



## INTRODUÇÃO

O nascimento pré-termo ocorre até 37 semanas de gestação (Araújo, 2003; Avery & Taeusch, 2003). Pode resultar na separação da mãe e do bebê após o parto, na hospitalização e nos cuidados intensivos ao bebê, gerando angústia na mãe (Lebovici, 1987).

O bebê imaginário é o resultado de fantasias conscientes da mãe na gestação, já o bebê real constitui-se das representações maternas do bebê após o nascimento (Lebovici, 1987). O bebê prematuro pode intensificar o confronto entre o bebê imaginário e o bebê real, gerando sofrimento intenso para a mãe. Pode representar a não concretização do que era imaginado anteriormente na gestação (Lamy et al., 1997; Wirth, 2000).

É necessário que a mãe elabore a perda do filho imaginário idealizado e perfeito sob a presença do filho real, sendo também necessário que a mãe mantenha alguns aspectos do bebê imaginário neste bebê real (Lebovici, 1987).

## OBJETIVOS

Investigar o bebê imaginário da gestação e o bebê real prematuro de uma mãe de bebê pré-termo.

## MÉTODO

**Delineamento:** estudo de caso único (Stake, 1994), de caráter longitudinal.

**Participantes:** uma mãe de bebê pré-termo (37 anos), ensino fundamental incompleto e nível sócio-econômico baixo. Residia com o companheiro e o bebê prematuro foi o terceiro filho do casal. A participante foi selecionada na UTINeo de um hospital público de POA e é integrante do Projeto PREPAR (Piccinini et al., 2009). O bebê é do sexo masculino, nasceu com 32 semanas gestacionais e 1205g.

**Procedimentos:** entrevistas semi-estruturadas realizadas em três momentos: pós-parto, pré-alta do bebê e 3º mês após a alta do bebê, usadas para investigar aspectos da gestação e maternidade.

**Análise dos Dados:** análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1979; Laille & Dione, 1999), baseada no referencial psicanalítico e usando duas categorias: bebê imaginário e bebê real sendo a primeira investigada retrospectivamente no pós-parto e a segunda, nas três fases de coleta de dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Bebê imaginário:** foi idealizado pela mãe e envolto em expectativas positivas, apesar da ambivalência em relação ao sexo do bebê, problemas importantes de saúde da mãe, bem como sintomas depressivos na gestação. O contato com o bebê era visto como importante e prazeroso.

*“Só de poder tá junto, de ter um filho, amamentar de novo, curtir aquele momento, poder levar pra pracinha, eu amo cinema, não tem ninguém que vai comigo, vou ter de novo”*

**Bebê real:** no período pós-parto observou-se dificuldade da mãe em descrever o bebê a partir de suas próprias características. O bebê mostrou-se relacionado a aspectos dos pais. No entanto, houve um incremento das representações maternas ao longo das etapas investigadas, com uma crescente melhora na percepção das capacidades e características emocionais reais do bebê, além do relacionamento afetivo da dupla mãe-bebê.

*“Ele é baixinho, parecido com o meu marido. Parecido com ele, porque ia dar essa alegria pra ele” - pós-parto*

*“Adora ficar no sofá. (...) É muito bom, gratificante de olhar cada fasezinha dele, cada dia o crescimento, cada novidade, muito bom” - pós-alta*

A maternidade com o bebê real prematuro foi permeada por sofrimento, frustrações e medos. Porém, a mãe mostrou-se mais satisfeita a partir da melhora do estado de saúde do bebê, do contato com o filho e da capacidade de assumir os cuidados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prematuridade dificultou o contato da mãe com o bebê. As projeções sobre o bebê real podem ter sido utilizadas para diminuir a distância entre este e o bebê imaginário. A melhora clínica do bebê prematuro permitiu uma maior aproximação da mãe e a elaboração do conflito.

Apesar do impacto emocional frente ao confronto entre o bebê imaginário e o bebê real prematuro, houve uma gradual adaptação da mãe às características e necessidades do bebê real.

## REFERÊNCIAS

- Araújo, J. Prematuridade (2003) In P. Gonçalves (Eds.). *Tudo sobre a criança: perguntas e respostas*. (pp.68-73) São Paulo: IBRASA.
- Avery, M.E & Taeusch, H.W. (2003). *Medicina Materno-Fetal*. In *Doenças do Recém-nascido*. (pp.1-28) (A. Filho & M.S. Alves, Trad.) Rio de Janeiro: Medsi. 7 ed.
- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo* (L.A. Reto & A. Pinheiro, Trans). São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes.
- Lamy, Z.C; Gomes, R & Carvalho, M. (1997). A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Jornal de pediatria*. 73 (5), 293-298.
- Laille, C; & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas* (H. Monteiro & F. Sentitineri, Trad). Porto Alegre: Artmed.

- Lebovici, S. (1987) *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Piccinini, C.A; Lopes, R.S Esteves, C.M; Anton, M.C & Oliveira, V. Z. (2009) *Prematuridade e parentalidade: Fatores biopsicossociais relacionados ao nascimento e desenvolvimento do bebê pré-termo e o impacto de uma intervenção psicológica durante a sua hospitalização*. Projeto de Pesquisa Não-Publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Stake, R.E (1994). Cases Studies, cap 14. In: N. Denzin & Lincoln, Y. (Eds.) *Handboock of Qualitative Research*. Londres: Sage.
- Wirth (2000). A aplicação do método de observação de bebês em uma UTI neonatal. N.A. Caron (Eds). *A Relação Pais-Bebê: da observação a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.