

CARDIOLOGIA

TEORIA E PRÁTICA

EDIÇÃO XXV

Capítulo 4

CORAÇÃO NA MÃO: ESTUDO DE CASO DA CARDIOPEDIATRIA À LUZ DA PSICANÁLISE

ANTONIO GABRIEL DOS SANTOS SOBRINHO¹
LARISSA MAGALHÃES ALVES²

1. Discente – Psicologia do Centro Universitário Ari de Sá.

2. Mestranda – Cuidados Clínicos em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave: Cardiopatias Congênitas; Psicanálise; Psicologia Hospitalar.

DOI

10.59290/2943100252

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

As cardiopatias congênitas, frequentemente diagnosticadas ainda no período neonatal ou nos primeiros meses de vida, configuram-se como condições que atravessam de maneira abrupta o processo de parentalidade, impondo rupturas significativas na experiência da parentalidade e na construção do vínculo inicial com o bebê. A descoberta de uma malformação cardíaca introduz um elemento inesperado, ameaçador e produtor de descontinuidade psíquica para a díade mãe-bebê e para o campo familiar mais amplo (REZE, 2014; BROTTTO & GUIMARÃES, 2017). Ao mesmo tempo, desencadeia um processo emocional complexo, que articula medo da perda, sensação de imprevisibilidade, luto do bebê idealizado e necessidade de reorganização interna diante do risco de vida.

A parentalidade, compreendida como um processo de construção subjetiva que envolve interações entre história infantil dos pais, expectativas conscientes e inconscientes, experiências corporais da gestação e fantasias depositadas no bebê, tende a ser profundamente marcada quando um diagnóstico grave irrompe precocemente (GOLSE, 2002; ZORNIG, 2010; LEBOVICI, 1987). A literatura psicanalítica descreve que a chegada de um filho convoca no psiquismo dos pais um conjunto de representações, o chamado bebê imaginário, bebê idealizado ou bebê fantasmático, que se inscreve muito antes do nascimento e que se constitui a partir de suas memórias, desejos, medos e identificações. O encontro com o bebê real, por sua vez, exige um trabalho interno de reorganização, no qual o ideal cede espaço ao possível, numa operação que, em circunstâncias comuns, ocorre de maneira progressiva e integradora. Este é o processo psíquico esperado para todas as gestações, bebê real nunca corresponde com o ideal, independentemente da saúde do bebê

real, sempre haverá um luto pelo bebê idealizado.

No entanto, quando a gestação ou os primeiros meses de vida são atravessados pelo diagnóstico de uma doença grave, como uma cardiopatia congênita, essa transição entre bebê imaginário e bebê real tende a ser profundamente tensionada. A cardiopatia impõe uma ruptura brusca no campo das representações parentais, convocando um processo de luto ainda mais complexo, que se inicia no momento da suspeita diagnóstica e se reatualiza a cada nova internação, exame, intercorrência clínica ou indicação cirúrgica (PICCININI *et al.*, 2002). Estudos sobre adoecimento infantil indicam que esse cenário mobiliza angústias primitivas, sentimento de culpa, medo intenso da perda, fantasias de morte e vivências de desamparo que atravessam toda a trajetória de cuidado (FREITAS *et al.*, 2025; SETÚBAL *et al.*, 2004).

Do ponto de vista sociocultural, espera-se da mãe a expressão de segurança, disponibilidade e capacidade ilimitada de cuidado, elementos que se associam a discursos idealizados sobre a maternidade (SILVA & SOUZA, 2021). Essa idealização contribui para que a mãe, frequentemente principal cuidadora, vivencie com intensidade ampliada as contradições do processo: ao mesmo tempo em que se esforça para sustentar o bebê e corresponder às demandas externas, encontra-se fragilizada, atravessada por medos, culpas e pela necessidade de tomar decisões difíceis em um contexto permeado por incertezas (BARBOSA, 2023). Assim, a maternidade em contexto de cardiopatia congênita não se restringe à tarefa de cuidar do bebê adoecido, mas exige da mãe a reconstrução contínua de sua própria função materna diante da imprevisibilidade.

O contexto hospitalar, nesse sentido, aparece como um espaço paradoxal: é simultaneamente lugar de cuidado e ambiente que reativa,

a cada nova internação, a possibilidade da perda. A literatura demonstra que situações de risco vital como a necessidade de cirurgias cardíacas, internações repetidas e comunicações de más notícias intensificam o sofrimento parental e podem produzir estados de desorganização emocional que interferem no vínculo mãe-bebê e no sentimento de continuidade de vida familiar (MORSCH & BRAGA, 2007; REZE, 2014; SILVA *et al.*, 2023). A imprevisibilidade do quadro clínico, a dependência da tecnologia, a presença constante da equipe multidisciplinar e a limitação da intimidade e autonomia dos pais aprofundam o sentimento de perda de controle, frequentemente relatado pelas mães de crianças com cardiopatia congênita.

Nesse cenário, a Psicologia Hospitalar desempenha um papel fundamental. Mais do que oferecer suporte emocional, cabe ao psicólogo auxiliar na elaboração do luto do bebê idealizado, sustentar as angústias mobilizadas pelo risco de vida, favorecer a compreensão do processo de adoecimento e mediar a comunicação entre família e equipe (FERREIRA *et al.*, 1990; ROLIM, 2001). A literatura destaca que a presença do psicólogo contribui para a criação de um ambiente afetivamente possível, no qual pais e equipe possam compartilhar sentidos, expressar medos e construir estratégias de cuidado que considerem tanto as dimensões clínicas quanto subjetivas do adoecimento (BROTTO & GUIMARÃES, 2017; SETÚBAL *et al.*, 2004).

A clínica da cardiopediatria evidencia também que o psicólogo opera como facilitador do vínculo mãe-bebê em situações de estresse intenso. Quando as internações repetidas geram exaustão emocional, ou quando o medo da perda dificulta a capacidade materna de se conectar com o bebê real, o psicólogo pode oferecer um espaço de simbolização e sustentação psíquica, permitindo que a mãe recupere a possibilidade de cuidar e investir emocionalmente na criança

(MORSCH & BRAGA, 2007). Assim, a intervenção não se limita ao manejo do sofrimento, mas busca preservar e fortalecer o exercício da parentalidade em condições adversas.

O presente estudo apresenta e analisa, à luz da psicanálise e da literatura da psicologia hospitalar, o caso clínico de um bebê cardiopata e de sua mãe, acompanhados ao longo de quatro internações hospitalares, incluindo o período pré e pós-cirúrgico. A proposta é compreender como o diagnóstico precoce, a repetição das internações, as intercorrências clínicas e o risco de morte repercutem no processo de parentalidade, na constituição das representações maternas e no vínculo mãe-bebê. Além disso, busca-se descrever e discutir as intervenções psicológicas realizadas ao longo do percurso, refletindo sobre seus fundamentos teóricos e sobre o papel da Psicologia Hospitalar na construção de um cuidado integral em cardiopediatria.

Ao analisar este caso, o trabalho teve como objetivo contribuir para a compreensão dos impactos emocionais do adoecimento infantil grave e para o fortalecimento das práticas psicológicas em contextos de alta complexidade, nos quais a sensibilidade clínica e a sustentação emocional da família são indispensáveis à promoção da saúde e à humanização do cuidado.

MÉTODO

O presente trabalho consiste em um estudo de caso clínico de abordagem qualitativa, fundamentado no método psicanalítico aplicado ao contexto da Psicologia Hospitalar. Teve como objetivo analisar as repercussões subjetivas do adoecimento cardíaco infantil e as intervenções psicológicas realizadas ao longo de quatro internações consecutivas, com ênfase nos efeitos do diagnóstico, das intercorrências clínicas e do procedimento cirúrgico sobre o processo de

constituição da parentalidade e sobre o vínculo mãe-bebê.

O estudo foi construído a partir do acompanhamento psicológico de um bebê com diagnóstico de cardiopatia congênita e de sua mãe, realizado por uma psicóloga hospitalar e por um estagiário de Psicologia, em um hospital infantil de média complexidade. A elaboração do estudo de caso ocorreu de forma retrospectiva e reflexiva, a partir do material clínico produzido no cotidiano da prática assistencial, respeitando os princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos.

Antes da sistematização do caso para fins acadêmicos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, sendo aprovado conforme as normativas vigentes. A mãe da criança foi devidamente informada sobre os objetivos do estudo, os procedimentos adotados e a garantia de sigilo das informações, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a utilização do material clínico para fins científicos. Todos os dados apresentados foram cuidadosamente modificados para preservar o anonimato dos participantes, em consonância com o Código de Ética Profissional do Psicólogo e as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia.

A coleta de dados ocorreu de forma naturalística, no próprio contexto hospitalar, a partir de atendimentos psicológicos realizados em diferentes momentos das internações. Esses atendimentos incluíram acolhimentos iniciais diante do impacto do diagnóstico, escuta clínica em situações de crise, intervenções de preparação psicológica para procedimentos invasivos e cirurgia, manejo de intercorrências clínicas graves, mediação de conflitos entre família e equipe multiprofissional, acompanhamento pós-operatório e preparação para a alta hospitalar. Os registros foram realizados em prontuário psico-

lógico institucional e, posteriormente, organizados em forma de narrativa clínica, preservando a temporalidade dos acontecimentos e os movimentos psíquicos observados ao longo do processo.

A análise do material clínico seguiu o referencial psicanalítico, privilegiando a compreensão dos processos inconscientes, das manifestações de angústia e das formas de elaboração psíquica mobilizadas pela mãe diante do adoecimento do bebê. Foram utilizados, como eixos analíticos, conceitos centrais da psicanálise da parentalidade e da clínica perinatal, tais como luto pelo bebê idealizado, desamparo, angústias primitivas, função materna, transmissão psíquica, simbolização e continuidade emocional do vínculo, articulando-os às especificidades do contexto hospitalar e do risco de vida.

Paralelamente à análise clínica, foi realizada uma revisão de literatura de caráter teórico, com foco na psicanálise e na Psicologia Hospitalar, a fim de sustentar a discussão dos achados do estudo de caso. A revisão contemplou produções nacionais e internacionais que abordam temas como parentalidade diante do diagnóstico grave, cardiopatias congênitas, luto perinatal, sofrimento psíquico materno, hospitalização infantil, comunicação de más notícias e intervenções psicológicas em contextos de alta complexidade. Foram utilizados como descritores os principais conceitos que atravessam o texto, tais como “parentalidade”, “bebê idealizado”, “luto”, “desamparo”, “vínculo mãe-bebê”, “cardiopatia congênita” e “psicologia hospitalar”, garantindo coerência entre o referencial teórico e a análise clínica apresentada.

Por se tratar de um estudo de caso, este trabalho não tem como finalidade a generalização estatística dos resultados, mas a produção de uma compreensão aprofundada e situada acerca das vivências subjetivas mobilizadas pelo ado-

ecimento cardíaco infantil. A aposta metodológica reside na potência do caso singular como operador de conhecimento, permitindo iluminar aspectos clínicos e institucionais relevantes para a prática da Psicologia Hospitalar, especialmente em contextos pediátricos marcados pelo risco de vida e pela imprevisibilidade clínica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeira internação: o impacto do diagnóstico e o colapso do bebê idealizado

A primeira internação ocorreu a partir da suspeita diagnóstica de cardiopatia congênita, inicialmente comunicada à mãe por meio da expressão “sopro no coração”. Tal nomenclatura, embora amplamente utilizada no discurso médico como estratégia de comunicação inicial, assume, nesse contexto específico, efeitos simbólicos relevantes, especialmente quando considerada a realidade sociocultural da família. A psicanálise traz que a comunicação nunca é inequívoca, há sempre um resto que não se apreende na linguagem uma vez que ela não dá conta do real. Neste caso, observou-se que a expressão “sopro” funcionou como um significante menos ameaçador, capaz de sustentar, ainda que provisoriamente, a ilusão de normalidade e continuidade do bebê imaginado.

Essa dimensão da linguagem é central para compreender o impacto subjetivo do diagnóstico. Conforme apontam Fraga, Lima e Kupfer (2023), o discurso médico-científico, ao nomear o corpo do bebê, incide diretamente sobre a construção da parentalidade, podendo tanto sustentar quanto fragilizar a capacidade dos pais de acessar seus próprios saberes inconscientes sobre o filho. No caso em questão, a transição do termo “sopro” para a confirmação diagnóstica de cardiopatia congênita representou uma ruptura brusca entre o bebê inicialmente fantasiado

como saudável e o bebê real, portador de uma condição grave e potencialmente letal.

O ingresso súbito no contexto hospitalar marcou, assim, o primeiro confronto da mãe com a fragilidade do bebê real, rompendo abruptamente a continuidade imaginária que sustentava sua experiência materna até então. A literatura psicanalítica descreve que o diagnóstico inesperado em período neonatal opera como um verdadeiro golpe narcísico, por atingir diretamente as representações parentais, os ideais de filiação e as fantasias de reparação frequentemente depositadas no filho (ZORNIG, 2010; LEBOVICI, 1987). Inaugura-se, nesse momento, o luto pelo bebê idealizado como saudável, para além do bebê idealizado originário. Luto este que não se encerra em um único evento, mas que tende a se reatualizar ao longo do percurso clínico, especialmente diante de internações, exames e decisões terapêuticas.

Durante essa primeira internação, a mãe expressava medo intenso da perda, angústias relacionadas à possibilidade de morte do bebê e vivências marcadas por profundo desamparo. A incerteza quanto à necessidade de intervenção cirúrgica produzia um estado de suspensão subjetiva, no qual o tempo parecia organizado em função do diagnóstico e das decisões médicas. O bebê no leito também nunca é o bebê idealizado pela literatura. A criança mamava bem, não necessitava de sonda, seu cansaço não era visivelmente significativo ainda que clinicamente relevante. Este desencontro entre o bebê real e o bebê descrito no discurso médico contribuiu para a oscilação entre negação e catatização, conforme descrito por Setúbal *et al.* (2004), em contextos de malformação e diagnóstico grave.

Do ponto de vista da parentalidade, esse momento evidencia a colisão entre diferentes representações do bebê. Conforme Golse

(2002) e Lebovici (1987), coexistem no psiquismo parental o bebê fantasmático, o bebê imaginário e o bebê real, sendo o diagnóstico grave um fator que exacerba o conflito entre essas instâncias. A mãe, ao se deparar com o bebê real adoecido, vê-se convocada a reorganizar rapidamente suas expectativas, fantasias e investimentos libidinais, tarefa psíquica particularmente exigente em um contexto de vulnerabilidade social e emocional.

A intervenção psicológica nesse primeiro momento consistiu, prioritariamente, em acolhimento imediato da crise materna e sustentação emocional diante da comunicação de más notícias. O psicólogo operou como um terceiro continente, oferecendo um espaço de escuta empática no qual a mãe pôde nomear seus medos, angústias e fantasias, sem julgamento ou precipitação de soluções. Conforme assinala Rolim (2001), a criação de um ambiente seguro e acolhedor é condição fundamental para que os pais possam simbolizar a experiência traumática e iniciar um processo de reorganização subjetiva frente ao adoecimento do filho.

Além disso, o acompanhamento psicológico favoreceu a mediação da comunicação entre família e equipe, auxiliando na tradução do discurso técnico para uma linguagem acessível e compatível com a realidade da mãe. Essa mediação mostrou-se essencial para reduzir ruídos comunicacionais que poderiam intensificar fantasias persecutórias ou sentimento de culpa, frequentemente associados à ideia de falha materna na origem da doença, conforme descrito por Silva *et al.* (2023). A psicoeducação sobre o diagnóstico e o tratamento foi realizada de maneira gradual, de forma não pedagógica, respeitando o tempo psíquico da mãe e sua capacidade de assimilação, o que contribuiu para diminuir fantasias catastróficas e restaurar um mínimo de previsibilidade diante do cenário de incerteza.

Ferreira *et al.* (1990) destacam que a compreensão progressiva da situação clínica permite aos pais recuperar certa sensação de controle e participação ativa no cuidado, elemento fundamental para a sustentação da função parental em contextos de risco vital. No caso analisado, essa intervenção favoreceu que a mãe pudesse se reaproximar emocionalmente do bebê, reduzindo a paralisia afetiva provocada pelo medo e reconstruindo, ainda que de forma provisória e frágil, sua capacidade de investir libidinalmente na criança. Assim, desde a primeira internação, o trabalho psicológico mostrou-se essencial para sustentar o vínculo mãe-bebê e possibilitar a continuidade da parentalidade diante do colapso do bebê idealizado.

Segunda internação: intercorrências clínicas e desorganização emocional

Após a primeira alta hospitalar e a tentativa inicial de reorganização psíquica diante do diagnóstico de cardiopatia congênita, a díade mãe-bebê retorna ao hospital em decorrência de um quadro gripal que evolui com intercorrências clínicas significativas. A reinternação reacendeu intensamente as angústias associadas ao risco de morte, produzindo uma importante desorganização emocional na mãe. A repetição da hospitalização, em um curto intervalo de tempo, operou como uma reatualização do impacto traumático do diagnóstico inicial, recolocando em cena o medo da perda do filho e a fragilidade do investimento materno diante da imprevisibilidade clínica.

Do ponto de vista psicanalítico, a literatura aponta que o adoecimento grave na infância não se constitui como um evento isolado, mas como uma experiência que se reinscreve a cada nova intercorrência, podendo intensificar vivências de ameaça, desamparo e colapso da continuidade psíquica (PICCNINI *et al.*, 2002; REZE, 2014). A temporalidade psíquica não pode ser

lida linearmente, cada nova experiência atualiza e ressignifica as anteriores. No caso em questão, a segunda internação pareceu romper a ilusão de estabilidade construída após a alta, fragilizando as tentativas maternas de retomar uma vivência de normalidade e de confiança no cuidado cotidiano. A mãe passou a experimentar novos sentimentos, sensação recorrente de incapacidade, medo constante de piora súbita e dificuldade em tolerar a incerteza, elementos frequentemente descritos em contextos de internações repetidas em cardiopediatria (SILVA *et al.*, 2023).

Morsch & Braga (2007) comentam que a hospitalização prolongada ou recorrente pode fazer com que os pais se sintam deslocados de sua função de cuidadores primários para um lugar de dependência da equipe e da tecnologia, por se perceberem incapazes de intervir para reverter o quadro clínico. Essa dinâmica foi observada pela recusa da mãe em exercer alguns procedimentos que a equipe da enfermaria costuma treinar as mães, a fim de oferecer mais independência com relação à equipe. Essa recusa não pode ser lida somente de forma pragmática como “má-vontade” ou “insegurança”, pois ela parte de uma posição e um momento psíquico no qual a mãe está depositando um suposto na equipe “saber-fazer” o cuidado de tal forma que ela mesma não poderia, inclusive para justificar para si mesma a internação.

As intervenções psicológicas realizadas durante a segunda internação concentraram-se, prioritariamente, na oferta de escuta empática e na validação das emoções maternas, reconhecendo o sofrimento vivido como resposta legítima a uma situação de ameaça real. Conforme apontam Ferreira *et al.* (1990) e Rolim (2001), em contextos de risco vital e adoecimento grave, a possibilidade de nomear afetos como medo, angústia, raiva e impotência constitui um recurso fundamental para a elaboração psíquica,

prevenindo a cristalização de estados de desorganização emocional. O psicólogo atuou como figura de continência, oferecendo um espaço no qual a mãe pudesse expressar seus temores sem julgamento e sem a exigência de manter uma postura de força constante.

Em momentos de intercorrência clínica aguda, foram realizados atendimentos psicológicos de urgência, com o objetivo de auxiliar na reorganização temporária do pensamento materno diante do risco imediato. Essas intervenções buscaram reduzir a sobrecarga emocional, favorecer a ancoragem na realidade e sustentar minimamente a capacidade da mãe de permanecer presente junto ao bebê, evitando tanto a paralisia pelo medo quanto respostas marcadas por hiperpreocupação desorganizadora. A literatura aponta que, nesses contextos, o psicólogo hospitalar exerce uma função semelhante à de “*holding* psíquico”, sustentando o sujeito em situações nas quais os recursos internos encontram-se momentaneamente fragilizados (MORSCH & BRAGA, 2007; SETÚBAL *et al.*, 2004).

Além disso, a relação entre a família e a equipe de saúde apresentou tensões, frequentemente observadas em cenários de sofrimento intenso e de repetição de internações. Dificuldades de comunicação, interpretações ambíguas sobre condutas clínicas e expectativas divergentes contribuem para o aumento da ansiedade materna e para sentimentos de abandono ou hostilidade. Nesse contexto, o psicólogo atuou como mediador, favorecendo a circulação da palavra, a clarificação das informações e a construção de um espaço de diálogo mais seguro entre mãe e equipe. Setúbal *et al.* (2004) ressaltam que a mediação psicológica em situações de malformação e risco de vida é fundamental para reduzir conflitos, fortalecer a aliança terapêutica e restaurar a confiança no processo de cuidado.

Ao longo desta segunda internação, as intervenções psicológicas buscaram, portanto, não apenas conter o sofrimento imediato, mas também sustentar o vínculo mãe-bebê em um momento marcado por ansiedade extrema e ameaça à continuidade emocional. Ao oferecer suporte, simbolização e mediação, o trabalho psicológico contribuiu para que a mãe pudesse, ainda que de forma instável e progressiva, recuperar sua função materna e manter o investimento afetivo no bebê, mesmo diante da repetição das internações e da intensificação do medo da perda.

Terceira internação: preparação para a cirurgia e reorganização psíquica

A terceira internação ocorreu para realização da cirurgia cardíaca, configurando-se como um dos momentos mais intensos de todo o percurso de cuidado. A indicação cirúrgica marcou, para a mãe, a concretização máxima da ameaça à vida do bebê, colocando em primeiro plano a ameaça de perda, fantasias de morte e sentimento de impotência diante da dependência absoluta de uma tecnologia altamente especializada para a sobrevivência do filho. A literatura aponta que o período pré-operatório em cardiopediatria costuma mobilizar um luto antecipatório, no qual os pais oscilam entre a esperança de cura e o temor da morte iminente, vivência amplamente descrita em contextos de adoecimento grave infantil (REZE, 2014; SILVA *et al.*, 2023).

Nesse momento, observou-se uma intensificação da angústia materna, acompanhada de estados de hipervigilância, dificuldade de descanso, pensamentos catastróficos e sentimentos ambivalentes em relação ao procedimento cirúrgico. A cirurgia aparecia simultaneamente como possibilidade de vida e como ameaça extrema, produzindo um conflito psíquico marcado pela impossibilidade de escolha: autorizar

a intervenção significava expor o bebê ao risco; recusá-la, por sua vez, implicaria a certeza da piora clínica. Essa vivência é descrita por Ferreira *et al.* (1990) e Rolim (2001) como característica central das situações em que pais precisam consentir procedimentos invasivos, frequentemente acompanhadas por sentimento de culpa, responsabilidade excessiva e fantasias persecutórias.

Do ponto de vista da constituição da parentalidade, a cirurgia impôs uma nova reorganização das representações maternas. O bebê real, adoecido, vulnerável e dependente se impunha de maneira ainda mais contundente, exigindo da mãe a renúncia definitiva às fantasias de um bebê saudável e autossuficiente. Conforme descrevem Lebovici (1987) e Golse (2002), esse confronto pode fragilizar o investimento narcísico parental, colocando em risco a capacidade de sustentação emocional do vínculo, sobretudo quando a angústia ultrapassa a possibilidade de simbolização. Nesse contexto, a presença do psicólogo mostrou-se fundamental para sustentar um espaço de elaboração e reorganização psíquica.

A principal intervenção psicológica realizada durante essa internação consistiu na preparação para a cirurgia e o acompanhamento das repercussões dessa cirurgia. Conforme apontam Morsch & Braga (2007), a preparação psicológica em contextos de alto risco deve favorecer a compreensão progressiva do procedimento, respeitando o tempo subjetivo dos pais e validando as emoções mobilizadas, de modo a reduzir a vivência de desamparo e favorecer a participação ativa no cuidado. Assim, a intervenção buscou auxiliar a mãe a nomear seus medos, reconhecer seus limites e sustentar a ambivalência inerente à situação, sem exigir uma postura de força ou negação do sofrimento.

A escuta clínica também possibilitou trabalhar os sentimentos de culpa que emergiram recorrentemente, especialmente aqueles ligados à fantasia de responsabilidade absoluta pela sobrevivência do bebê. A mãe manifestava a vivência de que sua decisão poderia determinar o desfecho da cirurgia, sentimento descrito na literatura como frequente em contextos de malformação e risco vital (SETÚBAL *et al.*, 2004; FRAGA *et al.*, 2023). A intervenção psicológica buscou diferenciar os riscos reais, inerentes ao procedimento, das fantasias persecutórias, favorecendo uma redistribuição simbólica da responsabilidade e reconhecendo o papel da equipe e da tecnologia no processo de cuidado. Esse trabalho mostrou-se essencial para reduzir a sobrecarga emocional materna e permitir uma vivência menos paralisante da espera cirúrgica.

Além disso, a atuação psicológica procurou sustentar a presença emocional da mãe junto ao bebê no período pré-operatório, momento em que o medo da perda pode levar tanto à retração afetiva quanto a um estado de fusão ansiosa. Conforme destacam Morsch & Braga (2007), a ameaça de separação definitiva pode comprometer o encontro entre pais e bebê, fragilizando o vínculo justamente quando ele se faz mais necessário. Ao oferecer um espaço de continência e simbolização, o psicólogo auxiliou a mãe a manter o investimento afetivo, possibilitando que o bebê fosse sustentado não apenas biologicamente, mas também subjetivamente.

Dessa forma, a preparação psicológica para a cirurgia operou como um dispositivo de reorganização psíquica, permitindo que a mãe atravessasse esse momento de extrema vulnerabilidade com maior capacidade de elaboração. Ao transformar a cirurgia de uma vivência exclusivamente ameaçadora em um recurso possível de cuidado e preservação da vida, a intervenção psicológica contribuiu para a sustentação da

função materna e para a continuidade do vínculo mãe-bebê em um contexto marcado pelo risco, pela incerteza e pela dependência tecnológica.

Quarta internação: intercorrências pós-cirúrgicas e reconstrução da continuidade emocional

A quarta internação ocorreu em decorrência de intercorrências pós-operatórias associadas a cansaço e a um quadro gripal, em um momento no qual se esperava maior estabilidade clínica após a realização da cirurgia cardíaca. Apesar de não representar, do ponto de vista médico, uma falha do procedimento cirúrgico, essa nova hospitalização teve um impacto emocional significativo sobre a mãe, reativando angústias intensamente vivenciadas nas internações anteriores. As intercorrências foram percebidas subjetivamente como ameaça de regressão do quadro clínico e como possibilidade de insucesso da cirurgia, recolocando em cena o medo de desfechos fatais e a sensação de que o risco jamais cessaria.

A literatura aponta que o período pós-cirúrgico, especialmente quando atravessado por complicações inesperadas, constitui uma fase de grande vulnerabilidade psíquica para os pais, marcada por exaustão emocional, sensação de esgotamento dos recursos internos e fragilização da esperança construída durante a preparação para a cirurgia (BROTTO & GUIMARÃES, 2017; SILVA *et al.*, 2023). No caso acompanhado, observou-se que a repetição das internações comprometia a vivência de continuidade emocional, produzindo a sensação de um ciclo interminável de adoecimento e hospitalização. A mãe expressava medo constante de “voltar ao início”, dificuldade em confiar na recuperação do bebê e receio de assumir plenamente os cuidados fora do ambiente hospitalar.

Do ponto de vista psicanalítico, essas vivências podem ser compreendidas como efeitos da ruptura reiterada do sentimento de continuidade de vida, descrito por autores como Reze (2014) e Morsch & Braga (2007). A cada nova intercorrência, a experiência traumática inicial se reinscreve, exigindo novos esforços de simbolização e reorganização psíquica. Nesse sentido, a atuação do psicólogo teve como eixo central a reconstrução da continuidade emocional já fragilizada, sustentando a possibilidade de elaboração das experiências vividas e prevenindo estados de retração afetiva ou de hiperpreocupação paralisante.

As intervenções psicológicas realizadas durante essa internação incluíram o acompanhamento pós-operatório contínuo, com foco no manejo da exaustão emocional materna. A mãe apresentava sinais claros de desgaste psíquico, decorrente da longa trajetória hospitalar, da vigilância constante sobre o estado clínico do bebê e da vivência prolongada de ameaça à vida. Conforme apontam Rolim (2001) e Ferreira *et al.* (1990), o acúmulo de perdas simbólicas, incertezas e estados de alerta contínuo pode comprometer a capacidade de cuidado e a função materna, tornando fundamental a presença de um espaço de escuta que legitime o cansaço e o sofrimento sem reforçar sentimentos de culpa ou inadequação.

A escuta empática e a validação das emoções permitiram que a mãe reconhecesse seus limites e nomeasse o esgotamento vivido, sem a exigência de manter uma postura idealizada de força. Ao oferecer continência psíquica, o psicólogo contribuiu para a redução da sobrecarga emocional e para a retomada gradual da capacidade materna de se vincular ao bebê de forma menos ansiosa. Essa intervenção mostrou-se essencial para preservar o investimento afetivo em um momento em que o medo da per-

da poderia levar tanto à retração quanto à fusão excessiva.

Outro eixo importante do trabalho psicológico foi o fortalecimento das redes de apoio, reconhecendo que a sustentação da parentalidade em contextos de adoecimento crônico não pode recair exclusivamente sobre a mãe. Brotto & Guimarães (2017) destacam que a participação da família ampliada e o apoio social são fatores protetivos fundamentais para a saúde mental dos cuidadores e para a adesão ao tratamento. Nesse sentido, a intervenção buscou favorecer a mobilização de recursos externos, reduzindo o isolamento emocional e a vivência de responsabilidade exclusiva pelo cuidado do bebê.

A continuidade da psicoeducação sobre os cuidados pós-operatórios também se mostrou central neste momento. Mais do que transmitir informações técnicas, o trabalho psicológico buscou auxiliar a mãe a compreender os sinais clínicos esperados no período de recuperação, diferenciando intercorrências comuns de situações de risco real. Essa diferenciação contribuiu para reduzir fantasias catastróficas e para restaurar uma mínima sensação de previsibilidade, elemento fundamental para o exercício da função materna fora do ambiente hospitalar (FERREIRA *et al.*, 1990; MORSCH & BRAGA, 2007).

Por fim, foram realizadas intervenções voltadas à preparação da alta segura, entendida como um processo subjetivo que envolve a transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar. Observou-se que a mãe apresentava a fantasia de que apenas o hospital poderia garantir a sobrevivência do bebê, percepção comum em contextos de dependência tecnológica e internações prolongadas. A intervenção psicológica buscou trabalhar essa fantasia, sustentando a ideia de que o cuidado materno, aliado ao acompanhamento ambulatorial, também constitui um recurso legítimo de proteção e saúde. Ao

favorecer a simbolização das experiências traumáticas vividas ao longo das internações, o psicólogo contribuiu para a reconstrução gradual do sentimento de competência parental.

Assim, a atuação psicológica na quarta internação teve como objetivo central sustentar a continuidade emocional após o período crítico, auxiliando a mãe a integrar as experiências de adoecimento, cirurgia e intercorrências em uma narrativa possível. Ao apoiar a reorganização psíquica, fortalecer redes de apoio e preparar subjetivamente a alta hospitalar, o trabalho psicológico favoreceu a retomada da vida cotidiana e a continuidade do vínculo mãe-bebê para além do contexto hospitalar, elemento fundamental para promoção da saúde e humanização do cuidado em cardiopediatria.

CONCLUSÃO

O caso clínico analisado evidencia, de maneira sensível e contundente, os efeitos subjetivos do diagnóstico de cardiopatia congênita sobre o processo de constituição da parentalidade, particularmente no que concerne à experiência materna. O objetivo geral deste trabalho, que consistiu em compreender as repercussões psíquicas do adoecimento grave do bebê e o papel das intervenções psicológicas ao longo das internações hospitalares, mostrou-se pertinente diante da complexidade das vivências observadas, marcadas por rupturas sucessivas na continuidade emocional e pela reatualização constante de angústias primárias ligadas à ameaça de perda.

As quatro internações configuraram-se como tempos clínicos distintos, porém interligados, nos quais o psiquismo materno foi reiteradamente confrontado com o colapso das representações idealizadas do bebê e da maternidade. O diagnóstico, as intercorrências clínicas, a cirurgia e o pós-operatório exigiram da mãe um

trabalho psíquico intenso de elaboração do luto pelo bebê imaginário, conforme descrito por Lebovici (1987) e Golse (2002), ao mesmo tempo em que demandaram a construção de um investimento possível no bebê real, frágil e dependente de cuidados altamente especializados. Observou-se que o sofrimento materno ultrapassou o campo do evento somático, inscrevendo-se no registro simbólico como vivência de desamparo, culpa e falha narcísica, frequentemente reativadas a cada nova hospitalização.

Do ponto de vista psicanalítico, as internações sucessivas podem ser compreendidas como experiências potencialmente traumáticas, na medida em que produziram excessos de excitação difíceis de serem metabolizados pelo aparelho psíquico materno. A imprevisibilidade clínica e a iminência da morte colocaram em risco a capacidade de simbolização, favorecendo estados de angústia sem nome, nos quais o pensamento tende a se desorganizar. Nesse contexto, a atuação do psicólogo hospitalar assumiu uma função de continência, operando como um enquadre capaz de acolher afetos primitivos e oferecer condições para sua transformação em experiências psíquicas representáveis.

As intervenções psicológicas realizadas ao longo das diferentes etapas do acompanhamento (escuta empática, acolhimento em crise, comunicação de más notícias, preparação psíquica para a cirurgia, manejo das intercorrências, mediação da relação família–equipe e acompanhamento pós-operatório) podem ser compreendidas como dispositivos clínicos que sustentaram a função materna em momentos nos quais esta se encontrava ameaçada. Ao oferecer um espaço de palavra e de reconhecimento da dor, o psicólogo favoreceu a nomeação das angústias, permitindo que a mãe se apropriasse de sua experiência e retomasse, ainda que de forma frágil e oscilante, sua capacidade de investimento libidinal no bebê.

Observou-se que a presença contínua da Psicologia contribuiu para a preservação do vínculo mãe-bebê, funcionando como um apoio à continuidade de ser da díade. Ao sustentar emocionalmente a mãe, o psicólogo operou de forma indireta na proteção do bebê, favorecendo um ambiente suficientemente bom, mesmo em um contexto hospitalar marcado por invasões corporais, separações e riscos constantes. Nesse sentido, o cuidado psicológico não se limitou à mãe enquanto sujeito isolado, mas incidiu sobre o campo relacional, reconhecendo a dimensão intersubjetiva e transgeracional do sofrimento.

Assim, este estudo reafirma a importância da Psicologia Hospitalar, ancorada em uma escuta psicanalítica, como parte constitutiva do cuidado em cardiopediatria. Ao possibilitar a elaboração simbólica do adoecimento e do risco de morte, o trabalho psicológico contribui para que experiências potencialmente desorganizadoras possam ser integradas à história da parentalidade, reduzindo efeitos traumáticos e favorecendo a transmissão psíquica de um investimento vital possível. Em contextos nos quais o corpo do bebê se impõe como lugar de ameaça e fragilidade, a Psicologia sustenta o lugar do sujeito, do vínculo e do desejo, permitindo que, mesmo em meio ao sofrimento, a vida psíquica possa seguir em curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, D.C. Saúde mental materna no pós-parto [trabalho de conclusão de curso]. Arapiraca: Faculdade UNIRB, 2023.
- BROTTO, A. & GUIMARÃES, A. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicologia Hospitalar*, v. 15, p. 43, 2017.
- FERREIRA, L.M. *et al.* O luto por morte perinatal e/ou malformação do bebê. *Análise Psicológica*, v. 8, p. 399, 1990.
- FRAGA, M.A. *et al.* A construção da parentalidade diante do diagnóstico em bebês: da indefinição à nomeação. *Revista Tempo Psicanalítico*, v. 55, p. 398, 2023. doi: 10.71101/rtp.55.666.
- FREITAS, A.L.S. *et al.* Psicologia perinatal: uma revisão bibliográfica dos aspectos psicológicos da gestação, parto e pós-parto. *Revista Master – Ensino, Pesquisa e Extensão*, v. 10, 2025.
- GOLSE, B. Depressão do bebê, depressão da mãe: conceito de psiquiatria perinatal. In: CORRÊA FILHO, L. *et al.*, organizadores. *Novos olhares sobre a gestação e a criança até 3 anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: L.G.E., 2002.
- LEBOVICI, S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- MORSCH, D.S. & BRAGA, M.C.A. À procura de um encontro perdido: o papel da “preocupação médico-primária” em UTI neonatal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 10, p. 624, 2007.
- PICCININI, C.A. *et al.* Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.
- REZE, B. Cardiopatia infantil: implicações na relação entre mãe e filho. *Psicologia Revista*, v. 15, p. 11, 2014.
- ROLIM, L. Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In: CANAVARRO, M.C., organizador. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- SETÚBAL, M.S. *et al.* Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal. Programa de Medicina Fetal, Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas, Brasil, 2004.
- SILVA, F.F. & SOUZA, N.B. Romantização da maternidade e a saúde psíquica da mãe. *Revista Científica Online*, v. 13, p. 1989, 2021.
- SILVA, L.A.D. *et al.* Efeitos psicológicos da cardiopatia congênita nos familiares de crianças cardiopatas. *Research, Society and Development*, v. 12, e25112139657, 2023. doi: 10.33448/rsd-v12i1.39657.
- ZORNIG, S. Transmissão psíquica: uma via de mão dupla? In: FÉRES-CARNEIRO, T., organizador. *Casal e família: permanências e rupturas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.