quando eu insistia para que saíssemos um pouco: “quem é que vai olhar pra uma velha com a cara toda enrugada?”. Foram diversas as experiências que tive com idosas bastante longevas que se recusavam a sair de casa. Tombos, esquecimentos, qualquer traço de alguma fragilidade que o corpo velho pudesse carregar viravam rapidamente motivos de vergonha. A aposentadoria (ou o recolher-se aos aposentos) tomou nessas mulheres a forma literal. No entrecruzamento da neurose com o discurso vigente sobre a velhice, qualquer tentativa de erotização da vida fica distante e difícil.

Quando o rejuvenescimento se transforma em um novo mercado de consumo, não há lugar para a velhice, que tende a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados. A oferta constante de oportunidades para a renovação do corpo, das identidades e auto-imagens encobre os problemas próprios da idade mais avançada. O declínio inevitável do corpo, o corpo ingovernável que não responde às demandas da vontade individual é antes percebido como fruto de transgressões e por isso não merece piedade. (Debert, 1999, p. 77)

“O que foi que eu fiz?” perguntou Nanci a mim, referindo-se ao evento da apresentação do coral. Quantos sentidos não podemos encontrar em sua pergunta: o que foi que ela fez para aparecer tanto, provocar e causar desejo e reprovação? O que foi que ela fez para que, hoje, se veja como uma velha pouco interessante? De que nos falaríamos essas recusas se não de fantasias femininas de transgressão, de culpa, de suas experiências sexuais em que os casamentos (muitas vezes infelizes) eram os únicos lugares nos quais podiam exercitar algum erotismo? Tratar dos problemas da velhice só é possível se a criança irromper na cena: para ser uma mulher velha (e gozar de sua adultice), é preciso deixar de ser menina.

Na citação da antropóloga Guita Grin Debert (1999), há um apelo contemporâneo à juventude e à beleza, apelo que se associa a uma moral. Também hoje há imperativos morais que, como os tabus ao longo do tempo, endereçam o sujeito a um lugar de culpa e pecado. Uma similaridade com as religiões, nesse sentido, cujo discurso faz uma associação entre pecado e dívida, descuido e castigo. Desde sempre, as mulheres escutam frases que as culpabilizam pelo próprio desejo sexual, tido como um excesso condenável. Hoje, também são culpadas por estarem velhas. “Para cada mulher nascida no século XIX, e ainda hoje, apresenta-se a questão de, ou ser um sujeito, ou colocar-se como objeto do discurso do Outro, segundo ideais de feminilidade constituídos no mesmo período” (Kehl, 2007, p. 45).

Esse trecho nos convida a pensar que, em analogia ao lugar da mulher enquanto objeto do discurso (já que o que se entende por sujeito aqui, segundo a psicanálise lacaniana, diz respeito àquele que é autor do próprio desejo), o lugar do idoso hoje também estaria em dissonância do entendimento atual do corpo como projeto, ou seja, um corpo que deve ser mantido visando à juventude, potência, atividade, renovação. Fala-se do idoso como aquele que não tem sexualidade, como aquele que está à espera da morte.

O difícil posicionamento de quem não se considera desejável impede o interjogo dialético com o outro por meio do erotismo (...) é evidente que os valores estéticos de cada época autorizam certos corpos mais do que outros e que, como sustentava Simone de Beauvoir, é complexo para os velhos assumir uma posição como objetos de desejo. (Iacub, 2007, p. 143)

O discurso biomédico inclusive corrobora para a associação da velhice ao declínio e à doença, a uma “destrutividade oculta no interior do organismo do velho” (Iacub, 2007, p. 119). Um exemplo disso é associar a menopausa com o fim do desejo sexual. Iacub (2007) cita pesquisa em que “75% das mulheres entrevistadas disseram não ter sintomas relativos à menopausa, enquanto em outro estudo 26% afirmaram não tê-los, revelando, portanto, que as respostas da mulher quanto à própria menopausa são altamente idiossincráticas” (p. 157).

Como seria possível aos idosos identificarem-se com um lugar de potência e erotização quando toda a cultura aponta para eles como seres de menor valor? Importante dizer que há modificações no discurso contemporâneo, nesse sentido, em que categorias como meia idade, terceira idade e aposentadoria ativa são “categorias empenhadas na produção de novos estilos de vida e na criação de mercados de consumo específicos, rompendo com expectativas tradicionalmente associadas aos estágios mais avançados da vida” (Debert, 1999, p. 77). Também Iacub (2007) ressalta que “diante do fantasma da dependência, da doença e da solidão senil, constituiu-se um forte consenso social sobre a ideia de atividade como um pólo positivo” (p. 125). Mas a clínica mostra o quanto a busca pela positividade nada traz de novo para nossa escuta. É preciso escutar também o que está em negativo, inconsciente – o que resta não dito, afinal.

Valentina, outra idosa longeva que acompanhei em seu último ano de vida, havia desistido de sair de casa após um tombo na rua que a deixou bastante fragilizada. Como quebrou a clavícula, precisou de um tempo de recuperação e fisioterapia. Sentiu-se insegura para sair novamente e foi entregando-se à poltrona da sala. O equilíbrio e a força nas pernas foi se perdendo e Valentina nunca mais quis sair. Ela, mulher extremamente ativa no passado, não só ajudou o marido com as finanças trabalhando também (orgulho em sua vida), como passou pela morte de um filho e de uma nora, e naquele momento também lidava com um acidente grave que aconteceu com um familiar. Valentina já não se sentia mais forte o suficiente para enfrentar essas dificuldades e o trabalho no acompanhamento terapêutico foi o de poder ajudá-la a reconhecer suas fragilidades corporais sem que a tomassem por completo. Ela não queria mais ir a reuniões de família ou amigos, envergonhada pelo fato de que “a vissem assim”. O “assim”, imagem que a constrangia, significava a ela sua postura corporal, as pernas enfraquecidas, a dificuldade em se equilibrar ou mesmo enxergar. Nas últimas semanas antes de sua morte, ela sentia que algo estranho acontecia.

Dizia: “minhas partes íntimas envelheceram”. Não queria mais a minha presença, e tive que fazer um delicado manejo, mantendo-me presente sem a ver “assim”. Telefonava no horário do AT, passava no prédio e deixava quitutes na portaria, até que um dia eu pude entrar em sua casa graças a cuidadora que agora permanecia 24h.

Quando vi Valentina deitada em sua cama e muito amedrontada com sua própria morte, queixou-se, pediu para que eu segurasse sua mão e me contou histórias de quando era menina, histórias do casamento de sua mãe. Franzida em sua cama, cantou músicas da juventude e me convidou a cantar junto dela: Valentina se acalmava quando encontrava esses lugares íntimos de seu passado, lugares que apontam a um erotismo conservado sob a forma de lembranças e devaneios – maneiras de acessá-lo também. O som, a voz, o toque, a lembrança materna também constituem lugares que dizem respeito ao erotismo, força que se faz presente desde os primórdios de nossa existência, em nossas relações com os primeiros objetos de amor. A menina Valentina irrompeu na cena e deixou-me estar com ela em sua semana final de vida. Depois, soube pela família que o que a matou foi uma infecção urinária: as partes íntimas realmente davam algum sinal de que a morte viria por ali.

Valentina não entrou em contato direto com sua sexualidade durante o trabalho de AT. No entanto, vivenciava um luto: luto de seu corpo, de sua vida, de sua força. A vida, perigosa como foi para ela, dispensava prazeres. Em seu leito de morte, e mesmo antes, abriu alguma porta ao prazer (a comida, a música, a companhia, as risadas). Em um dia de calor, lembro que me pediu um picolé da padaria da esquina, lugar ao qual já não ia mais. Contou a história de sua mãe que conheceu o pai em uma fazenda no interior: o pai, cavaleiro, levou sua jovem mãe embora em seu cavalo e se casaram – como fruto desse “conto de fadas”, nas palavras de Valentina, que se deu sua existência.

A morte, assunto tão proibido e perigoso como o sexo, ganha no dispositivo do AT também um lugar possível. Outro tabu a ser rompido, o tema da morte ganha espaço de escuta. Entre a morte real e a morte do desejo, não há grandes diferenças: sabemos como muitos idosos morrem em plena vida quando renunciam suas posições desejantes para tornarem-se puro objeto de cuidado, puro corpo responsivo ao discurso médico, puro dejetivo da sociedade. Arriscaria uma resposta à pergunta no início do texto quanto à rejeição à sexualidade da pessoa idosa: o que não podemos ver? O perigo da finitude? O corpo velho nos lembra mais de *thánatos* do que de *eros*?

Poder reencontrar algum desejo ou trabalhar para a sua desobstrução na vida é tarefa em qualquer idade. Para isso trabalha a psicanálise. Poder morrer enquanto um corpo investido de desejo é certamente algo que compete a nossa clínica: que nosso trabalho o torne possível aos idosos que sofrem das dores do amor, da vida e da morte.

## Referências

DEBERT, Guita. Velhice e o curso de vida pós-moderno. **Revista USP**, São Paulo, n.42, p. 70-83, junho/agosto de 1999.

GOLDENBERG, R. (2015). Palestra "Mulheres na psicanálise". Youtube, 18/03/2015. Duração:1:50,53. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=123t1VxoSN0>

NASIO, Juan.-D. **A Histeria: teoria e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991.

FRIEDMAN, Vanessa. **Modelos estão aparecendo cada vez mais magras nas passarelas de desfiles de moda**. Folha de SP, página B10, 18 de fevereiro de 2026.

FREUD, Sigmund. (1908). **Sobre as teorias sexuais das crianças**. In: \_\_\_\_\_. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 189-204

FREUD, Sigmund. (1909). **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos**. In: \_\_\_\_\_. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 13-133

FREUD, Sigmund. **O Tabu da virgindade** (1917) (Contribuições à Psicologia do amor III). Obras Completas vol.9: Observações sobre um caso de neurose obsessiva ("O homem dos ratos") e outros textos, São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

FREUD, Sigmund. (1917) **História de uma neurose infantil: o Homem dos Lobos**. In: Obras Completas vol.14: **O Homem dos Lobos e outros textos**, São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

IACUB, Ricardo. **Erótica e velhice: perspectivas do ocidente**. São Paulo: Vetor, 2007.

KEHL Maria Rita. **Deslocamentos do Feminino**. 2 ed. São Paulo: Imago, 2007.

LACAN, Jaques. (1962-63). O Seminário, livro 10: A angústia. Jorge Zahar, 2004.

WOLF, Naomi. **O Mito da Beleza**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2021.

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

---

**Cristiana Kehdi Gerab** - Psicanalista e Acompanhante Terapêutica. Mestre em Psicologia clínica pela PUC-SP. Faz parte da Equipe Tempo - clínica e cuidados no envelhecimento e do Instituto Vox de Pesquisa e Formação em Psicanálise. Contato: [crisgerab@gmail.com](mailto:crisgerab@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.

## Como lidar com a negação de um diagnóstico de demência?<sup>1</sup>

---

*Miucha Teodoro Salge*

### Introdução

**U**ma filha angustiada pergunta ao neurologista: “Meu pai não fala sobre a demência. Desde a investigação do diagnóstico, ele nunca falou desse assunto abertamente com nenhum de nós. Ele até comenta que está com dificuldades de memória, mas não acessa a possibilidade da doença degenerativa, e não faz perguntas, mesmo tendo participado das consultas e o primeiro médico tendo mencionado o Alzheimer. Suas falas demonstram consciência das dificuldades, mas também negação do diagnóstico, por exemplo, quando ele disse para mim: ‘É, minha filha! Papi está com a memória falhando, mas vamos lá, porque não dá para piorar, né?’. O que fazer, doutor? Como lidar com essa negação? Como acolhê-lo?”.

Essa dúvida me tocou e será justamente o tema sobre o qual discorrerei neste texto.

O caso foi relatado pela própria filha do homem que, aos 67 anos, recebeu o diagnóstico de demência, e que aqui chamarei de Salvador, para preservar sua identidade. A resposta do neurologista foi relativamente simples, segundo a filha de Salvador: “Há dois tipos de pacientes, aqueles que querem saber e os que não querem saber, os que perguntam e os que entram e saem das consultas sem questionar nada”. Ela relata que a partir de então, na época, a família encarou a negação como uma escolha a ser respeitada e, assim, não tocavam no assunto abertamente com ele.

Porém, três anos depois, ela questiona essa conduta e diz que, quando entendeu melhor a situação, se arrepende de não ter tentado encontrar um acompanhante terapêutico (at) – trabalho indicado por uma psicóloga – já que em uma breve pesquisa não localizou alguém que atendesse na cidade onde os pais moravam e logo desistiu da busca. Ela diz não sentir culpa, entendendo as dificuldades que sentiam no período, mas acredita que o acompanhamento terapêutico (AT) poderia ter sido uma tentativa na intenção de acolhê-lo melhor.

Ficou claro que o receio era grande de cutucar a ferida de uma realidade que estava difícil de digerir. Seja para Salvador, seja para a família. Pareceu evidente que a dificuldade não era só dele, nem a escolha por evitar conversar sobre o diagnóstico com ele.

---

<sup>1</sup> Esse texto foi inicialmente escrito em 2023 para o encerramento do curso sobre Acompanhamento Terapêutico no Envelhecimento da Clínica Tempo em parceria com o Espaço Longeviver. Seu conteúdo foi baseado no que aprendi ao longo do curso, assim como em outros cursos que realizei dentro da área da gerontologia ao longo de minha trajetória. Ao revisar o texto após dois anos e meio de atuação como acompanhante terapêutica, considero que as reflexões nele contidas seguem oportunas.

Fiquei, então, me fazendo a mesma pergunta que a filha fez ao neurologista, “como lidar com a negação? Como acolher?”, acrescentando a dúvida: o acompanhamento terapêutico seria uma boa opção para cuidar de uma pessoa em negação após o diagnóstico de demência?

## **Desenvolvimento**

A valorização da autonomia é um fator relevante na busca por qualidade de vida no envelhecimento, assim como explicitado pela antropóloga Cynthia Sarti (2001): “não há dúvidas de que as melhores soluções sociais são aquelas que contemplam o ponto de vista dos envolvidos. Não são os filhos que devem autoritariamente apresentar soluções para a vida de seus pais idosos, mas são estes que devem falar em primeiro lugar e serem ouvidos” (p. 95).

A partir da perspectiva da autonomia, e considerando também a resposta do neurologista, seria possível ter como hipótese que o não falar sobre o diagnóstico teria sido uma escolha de Salvador, e, então, a conduta da família teria sido uma forma de respeitar essa sua escolha e sua autonomia, certo? Porém, considerando que essa suposta escolha não foi verbalizada claramente, não é possível assumir com certeza que não falar sobre a demência, o prognóstico e seu tratamento tenha sido de fato uma escolha consciente e clara de Salvador.

Olhando ainda por outra perspectiva, parece mais provável que Salvador estivesse envolto pela dificuldade de lidar com os sentimentos negativos provocados pelo luto antecipatório, processo de adaptação desencadeado a partir da menção do diagnóstico (Deus; Ferraz, 2020). Considerando o relato de sua filha, é pertinente acreditar que Salvador estivesse passando por uma das diversas reações emocionais possíveis ao luto, suscitadas pela iminência do fim da vida, neste caso, conhecida como negação conforme descrição a seguir:

A pessoa, quando confrontada com a notícia de que é portadora de uma doença potencialmente mortal, reage negando a própria verdade que lhe foi comunicada. A negação funcionava como uma defesa perante a possibilidade da morte mais ou menos próxima, concedendo tempo para que a pessoa, a seu ritmo e maneira, mobilizasse energia emocional para confrontar a realidade da situação (Vasconcelos; Dutra; Oliveira, 2012, p. 203).

A respeito do luto antecipatório da pessoa idosa com diagnóstico de doença crônica, incurável e progressiva, abordado por Kreuz e Tinoco (2016), compreende-se que a tristeza não vem somente da perda de sua própria vida, mas também pelos prejuízos intrínsecos ao processo de progressão da doença, considerando a perda de funcionalidade, seja cognitiva e/ou motora, que dificulta e até impossibilita a execução de atividades que realizou ao longo da vida de forma autônoma, entristecendo-se, então, pela perda da independência, do controle, da previsibilidade, da segurança, da noção de potência e invulnerabilidade, considerando ainda a sensação de impossibilidade de planejamento de futuro, de criação de expectativas, de sonhar e de investir nas relações.

Em uma revisão literária a respeito dos cuidados paliativistas, Deus e Ferraz (2020), reforçam que o luto se “apresenta de forma dinâmica, singular e não linear podendo causar fontes de sofrimento que variam por diversos motivos, dentre eles a estrutura

psíquica do enlutado, tipo de vínculo, histórico de perdas anteriores e a circunstância da perda” (p.5).

Sendo assim, ainda antes de refletir a respeito das formas de lidar e de acolher uma pessoa que se apresenta em negação como reação às dificuldades do luto pela própria vida, considero válido tratarmos a respeito dos possíveis impulsionadores dessa permanência na negação e do próprio quadro demencial. Para isso, abordarei a seguir algumas questões e acontecimentos dos anos que antecederam o diagnóstico do Salvador, conforme relato de sua filha, e também trarei a história de uma outra pessoa com demência que igualmente não falava a esse respeito, uma mulher que recebeu o diagnóstico aos 70 anos de idade e que aqui chamarei de Rosa, considerando o relato de sua acompanhante terapêutica<sup>2</sup>.

Nos anos anteriores ao diagnóstico de demência, Salvador teve dificuldades para acompanhar atualizações em seu mercado de trabalho, o que gerou uma consequente diminuição dos negócios, tristeza, incompreensão, além de ter passado por uma fase de muitas discussões com alguns familiares. Apesar de sempre demonstrar muita preocupação com sua família, se desentendia com frequência quando sentia que eles não o compreendiam e não aceitavam suas ideias. Também estavam presentes sentimentos de injustiça e raiva relacionados a um processo jurídico demorado, que ele até ganhou, porém, somente depois do seu diagnóstico.

A história de Rosa, de acordo com o que foi compartilhado por sua acompanhante terapêutica, não foi muito diferente no que tange à ocorrência de inúmeros acontecimentos que geraram sentimentos difíceis pouco tempo antes do seu diagnóstico, incluindo, por exemplo, o falecimento de sua mãe, a perda do emprego e o planejamento de mudança de um dos filhos que ficaria alguns anos fora do Brasil.

A psicanalista Maíra Peixeiro (2015) discorre a respeito de eventos traumáticos que costumam marcar a entrada na velhice e acarretar sentimentos de fragilidade, impotência e medo, e destaca que é comum observar a sensação de perda de um lugar para si, quando se coloca “em cheque a ilusão de onipotência que nós, em maior ou menor grau, cultuamos em segredo” (pp. 4-5). Aprendi que são comuns os casos em que uma depressão antecede um quadro demencial, e me senti surpresa e tocada pela hipótese psicogênica abordada por Delia Catullo Goldfarb (2005), que apresenta a possibilidade de um certo desejo inconsciente de esquecimento de situações difíceis ser tão forte a ponto de impulsionar perdas neuronais. Uma leitura paralela às hipóteses genéticas, tóxicas, entre outras que estão presentes em uma possível causalidade multifatorial das demências.

A reação de negação ao diagnóstico parece de fato vir de uma enorme dificuldade de lidar com os sentimentos advindos da nova realidade, em outras palavras, “uma tentativa de evitar a todo custo estar presente diante de realidade tão penosa” (Peixeiro, 2015, p. 9), evidenciando um processo de crise que pode caminhar para uma estagnação:

A estagnação ocorre quando o impacto gera perturbação, desequilíbrio de tamanha intensidade que impossibilita reorganização. Podemos observar em alguns pacientes certa paralisia, desânimo, desinvestimento

---

<sup>2</sup> Caso compartilhado no contexto do curso de formação em acompanhamento terapêutico no envelhecimento.

de projetos que estavam em andamento, configurando um quadro comumente avaliado como depressivo. Muitas vezes também se deflagra um quadro maníaco ou paranoico, ambos remetidos à mesma desorganização. (Peixeiro, 2015, p. 7)

Neste momento, a partir do relato da filha de Salvador, considero importante abordar um ponto de atenção. A negação da demência, quando acompanhada por um possível quadro maníaco ou paranoico, pode trazer inúmeros riscos, sejam eles físicos, emocionais ou materiais, tanto para o paciente quanto para os seus familiares. Isso ocorre na medida em que o paciente, por não reconhecer sua patologia, também não considera os riscos provenientes de suas perdas cognitivas, podendo, por exemplo, demonstrar resistência para aceitar parar de dirigir, resistência para receber ajuda, pode vir a efetuar compras, vendas e pagamentos sem perceber erros ou inadequações, reagir de forma agressiva às tentativas de alertas da família, entre outros comportamentos de risco.

Na revisão literária de Kreuz e Tinoco (2016), sobre o luto antecipatório, nota-se que fatores de personalidade também podem influenciar o tipo, a intensidade e a duração do luto, e que a existência de uma estrutura familiar flexível, com bom relacionamento e boa comunicação, pode configurar uma rede de apoio eficiente que contribua para o estabelecimento do controle sobre as situações impostas pela doença. Enquanto, de forma oposta, quando há prevalência de padrões disfuncionais de relacionamentos que dificultam a comunicação e o fortalecimento da rede de apoio, estaríamos diante de um fator complicador para o processo de luto.

Considerando, então, esses aspectos da personalidade e das relações, também foi curioso observar semelhanças entre os casos de Salvador e Rosa. Ambos descritos como pessoas de forte personalidade, com elevada autoestima, que ao longo da vida estabeleceram e perseguiram seus objetivos com muita coragem e quase que de forma independente e autossuficiente; que tiveram relações difíceis na infância com seus familiares – o que parece ter impulsionado uma busca contínua pela autovalorização e autoaprovação –; ambos ainda acabaram tendo recorrentes atritos ou distanciamento de pessoas próximas também quando adultos, e davam sinais de que não percebiam ou não compreendiam as queixas que estas pessoas faziam para eles ou sobre eles, revelando pouca autocrítica e uma necessidade recorrente de valorizarem seus feitos.

Algumas formas de reação ao diagnóstico também foram similares entre Salvador e Rosa, considerando que ambos não conversavam ou perguntavam abertamente sobre o que tinham: passaram a ingerir bebidas alcoólicas no pós-diagnóstico em quantidade e frequência visivelmente superiores ao que estavam habituados antes, e começaram a enfatizar em suas falas o que fizeram em suas vidas realçando os feitos dos quais se orgulhavam.

Uma diferença foi que Rosa teve a oportunidade de ser acompanhada por uma psicóloga no período do diagnóstico e posteriormente por uma acompanhante terapêutica, enquanto os familiares de Salvador evitaram buscar auxílio desses profissionais no início, pois imaginavam que poderiam evocar sentimentos que acreditavam que ele não gostaria de acessar. A filha conta, inclusive, que começaram as tentativas de trabalhos de estimulação cognitiva por meio de arteterapia e musicoterapia, justamente para não

serem enfatizadas diretamente as dificuldades que ele vinha enfrentando. Apesar de não negarem o diagnóstico, ficou evidente que, na época, os familiares de Salvador também estiveram envolvidos pelos seus próprios processos de luto antecipatório, por tristeza, medos e dúvidas sobre como acolher e cuidar dele, possivelmente, com receio de não conseguirem suportar a angústia de falar com ele a respeito, e de não saberem qual “solução” dar para o tão provável desespero que ele aparentava estar vivendo internamente.

Como vimos nos estudos de Kreuz e Tinoco (2016, p. 112), “o fenômeno de experimentar as perdas no curso da doença e lidar com elas não é exclusivo dos pacientes, mas atinge também as famílias e os profissionais encarregados”. Porém, é possível compreender que, enquanto os profissionais, como os acompanhantes terapêuticos, têm os recursos dos estudos, das experiências com outros casos, da análise/terapia pessoal e das discussões em supervisão com colegas de profissão como algumas das ferramentas para lidarem com as angústias compartilhadas pela pessoa acompanhada, os familiares têm todo o envolvimento emocional e as responsabilidades no cuidado como um todo, que dificultam o enfrentamento da dor de ver seu ente querido em sofrimento. Além disso, ainda há casos em que os familiares, por inúmeros motivos, mesmo tendo laços sanguíneos, podem não ter criado laços afetivos com a pessoa que adoece e, com isso, também terão dificuldades para estabelecer uma conexão que poderia possibilitar o acolhimento.

Com o curso de acompanhamento terapêutico no envelhecimento, e agora também com as experiências de atuação como at, fui aprendendo e percebendo o potencial dessa prática. Para quem ainda não tem familiaridade, “o AT é uma ajuda especializada em funções que pertencem à vida” (Barreto, 2016, p. 203). Trata-se de um profissional que vai até o sujeito, em seu ambiente, na sua rotina, disponibilizando-se para acompanhá-lo em situações e locais do seu cotidiano, utilizando o potencial terapêutico existente justamente na vida do acompanhado.

O AT é, portanto, um trabalho que envolve tanto a dimensão social como a familiar, buscando potencializar – de acordo com o que faz sentido para cada indivíduo – aquilo que já faz parte de sua vida e também o que, junto com ele, se reconhece como possível de integrar seu cotidiano. Esse processo considera suas necessidades, vontades, crenças, cultura, atividades, histórias e ambientes de vida, podendo, inclusive, vir o at a “exercer funções que tenham a ver com a maternagem e a paternagem e, em outros momentos, com a amizade” (Barreto, 2016, p. 196). Neste sentido, é importante considerar também que, em determinadas circunstâncias, em certos dias ou fases da vida do sujeito, pode ser que sua necessidade seja “apenas” de um espaço de escuta e acolhimento, sendo justamente o que, em certas situações, pode fazer com que se sinta amparado em suas angústias.

Foi ao me sentir tocada pela dúvida daquela filha – angustiada por não saber como lidar com a negação do pai e ainda se perguntando como teria sido se ele tivesse tido um(a) at para acompanhá-lo na fase inicial da demência – que surgiu a vontade de escrever sobre o tema. Ao compartilhar essa intenção, outra acompanhante terapêutica dividiu a história de uma mulher que acompanhou e que também se viu desesperada quando recebeu o mesmo diagnóstico.

Segundo a at, ao longo do trabalho terapêutico que desenvolveram juntas, a

acompanhada pôde falar de seus medos, do horror que sentia ao pensar que em alguns anos não se lembraria mais de tantas coisas e, ao se dar conta de algumas perdas recentes, chegava a dizer com raiva: “essa doença é foda!”. A at, então, avaliou o quanto o acompanhamento terapêutico foi se colocando como um espaço para que essa mulher pudesse validar e elaborar essas turbulências emocionais.

Em outro caso, apresentado por Peixeiro (2015), a possibilidade de alguma elaboração nos encontros de acompanhamento terapêutico também foi observada: um senhor iniciou o acompanhamento dois anos após sua esposa cometer suicídio. Com o luto em suspensão, não demonstrava enfrentar os sentimentos, até que ele mesmo passou por uma cirurgia que o fez se deparar com medos sobre a sua própria fragilidade e finitude.

A partir de então, os sentimentos vieram à tona e a dificuldade de lidar com eles gerou um quadro de depressão e um estado confusional no pós-operatório, motivo pelo qual um possível diagnóstico de início de demência foi investigado. Em seu texto, Peixeiro (2015) aborda sua compreensão do acolhimento a ser oferecido como acompanhante terapêutica:

É muitas vezes nesta situação que os pacientes chegam a nós. Como atendê-los? Parece-me importante ter em perspectiva que são pacientes em crise e que seu acompanhamento deve supor uma sustentação desta crise através de uma presença com continuidade, suportando o mal estar da angústia até que o irrepresentável ganhe algumas palavras. Um manejo que diz respeito a clínica no envelhecimento, mas também a clínica do traumático e a clínica da crise. As intervenções neste momento são fundamentais para produzir uma abertura para a passagem, evitando a estagnação (p. 8).

A respeito do trabalho desenvolvido com o senhor que acompanhou, Peixeiro (2015) compartilha seu entendimento sobre sua função como at quando afirma: “o trabalho com este paciente se deu na crise, um trabalho de presença constante que produziu aos poucos uma confiança que se traduz em uma frase que ele lembra até hoje: ‘você pode me dizer tudo que precisar dizer, eu posso aguentar’” (Peixeiro, 2015, p. 9).

Nesse caso, foi a filha do senhor que entrou em contato em busca de um espaço de escuta para o pai. Aqui, então, reforço a reflexão: será que um familiar ou amigo próximo também pode aguentar tudo o que a pessoa em sofrimento precisar dizer? É possível suportar sentimentos gerados por realidades muito difíceis vividas por um familiar ou uma pessoa querida da mesma forma que um acompanhante terapêutico pode suportar? Além da dificuldade do familiar, fico imaginando também a dificuldade que as próprias pessoas com o diagnóstico de demência podem sentir de dividir suas angústias com seus familiares, por variados motivos, como não querer gerar preocupação ou mesmo não querer demonstrar fragilidade.

Por cerca de dois anos, este senhor acompanhado por Peixeiro (2015) havia dado sinais de evitação do luto pela morte da esposa, mas pôde estar acompanhado pela at em seu processo pós-cirúrgico que envolveu medos, angústias, tristezas e o próprio luto que antes havia evitado. E mesmo que estivesse sob a dúvida da demência, após outros dois anos de acompanhamento terapêutico ele teve a oportunidade de expressar e elaborar melhor os sentimentos mais difíceis e, inclusive, de se reconectar com vontades, como podemos ver na continuação do relato:

Depois de dois anos ele me disse que tinha acordado, de um sono profundo e confuso, e que queria retomar a sua vida. Empreitada que realizamos atualmente, claro que ainda com muitas dificuldades. Hoje ele fala da falta que sua esposa faz e da tristeza que sente. Fala também que está velho, constata os anos que passaram e conta quantos os que faleceram em sua turma da faculdade. É um sobrevivente. Diz que quer sair, se divertir e encontrar uma namorada. Diz que quer viver!!! (Peixeiro, 2015, p. 9).

Enquanto esse caso demonstra uma abertura deste senhor para os sentimentos e uma ressignificação deles, no caso da Rosa, sua acompanhante terapêutica compartilhou que, mesmo após três anos de atendimentos, ela continuou sem falar a respeito da patologia ou dos sentimentos envolvidos neste processo. Nesse cenário, com inúmeras oportunidades de se abrir sobre essa realidade, acredito que podemos até supor a hipótese de uma escolha ou mesmo da enorme dificuldade de acesso e elaboração dos seus lutos e sentimentos.

Porém, é importante ressaltar que, ainda assim, por meio dos encontros, foi possível que a acompanhante e a acompanhada criassem uma relação de vínculo, de acolhimento, de presença e de acompanhamento. A acompanhante, bastante atenta à sua acompanhada, explorava atrações da cidade onde morava que tivessem relação com a história ou gostos da Rosa para trazer novos ares e novos elementos para conversarem nos atendimentos. Algumas vezes Rosa perguntava: “Já te contei isso antes?”, mas era só o tempo da at suspirar como quem estivesse pensando, que Rosa continuava a história já contada inúmeras outras vezes.

A at confirma que não deixa de ser um desafio suportar ouvir as repetições como se fosse a primeira vez, conseguindo não dizer que a pessoa está se repetindo, mas afirma não ter dúvida que isso traz algum conforto, ao mesmo tempo em que evita convocar o desespero e a frustração por algo que de fato uma pessoa com demência não tem como saber ou controlar. Esta é, inclusive, uma recomendação que ela faz para familiares e cuidadores sobre como lidar: não dizer que a pessoa já disse aquilo antes, afinal, essa atitude não vai evitar que ela repita novamente, justamente porque está fora de seu controle.

A partir dos relatos de casos acompanhados por ats, como os que foram compartilhados aqui, é importante mencionar que o trabalho do acompanhamento terapêutico envolve também o contato com a família e/ou cuidadores, especialmente pelo encontro no cotidiano da pessoa acompanhada, possibilitando o compartilhamento de ideias em conjunto com quem está mais presente na rotina, pensando no que pode contribuir para a qualidade de vida da pessoa, para o relacionamento entre ela e seus cuidadores e para a preservação, ao máximo possível, de sua autonomia a cada fase.

## **Conclusão**

Aqui, convido você que acompanha essa reflexão, a voltar comigo às perguntas iniciais, objetos de investigação deste texto: Como lidar com a negação de uma pessoa que recebe o diagnóstico de demência? O acompanhamento terapêutico seria uma boa opção?

Vimos que há indícios de que angústias e medos após acontecimentos difíceis, e possivelmente traumáticos, podem dificultar a entrada na velhice, desencadeando quadros depressivos que, se não tratados, podem impulsionar ou antecipar o surgimento de um quadro demencial. Observamos, então, que, em reação ao recebimento do diagnóstico, as pessoas acometidas pela patologia podem apresentar comportamentos de negação.

Essa reação de negação, por sua vez, é evidenciada quando a pessoa não fala sobre o seu diagnóstico, não pergunta, não opina sobre suas possibilidades de tratamento e pode, tanto acobertar uma tristeza profunda em função da perda de um sentido para a vida e da dificuldade de encarar a nova e dura realidade, quanto pode desencadear um quadro maníaco ou paranoico, que impõe riscos ao paciente e aos seus familiares.

Abordamos, então, casos nos quais, por meio do acompanhamento terapêutico, houve abertura das pessoas acompanhadas – que haviam recebido o diagnóstico de demência ou que estavam investigando essa hipótese – para falarem com suas ats a respeito dos seus processos de luto e dos sentimentos envolvidos.

Notamos ainda relatos que evidenciaram a possibilidade de aceitação e ressignificação da realidade. Porém, também falamos sobre um caso em que a acompanhada permaneceu sem falar abertamente sobre suas angústias, medos e frustrações relacionados às dificuldades do diagnóstico, o que, todavia, não desvalidou as oportunidades oferecidas por meio do acompanhamento terapêutico para ela e para sua vida.

O intuito da apresentação de diferentes casos não foi de comparar as vivências, mas de ilustrar pontos para a reflexão sobre a clínica e a prática do AT. Neste sentido, nota-se, portanto, que a presença de um at não é garantia de que haverá elaboração do luto de um diagnóstico, e/ou de que a pessoa irá deixar a negação e passar a falar a respeito. Porém, compreende-se que por meio do AT é possível garantir presença e cuidado, que podem fazer a diferença para um acolhimento, construindo possibilidades de caminhos de acordo com o que se faz possível para cada um, em seu processo singular do existir.

Assim, percebo que esse trabalho sempre dependerá do momento, dos sentimentos e das escolhas de cada pessoa acompanhada e, inclusive, entendo que não se deve iniciar um acompanhamento terapêutico atribuindo ao at uma meta a ser atingida. Por exemplo, nos casos de negação da demência, compreendo que não deve ser considerado como meta que o acompanhado necessariamente passe a reconhecer e falar sobre o diagnóstico.

O at pode oferecer a sua presença e permanência, se deixar vulnerável ao que o acompanhado trazer a cada encontro, buscando oportunidades de construção de vínculo e de confiança, para que ele tenha segurança de que aquela é uma companhia, uma testemunha para ele dividir o que quiser, que permanecerá com ele, sustentando uma escuta acolhedora e disponibilizando sua presença.

Abordamos ainda, no decorrer desta reflexão, as vantagens que o at pode ter para conseguir lidar com os sentimentos difíceis dos sujeitos acompanhados e para acolhê-los, em comparação com maiores dificuldades possivelmente enfrentadas pelos

familiares, seja pelo alto envolvimento emocional e afetivo com a pessoa que fragiliza ou, ao contrário, pela falta de um vínculo que acabou não sendo construído ao longo da vida.

Não acredito, porém, que o movimento de familiares na tentativa de iniciar uma conversa com a pessoa que se apresenta em negação do diagnóstico da demência seja prejudicial ou dispensável. Entendo que isso depende realmente do quanto esse familiar se sente de alguma forma confortável, seguro e disposto para propor o assunto e ficar vulnerável à reação imprevista, e que não esteja em busca de impor o que ele ou ela acha que será melhor para a pessoa diagnosticada com demência, mas ao contrário, se coloque com a intenção de mostrar que está ali para ouvi-la e acolhê-la da forma que a pessoa quiser. Ao se colocar deste modo, creio que um familiar, inclusive, pode vir a compreender melhor se o fato de não falar sobre o diagnóstico vem de uma escolha ou se é fruto de um profundo desespero.

Na Gerontologia, muito se fala também sobre a importância de cuidar dos cuidadores. Portanto, entendo que contar com a ajuda de profissionais experientes para o acompanhamento desse processo patológico, tanto para acompanhar a própria pessoa com demência quanto para acolher e assessorar seus familiares e cuidadores, pode ser de fato de grande valia.

E como bem colocou Delia Catullo Goldfarb em seu texto “É melhor esquecer”, nota-se que métodos diagnósticos comumente “não dão conta dos pensamentos, dos afetos, das emoções, dos conteúdos das lembranças, dos lutos impossíveis e fundamentalmente, da especial significação dos esquecimentos” (Goldfarb, 2005, p. 6). Com isso, refletindo a respeito de um trabalho mais abrangente, no sentido de acolher de forma mais integral e mais prontamente pessoas que recebem o diagnóstico de demência, ela acrescenta:

Se fosse possível realizar o diagnóstico de forma multidisciplinar, precocemente, ante os primeiros sinais de deterioração cognitiva, angústia ou mudança de comportamento, poderíamos deixar em suspensão seu aspecto condenatório e iniciar uma ação terapêutica visando a manutenção e fortalecimento das funções conservadas, restaurar – na medida do possível – as perdas e trabalhar sobre o luto interrompido dando continuidade ao processo elaborativo (Goldfarb, 2005, p. 6-7).

Assim, percebo evidências de que um trabalho multiprofissional que pudesse incluir o acompanhamento terapêutico, ou mesmo a proposta de terapia ou análise clínica – especialmente quando iniciado o mais próximo possível de ocorrências possivelmente traumáticas, como um diagnóstico de demência –, demonstra-se com grande potencial de ajuda para elaboração ou, ao menos, para acolhimento dos sentimentos difíceis que podem ser desencadeados.

Com isso, acredito que se procurarmos ficar atentos às pessoas idosas de nossas vidas, observando acontecimentos, falas, expressões e comportamentos, temos a oportunidade de eventualmente antecipar a busca por ajudas, que podem ser muito valiosas tanto para a pessoa em sofrimento quanto para seus familiares.

## Referências

BARRETTO, Kleber Duarte. Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. In: **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 1998. p. 212-212.

DEUS, Larissa Brito de; FERRAZ, Paulo Fernando Monteiro. Cuidados paliativistas: uma revisão de literatura sobre os últimos cuidados. **ANAIIS DA MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA-ISSN 2317-5915**, n. 14, p. 161-166, 2020. Disponível em: <https://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1859>. Acesso em: 20 fev. 2026.

GOLDFARB, Delia Catullo. É melhor esquecer: reflexões sobre a memória e o fenômeno demencial. B. Corte, EF Mercadante, & IG Arcuri, IG (Orgs.) **Complex (idade): velhice e envelhecimento**, p. 185-206, 2005.

KREUZ, Giovana; TINOCO, Valeria. O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo – Revisão Sistemática. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 19, p. 109-133, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p109-133>. Acesso em: 20 fev. 2026.

PEIXEIRO, Maíra Humberto. O traumático na entrada na velhice. In: CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOGERONTOLOGÍA, 6., 2015, La Paz. **Anais** [...]. La Paz: [s. n.], 2015. p. 452-4595.

SARTI, Cynthia A. A velhice na família atual. **Acta Paul Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 91-96, 2001.

DE VASCONCELOS, Cláudia Ribeiro; DE ALMEIDA DUTRA, Denecir; DE OLIVEIRA, Elia Machado. A iminência da morte em idosos e o modelo kübler-ross de enfrentamento. **Revista UNIANDRADE**, v. 13, n. 3, p. 194-209, 2013. Disponível em: <https://revista.uniandrade.br/index.php/revistauniandrade/article/view/48>. Acesso em: 20 fev. 2026.

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

---

**Miucha Teodoro Salge** - Atua como acompanhante terapêutica desde 2023. Formada inicialmente em administração (FGV - 2012), mudou o rumo de sua trajetória profissional a partir da vontade de trabalhar com pessoas idosas. Formou-se, então, na pós-graduação em Gerontologia (Einstein - 2021), foi aluna do curso de extensão "Fragilidades na Velhice: Gerontologia Social" (PUC-SP - 2020) e de diversos cursos do Espaço Longeviver. Em seguida, iniciou a graduação em Psicologia (Unip) e concluiu duas formações em Acompanhamento Terapêutico, uma pela clínica Tempo e outra pelo núcleo Humanidade AT. Atualmente, Miucha faz parte da equipe Kairós da Tempo, de AT no Envelhecimento, e também atua com AT de Crianças e Adolescentes com supervisão do Humanidade AT em parceria com o Núcleo Criação. Contato: [miucha.salge@gmail.com](mailto:miucha.salge@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.

## O protagonismo na velhice de uma subjetividade tratada como figurante

---

Paula de Almeida Costa

### Introdução

Com o aumento da expectativa de vida, são várias as construções teóricas e científicas a respeito do envelhecimento. São muitas e variadas as prescrições, como alimentação saudável, rotina de exercícios físicos, exames médicos periódicos, construção de reserva muscular e neuronal, planejamento financeiro para aposentadoria, plano de saúde, entre outros. Mas e quando tudo isso está em dia e, ainda assim, não parece ter sido suficiente para a provisão de uma velhice com bem-estar?

A autora Guita Grin Debert (1999 *apud* Barbieri, 2014, p. 145) traz o conceito de “reprivatização do envelhecimento” para se referir à ideia comum à geriatria e gerontologia de que, seguindo as recomendações dos *experts*, o indivíduo teria uma velhice saudável e, além disso, qualquer falha nesse processo seria de responsabilidade exclusivamente individual, dado que a pessoa em si é a principal responsável pelo seu bem-estar. Dessa forma, a ideologia contemporânea sobre o envelhecimento reside em um discurso de que só não será feliz na velhice aquele que não quiser ou aquele que não seguir o que lhe é ensinado.

Nesse sentido, as questões subjetivas da história de vida de um sujeito parecem não ter espaço dentro da lógica biomédica quando o assunto é “como ter uma velhice saudável”. Dentro de um contexto sociocultural no qual a medicina assume valor de fonte da Verdade, essa lacuna às subjetividades pode ser ainda mais angustiante para aqueles que fazem “tudo o que deveriam ter feito” e ainda estão em sofrimento psíquico. Diante disso, através de fragmentos clínicos sobre um caso que acompanhei, este trabalho busca refletir sobre até que ponto é possível efetivamente se preparar para a velhice.

### Desenvolvimento

#### **Apresentação**

Miguel é um homem de 73 anos de idade, casado, possui dois filhos adultos, engenheiro, inteligente, bastante racional e crítico, goza de boa saúde física, mas nos últimos 4 anos passou a apresentar problemas de memória e uma rotina sem vivacidade, empobrecida. Apesar de já estar tecnicamente aposentado há certo tempo, Miguel parece que nunca se imaginou sem trabalhar e até meados da pandemia de COVID-19 seguia realizando projetos como autônomo para uma empresa na qual trabalhou durante muitos anos.

Com a exigência do trabalho remoto no contexto pandêmico, as idas ao escritório não aconteciam mais e isso era uma parte importante do seu prazer associado ao trabalho, que, para além de uma fonte de renda, representava uma fonte de socialização. Por outro lado, com a possibilidade do trabalho à distância, Miguel foi se dando conta do desgaste que o deslocamento até o escritório representava, uma vez que despendia mais de 3 horas por dia para ir da sua residência ao local de trabalho.

Mesmo com o final da pandemia, apesar de sentir falta dos colegas, Miguel falava do cansaço do deslocamento e também passou a alegar que os projetos que estavam chegando eram tediosos, pouco desafiadores. Ao longo da sua vida profissional, tornou-se referência técnica em temas importantes no seu campo de atuação e lhe fascinava o desafio criativo de novos projetos. Diante da ausência de propostas que lhe eram interessantes, gradativamente deixou de trabalhar.

Esse delineamento é importante, pois, quando o acompanhei, embora ele não exercesse atividade profissional, a esperança de retornar a fazer os tais projetos desafiadores ainda persistia e o colocava em uma postura de espera; espera de um convite, de um telefonema, de um *e-mail* de algum ex-colega de trabalho convidando-o para executar um novo projeto que lhe brilhasse os olhos. Eram constantes as lembranças e falas relacionadas a trabalhos exitosos do passado e, com menos frequência, mas também verbalizados, expectativas de novos projetos a partir do que ele escutava ou lia na mídia.

Um outro tema bastante presente na velhice de Miguel, mas pouco falado outrora, era a sua infância. Teve uma vida muito dura, de origem muito pobre e, até aquele momento, Miguel parecia não ter tido tempo nem espaço mental para pensar e sentir as dores da infância. Filho mais novo de uma família grande, ficou órfão de pai ainda criança. Com a morte do provedor da família, por vezes ele teve que se alimentar apenas de café e farinha de mandioca, pois não havia outras possibilidades. Diante da dura realidade da pobreza, sua mãe decidiu que seria melhor que o caçula fosse criado pela sua irmã e cunhado que moravam na capital e contavam com maiores recursos financeiros.

Segundo Miguel, essa foi a maior desgraça que aconteceu em sua vida: ter sido afastado dos irmãos, da mãe e, ainda, para viver como empregado doméstico na casa da tia. Não que ele tivesse parado de ir à escola, mas a sua infância no ambiente seguro e afetuoso que lhe era conhecido lhe havia sido tirada para sempre.

Essa perda lhe deixou marcas no corpo, uma vez que adquiriu, desde então, uma alopecia nervosa que lhe rendeu uma calvície precoce. Ao longo da sua vida, estudou (muito!) e trabalhou (e muito!) e, de fato, conseguiu estabelecer na vida adulta uma situação financeira confortável.

Aos 73 anos, a dolorosa memória do afastamento da mãe e dos irmãos na infância se fazia presente, sendo uma história repetida com bastante frequência no dia a dia da sua velhice. Aos ouvidos de quem escutava, uma mistura de ressentimento e tristeza davam sinais de que essa perda estava tentando ser elaborada, mas com dificuldades. Debaixo de toda a racionalidade de compreender a decisão de sua mãe como uma tentativa de provisão de um futuro com mais oportunidades, Miguel parecia

ocultar a raiva da genitora (que tanto amava) por ter sido o único a ser afastado do seio familiar com tão pouca idade.

Ao longo dos últimos anos, passou a apresentar episódios de esquecimento de eventos recentes (lugares novos e experiências recentes que não se recordava). Foi ao neurologista, realizou todos os exames e testes protocolares, mas nada foi encontrado; pelo contrário, um raciocínio afiado foi cientificamente constatado. Assim, de um lado Miguel apresentava problemas de memória sobre a realidade presente e, de outro, expressava vividez sobre as memórias do sofrimento pueril e do sucesso profissional na vida adulta. Descartadas as possibilidades de problemas orgânicos, restava a hipótese de questões subjetivas atuando nessa gangorra mnêmica.

### **Articulação teórica**

Para evidenciar o descompasso entre a vivência da velhice e a autopercepção dela, o psicanalista francês Jack Messy (1999, p. 15) traz uma citação do autor Oscar Wilde, presente no icônico romance “O retrato de Dorian Grey”: “A tragédia da velhice não é envelhecer, mas permanecer jovem”. Com essa referência literária, o autor fala sobre a contraposição entre a imagem de “eu ideal” *versus* o que chama “eu feiura”, em alusão ao conceito de estádio do espelho de Lacan. Na velhice haveria o “tempo do espelho quebrado”, através do qual se tem a percepção de uma imagem medonha, fracassada diante de uma imagem antes ideal (Messy, 1999, p. 32).

Seguindo nessa linha, a psicanalista Delia Goldfarb (1998) afirma que a percepção da velhice é sempre algo que vem “de fora” e que isso “localiza o sujeito em um novo tempo” (Goldfarb, 1998, p. 3). Segundo a autora:

(...) quando o velho se olha no espelho, (ou no olhar dos outros) este lhe devolve uma imagem ligada a uma deterioração das capacidades corpóreas e de perda de beleza, imagem na qual o idoso não se reconhece e diz: “esse não sou eu”. Nos encontramos novamente ante uma discrepância entre a imagem inconsciente do corpo e a imagem que o espelho lhe devolve. A imagem do espelho representa o outro em que o idoso não se reconhece. (Ibid., p. 3)

Diante disso, a percepção da entrada na velhice é anunciada por algo ou alguém externo ao sujeito e a constatação dessa nova realidade pode ser difícil de processar. Goldfarb (1998, p. 3) nomeia como “espelho negativo” esse momento de estranheza sobre a própria imagem, também associada ao choque quanto ao valor social que a nossa cultura atribui a essa fase da vida que é a velhice.

No caso em questão, o anúncio da velhice chegou a Miguel por meio de um protocolo hospitalar. Seu filho faria uma cirurgia importante e a participação dele nesse momento de extrema angústia e tensão (tanto para ele quanto para o filho) foi vetada pela política do hospital, que não permitia que pessoas acima de 70 anos fossem acompanhantes dos pacientes internados. Para Miguel, esse evento foi um duro golpe narcísico, pois foi uma presunção de incapacidade que não condizia com a realidade, deixando-lhe com sentimento de revolta e impotência. Miguel gozava de boa saúde e, portanto, ser barrado de acompanhar seu filho pelo critério de idade foi como se lhe tivessem dado um atestado de inaptidão ou fragilidade, mesmo que estivesse com plenas faculdades.

Seguindo na compreensão dos impactos da velhice, Messy (1999, p. 18) aponta duas dimensões do envelhecimento: a aquisição e a perda, compreendendo que “só perdemos aquilo que possuímos”. Dessa maneira, chama atenção para esse aspecto aquisitivo pouco explorado nas discussões sobre a velhice, que costumam focar nas perdas.

Nesse sentido, falando sobre aquisições associadas ao processo de constituição imaginária do ego, o autor afirma: “na realidade cotidiana isso significa que, sem sabermos, moldamo-nos à imagem de um outro, por quem nutrimos afetos de qualquer natureza. [...] O ego é, pois, constituído de um depósito de camadas de imagens investidas” (Messy, 1999, p. 19).

Ainda sobre o processo de constituição do sujeito, Goldfarb afirma que a construção da imagem do “eu ideal” é feita “a partir de uma identificação com o desejo de um outro que está fora. Podemos então dizer que esse espelho em que a criança se reconhece não é mais que o olhar desejante da mãe que lhe outorga determinados atributos com os quais ele se identifica” (1998, p. 3).

Analisando o caso de Miguel à luz de ambas as citações, nota-se que há alguma identificação dele com o desejo materno que lhe foi enunciado na ocasião da sua mudança para a casa da tia. Algo referente a uma imagem de alguém que “vence na vida” ou que tem um “futuro melhor, mais promissor” parece ter sido introjetado e assimilado na formação desse sujeito. Essa imagem parece que passou a constar de alguma forma na sua representação de “eu ideal” e, portanto, um alvo a ser perseguido.

Em tempo, cabe salientar que há uma distinção entre “eu ideal” e “ideal de eu”, uma vez que o primeiro se refere a uma identificação primária, bastante rígida e muitas vezes inalcançável; já o segundo é uma instância mediadora que surge justamente para atenuar a tensão na lacuna entre o “eu ideal” e o “eu”. Conforme Lopes e Peixeiro (2023, p. 292) explicam, o “ideal de eu” atua sobre esse conflito fazendo uma relativização, uma negociação entre as instâncias tensionadas, através da articulação do registro imaginário com o registro simbólico. No caso de Miguel, a ideia de “vencer na vida” parece carregar algo do “ideal de eu” também; algo que foi perseguido e que mobilizou o seu desejo. Contudo, de acordo com as autoras, no momento do espelho quebrado (na tensão entre o “eu feiura” e o “eu”), cabe também ao “ideal de eu” atuar na busca por um ideal plausível: “[...] realizando os redimensionamentos necessários para reaver um lugar desejável ao eu, apoiando-se em capacidades sublimatórias e investimentos possíveis que dão lugar à elaboração das perdas relativas ao corpo, aos objetos de amor e aos lugares sociais” (Ibid., p. 292).

No caso de Miguel, parece que esses processos de elaboração ainda estavam buscando espaços para existir. Convém lembrar que o seu período da infância foi marcado por duras perdas e essas sensações de faltas, ausências e privações podem (e inevitavelmente vão, se não forem elaboradas) se repetir de algum modo na velhice. Desse modo, podem haver defesas psíquicas impedindo o contato com determinados conteúdos e afetos importantes para o redimensionamento desses ideais.

Nesse sentido, para Miguel a dimensão do trabalho produtivo foi fundamental para a

compreensão de si próprio e sua valoração como cidadão no mundo, durante toda a sua trajetória de vida. No entanto, penso no quão dispendioso deve ter sido a sensação de ter que continuar perseguindo esse ideal durante tanto tempo, mesmo agora na velhice e em um cenário em que a escassez de recursos já não era mais uma realidade. Sinais dessa exaustão apareciam na vida atual de Miguel através da ambiguidade que demonstrava em relação ao trabalho, pois ao mesmo tempo em que ele queria voltar a sentir o êxtase do trabalho produtivo e supostamente relevante, ele relutava em aceitar as oportunidades que chegavam, dando justificativas variadas para as negativas: ou o projeto não lhe era interessante, ou já se imaginava cansado do deslocamento, ou as entregas iriam coincidir com uma viagem que já estava planejada, entre outras.

Quanto ao aspecto das perdas na velhice, Messy (1999) aborda a aposentadoria como uma delas. O autor afirma que a perda do trabalho pode ser muito importante para o sujeito, na medida em que esse ofício está em lugar de objeto investido e fornece uma certa quantidade de imagens narcísicas a esse sujeito. Assim, chama atenção para o elevado número de casos de depressão após a aposentadoria.

No caso de Miguel, não se observava um processo depressivo instalado, mas uma dificuldade de percepção (e aceitação) de que sua relação atual com o trabalho não era a mesma de outrora. Ao mesmo tempo em que ele mostrava um cansaço e falta de disposição, ele ainda ficava na expectativa de um novo projeto desafiador, resgatando nas suas lembranças seus sucessos profissionais. Em minha leitura, tratava-se menos de uma expectativa real de um acontecimento futuro e mais de um desejo de reviver sensações que um dia estiveram tão presentes e lhe fizeram sentir-se tão bem.

Quanto a isso, gostaria de citar o que diz Goldfarb (1998) sobre a questão da reminiscência, definindo-a como uma forma especial de fantasia desenvolvida na velhice que é a insistência da história de fatos vividos que foram constitutivos da identidade do ser, “de um ser que insiste em permanecer. É como se o velho reminescente dissesse: “o tempo passou, mas eu continuo aqui. Sou velho, mas em algum ponto sou sempre o mesmo” (p. 4). Contudo, diferentemente do que seria um velho nostálgico, que fala das suas lembranças com tristeza ou raiva, o velho reminescente fala do passado com orgulho e satisfação, tal qual Miguel costumava fazer.

A autora afirma que a reminiscência não representa um sinal de decrepitude nem de depressão, mas um elemento que articula as dimensões temporais (passado, presente e futuro) visando dar sentido à realidade e à continuidade do ser. Segundo ela, a reminiscência surge a partir da perda significativa de objetos que são difíceis de substituir e, com isso: “o montante de energia livre que não encontra objetos substitutivos será reinvestido em uma imagem ideal do próprio Eu que estará sempre no passado. [...] Quando não é possível investir no porvir, o Eu se defende da destruição investindo no passado idealizado” (Goldfarb, 1998, p. 4).

No entanto, há de se pensar que quando esse ideal de Eu é muito alto, o redimensionamento da vida na velhice fica muito difícil, pois torna-se mais complicado encontrar objetos substituíveis. Assim, diante de um passado profissional bem-sucedido associado ao fato de que o trabalho sempre atuou como ponto central na

organização da sua vida, o que significaria para Miguel existir sem o trabalho (ou a perspectiva dele)? Nesse sentido, retomo a citação de Goldfarb (2004 *apud* Peixeiro e Barbieri 2018, p. 8): “quando a perda não pode ser reconhecida, introduzida no circuito simbólico, o trabalho de luto se torna impossível. O não reconhecimento da perda não abre espaço para o luto”. Na vida de Miguel, parece que ele ainda não estava preparado para reconhecer a perda do trabalho que era quase como um pilar de sustentação de sua existência.

Sobre os aspectos traumáticos da entrada da velhice, Peixeiro (2015) descreve a crise psíquica vivida nessa mudança de fase de vida, que leva o sujeito a passar por uma desorganização interna que, por sua vez, o interpela ou para uma estagnação ou para um redimensionamento da vida. A estagnação ocorre quando a desorganização é acima do que o sujeito consegue lidar para se reorganizar e, com isso, podem aparecer sintomas como desânimo, paralisia ou desinvestimento de projetos que estavam em andamento. Já quando é feito um redimensionamento da vida, o sujeito pode “rever e readaptar projetos diante da nova condição, uma condição que inclui a fragilização, os limites” (Peixeiro, 2015, p. 4).

No caso de Miguel, notava-se um contexto de estagnação, observável a partir de sua já supracitada postura de espera sobre novos trabalhos, além de queixas sobre cansaço e da sua rotina empobrecida.

Para conseguir fazer um redimensionamento da vida a partir da crise da entrada na velhice, Peixeiro (2015) traz dois aspectos importantes: aspectos plurisubjetivos e intrasubjetivos. Os primeiros se referem à rede social que o sujeito possui, assim como os valores culturais nos quais está imerso e as perspectivas possíveis para esse redimensionamento de vida. Já os aspectos intrasubjetivos dizem respeito à constituição psíquica do sujeito e, nesse sentido, o nível de rigidez (ou flexibilidade) psíquica é um ponto crucial para conseguir lidar com perdas, separações e ter condições de simbolização.

Peixeiro (2015, p. 4) explica que: “a rigidez psíquica seria justamente a dificuldade de retirar o investimento de determinados objetos para poder investir em outros, além da restrição de objetos investidos”. No caso de Miguel, notava-se uma dificuldade dele em estabelecer planos que interpusessem o seu presente e o seu futuro e, assim, um redimensionamento da sua vida parecia ainda não ser possível.

Ainda sobre o papel e a função do trabalho na vida de Miguel, retomo uma citação da mesma autora sobre simbolização e perdas, na qual ela afirma que: “a entrada na velhice demanda um arcabouço de recursos psíquicos de uma vida toda, recursos que são constituídos sobretudo na primeira infância, remetendo à maneira como construímos nossa maneira de se relacionar com os objetos” (Peixeiro, 2015, p. 4). Diante dessa citação, ao pensar que a primeira infância de Miguel foi constituída de perdas tão duras (a morte do pai e o posterior afastamento da mãe e dos irmãos), pergunto-me qual seria esse arcabouço de recursos psíquicos que ele possui para lidar com as perdas da velhice e o que seria (ou será) possível de ser construído como perspectiva de vida, afinal.

A respeito do retorno das memórias de infância (sobretudo aquelas referentes ao afastamento do seio familiar em tenra idade), acredito que de alguma forma o

psiquismo de Miguel parecia agora permitir que essas lembranças fossem retomadas, uma vez que ele não precisava seguir um *modus operandi* de quem vivia lutando pela sobrevivência. Penso que durante a sua “vida produtiva” não havia espaço (nem energia disponível) para recordar essas perdas tão dolorosas. Em referência ao texto freudiano “Lembranças encobridoras” de 1899, Goldfarb (2005, p. 186) afirma:

O que mais nos interessa neste trabalho é a ideia de que a memória não atua de forma aleatória e que algumas recordações surgem para impedir o aparecimento de outras, mais conflitivas, às quais estão associadas. Neste sentido, as lembranças teriam uma função de preservação do sujeito na medida que bloqueia o acesso ao que o faria sofrer demais.

Assim, retomando teorias freudianas, a autora aponta que a lembrança atual é um “produto de um processo temporal modificador” (Goldfarb, 2005, p. 186), uma vez que o sujeito que lembra daquele fato já não é mais o mesmo que o vivenciou. Dito isso, ela afirma que a recordação é atravessada pelo desejo atual que ressignifica as recordações (e, com isso, a própria história do sujeito) à luz do tempo presente. “Neste sentido, a lembrança não seria um resgate, mas uma construção” (p. 186). Pergunto-me, então, qual seria o desejo atual de Miguel, subjacente a essas memórias, e qual seria a sua construção a partir disso. Talvez na elaboração dessas perdas esteja a chave para uma possibilidade de redimensionamento da sua vida.

Ademais, a mesma autora afirma que “há um sofrimento necessário para nos constituirmos como pessoas maduras. O ser humano confrontado com a dor cria uma dimensão temporal, pois abre uma expectativa de futuro, quando a dor acabe e o reencontro com a felicidade seja possível” (Goldfarb, 2005, p. 199). No caso de Miguel, essa dimensão temporal teria sido aberta? Pergunto-me, pois era como se ele não percebesse que a felicidade lhe era possível, assim como o desfrutar da vida que tinha, uma vez que a dor de ter que “vencer na vida” passara (ou poderia passar).

Goldfarb (2005) segue em seu texto apontando que quando o sofrimento é excessivo, esse processo é impossível de ser realizado pelo sujeito. Explica que o sofrimento excessivo seria aquele que não pode ser metabolizado/elaborado, que não permite aprendizado, o que parecia ser a situação de Miguel:

[o sofrimento excessivo] deixa no psiquismo um buraco, um vazio, pois é o vazio de representação simbólica. Vazio onde não há luto possível, pois não há objeto. Por isso afirmo que podemos entender o fenômeno demencial como o produto da falta de um ‘trabalho de luto’, uma recusa à aceitação da perda que bloqueia o processo elaborativo. Assim, o que caracteriza o processo é o vazio, onde nenhum objeto pode ser recuperado. Uma impossibilidade de agir, desejar... e quando o sujeito não deseja perde a possibilidade de fazer projetos, de se lançar ao futuro...perde sua identidade. (Goldfarb, 2005, p. 199)

Nesse sentido, entendo que os lapsos de memória que Miguel vinha apresentando nos últimos anos podem ser entendidos como um sintoma dos trabalhos de luto não realizados, sobretudo aqueles referentes à perda do pai e seu consequente afastamento do seio familiar. Diante da dificuldade de reconhecer e acolher os

sentimentos ambivalentes sobre a sua mãe, o luto dessa perda tão dolorosa parecia não ter sido elaborado e, mesmo sendo difícil de ser encarado, agora na velhice, abria-se uma possibilidade para isso.

Assim como os esquecimentos, penso que a dificuldade de redimensionar a sua vida no contexto da aposentadoria também estava vinculada a esse luto da infância não realizado, uma vez que Miguel ainda se via em busca do mesmo ideal de Eu que lhe foi transmitido pela sua mãe naquela ocasião e não conseguia se identificar com outras imagens de si agora na velhice.

### Considerações finais

Ao falar sobre os mecanismos biológicos do envelhecimento, Lamour (1990, *apud* Goldfarb 2005, p. 192) faz uma analogia entre um computador e a pessoa humana: o *hardware* seria equivalente ao sistema nervoso (neurônios, fibras nervosas etc.), que está sob o domínio da neurologia, e o *software* seria o que estaria sob o domínio da psicologia e da psicanálise. Desse modo, para uma compreensão adequada do funcionamento humano, deve-se levar em conta ambos os aspectos.

No caso de Miguel, o seu *hardware* seguia funcionando perfeitamente bem, conforme atestado pelos vários exames neurológicos que realizou. Quanto ao *software*, parece que o desejo de esquecimento da realidade atual vinha apresentando efeitos na preservação da sua memória. Conforme Goldfarb (2005, p. 191) aponta: “os melhores métodos diagnósticos não dão conta dos pensamentos, dos afetos, das emoções, dos conteúdos das lembranças, dos lutos impossíveis e, fundamentalmente, da especial significação dos esquecimentos”. Sendo assim, as dificuldades de realizar o trabalho de luto das perdas tanto do trabalho quanto da sua infância pareciam reverberar em um tempo presente esvaziado de sentido e, com isso, indigno de ser lembrado.

Para uma pessoa tão diligente, debruçada sobre as ciências exatas e que sempre foi funcional e independente como Miguel, era difícil aceitar que seus sofrimentos presentes poderiam ter raízes subjetivas. Entendendo que os sintomas têm uma função de sinalizar necessidades, sejam elas conscientes ou não, seria importante compreendermos a função que os esquecimentos podem exercer para uma sobrevivência possível. No entanto, o discurso biomédico hegemônico não contempla as sutilezas psíquicas que podem estar envolvidas no processo demencial, o que corrobora muitas vezes a resistência frente a cuidados que podem ser ofertados para essa escuta subjetiva, como a psicoterapia ou mesmo para projetos de vida possíveis como no AT.

### Referências

BARBIERI, Natália Alves. **Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da velhice**. 2014. 199 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2014.

GOLDFARB, Delia Catullo. Corpo e temporalidade: contribuições para uma clínica do envelhecimento. **Revista Kairós – Gerontologia**, São Paulo: Educ, ano 1, n. 1, 1998.

GOLDFARB, Delia Catullo. É melhor esquecer: reflexões sobre a memória e o

fenômeno demencial. In: Beltrina Côrte, Elizabeth F. Mercadante, Irene Gaeta Arcuri. (Org.). **Velhice. Envelhecimento Complexidade**. São Paulo: Vetor, 2005, v. 1, p. 185-206.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa; PEIXEIRO, Maíra Humberto. Espelho quebrado: o inevitável confronto com a velhice e a finitude. In: FLORSHEIM, David B. (Org.). **Vozes da psicanálise – Clínica, teoria e pluralismo** – Volume 4: 1991-Atualidade. São Paulo: Blucher, 2023. p.289-293

MESSY, Jack. **A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice**. São Paulo: Editora Aleph. 1999.

PEIXEIRO, Maíra Humberto; BARBIERI, Natália Alves. Acompanhamento terapêutico no envelhecimento: envelhecer ou esquecer, eis a questão. In: **Clínica em trânsito: acompanhamentos terapêuticos**. GERAB, Cristiana; FARES, Márcia; BONOMI, Tomás (Orgs.) São Paulo: Escuta, 2018.

PEIXEIRO, Maíra Humberto. O traumático na entrada na velhice. **Anais do Congresso Iberoamericano De Psicogerontologia**. La Paz, Bolívia, 2015.

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

---

**Paula de Almeida Costa** - Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atua como Acompanhante Terapêutica desde 2023, tendo formação inicialmente pelo Instituto A Casa e posteriormente um aprofundamento no campo do envelhecimento pelo curso "Acompanhamento Terapêutico no envelhecimento – um dispositivo clínico" pela Clínica Tempo e Portal do Envelhecimento e Longeiver. Possui uma primeira graduação em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), atuou por oito anos com finanças e projetos no contexto corporativo, mas iniciou uma transição de carreira para a Saúde Mental, Psicologia e Psicanálise a partir da pandemia de COVID-19. Contato: [paulacosta.pac@gmail.com](mailto:paulacosta.pac@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.

## O Acompanhamento Terapêutico como dispositivo para o envelhecimento digno no campo das políticas públicas sociais: desafios e potencialidades

---

*Camila Marques Genangelo*

### **Apresentação**

*Que lugar as pessoas ocupam no mundo?  
O que as tornam pertencentes à sociedade?  
Quais são os determinantes que as impedem de pertencer a essa sociedade? Como a sociedade se organiza para receber essas pessoas?*

**E**m meio a um momento histórico de crises humanitárias recorrentes, fui mobilizada a refletir sobre uma das mais inquietantes e transformadoras experiências presentes na minha trajetória profissional como psicóloga. É incomum, eu sei, iniciar um texto com perguntas assim, tão questionadoras, mas não há forma melhor de expressar a grandeza do meu encontro com o acompanhamento terapêutico (AT) a não ser pela via das indagações.

Em outras palavras, a aposta na conexão entre acompanhamento terapêutico e políticas públicas como possibilidade de produção das diferentes maneiras de existência humana me permitiu chegar a um denominador comum: é preciso agir, pensar e refletir sobre as mais variadas formas de expressão de uma parte da população que luta, resiste e existe.

Esse texto, portanto, é sobre o meu encontro com o campo do acompanhamento terapêutico e das políticas públicas sociais. A partir daqui me proponho a escrever afetos!

### **Introdução**

Segundo as projeções demográficas do IBGE (2024), o Brasil enfrenta o desafio do aumento exponencial de idosos. Essa longevidade, embora um avanço, exige a reestruturação dos modelos de cuidado com essa população. A velhice, um fenômeno complexo e socialmente construído, é atravessada por desigualdades profundas no contexto brasileiro, que expõem cada vez mais as vulnerabilidades de uma parte significativa da população idosa.

As próximas linhas visam analisar o envelhecimento no Brasil e o papel das políticas

públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Com isso, buscarei argumentar que, apesar dos avanços, ainda persistem lacunas que comprometem a integralidade do cuidado com os idosos em situação de vulnerabilidade social e risco. Nesse contexto, o AT é visto como um dispositivo potente, capaz de preencher vazios, promover a autonomia e fortalecer outras práticas emancipatórias dos idosos na sociedade. Busquei explorar o AT e suas bases em consonância com a perspectiva da psicologia sócio-histórica e o potencial de sua inserção nas políticas públicas brasileiras, discutindo desafios e perspectivas para sua implementação.

### **O envelhecimento – entraves sociais**

O envelhecimento é um processo biológico e, sobretudo, uma construção social e cultural. No Brasil, o rápido crescimento da população idosa que, de acordo com dados do IBGE (2024) em 2070 cerca de 37,8% dos habitantes do país serão idosos, exige rápida atenção.

A psicologia sócio-histórica (Bock, *et al.*, 2007) enfatiza que a experiência do envelhecer é moldada por fatores como classe, gênero e raça. A velhice brasileira é, assim, multifacetada: enquanto alguns desfrutam de qualidade de vida, muitos enfrentam a falta de acesso a recursos essenciais, formas variadas de violência e a perpetuação da desigualdade social seguida da lógica de exclusão. Essas assimetrias impedem um envelhecimento digno para todos, demandando intervenções que atinjam as raízes das vulnerabilidades e dos riscos evidenciados para essa população que se apresenta plural.

Tais questões se tornaram concretas para mim quando me formei psicóloga e passei a atuar com populações diversas no âmbito do SUS e do SUAS, fora do *setting* terapêutico de um consultório clínico tradicional, com práticas voltadas para a população idosa em situação de vulnerabilidade social.

Lembro-me de inúmeras situações em que o meu corpo passou a ser atravessado por situações advindas do encontro com idosos que padeciam pela ausência do mínimo para a sobrevivência, com demandas relacionadas à saúde geral, à fome, ao frio, à inexistência de renda e até mesmo de moradia. O cenário era, boa parte das vezes, esse: no mesmo momento em que um idoso acordava pela manhã e saía de sua casa para ir a um parque praticar atividade física, outro revirava sacos de lixo em busca de alimentos para sanar a sua fome.

Confesso que esse atravessamento me acompanhou por um curto período de tempo, pois o choque com os corpos periféricos, oprimidos, excluídos e desvalorizados (reflexos de um Estado que se mostra cada vez mais ineficiente) permitiu que eu encontrasse sentido na minha prática profissional quando parei de me atentar à atuação da psicologia baseada no modelo tradicional, elitista, ideológico e adaptador, e passei a reconhecer as lutas existentes na sociedade.

Foi nesse palco em que pude me apropriar de discussões mais ampliadas acerca do envelhecimento, com a consciência da necessidade da construção de um campo

profissional que reconhecesse que os idosos das políticas sociais são, também, sujeitos de suas próprias histórias e, portanto, os principais atores da transformação de seus modos de viver.

O levantamento de problemáticas sobre a importância do cuidado integral dos idosos junto aos serviços competentes para atender às suas necessidades reais e, por muitas vezes, complexas, foi se tornando cada vez mais recorrente: as idas às Unidades básicas de saúde (UBS) dos territórios para assegurar que um idoso em situação de rua fosse atendido com dignidade; o acesso aos Centros de referência de assistência social (CRAS) para o cadastro aos programas socioassistenciais; a matrícula em unidades de ensino; o acompanhamento em consultas nos Centro de atenção psicossocial (CAPS), o apoio para atividades nos centros culturais e de lazer, etc.

Aos poucos, fui percebendo que os idosos constantemente me convocavam para os acompanhar nessas andanças pelos diferentes territórios e redes, parte pois neles existia a consciência de que encontrariam impossibilidades de serem escutados e acolhidos em suas demandas, e outra pelo enlaçamento em conexões de afeto positivo. Para nós, a rua se tornava uma instituição de cuidado.

Mas emprestar o corpo para o outro conseguir ser e existir é muito delicado! Por vezes me vi imersa em uma realidade que, ao mesmo tempo em que produzia potencialidades para o acesso à garantia dos direitos mais básicos, eu também me questionava sobre como trabalhar a autonomia e a emancipação desses sujeitos, sem perpetuar desamparo. Até que em um dia comum durante uma reunião de equipe na qual falávamos sobre as características difusas de nossos trabalhos, escutei de uma estagiária de psicologia algo que me fez sentido e de certa forma também me acolheu: *“Somos muitos e também somos acompanhantes terapêuticos”*.

### **A entrada – o Acompanhamento Terapêutico (AT)**

Laura Feuerwerker (2014), graduada em medicina e doutora em saúde pública, em uma releitura do autor Emerson Merhy, revela que o cuidado eficaz se constroi na micropolítica dos encontros e nas relações entre usuários e profissionais da saúde, e não apenas em procedimentos meramente técnicos. De acordo com ela, o trabalho em saúde (e no coletivo) configura-se como uma produção social e de cuidado que ocorre no encontro entre trabalhador e usuário, uma vez que nesse encontro, marcado pela ação territorial, há a expectativa do usuário de ser cuidado pelo profissional que o atende. É nesse ponto que o acompanhamento terapêutico, atuando diretamente na realidade social e cotidiana dos sujeitos, torna-se crucial para potencializar os seus modos de produção de vida.

Um breve recorte histórico nos mostra que no Brasil o AT se desenvolveu a partir dos anos 1970, influenciado pela reforma psiquiátrica, inicialmente como suporte para a desospitalização (Pulice, 2012). Sua atuação se expandiu para diversas demandas, consolidando-se como uma prática singular pela sua capacidade de intervir no território da vida, fora de um consultório clínico tradicional. Mendonça (2017) destaca ainda que podem acontecer variáveis potentes quanto ao

estabelecimento de vínculo de confiança, assim como a aliança terapêutica, quando iniciado em espaços públicos presentes no cotidiano dos pacientes.

Para mim as contribuições do AT são muitas e têm grande potencial para qualificar os serviços públicos quando aproximado de alguns princípios de cuidado à população idosa, como a complementaridade com os serviços existentes no sistema de garantia de direitos (SUS e SUAS), resgate da autonomia, trabalho conjunto com as diferentes redes de atendimento e incentivo à diminuição das desigualdades. Nesse contexto, considero que o diálogo sobre a atuação do AT nas políticas públicas aponta para um modelo de cuidado mais desenvolvido e humano, especialmente para a população idosa. No entanto, esse dispositivo ainda permanece às margens das políticas públicas brasileiras e essa ausência reflete uma visão hegemônica de cuidado aos idosos.

### **AT e políticas públicas – desafios e perspectivas**

Alinhado à psicologia sócio-histórica (Bock *et al.*, 2007), pode-se dizer que o AT desafia a individualização do sofrimento, evidenciando como as desigualdades sociais (acesso - ou não - a recursos, saúde, educação, cultura, etc.) moldam a experiência do envelhecer. Defendo aqui que ao ser inserido no sistema público, o AT pode democratizar o acesso a um cuidado de qualidade, hoje restrito ao setor privado, mitigando disparidades.

Assim, aos passos em que a **autonomia**, o **protagonismo** e a **emancipação** começam a ser trabalhados, o AT não só qualifica o cuidado, mas transforma práticas e concepções marcadas pelo **ageísmo** ao reconhecer que os idosos são sujeitos de direitos. Logo, o AT é um instrumento potente para uma sociedade mais justa e igualitária.

Mas sabemos que os desafios para que essa entrada aconteça são muitos, desde a regulamentação da profissão até o seu financiamento. Apesar disso, entendo que algumas estratégias (pensadas aqui de forma livre) podem viabilizar a inserção do AT nas políticas públicas, como:

- Investimento em pesquisas que demonstrem a efetividade do AT para pessoas idosas no Brasil, subsidiando a tomada de decisão dos gestores e suas instituições
- A luta pela regulamentação profissional do AT
- A inserção do AT em equipes existentes (NASF-AB, CRAS, CAPS) como um dispositivo complementar
- O desenvolvimento de cursos de especialização e programas de educação permanente focados no AT para o envelhecimento, considerando a teoria e prática nas políticas públicas.

### **Considerações Finais**

O envelhecimento populacional no Brasil impõe muitos desafios para garantir um envelhecer digno em uma sociedade de profundas desigualdades. Embora o SUS

e o SUAS sejam marcos importantes, ainda persistem vazios que impedem um cuidado integral e singularizado aos idosos. Nesse cenário, o AT emerge como uma estratégia transformadora de seus modos de produção de vida.

A ausência do AT nas políticas públicas implica desafios para a atuação absoluta nesse campo. No entanto, superá-los é uma oportunidade para um modelo de cuidado justo e igualitário, caminhando para a superação das desigualdades e a materialização do direito a um envelhecimento digno para todos, com o reconhecimento do valor real de cada fase da vida e em realidades sociais que se mostram diversas.

## Referências

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2014.

GOV, Agência. **Projeção do IBGE mostra que população do país vai parar de crescer em 2041**. Agência Gov, 2024. Disponível em <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>. Acesso em: 12/06/2025.

BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, Maria da Graça M; FURTADO, Odair **Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia social**. São Paulo, SP: Cortez, 2007.

MENDONÇA, Leonel Dozza. **Acompanhamento Terapêutico e Clínica do Cotidiano**. São Paulo, SP: Agente Publicações, 2017.

PULICE, Gabriel O. **Fundamentos Clínicos do Acompanhamento Terapêutico**. São Paulo: Zagodoni Editora, 2012.

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

---

**Camila Marques Genangelo** - Psicóloga (CRP 06/168312), especialista em Psicologia Social. Iniciou sua trajetória profissional no campo das Políticas Públicas do SUS e do SUAS, atuando com populações diversas em situação de vulnerabilidade social e risco. Possui experiência com a população idosa em serviços como CREAS, Centro Pop, Consultório na Rua e em consultório clínico particular. Atualmente, é psicóloga clínica e acompanhante terapêutica. Também é secretária do Núcleo Grande ABC da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO). Contato: [camila.mgenangelo@gmail.com](mailto:camila.mgenangelo@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.

## A condição frágil: quando a escolha é minha?

---

Caroline Mitrovitch Martines

*O amor é forte, é como a morte. (Cântico dos cânticos 8, 6)*

— “Eu não queria depender de ninguém”

**E**ste texto se constrói a partir dessa exclamação ouvida mais de uma vez em meu trabalho como cuidadora de pessoas idosas em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). “Eu não queria depender de ninguém”, exclamam velhos e velhas angustiados e cansados, deixando à deriva a possibilidade (tênue, mas real) de dar novo sentido a essa condição tão antiga na história da humanidade, a velhice, que nos coloca inevitavelmente diante de algo que não aprendemos a lidar, não controlamos e não aceitamos: nossos limites e fragilidades.

A partir dessa vinheta gostaria de pensar algumas possibilidades de acompanhamento terapêutico (AT) para estes homens e mulheres que vivem em ILPIs e que, sem apoio e sem outras perspectivas, transformaram em sofrimento a condição de dependência do outro e, conseqüentemente, a necessidade de passarem a viver neste lugar desconhecido que é a ILPI, muitas vezes sem conseguirem reconhecê-lo como um espaço de cidadania e interdependência.

Pensar o AT no envelhecimento como um dispositivo terapêutico atuante como “ponte” para essa população institucionalizada significa evidenciar alguns aspectos acerca do modo como o acompanhante, assim como o acompanhado, iniciam juntos um processo de compreensão de questões que os interconectam, como por exemplo, o que significa dependência no envelhecimento? Trata-se de uma questão que afeta a ambos os envolvidos – acompanhante e acompanhado – de forma que, ao apresentar a noção de método para este texto, também ficará claro o modo como se dá o trabalho de acompanhamento, texto (palavra/discurso) e conduta (ação/atitude) construindo-se conjuntamente.

Neste texto, ensaio um modo de me aproximar da prática do AT e, para tanto, a noção metodológica que vislumbro não pretende apresentar-se como uma mera compreensão teórica, trata-se, antes disso, de aprender a lidar com o tema, isto é, de querer pensá-lo com as mãos, tasteá-lo, deixar-se envolver e consentir em abrir espaços de compreensão mútua (por parte de quem acompanha e de quem é acompanhado), fazendo perguntas... perguntas que têm a função de “abrir frestas” no território do pensamento e da ação. O desejo de respondê-las existe, é claro e,

com ele, existe também o pudor da “douta ignorância”... essa que sabe que a realidade, no caso, minha vivência como cuidadora de idosos, é maior que qualquer teoria; uma ignorância que se confunde também com a velocidade do pensamento, criando aquela atmosfera entre o conhecido e o desconhecido, em que imagens, palavras, silêncios, sentimentos, se misturam de forma tal que nem mesmo se configurou um “quase” sentido e esse já se dissolve em outro, que tampouco dominamos, numa tonalidade que não se deixa apreender totalmente. Esse pudor, então, retira-nos de cena para “deixar o espírito pousar calmamente, pelo tempo que for necessário, para o fotógrafo que ele escolheu” (White *apud* Nachmanovitch, 1993, p. 135).

Trata-se de uma metodologia que se traduz nesse desejo de lidar<sup>1</sup>, que se traduz, portanto, em conduta, nesta espécie de bordado que contém um verso e um avesso, dupla enobrecedora porque sustentada pelos nós de uma trama: envelhecer uns com os outros, uns para os outros, consentir em estabelecer contatos, relações de cuidado, de atenção, de afeto e escuta. Este texto pretende mostrar como, a partir da minha experiência no cuidado de idosos em ILPI, vislumbro a possibilidade de AT para essa população institucionalizada. Perceber-se como parte do processo de envelhecimento da população, isto é, não estar alheio a essa condição humana, colocaria o at em um processo catalisador de tal ordem que a interdependência seria vista como dimensão reguladora da ação terapêutica, baseada em uma ética do cuidado, tal como veremos a seguir.

Diante desse aspecto de condução, de metodologia, pensar o AT no envelhecimento na ILPI significa compreendê-lo a partir da perspectiva do cuidado. O cuidado compreendido como princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade, isto é, assumido como *ethos* fundamental do humano (Boff, 2019). Organizar a convivência humana sob a lei fundamental da cooperação, em uma ética da corresponsabilidade, implica deixar-se orientar e conduzir por um novo sentido de viver e atuar, sentido esse que emerge de um caminho coletivo, de uma nova experiência do ser, na qual o individualismo implicaria não competitividade e egoísmo, mas sim uma exploração nova de valores por cada pessoa em cada nova geração:

Após séculos de cultura instrumental e material, buscamos hoje uma ética da responsabilidade, baseada na solidariedade e na compaixão, fundamentada no cuidado, no valor intrínseco de cada coisa, no trabalho bem feito, na competência, na honestidade e na transparência das intenções. (...) O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (Boff, 2014, p. 28-38)

---

<sup>1</sup> Desejo este inspirado por Nise da Silveira. Ela cunhou o nome de “emoções do lidar” para seu método terapêutico, fez isso a partir do poema de um de seus clientes na Casa das Palmeiras chamado Luiz Carlos, cito-o: “Gato, simplesmente angorá/do mato, azul olhos nariz cinza gato orelha marrom castanho macho agora rapidez/ Emoção de Lidar” (*apud* Diniz, 2023). Permito-me aproximar a proposta metodológica do meu texto àquilo que é o manejo terapêutico niseano, estou pensando aqui no at como presença afetiva, encorajadora e humanizadora.

Cuidar abrange um anseio, um projeto e um querer: é uma atitude consciente da abertura de um espaço na minha liberdade no qual permito ao outro ser: quero que ele seja! Esse querer não é onipotente e tampouco expressa um mero desejo recheado de bons sentimentos, é, ao invés, um consentimento existencial. E isso não é pouco: um consentimento é mais que uma simples convicção, já que essa é produto apenas da razão, o consentimento não, resulta de algo maior, “resulta daquele fundamento do ser (*self*), daquele centro do espírito de fineza (*l’esprit de finesse*), como Pascal chamou o coração” (Halík, 2018, p. 87).

Ser cuidadora confere uma outra tonalidade ao significado da palavra trabalho: “sou cuidadora!” Que bonita forma de se apresentar! A relação não é de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, quer dizer, ressalta-se uma relação de convivência e não de domínio. Este outro, que cuida de mim, não está aqui para me ameaçar e submeter, para criar amarras de dependência e manipulação, mas sim para complementar e enriquecer esta relação que se constrói: a relação de cuidado, bordando as tramas de um artesanato.

Por isso, trata-se de uma relação que exige paciência para que a maturidade (o matiz) de uma composição apareça. O que poderá surgir dessa relação não é a verdade de um saber que transforma o sujeito em objeto/paciente, mas sim dois seres verdadeiros que se apresentam a partir de uma abertura de perspectiva, em que o saber e o não-saber de ambos possam torná-los mais inteligentes, livres, amáveis e, assim, construtores de pontes e fazedores de vínculos.

O at, assim como o cuidador – diferente do que seria culturalmente esperado – não são técnicos reprodutores de protocolos, subjugando a realidade para alcançar seus objetivos, como se aquele de quem cuidamos fosse passivo, fadado ao sucesso ou ao fracasso de nosso desempenho profissional. Do ponto de vista de quem é cuidado, depender do outro não precisa significar sobrecarregá-lo com nossas necessidades mascaradas, irresolvidas, vitimizadas.

No envelhecimento, ser cuidado, receber ajuda, não precisa significar ser dependente, mas podemos ter a compreensão de que existe uma interdependência<sup>2</sup> emergindo dessa ética do cuidado, compreendida como uma teia ou rede dinâmica de relações e influências mútuas e recíprocas. Dessa forma, haverá uma aprendizagem social, um processo de intercâmbio, valorativo, atitudinal, quando a ILPI tomar consciência de que é um espaço compartilhado de histórias e vínculos que esperam validação e reconhecimento.

Trabalhar como cuidadora em uma ILPI significa, então, buscar transformá-la em uma possível fraternidade da escuta, da atenção e do cuidado, em que a partilha entre pessoas tão diferentes possa promover intercâmbios no nível da sinceridade e, talvez, da profundidade, isto é, possa sair do senso comum, no qual o envelhecimento é, muitas vezes, sinônimo de passividade e dependência. Busca-se, dessa forma, criar um espaço de atuação para o at, um espaço a partir do qual ele possa trabalhar a “mudança de território” (pensando no acompanhado que sai de sua casa para morar nesse novo território que é a ILPI) de modo a torná-la uma

---

<sup>2</sup> Sobre a noção de interdependência, conferir Elias, 1980, pp. 147-151.

experiência menos sofrida para o idoso e sua família. Talvez pensar nessa “mudança de território” – no sentido de reconfigurar-se ao presente, não naquilo que foi, não naquilo que virá – como uma forma de reapropriar-se da ideia de identidade, agora não mais pensada como algo fixo e rígido, mas sim percebendo o “eu” como uma construção social interdependente, em constante devir, como resistência à ideia de adaptação. Sim, estamos falando de transformação, mas não uma transformação utópica que nos levaria ao cansaço de iniciativas impotentes e fadadas ao fracasso mal tenham respirado uma origem possível. Não, não é isso.

É a transformação que vivemos na nossa conduta individual, é verdade, mas que é operada, ao mesmo tempo e paradoxalmente, em singular parceria. É o que observa Lancetti (2008) quando, referindo-se à noção de “trabalhadores afetivos”, compreende os cuidadores em saúde como agentes autoconscientes, que não buscam a tranquilidade das respostas, mas inquietude e ousadia, “adoram perguntar mais que responder, tecem uma rede de anseios, com potencial de conjunto, de parceria e cocriação” (Lancetti, 2008, p. 95).

Um passo a mais, de uma única pessoa, que somos nós mesmos, é revolucionário, é transformador, põe algo em movimento; a cada novo dia na experiência de cuidar, acompanhar e testemunhar a história de vida e de morte daqueles que vieram antes de nós, que têm algo a nos ensinar, a transmitir, e que, mesmo anônimos, com seus nomes fictícios (aqueles que inventamos nos nossos relatos de casos), são verdadeiros, como nós somos e, muitas vezes sem saberem, colocam suas histórias em nossas mãos, mesmo que aparentemente nada possamos oferecer em troca, senão a fragilidade de nosso próprio devir e, com ele, a experiência, a cada novo dia, de contar e recontar essa história ofertada. E, mesmo que frágil, é nossa responsabilidade fazermos “alguma coisa” disso que recebemos, alguma coisa... talvez nossa tarefa seja tão somente “narrar e narrar e narrar” aquilo que nos foi transmitido, e, apesar de parecer tão pouco, assumimos nosso papel nessa relação de interdependência que é envelhecer.

A proposta de uma esquizocrítica endereçada à ideia de identidade é importante quando pensamos no aspecto coletivo da ILPI. O método da esquizoanálise abandona a interpretação em prol da experimentação. Em vez da regressão a um passado vivido, propõe seguir, acompanhar e mapear os movimentos de deriva, de deslocamento, mais próxima de uma tarefa geográfica do que histórica. Nesse sentido, não busca reproduzir o passado, senão produzir o futuro e o presente, isto é, situa-se numa coexistência paradoxal entre múltiplos planos temporais. Como um método crítico, ao pensar a construção da identidade dos sujeitos, não ignora a história, mas, ao mesmo tempo, não fica restrita a ela, se preocupa com os movimentos e deslocamentos dos corpos no território (Hur, 2021).

Por esse viés, podemos perceber que se devemos afirmar a subjetividade, o valor da pessoa, como algo importante e fundamental na construção das identidades dos sujeitos, percebemos, ao mesmo tempo, a dificuldade de se pensar no outro, a falta de reconhecimento do coletivo como instância que pode ser geradora de um sentido positivo e parâmetro de organização da vida pessoal. Coletividade como algo diferente de homogeneização institucional. A ILPI não poderá prescindir da garantia das condições de liberdade, dignidade e cidadania para todos, assim, ao promover

a convivência de diferentes pessoas, com suas particularidades, deverá assumir uma experiência socialmente consciente de forma a ser capaz de construir e realizar projetos que considerem tanto a singularidade, a história e o desejo de cada um, como a realização do coletivo. Isto é, deverá viabilizar a elaboração da experiência de um “nós”, de uma ética do encontro, fortalecendo vínculos comunitários e transformando a noção de tempo e espaço, promovendo a reflexão do que significa envelhecer, questionando, dessa forma, constantemente, a institucionalização de suas ações.

Quando me refiro à ILPI como instância geradora de um coletivo potente no processo de singularização e agenciamento da identidade, penso em uma ética do encontro segundo Levinas (1993), que inscreve na estrutura “um-para-o-outro” o sentido eminentemente ético do humano e, assim, ao questionar a soberania do sujeito autônomo, incapaz de ouvir algo além de sua própria voz e incapaz de encontrar no Outro algo mais do que si mesmo, questiona, ao mesmo tempo, a noção de identidade como modelo fixo imposto pela sociedade.

Nesse contexto, o AT atuaria, então, como dispositivo clínico de conexão, isto é, funcionaria como um mediador<sup>3</sup> no processo de “mudança de território” do acompanhado (e de sua família, se for o caso), mudança de um “fora de sua casa” para um “dentro do coletivo”, compondo um dos elos nessa cadeia da interdependência, suscitando percepções e questionamentos em uma dimensão clínica, política e ético-estética nos sujeitos envolvidos.

Essa mediação não deve ser vista como algo que facilitaria a adaptação do idoso a esse “novo-desconhecido” ambiente que é a ILPI, o at, diferente disso, convocaria os envolvidos nessa “mudança de território” para uma relação diferenciada com esse novo espaço coletivo, isto é, uma relação de abertura para outras formas de constituir morada e familiaridade. Nesse sentido, não se trata de adaptar o idoso ao novo contexto da ILPI, mas, sim, acompanhá-lo no “lugar” que ele o permitir, levando em consideração sua realidade psíquica e territorial, pois o at não está ali para facilitar o processo de saída do idoso de sua casa para morar em uma instituição, sua intervenção é de outra natureza: acompanhar esse processo de mudança ofertando ao idoso uma escuta, uma presença, um cuidado diferenciado.

Para isso, será preciso um projeto de gestão das ILPIs que promova a formação humanizada e enraizada na realidade, no perfil de cada instituição, em que se promova ações e projetos que ajudem as equipes multidisciplinares a comporem suas estratégias de trabalho, de forma a assegurar que aquele modelo assistencial, no qual o velho é tido como alguém destituído de saberes sobre si mesmo, seja substituído por uma outra abordagem, centrada na pessoa idosa e pautada na humanização. Daí sim, teríamos uma assistência mais ousada, criativa, colaborativa, capaz de renovar e revitalizar as condutas profissionais. Uma pedagogia<sup>4</sup> do cuidado em que não caberia unicamente ao profissional todo o saber

---

<sup>3</sup> Ao usar o termo “mediador” aponto para o caráter de experimentação e abertura próprio da prática terapêutica do at, incompatível com uma adesão não problematizada a qualquer teoria ou técnica.

<sup>4</sup> Utilizo a palavra pedagogia no sentido de salientar o aspecto educativo na ética do cuidado, como se, com essa palavra, eu pudesse aproximar discurso e conduta, já que a etimologia da palavra pedagogia me permite essa aproximação: derivada de *paidagogós*, pedagogia é composta por *paidós* (“criança”) e por *agein* (“conduzir”, “guiar”). Como o termo *paideia* evoluiu de *paidós* para

e ação sobre os idosos residentes: os idosos seriam ouvidos, com suas histórias e, uma vez inseridos na ILPI, o perfil coletivo seria, então, potencializado em ações que culminassem na percepção de que a ILPI pode ser um espaço real de afeto e cidadania, terapêutico e, até mesmo, intergeracional.

Pude observar na minha experiência como cuidadora muitas famílias envergonhadas de visitarem seu parente idoso na instituição, como se sentissem culpa por eles estarem ali, como se isso não fosse um direito deles, da família e do próprio idoso. Vi também gestores e cuidadores não reconhecerem o papel que a ILPI desempenha como espaço garantidor de direitos a essa população, espaço de cidadania, em que o cuidado aos idosos deveria vir acompanhado pela formação humanizada das equipes que fazem parte do cenário institucional: assim como os idosos, os trabalhadores da ILPI parecem não ser reconhecidos e investidos pela potência do cuidar<sup>5</sup>.

Reconhecer a interdependência entre gerações é também uma forma de reconhecer e investir na potência do cuidar. Assumida a perspectiva do coletivo que é a ILPI, essa interdependência entre as gerações seria percebida com mais clareza e propósito, colocando em evidência a percepção de que “o peso” de uma história individual pode ser dividido (partilhado) com outros, fazendo com que o velho, e aquele que cuida dele, possam “encontrar seu lugar no encadeamento das gerações: identificando-se com os seres amados que o antecederam e abrindo caminho aos que o seguem” (Péruchon & Thomé-Renaud, 1992, *apud* Peixeiro; Barbieri, 2019, p. 8).

Assim, a noção de interdependência entre gerações é ampliada para além dos laços estritamente consanguíneos, fazendo-nos perceber outros laços, baseados na afetividade, no acolhimento e na convivência. Essa é uma real possibilidade para a clínica do AT, esta “clínica de projeto”<sup>6</sup>, prene de comprometimento com a

---

representar a formação integral do indivíduo, ao usar a palavra pedagogia emprego-a aqui no sentido de pensar nessa condução como um acompanhamento centrado no indivíduo, não na criança, e no cuidado integral a ele destinado.

<sup>5</sup>A pedagogia niseana é uma forma de reconhecer e investir na potência do cuidar! Nise, que se entregava intensamente aos estudos teóricos, mas não descuidava do lado prático da terapêutica ocupacional, “cuidou da formação de monitores, realizando cursos para instruir aqueles funcionários. Ao mesmo tempo, à medida que o trabalho avançava, fazia com os monitores reuniões destinadas à avaliação psicológica das atividades e seu papel terapêutico em cada caso clínico. Os resultados excederam as expectativas. Isso se deve ao interesse que tal atividade despertava nos monitores como também à condução de Nise, atenta e receptiva à contribuição de seus colaboradores. É exemplo disso o que ocorreu com o monitor Hernani Loback que, sem seguir as normas estabelecidas para a requisição de pacientes que viessem trabalhar na STOR, trouxe para lá um internado chamado Emygdio, que Nise desconhecia. Ao saber do que ocorrera, chamou a atenção de Hernani, mostrando-lhe que a desobediência das normas provocaria a reação do médico responsável pelo paciente e criaria mais problemas, que já enfrentava a má vontade de muitos ali dentro. Hernani explicou-se: é que há vários dias vinha notando, no canto do olho de Emygdio, o desejo de acompanhá-lo quando ia buscar ali outros pacientes para trabalhar na STOR. Nise, ao ouvir tal explicação, deu razão ao monitor, uma vez que “a sensibilidade para captar desejos no canto dos olhos de esquizofrênicos é muito mais importante do que conhecimentos técnicos” (Gullar, 1996, p. 20).

<sup>6</sup> Conferir Barbieri (2013, p. 90-91): “em muitos casos, o único projeto de vida passível de ser construído, é a construção de um campo de escuta das histórias vividas, e isso não é pouco”. Além disso, conferir também Porto (2012, p. 6): “a inauguração dos serviços residenciais terapêuticos tem anunciado novas maneiras de habitar, formas inusitadas de conviver, outras concepções de família”.

potencialidade daquilo que deveria (e poderia!) ser o cuidado humanizado e a interdependência no contexto do envelhecimento para os moradores de ILPIs.

Descobrimos assim, conduzidos pela via do lidar, a contraditória e irremediável potência da fragilidade: compreender que a dependência não precisa ser submissão. Nesse sentido, a dependência poderia nos fazer compreender a essência do cuidado, isto é, compreendendo que sou com os outros, a realização da minha vida é, portanto, compartilhar o que sou. O modo-de-ser-cuidado compreende a dependência como algo que integra e dá sentido à construção da minha vida com os outros.

Nesse sentido, justamente porque dependo, é quando assumo minha fragilidade e permito ao outro cuidar de mim. Ora, se é verdade que nem sempre a dependência vem acompanhada dessa elaboração positiva, não seria essa uma possibilidade libertadora, fazendo emergir novos significados para a dimensão da dependência, e toda a carga negativa que ela traz consigo?

Um dos grandes dilemas geradores de conflitos intergeracionais é não saber aceitar, ou melhor, não saber receber do outro aquilo que eu preciso e que ele, em contrapartida, pode e tem para oferecer com o seu possível (ou impossível). Construir relações em que fique clara a interdependência é uma maneira de garantir um laço que não se esgarce com o tempo e as dificuldades próprias impostas pelos limites que a velhice traz consigo. Essa construção pode ser feita mediante diálogos abertos e conscientemente pensados sobre esta base: como envelhecer “com”. Nada pode ser mais promissor para um projeto de futuro do que o estabelecimento de diálogo, de comunicação, educação e projeção, no sentido de enunciação de um desejo, de uma promessa de futuro<sup>7</sup>.

Diante dela, suportar as dúvidas, as dificuldades e as incertezas do caminho parece ser o “fardo” a lidar quando nos relacionamos verdadeiramente com essa etapa da vida. Permanecer e preservar a fidelidade à esperança, dar sustentação, apoio, cumprir a promessa, aquela que diz respeito a viver a velhice sem distanciamento (sem desviar o olhar), no engajamento construído entre o velho e aquele(s) que cuida(m) dele, tratando-o com compaixão e simpatia.

Na condição de fragilidade, a escolha pelo modo como quero viver minha velhice deve antecipar a visão de como ela será. Isso não se faz sem um certo conhecimento, algum planejamento e proatividade, mas, ao mesmo tempo, sabendo de antemão que “meus esforços em grande medida também dependem do que ainda não sei e daquilo que ainda não fiz” (Rogers, 2009, p. 27). Certamente muito do que idealizo será falível, mas minha experiência dos erros e acertos merece minha confiança, fio-me na autoridade deles em construírem os significados que matizam a história de minha vida, afinal:

---

<sup>7</sup> Conferir Arendt (1989, p. 255-256): “A imprevisibilidade, eliminada, pelo menos parcialmente, pelo ato de prometer, tem dupla origem: decorre ao mesmo tempo da ‘treva do coração humano’, ou seja, da inconfiabilidade fundamental dos homens, que jamais podem garantir hoje quem serão amanhã, e da impossibilidade de permanecerem como senhores únicos do que fazem, de conhecerem as consequências de seus atos e de confiarem no futuro. A função da faculdade de prometer é aclarar esta dupla obscuridade”.

agir e padecer são como as faces opostas de uma mesma moeda, e a história iniciada por uma ação compõe-se de seus feitos e dos sofrimentos deles decorrentes. Ação e reação jamais se restringem a um círculo fechado e jamais podemos, com segurança, limitá-los a dois parceiros. (Arendt, 1989, p. 203)

Nesse sentido, como continua Arendt, o menor dos atos, em circunstâncias das mais limitadas, traz em si as sementes da ilimitação própria do inter-relacionamento humano, pois basta um ato, e às vezes uma palavra, para mudar a história de uma vida, avançando todos os limites e transpondo todas as fronteiras, com inerente imprevisibilidade (Cf. Arendt, *idem ibidem*).

Podemos perguntar: o que leva um ser humano a cuidar do outro? Que paixões humanas o põe em movimento? Não sei... realmente não sei. Mas as palavras que escrevi na epígrafe deste texto me fazem suspeitar, com o canto dos olhos, que só posso assumir minha fraqueza diante do amor. É apenas diante do amor que posso ter “a coragem de ser impotente” (Halík, 2016, p. 180). Fazem-me suspeitar, também, da força da ação de uma nova geração que vem ao mundo! Que se possa esperar dela o inesperado, que ela seja capaz de realizar o infinitamente improvável, porque “a cada nascimento, vem ao mundo algo singularmente novo” (Arendt, 1989, p.259). Singular é o ser humano, é verdade, igualmente verdadeiro é que toda ação está dividida em duas partes: o começo, feito por uma só pessoa, e a realização, a qual muitos aderem para conduzir e acabar<sup>8</sup>.

Termino este texto reafirmando a relação tão estreita entre palavra e ação<sup>9</sup>. Cuidar deixaria de ser uma ação se o agente não for também o autor das palavras. Pode parecer pouco cuidar de alguém quando o ato aparece, assim, na nudez de sua manifestação bruta (sem acompanhamento verbal: dar banho, trocar fraldas, tratar das feridas...), mas se dele não pudéssemos dar notícias, se não pudéssemos falar, colocar em palavras, cuidar deixaria de ser uma ação, se tornaria automatismo, é quando depender do outro se torna sofrimento.

Mas, pelo fato de poder testemunhar e narrar uma história com a qual me identifico, sem poder me esquivar, identifico-me como este alguém que cuida do outro e envelhece com ele, é como se, ao anunciar o que faço (fiz e pretendo fazer!), eu soubesse que o ser humano é ser humano contanto que seja humano com e para os outros. Depender do outro é nossa condição fundante, de base. Não podemos nos esquecer que quando nos lamentamos e pedimos que nos desculpem pelos nossos erros, fraquezas, limites e impotências, dizemos assim: “perdoem-me, mas isto é humano!”.

---

<sup>8</sup> Ao contrário das línguas modernas, o grego e o latim possuem duas palavras totalmente diferentes para designar o verbo agir. “Aos dois verbos gregos *archein* (começar, ser o primeiro e, finalmente, governar) e *prattein* (atravessar, realizar e acabar) correspondem aos dois verbos latinos *agere* (pôr em movimento, guiar) e *gerere* (cujo significado original é conduzir). É como se toda a ação estivesse dividida em duas partes: o começo, feito por uma só pessoa, e a realização, à qual muitos aderem para ‘conduzir’, ‘acabar’, levar a cabo o empreendimento” (Arendt, 1989, p. 202).

<sup>9</sup> Expressar ideias e, quem sabe, mudar a história por atos verbais, entoando cânticos, quase hinos (como aquele da epígrafe? Talvez, por que não?!), para não nos esquecermos que somos agora protagonistas dos fatos que desejamos e exaltaremos mais tarde... um pouco mais tarde.

Sem a ação e a palavra estaríamos condenados a viver o ciclo incessante do processo vital, vítimas da necessidade natural automática, com todas as marcas da lei inexorável da mortalidade, que é a única lei segura de uma vida limitada entre o nascimento e a morte. No entanto, “a fatalidade não conduz os processos históricos” (Arendt, 1989, p. 258), o que interfere e interrompe o ciclo da fatalidade e dos processos biológicos, é a “capacidade humana de iniciar algo novo” (Arendt, 1989), faculdade inerente à ação, como perene advertência de que os seres humanos, embora finitos, não nascem para morrer, mas para começar. Se, porventura, a velhice me tirar toda a capacidade humana de escolha, imerso na fragilidade de uma condição de dependência do outro, estarei, assim, aos cuidados de alguém, serei, enfim, cuidado... ao menos é esse o desejo: ser cuidado.

Ao cuidador cabe a experiência da “escolha responsável” (Rogers, 2009, p. 467), intervindo na própria textura das relações humanas e, assim, manifestando o caráter revelador das ações: fazer e narrar a história. Não posso deixar de relatar o que escutei de uma senhora residente de uma ILPI onde trabalhei: “queria que cuidassem de mim porque me amam, e não para que não se sintam culpados mais tarde”. Isso me faz pensar que assumir a perspectiva do cuidado significa colocar o outro, no caso, o velho, no centro da relação, para além das boas intenções pessoais ou institucionais, para além do mínimo necessário.

Nesse texto afirmo que AT é cuidado no sentido de pertencer a um horizonte de atuação transdisciplinar, em que uma ética configura suas ações, uma ética do cuidado integral e humanizador. Por certo, o cuidador é diferente do at, as especificidades do trabalho desempenhado por eles ganham contornos nítidos quando observados na prática, sobretudo no que diz respeito ao cuidador.

Procurei no meu texto fazer algumas aproximações entre cuidador e at no sentido de buscar compreender a complexa rede de interdependência articulada no processo do envelhecimento e, assim, vislumbrar como a atividade de AT poderia ser uma estratégia terapêutica pertinente e necessária à ILPI, possibilitando que a “mudança de território” da casa particular do idoso para o espaço coletivo de uma instituição, quando essa mudança se faz necessária, aconteça de modo mais acolhedor e com menos sofrimento. Cuidando desse momento de transição de modo a ultrapassar a ideia de integrar e adaptar o idoso ao ambiente institucional, caberia ao at suscitar novos questionamentos, críticas, saberes, ou ainda, de modo mais palpável, ajudá-lo a construir novas formas de laços sociais, em que um chão comum possa surgir.

O at, no contexto apresentado aqui, seria visto como um componente de uma estratégia de intervenção, diferente do cuidador, cuja função, mais determinada, faz parte de um programa institucional<sup>10</sup>. Nesse sentido, meu texto tem o objetivo de

---

<sup>10</sup> Programa entendido aqui como uma lógica, caracterizada por demarcar funções, lugares e hierarquias no trabalho terapêutico. Em contrapartida, a noção de estratégia aponta para a necessidade de se pensar a atuação do at como uma estratégia de produção de novos sentidos. Cf. Tavares da Silva, A.S.; Neves da Silva, R.N. (2006).

começar a trilhar um caminho de aproximação à prática de AT, começo esse marcado pela experiência de uma cuidadora de idosos em ILPI.

## Referências

ARENDDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

ATIMAN, E. Tipificação, habitus e interdependência: emblemas para um debate sociológico. **Ciências Sociais, Unisus, São Leopoldo**, v. 41, n. 3, p. 143-150, 2005.

BARBIERI, N. A. Escuta e criação de projetos: observações sobre a clínica do Acompanhamento terapêutico e o envelhecimento. In: Barbieri, N.A.; Baptista, C.G. (Org.). **Travessias do tempo: acompanhamento terapêutico e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013, v. 1, p. 77-94.

BOFF, L. **Saber Cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2014.

DINIZ, C. **Emoções do lidar**. Quadra, 2023. Disponível em: <https://quadra.me/exposicoes/emocao-de-lidar/> Acesso em 25 set. 2025.

ELIAS, Norbert. **Introdução à Sociologia**. Lisboa: Edições 70, 1980.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GULLAR, F. **Nise da Silveira: uma psiquiatra rebelde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

HALÍK, T. **Toque as feridas – Sobre sofrimento, confiança e a arte da transformação**. Petrópolis: Editora Vozes, 2016.

\_\_\_\_\_. **Quero que sejas – Podemos acreditar no Deus do amor?** Petrópolis: Vozes, 2018.

LANCETI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEVINAS, E. **Humanismo do outro homem**. Tradução e coordenação de Pergentino S. Pivatto. Petrópolis: Vozes, 1993.

NACHMANOVITCH, S. **Ser criativo**. São Paulo: Summus, 1993.

PÉRUCHON & THOMÉ-RENAULT, citado por PEIXEIRO, M. H.; BARBIERI, B. A. Acompanhamento Terapêutico no Envelhecimento: envelhe-ser ou esque-ser, eis a questão. In: GERAB, C.; FARES, M.; BONOMI, T. (Org.). **Clínica em trânsito: acompanhamentos terapêuticos**. São Paulo: Editora Escuta, 2019, v. 1, p. 183-201.

PORTO, M. A pólis arquipélago: notas do Acompanhamento terapêutico. **Psicologia & Sociedade**, Santa Catarina, v. 25 (spe2), p. 2-8, 2013.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.  
TAVARES DA SILVA, A. S.; NEVES DA SILVA, R. A emergência do acompanhamento terapêutico e as políticas de saúde mental. **Psicologia: Ciências e Profissão**. Brasília, v. 26, n. 2., p. 210-221, 2006.

SILVEIRA, N. **Cartas a Espinoza**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1995.

HUR, D. **Cartografia da intensidade: pesquisa e método em esquizoanálise**. Revista Práxis Educacional, Vitória da Conquista, v. 17, n. 46, p. 275-292, 2021.

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

---

**Caroline Mitrovitch Martines** - Acompanhante Comunitária - SRT/ SUS. Aluna do Curso de Pós-Graduação em Psicopatologia e Saúde Pública - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Contato: [cmitrovitchmartines@gmail.com](mailto:cmitrovitchmartines@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.

## O Acompanhamento Terapêutico como possibilidade de escuta em uma ILPI

---

*Giovanna Diaz Rebello*

*À minha avó Jucy,*

*Nas tardes em que a acompanhava  
eu era também acompanhada por ela*

*eu já não sabia  
quem acompanhava quem*

*Ouvindo suas histórias,  
aprendi sobre a importância de falar  
e sustentar a própria história  
do começo ao fim.*

**E**sta experiência de acompanhamento terapêutico (AT) ocorreu a partir do curso ministrado pela equipe da Clínica Tempo, sendo traçada e pensada como proposta de uma prática supervisionada por acompanhantes terapêuticos (ats) dessa mesma equipe. O grupo de supervisão possibilitou a sustentação dessa caminhada: teórica, vivencial, mas também afetiva, ao topar tatear com o corpo um mapa institucional desconhecido.

O campo de atuação ocorreu em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) na cidade de Londrina, no estado do Paraná. Seus moradores chegam ao serviço pelo âmbito público (SUS) e também pelo privado, acolhendo pessoas idosas oriundas de diferentes realidades socioeconômicas.

A instituição escutou e, ao mesmo tempo, acompanhou de perto o trabalho de AT com um misto de receptividade e resistência, por parte do espaço como um todo: seu interior, no qual faziam parte as dinâmicas relacionais, as rotinas já estabelecidas, os sons, as paredes, as questões de convivência entre moradores e as cadeiras em que cada morador ocupava habitualmente (fazendo desse espaço um lugar seu).

### **Entrando na instituição: acolhimentos, vinculações e estranhamentos**

*“Talvez  
o desenho do mapa se faça  
a cada passo  
que a gente dá.”  
(Cristina Rioto)*

A sensação de adentrar uma instituição, a partir da lente do acompanhamento terapêutico, possibilitou sentir a clínica de uma forma diferente da experiência que ocorre habitualmente em um consultório de psicologia, na posição de quem escuta.

Ao chegar e apresentar a proposta do acompanhamento, foi acordado um momento inicial para conhecer os idosos, me apresentando a eles e participando, pouco a pouco da rotina institucional durante uma tarde, uma vez por semana. Conforme os encontros na instituição transcorreram, foram realizadas reuniões com os coordenadores mediadas pelos supervisores da Equipe Tempo. Essas conversas com a ILPI tiveram como função estabelecer com maior clareza e direção o papel e a função de um acompanhante terapêutico ali. Diante dessas reuniões para alinhar as questões citadas, a resposta da instituição, com frequência, consistiu em tentativas de adequar o lugar do acompanhante terapêutico (at) às demandas apresentadas naquele momento, ou seja, requisitando uma função voltada para atividades grupais com os idosos, objetivando estimular a interação entre eles.

A instituição costumava oferecer diversas propostas de atividades manuais para os idosos e também mantinha parcerias com escolas, grupos de jovens, projetos artísticos ou entidades de cunho religioso que participavam com frequência das atividades que aconteciam no espaço. Assim sendo, fui participando e me inserindo nesses grupos que aconteciam no cotidiano da ILPI.

Durante as conversas institucionais, foi sendo pontuada e negociada a possibilidade de que eu pudesse acompanhar alguma pessoa de forma mais próxima e, portanto, individual, mesmo entendendo que diante das diversas demandas, as atividades geralmente acabavam sendo organizadas de forma grupal. A instituição por vezes concordou com a nossa proposta, possibilitando a formação de vínculo com uma idosa, ainda que com frequência voltava a reforçar a importância das atividades grupais devido ao número elevado de residentes no local.

Observando essa aceitação e resistência ao papel do acompanhante terapêutico, o lugar ocupado na instituição oscilou entre participar de momentos conjuntos, nos quais idosos assistiam televisão ou participavam de alguma atividade proposta pelos funcionários e, por outro lado, consistiu em uma aproximação maior com alguns moradores, tendo me vinculado bastante com uma das idosas em particular.

Ao chegar na instituição, percebi o espaço físico, que consistia em uma área quadrada, por onde alguns idosos apreciavam fazer caminhadas, curtas ou longas, além de contar com um jardim no centro com uma horta. A configuração desse lugar e suas movimentações me remeteram um pouco ao movimento do acompanhante terapêutico que vai se implicando, aos poucos, e conforme a abertura, em uma caminhada lado a lado, compartilhada. O movimento de andar pela instituição ocorreu ao lado das pessoas idosas que ali moravam, alguns familiares que visitavam e com os funcionários, caminhando junto às histórias

que circulavam de forma livre, contadas e confiadas na intimidade de um encontro.

Ocorreram alguns passeios e saídas com idosos para fora da instituição. Além disso, foram muito importantes os momentos de poder pausar e, na permanência, escutar com maior presença experiências individuais, necessidades ou desejos das pessoas que ali moravam, assim como de seus cuidadores.

Acredito que chegar nessa instituição e localizar suas demandas foi desafiador na tentativa de conciliar e negociar dois olhares muito distintos. Um olhar foi sendo direcionado para os vínculos que iam sendo construídos individualmente, na singularidade dos encontros e também na permissão (assim como na não permissão) concedida por cada morador, enquanto, por outro lado, acontecia uma tentativa de voltar o olhar para o coletivo.

### **“Posso entrar?”: quando a permissão é concedida na porta de um quarto**

Ao bater na porta de um quarto, era imprevisível se minha entrada ali seria permitida, e quem eu encontraria do outro lado. As pessoas eram completamente diferentes, com reações únicas, impossíveis de prever.

Entrar em um quarto era mobilizador, pois significava entrar na casa de alguém, principalmente nos quartos de idosos acamados. A visita de alguém conhecido, como no caso de familiares, vinda de fora da instituição, era um momento sempre muito aguardado pelos idosos. Era comovente ouvir uma senhora relatar a espera de uma visita há dois anos, quando, na realidade, sua última visita havia ocorrido há apenas duas semanas.

Senti que a instituição e as pessoas que a compunham me receberam de forma acolhedora. Ao finalizar um encontro, sentia que algo na fala ou no gesto de um idoso fazia uma marca afetiva. Assim, algo que eu achava importante sempre ficava comigo depois de cada dia caminhando naquele espaço. A moradora Aurora, como vou chamá-la aqui, foi uma pessoa que desde o primeiro encontro se revelava mais por seus gestos e por sua curiosidade do que por qualquer tipo de verbalização. Insistia em me mostrar o que tinha dentro de uma bolsa, um “segredo”, como ela mesma definiu. Então, iniciava um movimento no qual tirava diferentes presilhas da bolsa, enquanto íamos explorando e entendendo: “essa aqui amarra mais o cabelo”, concordávamos, ou então “essa aqui é menorzinha”. No fim dessa interação, ela diz que gostaria de ter um anel. Na semana seguinte, ao chegar no quarto de Aurora, ela me mostrou que ganhou um anel colorido.

Ao andar pelos quartos, mas também ao caminhar para fora deles, ficava me perguntando como o at poderia conectar o que acontecia ali dentro com a parte de fora da instituição, em um contexto em que muitas pessoas idosas não saíam para fora do espaço da ILPI e nem recebiam visitas. Nesse sentido, certo dia, ao acompanhar um morador a um banco para que ele pudesse resolver e receber orientações sobre suas pendências financeiras, houve um momento que me marcou, quando uma pessoa entrou no banco e reconheceu o senhor que eu

acompanhava. Parecia comovido, e resolve me perguntar: “O que aconteceu com ele? Ele sempre andava por aqui. Foi Alzheimer?”.

Acredito que o que me mobilizou naquele momento foi o fato do morador que eu estava acompanhando ter sido reconhecido por alguém que estava no mesmo espaço que ele, ultrapassando o espaço onde este senhor residia, no contexto da instituição de longa permanência. Ouvir as palavras daquela pessoa me fez pensar sobre a história do idoso que eu acompanhava, em um momento anterior à sua chegada na instituição.

### **Marcas de identidade: afinal, quem são os moradores desta instituição?**

“Na avenida deixei lá  
A minha fala, minha opinião.  
A minha casa, minha solidão.

(...)

Eu vou cantar, me deixem cantar até o fim.”  
(Elza Soares em *Mulher do Fim do Mundo*.)

Na hora do café da tarde, os pratos contavam com nomes de cada morador escritos em suas beiradas. O objetivo era que cada um ali tivesse uma refeição mais personalizada, de acordo também com as necessidades de cada um, incluindo restrições alimentares, e facilitar a distribuição dos alimentos.

O nome no contorno dos pratos pintado com esmalte vermelho remeteu-me, de alguma forma, a uma identidade, a uma marca de humanização por parte da instituição e dos funcionários. Em outros momentos, o olhar humanizado parecia falhar.

Continuava a caminhar pelos espaços e a me sentar ao lado dos moradores, assistia televisão, ouvia um comentário, tentava adivinhar a resolução das charadas do Alfredo, que carregava um toca CD no qual ouvia músicas, rádio e recebia notícias sobre times de futebol. Nesses momentos, ele preenchia o corredor com seu som e não havia o que o impedisse.

Conforme eu caminhava, não só pelo espaço, mas principalmente em direção a uma aproximação com os moradores, alguns deles foram mostrando maior abertura durante os encontros. Alguns se arriscavam a conversar mais, se soltavam aos poucos ou de forma brusca, já outros sugeriam a partir do gesto que eu permanecesse mais, por enquanto, desta vez. Por outro lado, outros idosos pediam que eu me afastasse de forma enfática, delimitando seus limites.

Em determinado dia, chamou-me a atenção a interação com Nina já que ela costumava ficar isolada, afastada do restante dos idosos, não interagindo muito com as pessoas. No entanto, ao propor uma atividade com lápis de cor, Nina topa e começa a pintar dois desenhos, todos de amarelo. A moradora também cantou bastante nesse encontro, quando na televisão passavam músicas das quais ela se recordava.

Angela, moradora que se juntou a pintar conosco nessa atividade, usou várias cores e foi intercalando as possibilidades. Ela verbaliza que não conseguiu finalizar a pintura de seu desenho, a figura de uma casa escolhida por ela. Eu concluo que ela pintou uma parte muito importante do desenho: a porta de entrada. Angela dá risada. Em certo momento, nessa interação com ambas, percebo que Nina pega um artesanato, parece uma fogueira feita de EVA que se encontra em cima da mesa. Aos poucos, Nina abre a fogueira, e à medida que faz esse movimento, ela também abre um pouco sobre sua vida pessoal, e então começa a falar como se estivesse falando há um tempo comigo.

Glória foi outra moradora que me fez refletir. Ao ouvi-la, pensava nas vulnerabilidades que atravessam cada pessoa ali, as marcas pessoais que cada um carregava consigo. Neste caso, Glória sofreu um acidente com um fogão que a levou a receber um atendimento de urgência de um hospital na cidade de Londrina. Glória chega na ILPI após sua recuperação no hospital, por não contar com uma rede de apoio. Glória trouxe em uma conversa a palavra “suja” e comenta de uma doença que a impossibilita de usar um terço, um colar, remetendo talvez à questão da identidade, de tudo o que a caracterizava e como foi perdendo isso. Ela me explicou algumas vezes que precisava sair da instituição. Em uma ida ao banco na qual fomos juntas, Glória conta que ali as pessoas a conheciam, enquanto agora, devem imaginar que ela morreu: “Aqui eu conhecia umas pessoas, elas devem ter achado que eu morri. Eu vou precisar fazer um filme. Um filme do começo...”

No decorrer dos encontros na instituição, também estiveram presentes o tema do gênero e da sexualidade. Ao entrar no quarto de Margaret e ao me apresentar, algo me atravessou, quando ela pergunta meu nome novamente: “Giovan ou Giovanna? “Você tem seios, você é mulher.”

O tema da sexualidade, que aparecia em diversos momentos na fala dos idosos, em desenhos, ou em outras circunstâncias, fazia-me pensar no lugar daqueles moradores. Refletia sobre como é a sensação de viver na instituição. Como ficariam ali refletidas, ou quiçá apagadas, as questões de identidade de uma pessoa, mas também como é se sentir - ou não mais - mulher, neste espaço.

### **Tempo para concluir...**

“Se o tempo de perder for o mesmo de encontrar?”  
(Geni Nuñez em *As monoculturas do Tempo.*)

A prática supervisionada de AT vivenciada nessa instituição, apontou-me para outras formas de estar e de ouvir, que podem fazer muito sentido, que respeitam um tempo de construção compartilhada: “a delicadeza de se pensar um sentido”, como indicou a professora Cláudia Segura, no curso ministrado “Acompanhamento Terapêutico no envelhecimento - um dispositivo clínico”, no ano de 2023.

Para mim essa experiência representou uma possibilidade de escutar pessoas a partir de outro lugar, outra lógica que pode acontecer ao pintar um desenho, mesmo que seja só a porta da casa, ou mesmo ao abrir uma fogueira simbólica aos poucos. Ir ao banco – e ouvir um pedestre, o taxista, o senhor que se comove, a senhora que está ao nosso lado no banco e que também tem uma história – podem ser possibilidades para uma escuta atenta. Por outro lado, o AT se desdobrou nesse espaço como uma chance de narrar algo daquilo que se deseja contar em primeira pessoa, no singular.

## Referências

ELZA SOARES. **Mulher do fim do mundo**. São Paulo: Circus, Natura Musical, 2015. Disponível em: [GRMA26006 M001 yt pt BR wk1 26 brand personal CreaProj canv fr grp dctyp na confidence testimnl gnr](#). Acesso em: 12 abril 2026.

NÚÑEZ, G. As Monoculturas do Tempo. In: AZEVEDO, C. D. (Org.). **Velhices: Perspectivas e cenário atual na pesquisa idosos no brasil**. São Paulo: Edições Sesc São Paulo; Fundação Perseu Abramo, 2023. p. 147.

RIOTO, C. **Guardar um corpo com palavras**: poemas. São Paulo Editora Planeta, 2025.

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

---

**Giovanna Diaz Rebello** - Psicóloga formada pela Universidade Estadual de Londrina (2021), com pós-graduação em Cuidados Paliativos. Atualmente atua no Hospital Universitário de Londrina (AEHU-UEL), com foco no atendimento de crianças e adolescentes. Na prática clínica, direciona seu trabalho para temas relacionados à diversidade e saúde da população LGBTQ+. Contato: [giovannadiazrebello.psi@gmail.com](mailto:giovannadiazrebello.psi@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.