



Centro Universitário de Brasília

Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD

SILENE DE PAULINO LOZZI

**CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DE DONALD WINNICOTT E ANDRÉ
GREEN PARA A COMPREENSÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Brasília

2025

SILENE DE PAULINO LOZZI

**CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DE DONALD WINNICOTT E ANDRÉ
GREEN PARA A COMPREENSÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (CEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica. Orientadora: Prof^a Dr^a Livia Milhomem Januário

Brasília

2025

SILENE DE PAULINO LOZZI

**CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DE DONALD WINNICOTT E ANDRÉ
GREEN PARA A COMPREENSÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (CEUB/ICPD) como pré-requisito para a obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica. Orientadora: Prof^a Dr^a Livia Milhomem Januário.

Brasília, ____ de _____ de 2025.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Isa Maria Lopes Paniago

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

*À minha mãe, Maria e minhas
filhas,
Mariana e Julia,
que sempre foram e serão
as crianças inspiradoras
do meu amor.*

AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora Livia Milhomem Januário, pela excelência profissional que demonstra ao ensinar, pesquisar e orientar.

Ao professor Gilson, inspiração máxima de simpatia, competência, organização e trato com as pessoas. Ter sido sua aluna foi uma honra.

Aos meus colegas da Turma 30 do Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica, pelas trocas durante as aulas e ajuda mútua.

Aos colegas Mariana, Naiara e Rogério pela parceria nos seminários do curso e trocas afetivas e cognitivas.

Aos funcionários da Secretaria do Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento (ICPD), em especial Ieda, sempre prestativa, eficiente e empenhada em resolver nossas questões.

Aos professores do Curso de Teoria Psicanalítica pela troca de experiência clínica e conhecimentos teóricos.

Ao Professor Marcos Abel, coordenador do curso, por facilitar meu ingresso no curso após seu início, o que foi um grande incentivo.

Aos meus muitos amigos inspiradores de que a vida vale ser vivida pelas trocas de afeto e ideias, especialmente ao redor de uma mesa com boa comida e um bom vinho.

Foi mãe que me fez sentir
as flores amassadas
debaixo das pedras
os corpos vazios
rente às calçadas
e me ensinou,
insisto, foi ela
a fazer da palavra
artifício
arte e ofício
do meu canto
da minha fala.

“De Mãe”, Conceição Evaristo, 2008.

RESUMO

A depressão pós-parto configura-se como uma questão relevante a ser enfrentada no panorama da saúde mental global e brasileira. O sofrimento psíquico materno nessa fase compromete significativamente o vínculo com a criança e acarreta consequências graves em seu desenvolvimento. Neste contexto, a psicanálise oferece subsídios teóricos relevantes para a compreensão do fenômeno, sendo que este trabalho priorizou a análise das contribuições de Donald Winnicott e André Green. Enquanto o primeiro elucida mecanismos fundamentais da formação do vínculo mãe-bebê – como o acolhimento, o manejo dos cuidados e a mediação da realidade –, o segundo introduz conceitos estruturantes, como “a mãe morta”, “o trabalho do negativo” e “a desvitalização do vínculo”, essenciais para desvendar as raízes psíquicas da depressão pós-parto (DPP). Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória que visa investigar de que modo aspectos da teoria psicanalítica, especialmente os aportes de Winnicott e Green, contribuem para a compreensão das dinâmicas emocionais e psíquicas na relação mãe-bebê durante a perinatalidade. A articulação entre esses referenciais teóricos não apenas amplia a discussão sobre estratégias clínicas para o enfrentamento da DPP, mas também subsidia a formulação de políticas públicas, como a implementação da Lei do Pré-Natal Psicológico (Lei 14.485/2023). Assim, o acesso a tratamentos adequados para mães não apenas mitiga o sofrimento imediato, mas projeta efeitos a longo prazo, garantindo que suas crianças tenham condições de se desenvolver como sujeitos autônomos e socialmente integrados.

Palavras-chave: Psicanálise; Winnicott; André Green; Depressão Pós-Parto

ABSTRACT

Postpartum depression constitutes a significant issue to be addressed within the landscape of global and Brazilian mental health. Maternal psychological suffering at this stage severely compromises the bond with the child and leads to serious consequences for the child's development. In this context, psychoanalysis offers relevant theoretical contributions for understanding the phenomenon, and this work prioritizes the analysis of the contributions of Donald Winnicott and André Green. While the former elucidates fundamental mechanisms in the formation of the mother–infant bond—such as holding, caregiving, and mediating reality—the latter introduces structuring concepts, such as “the dead mother,” “the work of the negative,” and “the devitalization of the bond,” which are essential to uncovering the psychic roots of postpartum depression (PPD). This is an exploratory bibliographic study aimed at investigating how aspects of psychoanalytic theory, especially the contributions of Winnicott and Green, help in understanding the emotional and psychic dynamics of the mother–infant relationship during the perinatal period. The articulation between these theoretical frameworks not only broadens the discussion on clinical strategies for addressing PPD but also supports the formulation of public policies, such as the implementation of the Psychological Prenatal Care Law (Law 14.485/2023). Thus, access to appropriate treatments for mothers not only mitigates immediate suffering but also produces long-term effects, ensuring that their children have the conditions to develop as autonomous and socially integrated individuals.

Key words: Psychoanalysis; Winnicott; André Green; Postpartum Depression

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 A DEPRESSÃO NA PERINATALIDADE	15
1.1 A Fase da Perinatalidade	16
1.2 Ocorrência da DPP no Brasil e no mundo	18
1.3 Fatores de Risco e de proteção contra a Depressão Perinatal	19
2 DEPRESSÃO MATERNA E O SILÊNCIO DO AMBIENTE: CONTRIBUIÇÕES DE WINNICOTT PARA UMA CLÍNICA DO VAZIO	23
2.1 Raízes da Teoria Winnicottiana: Experiência Pessoal, Maternidade e a Sombra da Depressão	23
2.2 A Interdependência entre Mãe, Ambiente e Subjetividade	26
2.3 Preocupação Materna Primária: A Ontologia do Cuidado	27
2.4 O Cuidado na Dialética do Verdadeiro e Falso Self	29
2.5 A Arquitetura do Self e a Dialética da Independência	31
2.6 A Tríade Winnicottiana e a Experiência de Ser	32
3. METAPSIKOLOGIA DA DEPRESSÃO NA OBRA DE GREEN: DO TRABALHO DO NEGATIVO AO COMPLEXO DA MÃE MORTA	34
3.1 Green: Raízes Multiculturais e uma Psicanálise da Ausência	35
3.2 Do “Não” Freudiano ao Trabalho do Negativo em André Green	37
3.3 A Pulsão de Morte na Releitura de André Green	39
3.4 Narcisismo de Morte e Alucinação Negativa na Figura Materna	41
3.5 O Objeto Enquadrante na Arquitetura do Psiquismo	43
3.6 A Metáfora da Morte Psíquica: O Complexo da Mãe Morta	45
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE AS TEORIAS DE WINNICOTT E GREEN E OS DESAFIOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO	47
4.1 Do Cuidado Individual à Responsabilidade Coletiva: Winnicott e a Depressão Pós-Parto como Sintoma Social	47
4.2 O Colapso do Negativo: André Green e a Experiência Materna como Ruptura	49
4.3 A Cultura, o Ideal Materno e o Sofrimento	51
4.4 Do Espaço Analítico à Ação Coletiva: A Psicanálise como Ferramenta Clínica e Social de Encontro à Depressão Pós-Parto	53

CONCLUSÃO E PERSPECTIVAS	56
REFERÊNCIAS	58

INTRODUÇÃO

A saúde mental desponta entre as questões contemporâneas de maior relevância. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, 970 milhões de pessoas apresentaram transtornos mentais, sendo que destes, 280 milhões apresentavam quadros depressivos, o equivalente a 5% da população adulta global. Os dados revelam uma disparidade de gênero significativa, com maior prevalência entre mulheres, quando comparadas aos homens (OMS, 2022b).

Considerando o período que abrange a gestação até um ano após o parto, uma em cada cinco mulheres sofre com algum problema de saúde mental (OMS, 2022a). Os casos mais comuns envolvem o relato de angústia, ansiedade, com grande número de casos de depressão pós-parto (DPP).

Uma matéria veiculada em 2023 no Jornal da USP, assinada por Julia Galvão, mostra dados de uma pesquisa realizada pela fundação britânica *Parent-Infant* que indicam que uma a cada dez mulheres no Brasil, após o nascimento do filho, apresentam dificuldades em fazer vínculos com eles e cerca de 25% apresentam DPP (Galvão, 2023).

A maternidade, longe de ser um fenômeno exclusivamente biológico, configura-se como um campo de forças psíquicas e sociais onde se entrelaçam expectativas, traumas e transformações identitárias. Assim, a mulher gestante ou no puerpério pode experimentar sofrimento psíquico em uma fase em que deveria supostamente se sentir “feliz” e realizada. Tristeza, insegurança, falta de apoio são comuns na fala de mulheres após o parto e as condições de desigualdade social em nosso país agravam problemas vivenciados nessa fase. A falta de recursos materiais, somada à falta de rede de apoio e a necessidade de trabalhar para ganhar o sustento, colocam muitas mães em estado de extrema angústia, manifesta muitas vezes na depressão ou até mesmo desenvolvimento de psicose pós-parto. Quanto às crianças, o desenvolvimento saudável depende do vínculo entre mãe e bebê, o que pode acontecer das mais diversas formas e que é sensivelmente alterado nos casos de DPP.

Como lidar com a falta de apoio e o desamparo de que muitas mulheres se queixam na gestação e puerpério? No Brasil, o apoio psicológico prestado nesses casos consiste no trabalho oferecido por clínicas privadas e algumas iniciativas do poder público, inconstantes e aleatórias, quando se considera o panorama das mulheres no contexto da perinatalidade em nosso país. Diante da falta de políticas públicas amplas e continuadas para assistência a mulheres na perinatalidade, foi publicada uma lei, conhecida como Lei do Pré-Natal Psicológico (PNP), que estabelece que deve ser dado apoio psicológico a gestantes e puérperas, no contexto do SUS e de instituições privadas

Diante disso, a psicanálise é convocada a apresentar suas contribuições para que a implementação dessa Lei se dê, com efetivação de ações no sentido de permitir o acesso a gestantes e puérperas ao atendimento para tratamento de seu sofrimento psíquico e emocional.

Neste trabalho optou-se por apresentar e articular aspectos da teorização de Donald Winnicott e de André Green. O primeiro contribui significativamente para o entendimento da formação de vínculo na relação mãe-bebê, incluindo funções como a de acolhimento, o manejo nos cuidados desse filho e sua introdução no mundo, mediando seu contato com a realidade. O segundo oferece uma base teórica que inclui conceitos como "a mãe morta", "o trabalho do negativo" e "a desvitalização do vínculo", fundamentais para analisar as raízes psíquicas da DPP.

Desse modo, o acesso ao tratamento destinado às mães deve possibilitar que seus filhos possam ter uma infância, adolescência e vida adulta com condições de se desenvolver como sujeitos autônomos e implicados no contexto social em que vivem.

Este trabalho corresponde a uma pesquisa bibliográfica exploratória, cujo objetivo geral consiste em investigar como aspectos da teoria psicanalítica, a partir de trabalhos de Winnicott e Green, podem contribuir para a compreensão e tratamento de sofrimentos como a DPP, vivenciados na perinatalidade, e que afetam a saúde mental da mulher e o vínculo materno-infantil.

Como objetivos específicos, tem-se: 1) Analisar a depressão perinatal em suas dimensões socioculturais, etiológicas, epidemiológicas, clínicas e preventivas,

integrando fatores biopsicossociais de risco e proteção. 2) Investigar as contribuições da psicanálise, a partir da teoria de Winnicott e Green para a compreensão das vivências emocionais e psíquicas das mulheres na perinatalidade (ou puerpério); 3) articular as teorias apresentadas para compreensão do fenômeno da depressão nesse período; e 4) a partir da articulação entre as teorias psicanalíticas apresentadas, discutir possíveis estratégias e intervenções que possam ser incorporadas ao Pré-Natal Psicológico.

A estratégia de pesquisa utilizada para o alcance dos objetivos propostos consiste na “revisão narrativa da literatura”. A opção por essa estratégia se baseia na natureza da pesquisa, teórico-conceitual, acerca da articulação entre a psicanálise e a saúde mental de mulheres no puerpério. Como a teoria psicanalítica é de grande complexidade e extensão, foi feita escolha de autores que podem embasar esse estudo, a partir de seus trabalhos sobre temas depressão, vínculo e relação mãe-bebê.

A partir do estudo realizado, pretende-se a integração de conceitos de modo que isso aponte para as principais contribuições dessa teoria ao complexo cenário de da DPP. Para tanto, é preciso articular vários saberes, inclusive os do campo psicanalítico, buscando a multidisciplinaridade e a integração de esforços.

Esse trabalho de conclusão de curso é estruturado em quatro capítulos, além da Introdução e de Considerações finais.

O primeiro contém uma revisão bibliográfica da depressão durante a perinatalidade, com dados do Brasil e do mundo, assim como fatores de risco e proteção para a DPP.

No segundo capítulo é realizada uma construção teórica sobre o tema tomando como base a teoria winnicottiana. Neste capítulo, apresenta-se a teoria de Winnicott para compreensão da DPP, abordando aspectos da relação mãe-bebê o ambiente primário como fatores decisivos para o desenvolvimento emocional.

O terceiro capítulo traz a teoria de André Green sobre o trabalho do negativo e o desinvestimento na função desobjetalizante da relação mãe-bebê, tendo a pulsão de morte como desorganizador desse vínculo. Foram abordados os textos

de “A mãe morta”, “O trabalho do negativo” e “A pulsão de Morte” no desenvolvimento do capítulo.

No quarto capítulo, apresentamos a articulação entre as teorias propostas pelos dois autores e apresentadas nos dois capítulos anteriores, assim como uma visão de como a teoria psicanalítica abordada neste trabalho pode contribuir para a prática psicanalítica, incluindo ações que possam ser realizadas quando se considera o contexto de implementação da Lei do PNP (Brasil, 2023).

A contribuição da psicanálise consiste em propor ações para melhorias no PNP. Com isso, visa-se estabelecer um vínculo emocional e psíquico saudável entre mãe e bebê, o que favorece seu desenvolvimento infantil e, posteriormente, na vida adulta. Danos nesse processo afetam não apenas a mãe e o(s) filho(s) diretamente envolvidos, mas também a sociedade como um todo.

À título de esclarecimento, segue um breve relato dos caminhos que me trouxeram como autora deste trabalho até aqui:

Falo do lugar de psicanalista em formação, embora considere que todos estamos e estaremos sempre em formação. A motivação para fazer este trabalho vem de longa data, desde que reconheci que desejo e psicanálise estão amalgamados em mim.

Bióloga de formação inicial e com carreira acadêmica nesta área, há cerca de 12 anos embrenhei-me nos estudos, inicialmente de Freud e Lacan, que ainda mais acirraram esse desejo. Depois de quase uma década, deu-se o início da clínica, após cursos, estágio e capacitação em instituições privadas que tratam de neuróticos, psicóticos e dependentes químicos. Já na clínica, sentia o desejo de uma reorganização, uma sistematização de conhecimentos da teoria psicanalítica, além do entusiasmo por estudar outros pós-freudianos. O Curso de Teoria Psicanalítica foi providencial e, como numa dança, psicanalistas como Bion, Winnicott e Klein foram se apresentando e assumindo o ritmo da música. Resolvi me aprofundar em Winnicott. O interesse por André Green despertou quando ouvi algo sobre “A Mãe Morta”; decidi, então, estudá-lo mais a fundo.

A maternidade sempre foi, e ainda é, uma grande questão humana, e, para a psicanálise, a depressão é um dos maiores desafios. Assim, este trabalho foi gestado e nasce aqui, com as marcas do desejo e de um sonho.

1 A DEPRESSÃO NA PERINATALIDADE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental corresponde a uma condição de equilíbrio emocional e psicológico que permite ao ser humano desenvolver plenamente suas capacidades, enfrentar adversidades cotidianas, desempenhar atividades laborais com eficiência e participar ativamente do contexto social (OMS, 2022).

Quando o assunto é depressão o termo mais adequado a ser utilizado é transtornos depressivos, dada a variedade de manifestações. Pessoas com transtorno depressivo têm sintomas emocionais, cognitivos, motivacionais e físicos. O abatimento e a tristeza, sentimentos mais comuns são somados à frequente perda de prazer em atividades anteriormente apreciadas. Entre as alterações fisiológicas e psíquicas são observadas humor deprimido, sentimento de culpa e inutilidade, mudança da capacidade de concentração, de apetite, baixa de autoestima, perturbações do sono, fadiga e perda de energia (Dalgalarondo, 2018; Rufino *et al.*, 2018).

De acordo com o DSM, abreviatura de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, classificação elaborada pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana, atualmente em sua quinta edição (DSM-5), os transtornos depressivos são classificados em: Transtorno de Desregulação Disruptiva do Humor; Transtorno Depressivo Maior; Transtorno Depressivo Persistente (Distímia); Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; e Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica (American Psychiatric Association, 2023).

A DPP, segundo o DSM-5 possui as mesmas características clínicas do transtorno depressivo maior, também sendo diagnosticada pelos critérios citados. Para Dalgalarondo (2018), com base no DSM-5 e CID-11 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), para que seja feito diagnóstico do transtorno depressivo maior, pelo menos cinco sintomas depressivos devem persistir por pelo menos duas semanas e não mais do que dois anos de modo contínuo.

Diferentemente da instabilidade emocional transitória, o transtorno depressivo perinatal caracteriza-se por persistência sintomática e comprometimento funcional severo, dificultando a retomada das atividades cotidianas. Essa condição impacta negativamente a díade mãe-bebê, manifestando-se através de prejuízos na sincronia interativa, redução da responsividade afetiva e alterações nos padrões de cuidado parental.

Pesquisas acadêmicas, como as conduzidas por Beck (2006) apud Carlson *et al.* (2025), revelam que cerca de 50% dos casos permanecem subdiagnosticados devido a fatores como conflitos entre a necessidade de privacidade e o receio de exposição familiar. A complexidade diagnóstica agrava-se pela existência de barreiras socioculturais, incluindo o estigma associado à vulnerabilidade emocional no puerpério. Muitas mulheres evitam buscar ajuda profissional por temerem críticas sociais, abandono conjugal ou fragilização de redes de apoio essenciais. Essa dinâmica contribui para a manutenção de um ciclo silencioso de sofrimento psíquico, com repercussões intergeracionais no desenvolvimento infantil e na saúde mental familiar (Carlson *et al.*, 2025).

Contudo, a depressão na perinatalidade não se define apenas por características comuns à depressão. Mais do que isso, é preciso considerar que a mulher passa por alterações fisiológicas que perpassam o processo gestacional e o pós-parto, além de sofrer a influência de fatores ambientais diversos, incluindo relações pessoais. Tais alterações e sua relação com a etiologia deste quadro depressivo serão tratadas adiante neste capítulo.

1.1 A fase da perinatalidade

Para alguns, como Oliveira *et al.* (2024), a perinatalidade se estende da concepção aos primeiros meses após o parto, representando um período de mudanças significativas na vida da mulher. Marcado por transformações biológicas, neuroendócrinas e psicossociais, esse estágio pode representar um desafio considerável para a estabilidade emocional materna. Para outros, como Barba *et al.*

(2022), a perinatalidade corresponde ao período entre a 28ª semana de gestação ao 7º dia após o nascimento, apenas. Já o puerpério, apresenta fases, sendo “imediate”, do primeiro ao décimo dia pós-parto; “tardio”, que se estende do décimo primeiro ao quadragésimo quinto dia; e a “fase remota” do puerpério, que se dá a partir do quadragésimo quinto dia.

No pós-parto, destacam-se três entidades clínicas amplamente investigadas: o *baby blues* (também denominado disforia puerperal), a depressão perinatal e a psicose pós-parto, cada uma com particularidades clínicas e repercussões distintas na saúde materno-infantil (Iaconelli, 2005). Muitas circunstâncias características do puerpério podem provocar angústia e ansiedade, aumentando o risco para o desenvolvimento da tristeza materna, melancolia pós-parto ou *baby blues*. Esse estado normalmente se resolve dentro de algumas semanas, não provocando comprometimento funcional significativo. Já a DPP pode durar meses e se não for tratada, pode resultar em disfunção significativa da saúde mental. Em casos mais graves, ocorrem quadros depressivos que comprometem o autocuidado da parturiente e o cuidado para com os filhos (Carlson *et al.*, 2025). Por sua vez, quadros de DPP podem desencadear, em alguns casos, a psicose pós-parto segundo a psicanalista Vera Iaconelli (2005).

O processo do parto constitui, por si só, um evento fisiológico complexo e que exige muito da mulher, marcado por profundas transformações multissistêmicas. Vale lembrar que durante a gestação, ocorrem alterações endócrinas significativas, modificações corporais intensas e reconfigurações emocionais e cognitivas na gestante. Borges *et al.* (2021) lembram que hormônios como estrogênio, progesterona, cortisol, corticotrofina e glicocorticóides, em especial os dois primeiros, sofrem significativas alterações no ciclo gravídico e puerperal. A interação hormonal é essencial nos processos de manutenção da gestação, parto e lactação e algumas alterações em sua produção são objeto de estudo correlacional com quadros de DPP.

Após o parto, há uma involução das camadas uterina, em especial o miométrio, para que esse órgão regrida ao seu tamanho normal, enquanto é produzido o leite materno. Paralelamente, observam-se transformações substanciais nos âmbitos familiar e relacional da futura mãe. Nessa fase, é comum a ocorrência de ambivalência

emocional, manifestando-se através de oscilações entre euforia e melancolia, conhecidas como "labilidade puerperal" ou "disforia neonatal transitória". Esses episódios de tristeza com choro espontâneo atingem o ápice entre o terceiro e décimo dia pós-parto e geralmente apresentam remissão espontânea dentro dos primeiros quinze dias (Carlson *et al.*, 2025).

1.2 Ocorrência da Depressão Pós-Parto no Brasil e no mundo

A DPP é definida como um episódio do transtorno depressivo maior e, segundo o DSM-5, pode se dar desde a gravidez até quatro semanas após o nascimento (American Psychiatric Association, 2023).

Considerando o período pós-parto, a DPP configura-se como um dos transtornos psiquiátricos de maior prevalência, com estudos indicando taxas que variam de 14% a 17% em populações globais. A prevalência de 14% foi encontrada por Liu, Wang e Wang (2022) que verificaram disparidades geográficas marcantes, oscilando de 5,0% em certos países a 26,3% em nações em desenvolvimento. A prevalência de 17% foi apresentada por Shorey *et al.* (2018) em seu trabalho de revisão, considerando casos de mães sem comorbidades psiquiátricas prévias e com recém-nascidos a termo. Nesse trabalho, foi identificada uma incidência de 12% e prevalência de 17% de DPP. Essa taxa de prevalência assemelhou-se a de mães com DPP com história de depressão, o que sugere necessidade de investigação e tratamento desse grupo de mães, sem histórico de depressão (Shorey *et al.*, 2018).

Em 2010, Rojas e colaboradores, publicaram os resultados de uma pesquisa com amostra de 440 mulheres com DPP, examinando características sociodemográficas, histórico obstétrico, sintomas clínicos e cuidados puerperais. Os resultados revelaram um perfil marcado por vulnerabilidades sociais: 82,7% das participantes não possuíam atividade remunerada, 62,5% tiveram gestações não planejadas e 59,4% enfrentavam insuficiência de suporte social. Considerando fatores de predisposição clínica, 64,2% apresentavam histórico familiar de depressão, enquanto 31% já haviam tido episódios depressivos anteriores. Os sintomas mais prevalentes incluíam fadiga, humor deprimido e anedonia (Rojas *et al.*, 2010).

No Brasil, Theme Filha e colaboradores (2016) encontraram prevalência de depressão perinatal em 26,3% dos casos considerando período de 6 a 18 meses pós-parto. Em estudo epidemiológico publicado em 2021, para análise da prevalência de sintomas depressivos entre puérperas, verificou-se que aproximadamente um terço apresentou sintomas depressivos (Santos *et al.*, 2021). Variados índices de prevalência da DPP foram encontrados em estudo de revisão considerando as regiões geográficas brasileiras, variando de 7,2%, no Recife/PE, a 39,4%, em Vitória (Santana *et al.*, 2022). Observa-se, a partir das fontes pesquisadas, incluindo vários trabalhos de revisão, certa variação da prevalência de DPP, tanto mundialmente como no Brasil, considerando-se os diferentes métodos de estudo utilizados. À exemplo dessas diferenças, Amaral, Souto e Ribeiro (2024), encontraram prevalência de DPP de 29,2% ao realizar sua pesquisa com puérperas do programa Estratégia de Saúde da Família atendidas em Montes Claros (MG).

Considerada como um episódio de transtorno de depressão maior, algumas pesquisas sugerem que o diagnóstico da DPP deva ser diferenciado em relação ao que é realizado para o primeiro. Para isso, algumas particularidades devem ser apontadas. Quando comparados, a DPP apresenta várias características distintas. De acordo com estudo realizado por Radoš *et al.* (2024), ela se caracteriza por maior nível de ansiedade, baixa de concentração, fadiga, perda de energia, sintomas psicomotores, mas menos tristeza e ideação suicida quando comparada ao transtorno depressivo maior. Na discussão, os autores dizem que, mesmo com taxas de prevalência semelhantes, há mais variâncias transculturais para a DPP (Radoš *et al.*, 2024). Dito isso, fatores de risco e de proteção contra a DPP devem ser discutidos.

1.3 Fatores de risco e de proteção contra a depressão perinatal

Se não diagnosticada, ou subdiagnosticada e não tratada, a DPP pode evoluir para um quadro de psicose puerperal (Iaconelli, 2005). Segundo Beck (2006 apud Carlson *et al.*, 2025), aproximadamente a metade dos casos de DPP permanecem subdiagnosticados devido a fatores como conflitos entre a necessidade de privacidade e o receio de exposição familiar.

A complexidade diagnóstica sofre os efeitos de barreiras socioculturais, incluindo o estigma de vulnerabilidade emocional. Muitas mulheres evitam buscar ajuda profissional por temerem críticas sociais, abandono conjugal ou fragilização de redes de apoio essenciais. Essa dinâmica contribui para a manutenção de um ciclo silencioso de sofrimento psíquico, com potenciais repercussões intergeracionais no desenvolvimento infantil e na saúde mental familiar. De acordo com Balseiro (2018), em seu estudo com mulheres no pós-parto atendida por médicos de família nos distritos de Viseu e Coimbra (Portugal), há uma alta frequência, cerca de 40%, de casos em que a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo indica a ocorrência de DPP não diagnosticadas pelos médicos. A partir deste estudo, a autora concluiu que “apesar dos médicos de família atuarem perante o diagnóstico de DPP, verifica-se que uma análise subjetiva pode ser falível contribuindo provavelmente para o seu subdiagnóstico” (Balseiro, 2018, p. 5).

Sobre as vozes silenciosas das mulheres que sofrem de DPP, Zauderer (2009) traz uma importante reflexão. Segundo ele, as mulheres resistem em dizer que não estão bem após o parto. Isso abre para a questão de porque as mulheres demoram a pedir assumir seu estado depressivo e pedir ajuda. O autor reforça que o silenciamento das mulheres e suas dificuldades em pedir ajuda, muito devido ao estigma de vulnerabilidade, são fatores de risco para o desenvolvimento da DPP.

Relevante artigo de revisão feito por Ghaedrahmati *et al.* (2017), mostrou que fatores de risco relacionados à DPP podem ser reunidos em cinco categorias: psiquiátricos, obstétricos, biológicos e hormonais, sociais e fatores de risco no estilo de vida, que representam uma relação entre fatores biológicos e sociais. A interação de biológicos e ambientais, à exemplo fatores relacionados ao estilo de vida, contribuem significativamente para a incidência ou mesmo a prevenção da DPP por influenciarem o nível de serotonina no cérebro. Os autores destacam também a importância de fatores socioeconômicos no risco que representam para o desenvolvimento da DPP. Sobre a prevenção, os autores lembram:

Os programas de prevenção da depressão pós-parto precisam se concentrar nas relações interpessoais dos indivíduos para reduzir a violência doméstica e aumentar a proteção social, além de modificar o estilo de vida das mulheres e aumentar sua capacidade de lidar com as condições de crise. Além disso,

com base nos resultados desta pesquisa, as ferramentas preditivas de depressão pós-parto devem se concentrar em fatores sociais e estilo de vida, além das condições de saúde física dos indivíduos (Ghaedrahmati *et al.*, 2017, p. 05).

É complexo o universo emocional vivenciado pela mulher no puerpério. Barba e colaboradores lembram em seu trabalho que esse período é caracterizado por “novos desejos, medos, fantasias, sensibilidades e ações” (Barba *et al.*, 2022, p. 44603). Esses autores também citam fatores culturais que influenciam, relacionados com a valorização do bebê, da maternidade, dos cuidados a serem realizados e da responsabilidade que isso tudo implica (Barba *et al.*, 2022).

Nessa direção, Campos e Férez-Carneiro publicaram, em 2021, uma pesquisa em que escutaram mulheres no pós-parto e relatam que é nítido o sofrimento diante da fragilidade em que se encontram e o “ter de cuidar”. As autoras apontam para uma carência de informações relacionada ao sentimento de despreparo das mães para lidar com as emoções que atravessam esse período, idealizado culturalmente, romantizado e que acaba gerando “culpas, frustrações e sentimentos de inadequação por não corresponderem a esse ideal” (Campos; Férez-Carneiro, 2021, p. 7). Não faltam evidências de que, de modo geral, papéis e expectativas em relação à maternidade são atribuídos às mulheres. Porém, como ressalta Iaconelli (2005), a atribuição da universalidade dessas características ao feminino, não pode ser firmada, assim como o próprio amor materno, idealizado como incondicional e irrestrito.

A necessidade de uma rede de apoio é citada por vários autores. O nascimento de um bebê provoca mudanças no ambiente familiar, com novas demandas e de acordo com Campos e Férez-Carneiro (2021) a figura da mãe da mãe é considerada essencial nesse período para o bem-estar e sentimento de acolhimento da mãe do bebê. Como fator de risco e abordagem preventiva da DPP, vale ressaltar a alta associação entre a vivência de episódios de depressão anteriores e a DPPP, como apontam vários autores (Arrais; Araujo, 2017; Arrais; Araújo; Schiavo 2018; Brito *et al.*, 2015; Turkcapar *et al.*, 2015).

Ampliando a discussão sobre fatores protetivos, em um trabalho de revisão, Freitas, Silva e Barbosa destacam:

Fatores protetores também são mencionados, como amamentação, questões culturais (valores e costumes), alto nível de escolaridade, realização de parto vaginal, relação conjugal saudável, automonitoramento do quadro depressivo e ações de orientação e intervenções realizadas junto às gestantes no pré-natal podem prevenir a depressão pós-parto (Freitas; Silva; Barbosa, 2016, p. 104).

Sabe-se que a DPP afeta o desenvolvimento do bebê, com alterações cognitivas, emocionais e comportamentais, reforçado por Cavalcante *et al.* (2024). Esses autores fizeram uma ampla revisão da literatura mostrando que vários trabalhos concluem sobre os efeitos da DPP no vínculo mãe-bebê, afetando com isso as interações iniciais, pré-requisito para o desenvolvimento saudável da criança. Os autores encontraram argumentos de que o distanciamento emocional e falta de resposta provocam prejuízos nas habilidades sociais e cognitivas da criança. O desempenho escolar também pode ser prejudicado, assim como a adaptação social. Com o passar do tempo, consequências são notadas, como “dificuldades de aprendizado, problemas comportamentais e até riscos para a saúde física” (Cavalcante *et al.*, 2024, p. 4114).

2 DEPRESSÃO MATERNA E O SILÊNCIO DO AMBIENTE: CONTRIBUIÇÕES DE WINNICOTT PARA UMA CLÍNICA DO VAZIO

A psicanálise, desde suas origens, tem se debruçado sobre os abismos da subjetividade humana, e Winnicott foi um dos expoentes que revolucionou a compreensão do sujeito. Seu legado transcende a clínica tradicional ao propor que a saúde mental não emerge apenas de conflitos internos, mas de uma ecologia relacional — um diálogo contínuo entre potencialidades inatas e a qualidade do ambiente primário. Este capítulo investiga como a sombra da depressão materna, aliada a falhas ambientais precoces, pode gerar rupturas na constituição do “self”, pavimentando o caminho para patologias do vazio existencial.

Winnicott, como demonstra Januário (2012), não foi apenas um teórico, mas um artesão de conceitos forjados na própria biografia. Com a devida atenção a isso, este capítulo estrutura-se em três eixos interligados. Primeiro, as raízes biográficas da teoria winnicottiana, onde se analisa como a depressão materna pode ter influenciado seu interesse e prática clínica. Em seguida, explora-se a interdependência entre mãe, ambiente e subjetividade, destacando conceitos como “holding”, “handling” e preocupação materna primária — pilares que sustentam a ideia de que “não há bebê sem mãe” (Winnicott, 1996/2020). Por fim, adentra-se na clínica do vazio, examinando como falhas ambientais geram dissociações psico-corporais e patologias da ausência, como a depressão.

2.1 Raízes da Teoria Winnicottiana: Experiência Pessoal, Maternidade e a Sombra da Depressão

Para contextualização das contribuições teóricas de Winnicott para o estudo da depressão e a maternidade, o autor merece ser apresentado, mesmo que resumidamente, a partir da contribuição de Januário (2012). Donald Woods Winnicott (1896-1971) nasceu em um contexto histórico de rigidez vitoriana, marcado pela repressão à expressão emocional e criativa. Oriundo de uma família protestante não

conformista — contexto que alimentou uma postura contestadora, sua formação ocorreu em um ambiente artístico e musical, com forte influência paterna na política local, dado que seu pai exerceu por duas vezes o cargo de prefeito.

Sua infância foi marcada pela ausência paterna — decorrente das obrigações profissionais do pai — e pela predominância de figuras femininas em seu círculo íntimo, aspecto que posteriormente fundamentou sua sensibilidade para analisar a dinâmica mãe-bebê. Aos 13 anos, foi enviado a um colégio interno devido ao desempenho acadêmico irregular e comportamento disruptivo — experiência que ele próprio valorizou como libertadora, permitindo-lhe superar a superproteção familiar (Januário, 2012).

O contato com os traumas das duas guerras mundiais — atuando como cirurgião na Primeira e com crianças evacuadas na Segunda (Januário, 2012), ampliou sua percepção sobre vulnerabilidade emocional.

Quanto à sua formação acadêmica, foi formado inicialmente em Biologia e demonstrava interesse na teoria evolutiva de Darwin. Coursou depois Medicina, o que, segundo Dias (2002), que analisou a trajetória intelectual de Winnicott, mesmo no curso ele concebia a saúde como algo para além de aspectos organicistas. Especializando-se em pediatria, já quando se formou acreditava que os diagnósticos devem incluir aspectos psicológicos. Após iniciar a leitura de Freud, escreveu, em 1919 escreveu uma carta para sua irmã Violet demonstrando seu entusiasmo quanto às teorias freudianas de até então. Em 1923, foi admitido como médico assistente no Paddington Green Children's Hospital, onde trabalhou por quatro décadas. Em seus anos de análise pessoal foi incorporando a orientação psicanalítica em seus atendimentos como pediatra (Dias, 2002).

No que se refere às influências que Winnicott possa ter tido para que se dedicasse, em sua obra, à figura materna e à depressão, Adam Phillips (2006) sugere que elas possam advir da relação com sua própria mãe, aparentemente deprimida. Segundo Phillips (2006), Winnicott enviou um poema sobre a mãe ao cunhado, James Britton, escrito aos 67 anos. No encaminhamento do poema, diz: “Você se importaria de ler isto, que me foi custoso escrever?” É como se esses sentimentos tivessem espinhos brotando de dentro.

A Mãe, lá embaixo, está chorando, chorando, chorando.
Desta forma, a conheci. Uma vez, esticado em seu colo, como agora em
morta árvore.
Eu aprendi a fazê-la sorrir, a deter suas lágrimas, a desfazer sua culpa,
a curar sua morte interior.
Vivificá-la, era meu viver (Phillips, 2006, p. 55).

O poema escrito por Winnicott diz de uma mãe profundamente deprimida, diante da qual assumia a função de não a deixar morrer, embora ela não pudesse abraçá-lo, comparando-a à uma árvore morta. A comparação da mãe a uma árvore morta não apenas ilustra a depressão materna, mas também antecipa a ideia winnicottiana de que um ambiente emocional “vivo” é essencial para o desenvolvimento saudável. Segundo o biógrafo de Winnicott, para ele, o primeiro cuidado de uma mãe com o filho era abraçá-lo no colo (Phillips, 2006, p.56). Assim, filhos podem “infinitamente cair do colo da mãe”.

Para uma criança, responsabilizar-se por manter a mãe viva, cuidando de seu humor, pode comprometer a espontaneidade do filho. Winnicott estabeleceu em sua teoria que o “holding” para a criança, profundamente influencia em seu sentimento de confiança, o que é claro quando diz que “a questão da sustentação e do manejo traz à tona a questão da confiabilidade humana” (Phillips, 2006, p.147). O conceito de “holding”, cunhado por Winnicott e central em sua obra, refere-se à sustentação integrada (física e emocional) oferecida pela figura materna ou substituta, que inclui adaptação ativa às demandas do bebê – desde o suporte corporal até a sintonia afetiva. Essa provisão ambiental, ao assegurar segurança e continuidade do cuidado, estabelece as bases para a construção da confiança, como destacado na máxima winnicottiana sobre “confiabilidade humana” (Phillips, 2006, p.147). Sua qualidade reverbera na resiliência emocional do indivíduo, aspecto crucial para a compreensão da depressão, como se verá posteriormente.

Como lembra Januário (2012), na psicanálise, teoria e técnica não podem ser apartadas da vida pessoal do psicanalista e Winnicott comprova isso. Essa experiência com a mãe e sua depressão influenciou no seu objetivo de compreender a relação de mães e seus bebês. A combinação entre a ausência paterna e o convívio intenso com mulheres (mãe, irmãs, empregadas) não apenas moldou sua

sensibilidade clínica, mas também o levou a questionar modelos patriarcais de cuidado. Isso pode ter contribuído para uma forte identificação com o feminino e, conseqüentemente, corroborado seu interesse pela relação entre mães e seus filhos (Januário, 2012).

2.2 A Interdependência entre Mãe, Ambiente e Subjetividade

Durante anos, Winnicott nutriu o desejo de ser analisado por Melanie Klein, com quem compartilhava pressupostos sobre o desenvolvimento emocional primitivo. Diante da impossibilidade, iniciou análise com James Strachey e, posteriormente, com Joan Riviere (Phillips, 2006) — trajetória que marcou sua ruptura gradual com a ortodoxia kleiniana.

Winnicott argumenta que, nesses primórdios, o bebê nem mesmo pode ser considerado um indivíduo. Antes mesmo de qualquer mecanismo de introjeção e projeção, falhas ambientais poderiam afetar seu desenvolvimento. Basicamente, Winnicott apresentava uma concepção de constituição subjetiva que vai além do complexo de Édipo. Distanciando-se da ideia freudiana de constituição subjetiva a partir do complexo de Édipo, seja ele precoce (Klein) ou não, Winnicott traz à luz a importância do ambiente familiar, do mundo externo ao bebê, para o seu desenvolvimento. Para o psicanalista inglês, não há bebê sem mãe (Winnicott, 1996/2020); assim, não há como descrever o bebê sem descrever o meio ambiente.

Embora Freud e Klein tenham sido fundamentais para sua formação clínica, Winnicott diferenciou-se metodologicamente deles e de outros pós-freudianos quando priorizou estudar o bebê e sua mãe como uma unidade relacional. Ao observar no consultório as mães e seus bebês, passou a compreendê-los não como dois sujeitos puramente distintos. Para ele, portanto, não há bebê sem mãe — no início, o ambiente é a própria mãe. Aos poucos, a mãe se torna um objeto externo e separado.

Em sua teoria, Winnicott (1960/2022) defende que no desenvolvimento humano é imprescindível o encontro inter relacional, condição para que seja

concebido o “si mesmo”. A constituição do bebê não se dá sem a presença de outro, com aporte afetivo e cuidados em seu acolhimento ao vir ao mundo. Com base nisso, Winnicott (1960/2022) defende que a relação mãe-bebê funda a constituição psíquica humana. No início, a mãe é percebida como uma extensão de si, de seu corpo e não um outro ser. Há uma tendência inata ao desenvolvimento e amadurecimento no ser humano. Contudo, para que esse processo ocorra, é necessário um ambiente que seja constante e facilitador, concretizado a partir dos cuidados maternos que recebe e pelo ambiente em que o bebê se desenvolve (Winnicott, 1960/2022). Em sua constituição subjetiva, o bebê necessita de enlaces, interação com quem exerce os cuidados. Segundo Winnicott, "em um extremo há a hereditariedade; no outro extremo há o ambiente que apoia ou falha e traumatiza; e no meio está o indivíduo vivendo, se defendendo e crescendo" (Winnicott, 1960/2022, p.173).

Desde os primeiros dias de vida, o bebê apresenta recursos, elementos sensoriais e de movimento que possibilitam sua comunicação com a mãe ou figura materna (Winnicott, 1958/200) que passa a experimentar as necessidades do filho como suas, colocando-se disponível para interpretar suas experiências.

Winnicott distanciou-se das posições teóricas de Melanie Klein ao apresentar suas divergências, expondo seus argumentos de que não apenas fenômenos internos estavam na base da estruturação interna da subjetividade. Em seu livro *Da Pediatria à Psicanálise* defende que na constituição subjetiva o sujeito depende de sua relação com o ambiente (Winnicott, 1958/2000). O ambiente seria importante para apoiar a passagem da criança de uma posição de dependência absoluta para relativa independência.

2.3 Preocupação Materna Primária: A Ontologia do Cuidado

Embora Winnicott reconheça um potencial inato de desenvolvimento em cada indivíduo, isso só se concretiza se o bebê dispuser de um ambiente facilitador

ou suficientemente bom, capaz de prover os cuidados essenciais. Em seu texto “A Preocupação Materna Primária o autor argumenta:

Seria muito proveitoso levarmos em conta o lugar da mãe. Existe algo que chamamos ambiente não suficientemente bom, que distorce o desenvolvimento do bebê. Assim como existe o ambiente suficientemente bom, que possibilita ao bebê alcançar, a cada etapa, as satisfações, ansiedades e conflitos inatos e pertinentes (Winnicott, 1958/2000, p. 399).

Winnicott descreve essa condição como “organizada”, análoga a um estado de retraimento ou dissociação — uma “adaptação sensível e delicada às necessidades do bebê já nos primeiros momentos” (Winnicott, 1958/2000, p. 401). Segundo o autor, isso é essencial para o desenvolvimento do bebê, que experimenta movimentos espontâneos e sensações próprias a essa fase de vida, o que contribuiria para o estabelecimento do ego da criança, que inauguraria uma relacionabilidade com a mãe. Radicalmente, Winnicott afirma que uma falha da mãe em adaptar-se a isso poderia levar à aniquilação do bebê. “A organização do ego deriva de ameaças de aniquilamento que não chegam a se cumprir e das quais o bebê se recupera, o que lhe dá confiança e capacidade de resistir a frustrações” (Winnicott, 1958/2000, p. 404.)

A mãe, segundo Winnicott, é a pessoa capaz de sentir a preocupação materna primária sem ficar doente — estado psíquico singular em que a mãe se entrega à identificação total com o bebê. Essa simbiose temporária, longe de ser patológica, é condição essencial para a emergência do “self” infantil. Ainda em seu capítulo “A Preocupação Materna Primária”, o psicanalista reafirma a importância de que exista para o bebê um ambiente suficientemente bom na fase inicial, o que possibilita que o bebê venha a existir, ter experiências, constituir seu ego, dominar instintos e lidar com dificuldades da realidade (Winnicott, 1958/2000).

De início, Winnicott utilizava a expressão “mãe dedicada comum” para designar o que deveria ser a mulher na função de mãe. Mais tarde, passou a utilizar o termo “mãe suficientemente boa” para se referir a essa mãe que realiza cuidados corporais necessários ao bebê e que aos poucos contribui para que ele se sinta “real” ou integrado. Winnicott introduz um paradoxo crucial: “o bebê precisa que a mãe falhe

ao se adaptar” (Winnicott, 1996/2020, p. 22). Essas falhas graduais — diferentemente das rupturas traumáticas — permitem à criança experimentar frustrações toleráveis, alicerce para a resiliência emocional.

Maria Rita Kehl (2020), em uma análise seminal, compara esses deslizes maternos às “doenças da infância”: assim como o sarampo fortalece o sistema imunológico, as imperfeições da mãe “suficientemente boa” robustecem a psique infantil, transformando o caos potencial em matéria prima para a criatividade (Kehl, 2020, p. 12).

Assim, o bebê se torna um ser para o mundo e também para si conforme o mundo lhe é apresentado pela mediação da mãe que, não será perfeita. O espaço vazio deixado pela mãe imperfeita não é um vazio estéril, mas o berço do potencial criativo — é ali, no intervalo entre o esperado e o recebido, que a criança inventa mundos através do brincar.

2.4 O Cuidado na Dialética do Verdadeiro e Falso Self

Para Winnicott, em sua constituição e desenvolvimento, o indivíduo deve contar com um potencial inato para seu amadurecimento, o que depende de um ambiente facilitador que o sustente. Esse potencial herdado para o amadurecimento é o que ele denomina “verdadeiro self”. Assim, no contato com o ambiente facilitador, o “verdadeiro self” adquire uma realidade psíquica pessoal que faz com que possa se sentir real no mundo real e dar continuidade à sua existência. "Winnicott sintetiza essa dinâmica de modo lapidar: “O gesto espontâneo é o verdadeiro self em ação. Somente o “verdadeiro self” pode ser criativo e sentir-se real' (Winnicott, 1960/2022, p. 188).

No início, bebê e mãe formam uma unidade indiferenciada — um “uno” simbiótico. Gradualmente, o corpo físico transforma-se em corpo psíquico, processo mediado pela dependência absoluta dos cuidados maternos. Nesse momento há dependência absoluta da mãe, que deve oferecer sustentação ao bebê para que ele

ganhe consistência como um indivíduo. O ambiente deve estar adaptado às necessidades do bebê e a “mãe suficientemente boa” deve propiciar que o filho viva sua onipotência, uma ilusão que pode ser vivida quando não há ameaças à manifestação do “verdadeiro self” (Winnicott, 1960/2022).

Quando o ambiente falha em acolher os gestos espontâneos do bebê, instaura-se uma dinâmica em que a criança substitui a ação autêntica pela submissão reativa. A imposição de padrões externos — em vez de reconhecer a singularidade do bebê — força uma adaptação em que a criança não mais age, mas reage, moldando-se a expectativas alheias. Dito de outro modo, diante de uma incapacidade da mãe de responder às suas necessidades propiciando um ambiente facilitador, o bebê passa a se submeter a essa intrusão como modo de sobrevivência. Nesse caso, o bebê não vem a ser, apenas reage. Em sua constituição, o indivíduo não se reconhece como tal e isso marca a etiologia do “falso self”. O papel da mãe é reconhecer, validar a onipotência e singularidade do filho e quando isso não acontece, ele não vê outra saída senão a submissão a ela. Pode-se pensar que essa falha ambiental constitui o “falso self” “numa tentativa de proteger o “verdadeiro self”, ameaçado (Winnicott, 1960/2022). Essa ruptura no “holding” ambiental desencadeia mecanismos de defesa arcaicos — como o “falso self”.

Tendo uma falha nesse primeiro estágio, o bebê será apanhado por mecanismos de defesa primitivos (falso eu, etc), que pertencem à ameaça de aniquilação, e os elementos constitucionais tenderão a ficar anulados, salvo quando se manifestam fisicamente (Winnicott, 1958/2000, p. 405).

Para Winnicott, o “verdadeiro self” é expressão da autenticidade humana — nasce dos impulsos espontâneos e tece a singularidade do indivíduo. O “verdadeiro self” não é um conceito estático, mas um processo contínuo de criação: cada gesto espontâneo é um ato de resistência contra a padronização imposta pelo ambiente. Já o “falso self”, produto de falhas ambientais, condena à existência esvaziada: uma vida de reatividade em vez de criatividade, terreno fértil para a depressão e outras psicopatologias, algo que será oportunamente retomado neste trabalho. Para o autor, a proteção do “verdadeiro self” pelo “falso self” custa uma vida não vivida' (Winnicott, 1960/2022).

2.5 A Arquitetura do Self e a Dialética da Independência

Em sua tese de doutorado, Januário (2012) defende que no estabelecimento de uma relação analítica com crianças a interpretação pode ser de algum modo substituída pelo manejo, de vínculos sensoriais não verbais, pelo brincar e pelo “holding”. Ao ler esse trecho no trabalho da autora, um leigo pode ter uma compreensão que esbarra no conceito de “holding”.

Em contraste com Freud e Melanie Klein, Winnicott revoluciona a psicanálise ao priorizar o ambiente no desenvolvimento infantil. Além da hereditariedade e dos fatores internos, ele destaca a mãe-ambiente — figura que não apenas nutre, mas estrutura a realidade psíquica do bebê por meio de cuidados físicos e emocionais. Falhas nessa provisão podem gerar traumas indelévels.

Sobre o desenvolvimento do bebê, Winnicott (1960/2022) propõe três períodos, que vão desde a dependência absoluta até a relativa independência: O primeiro período denominado de Dependência Absoluta (0-6 meses), o bebê existe em um estado de fusão com a mãe-ambiente. Sem consciência dos cuidados, sua sobrevivência depende da provisão total e falhas podem ser vividas como ameaça de aniquilação. No segundo período, da dependência Relativa (6 meses - 2 anos), surge o espaço potencial: a criança começa a tolerar a ausência materna, internalizando sua imagem. A mãe, agora, dosa presença e ausência, permitindo frustrações que contribuem para o amadurecimento. É a era do “handling” — manejo do corpo que traduz afeto em gestos concretos. O terceiro período, o rumo à Independência (após 2 anos), na fase final — rumo à independência — a criança descobre a paradoxal liberdade da interdependência. Ela não mais depende, mas se relaciona, negociando desejos com a realidade externa (Winnicott, 1960/2022).

Em *Da Pediatria à Psicanálise*, Winnicott (1958/2000) descreve três processos nucleares do desenvolvimento emocional: integração (reconhecimento da unidade do “self”), personalização (síntese entre psique e corpo) e relações de objeto (capacidade de interagir com a realidade externa). De acordo com o autor, no

processo de integração, o “self” passa a se reconhecer como unidade, após um estado anterior de não integração. Aí quando aparece o “eu sou” anúncio do início da constituição do si mesmo, separado do outro. Já o processo de personalização caracteriza-se pela integração de aspectos da psique e da “soma”, processos intelectuais com a experiência psicossomática, dependendo do manejo desse corpo pela mãe. O terceiro processo, de relações de objeto, consiste na aquisição da capacidade de estabelecer relações com os objetos, com outras pessoas, com o tempo e com o espaço, ou seja, a capacidade de lidar com o mundo externo (Winnicott, 1958/2000).

2.6 A Tríade Winnicottiana e a Experiência de Ser

Segundo Winnicott, no primeiro estágio de desenvolvimento do bebê as funções da “mãe suficientemente boa” integram: “holding”, manejo ou manipulação e apresentação de objetos.

Para que o “holding” aconteça, deve haver uma profunda identificação da mãe com seu bebê. Para Winnicott (1996/2020), o “holding” ou segurar, deve ser estendido para quando o bebê cresce, passando a ser reconhecido como função da unidade familiar. Do mesmo modo pode ser estendido para práticas assistenciais de profissionais especializados no cuidado. O “segurar bem” não se limita aos braços maternos, mas cria um espaço de continência emocional que sustenta o desenvolvimento. Portanto, “segurar e manusear bem” facilita os processos de amadurecimento enquanto “segurar mal” implica interrompê-los repetidamente em decorrência das reações do bebê ante falhas na adaptação” (Winnicott, 1996/2020, p. 76). Ser bem segurado, o que acontece para a maioria dos bebês, torna-o capaz de realizar seu rápido desenvolvimento emocional. Para Winnicott, um bebê não se lembra de ter sido bem segurado, mas da vivência traumática de não o ter sido, sendo fonte:

da sensação de despedaçamento,
da sensação de estar caindo num poço sem fundo

de um sentimento de que a realidade exterior pode não ser usada para o reconforto interno e de outras ansiedades que são geralmente classificadas como “psicóticas” (Winnicott, 1965/2001, p. 27).

Januário (2012) ressignifica o setting terapêutico como reconstituição do holding primário. O analista, ao oferecer um ambiente previsível e acolhedor, repara falhas ambientais — não através de interpretações, mas pela presença silenciosa que valida a existência do paciente (Januário, 2012).

A manipulação do bebê ou “handling”, segundo Winnicott, “facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança”, contribuindo para a formação do sentido real, ao invés do irreal (Winnicott, 1965/2001, p. 27). Um “handling” inadequado — como movimentos bruscos ou desatenção ao ritmo do bebê — pode gerar dissociação psico-corporal, comprometendo a tônus muscular e coordenação motora, assim como a integração entre sensações físicas e experiências emocionais.

A terceira função materna citada é a de “apresentação de objetos”, que possibilita realizar o impulso criativo da criança. Com isso ele torna-se capaz de se relacionar com objetos. Para Winnicott, “falhas nesse cuidado bloqueiam ainda mais o desenvolvimento da capacidade da criança de sentir-se real em sua relação com o mundo dos objetos e dos fenômenos” (Winnicott, 1965/2001, p. 27).

3.0 METAPSICOLOGIA DA DEPRESSÃO NA OBRA DE ANDRÉ GREEN: DO TRABALHO DO NEGATIVO AO COMPLEXO DA MÃE MORTA

Para Freud, a depressão é um sintoma que pode emergir em qualquer estrutura psíquica. Já a melancolia seria uma psicose narcísica, como discutem Mendes, Viana e Bara (2014). Ao situar a melancolia na categoria de psicose narcísica, Freud assinala que a compreensão da neurose não seria suficiente para decifrá-la. Segundo o autor, diante de uma perda determinante para o sujeito, o investimento no objeto é suspenso na melancolia e, ao se deslocar para outro objeto, retorna para o ego, que passa a se identificar com o objeto abandonado: “A sombra do objeto caiu sobre o Eu, que agora pôde ser julgado por uma instância especial, como um objeto, como o objeto abandonado” (Freud, 1917/2016, p. 116).

Se, por um lado, a melancolia mereceu destaque no século XIX, a depressão configura-se hoje como uma das formas mais prevalentes de sofrimento psíquico, conforme destaca Birman (2007). Retomando as bases freudianas, é impossível discutir a psicopatologia do Eu sem mencionar *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/2016), na qual o Eu é compreendido como um lugar pulsional, constituído a partir da relação com o outro. Desde o nascimento, o prazer percorre zonas erógenas, associando-se aos cuidados maternos: a mãe (ou cuidador) erogeneiza o corpo do bebê por meio do contato físico, tornando-se central neste processo.

No desenvolvimento psíquico, o bebê é investido libidinalmente, e objetos parciais de satisfação integram seu funcionamento autoerótico, inaugurando o estágio do narcisismo. Na fase primária, a criança direciona sua libido para si mesma, tornando-se objeto de amor (Freud, 1914/2010). No narcisismo secundário, ocorre a retirada do investimento libidinal do mundo exterior e seu retorno ao eu. Um excesso nesse investimento pode configurar os chamados “adoecimentos narcísicos”, amplamente debatidos na contemporaneidade.

Neste estudo, André Green foi escolhido como uma figura central para a discussão das contribuições pós-freudianas à teoria psicanalítica da depressão. O psicanalista francês consolida-se como um dos pilares da psicanálise contemporânea ao redefinir a compreensão da depressão através de conceitos inovadores como o trabalho do negativo, a pulsão de morte reinterpretada e o narcisismo negativo. Essas contribuições, apresentadas a seguir e detalhadas em itens posteriores, enraízam-se em décadas de prática clínica com pacientes graves, constituindo um arcabouço teórico indispensável para decifrar as nuances da depressão, com ênfase especial na depressão perinatal – foco central desta investigação.

Essas inovações teóricas não surgiram no vazio, mas foram gestadas a partir da trajetória singular de Green – desde sua formação em medicina na Paris do pós-guerra até seu diálogo crítico com Lacan e a psicanálise britânica. Conforme análise de Isa Paniago (2016), publicada em resenha pela FEBRAPSI, sua obra integra influências de Freud e Winnicott, explorando temas como o vazio psíquico e a dinâmica da pulsão de morte. A autora enfatiza que Green transcendeu abordagens teóricas convencionais ao articular, com rara profundidade, complexidades da subjetividade humana – legado que será explorado na sequência deste trabalho, a partir de um resumo biográfico que contextualiza suas formulações.

3.1 Green: Raízes Multiculturais e uma Psicanálise da Ausência

André Green, nascido em 12 de março de 1927 no Cairo, cresceu em um ambiente multicultural marcado pela convivência entre comunidades europeias e a diversidade étnica egípcia. Filho de pais judeus sefarditas — com raízes portuguesas pelo lado paterno e espanholas pelo materno —, desenvolveu uma fascinação precoce pela cultura francesa, alimentada pelos estudos no liceu francês do Cairo e pelas viagens familiares à França. Essas viagens, motivadas pelo tratamento médico de sua irmã mais velha, vítima de tuberculose óssea, consolidaram seu vínculo afetivo com o país, reforçado pela narrativa materna de tê-lo gerado durante uma gestação em solo francês.

A infância de Green foi atravessada por dificuldades financeiras decorrentes das ausências paternas, já que seu pai se dedicava ao acompanhamento do tratamento da filha doente. Essa dinâmica transformou sua percepção paterna: de figura autoritária, o pai tornou-se uma presença frágil, porém tolerante. A morte precoce do pai, quando Green tinha 14 anos, deixou lacunas simbólicas — encapsuladas na frase recorrente “Você compreenderá mais tarde” —, que ecoaram em sua reflexão posterior sobre a transmissão intergeracional do trauma.

A influência materna revelou-se igualmente decisiva. O luto prolongado de sua mãe pela perda de uma irmã, ocorrido quando Green tinha dois anos, mergulhou-o em uma atmosfera de ausência que moldaria sua sensibilidade clínica. Esse trauma familiar, que transformou a falta em operador metapsicológico, inspirou um de seus conceitos centrais, explorado na obra *A Mãe Morta* (1980), onde Green analisa os efeitos da ausência materna não elaborada na estruturação psíquica. Para ele, a mãe ausente não era apenas uma figura física desaparecida, mas um objeto negativo — presença que se faz através do vazio.

Profissionalmente, Green destacou-se por um rigor ético incomum. Recusou cargos administrativos que considerava incompatíveis com a prática analítica, optando por uma trajetória marcada pela fidelidade à teoria freudiana. Sua entrada na Sociedade Psicanalítica de Paris (SPP) gerou controvérsias devido à intransigência teórica, mas consolidou sua reputação como pensador iconoclasta. Mesmo em debates acalorados, manteve uma postura serena, equilibrando engajamento fervoroso com reflexão ponderada.

Sua obra, vasta e multifacetada, divide-se em duas vertentes: a psicanálise “pura”, dedicada à metapsicologia freudiana, e a “aplicada”, que explora a literatura como ferramenta analítica. Green aprofundou temas como o vazio psíquico, o narcisismo negativo e a pulsão de morte, integrando contribuições de Winnicott, Melanie Klein e Bion. Seu legado reside na teorização do trabalho do negativo, no qual enfatiza a função “objetalizante-desobjetalizante” como eixo para compreender a dinâmica psíquica, reafirmando a psicanálise como ciência da falta (Paniago, 2016).

No conjunto de sua obra, percebe-se uma dupla dimensão metapsicológica. Por um lado, Green avança na compreensão do funcionamento da

mente, dialogando criticamente com Freud, Lacan, Bion e Winnicott. Por outro, contribuiu decisivamente para o pensamento clínico, especialmente na análise de pacientes da clínica contemporânea, como os casos-limite (borderline), e na elaboração do conceito de narcisismo negativo — entendido como recusa do investimento libidinal no objeto externo. Nas seções seguintes, serão exploradas suas contribuições a partir do trabalho do negativo, sua reinterpretação da pulsão de morte e os fundamentos de uma metapsicologia centrada na dialética presença-ausência.

3.2 Do “Não” Freudiano ao Trabalho do Negativo em André Green

André Green, em seus estudos sobre a teoria psicanalítica, reconhece a influência decisiva do texto *A Negativa*, de Freud (1925/2024), confessando-se “capturado” por sua densidade teórica. Para Freud, o “não” opera como um mecanismo engenhoso do inconsciente: ao prefixar um conteúdo recalcado com a negação, a censura é contornada, permitindo que o material proibido aflore à consciência. Como ilustra o célebre exemplo freudiano: “O senhor pergunta quem pode ser essa pessoa no sonho. Minha mãe não é” (Freud, 1925/2024, p. 305). Green, no entanto, transcende essa visão ao reconhecer a negação como um processo estruturante — o trabalho do negativo —, redefinindo-a como eixo metapsicológico central.

Inicialmente, o termo “negativo” na obra freudiana funcionava como adjetivo, qualificando fenômenos como a transferência negativa ou a alucinação negativa. Green (2008), aponta que Freud subjetivou progressivamente o conceito: ao associar o inconsciente ao “negativo do consciente” ou a neurose ao “negativo da perversão”, lançou as bases para que Green o elevasse a operador psíquico primordial. Esse salto teórico permite compreender o negativo não como mera oposição, mas como função criadora de limites, essencial à constituição do sujeito.

As defesas primárias do ego são articuladas com o “trabalho do negativo” em Green. É por essas defesas — recalçamento, recusa, clivagem e forclusão — que se pode dizer sim ou não às demandas pulsionais. Isso diz da dimensão simbólica da

negação nas defesas do Eu. No entanto, segundo Green, não podemos limitar o trabalho do negativo às defesas primárias. Existe um trabalho do negativo anterior ao ego, um núcleo ligado ao funcionamento das pulsões (Green, 1990). Assim, o “trabalho do negativo” inicia-se com a recusa ao excesso pulsional — gesto fundador que organiza o psiquismo —, mas também se desdobra na relação com o outro.

Os efeitos do “trabalho do negativo” na intersubjetividade são descritos por Green. Na dinâmica mãe-bebê, por exemplo, a criança só conquista subjetividade ao dizer “não” ao objeto materno: “Para poder dizer Sim a si mesmo, é preciso poder dizer Não ao objeto” (Green, 2010 *apud* De Ulhôa Cintra, 2013, p. 69). Essa recusa não é rejeição, mas condição para a separação, permitindo a criação de um espaço interno onde o Eu emerge. Green lembra que a excorporação, materializada em ações de “cuspir” o indesejável, contribui para a possibilidade de criação de um espaço psíquico interno. Em sua função espacial e simbólica: dizer “não” não apenas revela o oculto, mas delimita fronteiras psíquicas (Green, 2008).

Porém, há uma dupla face do “trabalho do negativo”. Uma delas diz de sua função estruturante no reconhecimento do objeto primário perdido, que poderá ser encontrado. Somente o que foi de algum modo perdido pode ser reencontrado:

A expulsão do mau permite a criação de um espaço interno onde o Ego como organização pode nascer pela instauração de uma ordem fundada no estabelecimento de ligações em relação com as experiências de satisfação. Essa organização facilita o reconhecimento do objeto em estado separado, dentro do espaço do que será o Não eu, e facilita também o seu reencontro (Green, 2010, *apud* De Ulhôa Cintra, 2013, p. 69).

Camargo e Viana discutem as duas faces do trabalho do negativo a partir da obra de Green. O fracasso do “trabalho do negativo” pode comprometer o processo de separação do objeto primário, com consequências no autoerotismo e narcisismo:

O trabalho do negativo cumpre, dentre outras, uma importante tarefa de realizar a perda do objeto primário, processo crucial para os testes de realidade. Nos casos-limite haveria um fracasso no trabalho do negativo, gerando uma dependência ou uma tentativa excessiva de exclusão do objeto primário, que não pode ser perdido para ser reencontrado. Como consequência, o autoerotismo se estabelece mal, havendo expressões do narcisismo negativo com o exercício da função desobjetalizante (Camargo; Viana, 2012, p. 39).

Nos casos-limite (Green, 1990; Garcia, 2007), o negativo falha em criar espaços simbólicos: “não se trata apenas dos limites do ego, mas da desorganização dos limites intrapsíquicos” (Green, 1990, p. 13). Aqui, a incapacidade de metabolizar ausências transforma o vazio em um não-lugar, onde representações e relações não se consolidam.

Por fim, são dois destinos do negativo: o “bem-sucedido”, que gera ausências fecundas (como a perda elaborada), e o “malsucedido”, que produz um vazio mortífero. Nos estados-limite, a falha em criar um espaço psíquico — onde “limites intrapsíquicos e relações de objeto adquirem forma” (Garcia; Penna, 2010, p. 70) — revela-se na estagnação depressiva ou na desintegração borderline. O negativo, aqui, não é mais operador de vida, mas sintoma de um colapso simbólico.

3.3 A Pulsão de Morte na Releitura Metapsicológica de André Green

Na perspectiva de André Green, a pulsão de morte opera um paradoxo fundamental: sua força desestruturante revela-se condição imprescindível para a construção da subjetividade. Green (1988a) transcende a visão freudiana tradicional ao propor que a negatividade thanática não se resume à compulsão repetitiva ou à dissolução psíquica, mas atua como artífice de limites e motor de diferenciação. Seu conceito de “trabalho do negativo” — eixo central de sua metapsicologia — não se confunde com destruição pura, mas configura um processo ativo de desinvestimento que institui o duplo limite psíquico: fronteira entre o Eu e o mundo externo, e entre as instâncias intrapsíquicas.

Green fundamenta sua teoria na releitura de *A Negação* (Freud, 1925/2024), texto em que Freud articula os juízos de atribuição (avaliar algo como “bom” ou “mau”) aos primórdios da vida psíquica. Para Freud, o aparelho psíquico inaugural opera pela dicotomia “engolir” (afirmação do bom) e “cuspir” (negação do mau), ações vinculadas às pulsões de vida e morte. Green (1990), contudo, avança ao propor que o juízo de atribuição — anterior à constituição do ego — está

intrinsecamente ligado às pulsões, transformando atos primitivos como "negar" em gestos fundadores do psiquismo.

Essa dinâmica pulsional, segundo Green, cria um espaço interno necessário à formação do ego. O "trabalho do negativo", realizado por moções pulsionais arcaicas, manifesta-se no ato de "cuspir" — dizer "não" ao objeto para afirmar o si mesmo. Se o objeto, de algum modo, invadir o psiquismo incipiente há consequências.

A idealização do objeto materno acompanha-se do esmagamento do desejo próprio do sujeito. Ao contrário, quando o intervalo é excessivamente grande, é o desespero, com inscrição de uma experiência de dor, que faz dizer "não" a tudo, inclusive a si mesmo. Há destruição das ligações, aumento da intolerância à frustração e utilização de uma identificação projetiva excessiva. O trabalho do negativo toma a forma de uma exclusão radical e o aspecto negativo das relações predomina. (Green, 2010 *apud* De Ulhôa Cintra, p. 72).

Green (1988a) assume uma posição teórica singular: embora reconheça a solidez da última teoria pulsional de Freud, distancia-se do arcabouço teórico que a sustenta. Esse paradoxo orienta sua reinterpretação da pulsão de morte, que não repudia a destrutividade freudiana, mas a reconceitualiza metapsicologicamente. Para Fernando Urribarri (2010), colaborador de Green, essa releitura responde a dois questionamentos cruciais. A primeira delas refere-se à operação da pulsão de morte no aparelho psíquico, o que é respondido pelo "trabalho do negativo". A segunda, indaga sobre o impacto da teoria pulsional no narcisismo, o que é abordado em *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*.

Através do conceito de "trabalho do negativo", Green desloca a visão reducionista que associa a pulsão de morte exclusivamente à agressividade. Para o autor, essa pulsão é reinterpretada como força de desinvestimento, sendo a agressividade ou a destruição manifestações secundárias — possíveis, porém não centrais. Em casos extremos, esse processo compromete a organização psíquica, configurando o "narcisismo de morte", estado marcado pelo desinvestimento na estrutura psíquica e na unidade narcísica primária. Essa inovação teórica levou Green a reformular o dualismo pulsional freudiano, substituindo-o pela dialética entre função

objetalizante (vinculada às pulsões de vida) e função desobjetalizante (associada à pulsão de morte).

Com essa reformulação, Green afasta-se de interpretações biologizantes — como a noção de “retorno ao inorgânico” — ou mecanicistas (exemplificadas pela ideia de “automatismo repetitivo”). Para ele, a pulsão de morte situa-se na articulação entre registros intersíquicos e intersubjetivos, transcendendo uma compreensão puramente pulsional. Enquanto as pulsões de vida atuam na objetalização — criando relações com objetos internos ou externos e transformando estruturas em objetos —, sua meta essencial reside no investimento significativo, conforme Green explicita:

A função objetalizante não se limita às transformações de objeto, mas pode fazer chegar à categoria de objeto aquilo que não possui suas qualidades, propriedades e atributos do objeto desde que uma única característica se mantenha no trabalho psíquico realizado: o investimento significativo (Green, 1988a, p. 59).

Por outro lado, a pulsão de morte opera como agente desobjetalizante: “a meta da pulsão de morte é ‘realizar ao máximo uma função desobjetalizante através do desligamento’” (Green, 1988a, p. 60). Esse desligamento ataca não apenas a relação com o objeto, mas também substitutos como o eu e investimentos previamente objetalizados. Assim, o desinvestimento — núcleo da pulsão de morte — manifesta-se como destruição das bases que sustentam a subjetividade, corroendo tanto vínculos externos quanto estruturas intrapsíquicas.

3.4 Narcisismo de Morte e Alucinação Negativa na Figura Materna

Os movimentos da pulsão de morte e as desobjetalizações resultantes podem comprometer a organização psíquica, conduzindo ao “desinvestimento do investimento” — fenômeno que impacta decisivamente a matriz narcísica primária. Esse processo configura o que Green (1988b) denominou “narcisismo de morte” ou “negativo” (Urribarri, 2010).

Em sua obra, Green estabelece uma distinção crucial entre “narcisismo de vida” e “narcisismo de morte”. Enquanto o primeiro sustenta a relação dinâmica com o objeto, o segundo implica um desinvestimento radical do eu, aspirando a um “nível zero” de investimento libidinal. Para o autor, o objeto materno precisa ser parcialmente “apagado” pelo sujeito — operação que Green nomeia “negatividade positiva”. Quando há falha nesse trabalho do negativo, o objeto não é simbolicamente negativado: torna-se uma necessidade absoluta, introjetado de modo invasivo. Esse objeto ocupa um espaço psíquico destinado à constituição do ego infantil, bloqueando a criação de representações autônomas. Como Green (1988b) enfatiza, a ausência de negatificação do objeto primário condena o sujeito a um esforço contínuo de separação, perpetuando um vínculo patológico. A persistência da representação materna sem apagamento instaura, assim, o narcisismo negativo ou de morte (Green, 1988b).

Na metapsicologia greeniana, o apagamento da figura materna é definido como “alucinação negativa” — condição essencial para a geração de um espaço representacional vazio. Esse fenômeno ocorre nos primórdios da vida psíquica: um apagamento parcial da lembrança materna permite a abertura de um espaço livre para a figurabilidade e a simbolização. A pulsão de morte, através do trabalho do negativo, promove um desinvestimento ativo na figura materna, viabilizando a separação da criança da mãe, que então é reconhecida como objeto externo. Quando esse processo falha, a representação materna permanece fixa, impedindo a diferenciação subjetiva e consolidando o narcisismo de morte (Green, 1988a).

Sara Botella (2013), em sua análise do negativo psíquico na obra de Green, destaca a revolução metapsicológica contida na noção de negatificação do objeto primário. Para a autora, Green articula dois elementos heterogêneos: a alucinação do desejo (herdada de Freud) e a alucinação da ausência (sua contribuição original), estabelecendo uma relação dialética entre presença e falta. Nesse quadro, o objeto materno deixa de ser um objeto fusional para tornar-se uma estrutura enquadrante do eu, capaz de acolher representações sem exigir permanência perceptiva. Como Botella explica:

O objeto materno desapareceria aí como objeto primário de fusão, deixando lugar para uma estrutura enquadrante do eu, capaz de abrigar as representações. A criança pode então, até certo ponto, prescindir da presença da mãe na percepção, do mesmo modo que ela pode, até certo ponto também, realizar alucinatoriamente o desejo de sua presença sem comprometer sua prova de realidade (Botella, 2013, p. 69).

A metapsicologia clínica de Green, segundo Botella (2013), é marcada pelos efeitos duradouros da pulsão de morte, manifestos em ações de desligamento, desobjetalização e na transformação do narcisismo em narcisismo de morte. Esses mecanismos explicam por que a alucinação negativa da figura materna é fundamental para a constituição subjetiva: ao apagar a representação do objeto primordial, cria-se um vazio psíquico necessário para a emergência de novas simbolizações e para a autonomia do ego.

3.5 O Objeto Enquadrante na Arquitetura do Psiquismo

Segundo Sara Botella (2013), ao publicar artigo sobre “o negativo psíquico” na obra de Green, o psicanalista estabelece uma distinção fundamental entre o objeto do desejo — vinculado às pulsões e à satisfação imediata — e o objeto enquadrante, cuja função paradoxal reside em estruturar o psiquismo precisamente através de seu apagamento consciente.

Enquanto o primeiro está vinculado à dinâmica pulsional, o segundo configura-se como um vazio ativo, um espaço psíquico que não se reduz à falta, mas se torna matriz geradora de possibilidades simbólicas. Sua eficácia, segundo o autor, depende de um movimento duplo: perda necessária (apagamento da função organizadora) e reencontro posterior (reconfiguração da ausência como alicerce criativo). Esse processo, associado por Green à alucinação negativa, não implica aniquilação, mas uma “representação da ausência de representação” (Botella, 2013, p. 68), mecanismo pelo qual o psiquismo converte o desaparecimento do objeto em condição para a externalização de suas próprias estruturas.

A dinâmica do objeto enquadrante revela-se de modo paradigmático na relação mãe-criança. Para que a criança alcance autonomia, a figura materna deve

ser internalizada como estrutura estável (garantia de continuidade existencial) e, simultaneamente, externalizada como figura substituível (abertura para o mundo externo). Essa dualidade exige que o objeto funcione como “presença ausente” — um suporte invisível que permite à criança explorar a realidade sem colapsar psicologicamente. Green (1988b) esclarece sobre a necessidade de apagamento do objeto primário para formação de estrutura enquadrante:

Ora, o apagamento do objeto materno transformado em estrutura enquadrante é conseguido quando o amor do objeto é suficientemente seguro para desempenhar esse papel de continente do espaço representativo. Este último não está mais ameaçado de rachar; pode suportar a espera e mesmo a depressão temporária, a criança sentindo-se mantida pelo objeto materno mesmo quando não está mais lá Green, 1988b, p. 265).

Embora o termo “alucinação negativa” tenha caído em desuso na psicanálise, Green o retoma em seus estudos. Se a alucinação positiva corresponde à percepção sem objeto, o inverso acontece com a alucinação negativa. Green afirma que “é a não percepção de um objeto ou de um fenômeno psíquico perceptível” (Green, 2008, p. 267). Neste contexto, não é mera negação perceptiva, mas um apagamento do que deveria ser percebido, uma “representação da ausência da representação”, espaço de transição onde a ausência materna se transforma em ferramenta de simbolização.

Segundo Santos e Zornig (2015), a estrutura enquadrante funciona como um arcabouço delimitador com um vazio central, análogo à moldura vazia de uma pintura. Ao se deixar apagar o objeto primário se constitui em estrutura enquadrante, algo não preenchido de conteúdos, essencial para estabelecer a diferenciação entre interioridade e exterioridade. Ao criar essa fronteira simbólica, torna-se matriz do narcisismo primário e do processo representacional, pois o espaço desinvestido — gerado pela renúncia à satisfação imediata do objeto — abre potencial para simbolização, livre da saturação pulsional direta. Assim, o vazio deixado pelo objeto transforma-se em campo de possibilidades, onde faltas objetivas são ressignificadas como lacunas criativas.

3.6 A Metáfora da Morte Psíquica: O Complexo da Mãe Morta

Ao elaborar o texto *A Mãe Morta*, Green (1988b) alerta: “não se trata da morte real da mãe, mas de uma morte da mãe representada na psique da criança, em consequência da depressão materna”. Assim, a figura materna, ainda que biologicamente viva, transforma-se em uma presença distante. Green (1988b) esclarece que a mãe morta é, paradoxalmente, “uma mãe que permanece viva, mas que está, por assim dizer, morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida” (Green, 1988b, p. 239).

O autor define o conceito com precisão: “refiro-me a esta (a mãe morta) como uma metáfora independente do luto real” (Green, 1988b, p. 246). A relação inicialmente marcada por cuidados realizados por ela, rica e feliz, com a criança se sentindo amada e a presença nítida de investimento libidinal dessa mãe em seu filho, sofre uma ruptura abrupta quando a mãe é acometida por depressão. Nesse contexto, a criança interpreta o afastamento emocional como perda do amor da mãe, associada ao fato de ela estar voltada para seu trabalho de luto. Green enfatiza que o cenário é dominado pela tristeza da mãe e a diminuição do interesse pela criança, sentido por ela, culminando na “transformação brutal do objeto vivo, fonte de vitalidade da criança, em figura distante, átona, quase inanimada” (Green, 1988b, p. 239).

Na clínica, Green (1988b) observa que “o complexo da mãe morta” revela-se não por sintomas depressivos imediatos, mas por fracassos na vida afetiva amorosa ou profissional que indicam conflitos mais ou menos agudos com objetos próximos. Os pacientes demonstram uma sensação de impotência, de incapacidade de sair do conflito, de posicionar-se diante da vida, sendo frequentemente tomados por uma “insatisfação profunda frente ao resultado” (Green, 1988b, p. 246). A depressão “singular” — termo grifado pelo autor — emerge tardiamente, sugerindo “marcas de um trauma” infantil. Green (1988b) reforça: “*O traço essencial dessa depressão é que ela se dá na presença de um objeto, ele mesmo absorto num luto*” (Green, 1988b, p. 247, grifos do autor).

O trauma, segundo Green (1988b), é permeado por “uma angústia branca, que traduz a perda sofrida no nível do narcisismo” (Green, 1988b, p. 244). A criança,

frente ao “desinvestimento do objeto materno”, identifica-se inconscientemente com a mãe morta, sofrendo uma “*perda de sentido, pois o bebê não dispõe de nenhuma explicação para o que aconteceu*” (Green, 1988b, p. 248, grifo do autor). Dessa forma, “o luto branco da mãe induz o luto branco da criança, enterrando uma parte de seu Eu na necrópole materna” (Green, 1988b, p. 267).

Apesar de a mãe morta exercer cuidados práticos, Green (1988b) ressalta que “seu amor, de uma mãe enlutada e que desinveste seu filho, não é evidenciado”, e o “apagamento do objeto primordial não terá sido uma experiência aceitável ou aceita de comum acordo pelas duas partes da antiga simbiose mãe-bebê” (Green, 1988, p. 266). O eu, em vez de buscar novos investimentos, “luta para reter o objeto primário, e revive repetidamente sua perda” (Green, 1988b, p. 267). Green descreve esse processo como um mergulho em “um universo deserto, mortífero” (Green, 1988b, p. 267), no qual o sujeito, paralisado pela “perda narcísica mortal”, não consegue reinvestir libidinalmente.

O Eu se confunde com o objeto morto, sendo tomado pelo sentimento vazio da depressão. Green esclarece que “o objeto, que está morto, leva o eu “para um universo deserto, mortífero” (Green, 1988b, p. 267). O sujeito, que sofre de uma perda narcísica mortal, não apresenta recursos para lidar com isso e não investe libidinalmente em objetos.

Na análise, os portadores do complexo apresentam objetos “sempre no limite do Eu, nem completamente dentro, nem totalmente fora. E isto porque o lugar está ocupado, no centro, pela mãe morta” (Green, 1988b, p. 252).

4 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS TEORIAS DE WINNICOTT E GREEN E OS DESAFIOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Nos capítulos anteriores, foram apresentados, a partir de uma fundamentação bibliográfica, aspectos centrais das teorias psicanalíticas de Donald Winnicott e André Green, voltados à compreensão da relação mãe-bebê e da DPP. Neste capítulo final, busca-se articular, a partir de uma visão crítica e elaboração autoral, esses aportes teóricos apresentados, com o intuito de contribuir para a compreensão da DPP e seu enfrentamento, considerando tratar-se de uma condição que reflete as complexidades de uma sociedade marcada por desigualdades em oportunidades, recursos e acesso a cuidados e tratamentos.

4.1 Do Cuidado Individual à Responsabilidade Coletiva: Winnicott e a Depressão Pós-Parto como Sintoma Social

A psicanálise sempre esteve à frente de seu tempo. Cada acréscimo à teoria freudiana era motivado pela necessidade de compreensão dos fenômenos na contemporaneidade, dada às crescentes transformações sociais. Winnicott dedicou-se a explorar a relação mãe-bebê como uma unidade relacional, considerada condição fundamental para o desenvolvimento emocional. No entanto, ele não a concebeu como uma díade isolada, mas inserida em uma rede de influências e no contexto social mais amplo.

Inicialmente, Winnicott substituiu o termo “mãe dedicada comum” por “mãe suficientemente boa”, e posteriormente ampliou a noção para “ambiente suficientemente bom”, entendido como o conjunto de condições essenciais ao desenvolvimento do bebê. Esse ambiente, inclui, ao invés de uma mãe ou apenas uma pessoa que exerça os cuidados necessários à sua sobrevivência e desenvolvimento, uma multiplicidade de atores, entre os quais o pai, outros familiares, profissionais de saúde e pessoas da comunidade em que a criança está inserida.

Enquanto seres humanos, não existimos sem a presença do outro, seu acolhimento e seus cuidados — forma de sustentação material e afetiva que Winnicott denominou “holding”. A importância dessa sustentação para o desenvolvimento e constituição psíquica do sujeito foi altamente comprovada em sua teoria e trabalho clínico. Porém, de que “holding” estamos falando quando consideramos os múltiplos contextos, em que estão inseridas as crianças e suas mães ou quem exerça essas funções? O que dizer dos efeitos que os recortes de classe socioeconômica, escolaridade, etnias, faixa etária, provocam nessa relação, totalmente inserida e influenciada pelas questões sociais? O que dizer do “holding” possível realizado por mães solo que muitas vezes dependem de assistência social ou de terceiros para conseguirem o sustento dessa família?

A questão não é reduzir a relevância dos conceitos centrais da teoria winnicottiana, que ganharam lugar central durante sua vasta experiência clínica. Trata-se da assunção de sua importância, de discutir e defender como condições ambientais podem ser facilitadoras ou dificultar os processos necessários para o desenvolvimento das crianças. Discussões como essas devem fomentar a necessidade de políticas públicas que possam dar suporte às mães, apoio psicológico, essencial em seu caráter preventivo das depressões.

Como esperar que crianças que tiveram falhas ambientais substanciais possam superar uma posição de dependência absoluta para a de relativa independência? Hoje diz-se com admiração o provérbio africano de que “é preciso uma aldeia para criar uma criança”. De que aldeia estamos falando? O bebê é influenciado pelo que há em seu ambiente e, como disse Winnicott, ele nunca foi mãe, sequer ele foi bebê antes.

Como ressalta Winnicott, o rosto da mãe é o primeiro e único verdadeiro espelho do bebê. E a mãe, o que vê ao se olhar no espelho? É mesmo suficientemente boa? Se é necessário que ela falhe para ser “suficientemente boa”, o que seriam essas “falhas” na DPP? Provavelmente a imagem que vê no espelho é de uma fratura, que não é possível transformar em outra que possa ser vista pelo filho. Não sabemos, mas acreditamos que a escuta dessa mãe a partir da prática psicanalítica pode ajudar.

Há quem associe falhas na “preocupação materna primária” com a DPP. Para Winnicott, a “mãe suficientemente boa” é aquela capaz de entrar nesse estado sem ficar doente, em um processo singular de total identificação com a criança. Questiona-se o quanto e como isso é possível em vários contextos. Que vínculos podem ser estabelecidos entre mãe e bebê se essa mãe, inserida influenciada, por exemplo, por fatores de seu contexto social, ou familiar problemático, encontra-se desvitalizada, deprimida?

Se é com o rosto da mãe que o bebê começa a interagir, por meio de sorrisos, olhares, movimentos e voz, se comunicando, como isso se dá em um estado depressivo? A mãe em depressão, mãe, distante e imóvel se mostra emocionalmente indisponível para essa troca e estabelecimento de vínculo.

4.2 O Colapso do Negativo: Green e a Experiência Materna como Ruptura

Winnicott não foi o único a considerar o desinvestimento materno na DPP como algo que se esgota na díade mãe-bebê. Ao longo deste trabalho, vimos como a escuta psicanalítica pode ampliar a compreensão desse fenômeno, sobretudo ao incluir as contribuições de André Green, cuja teoria do “trabalho do negativo” reposiciona a questão dentro de uma lógica metapsicológica mais profunda. Green nos convida a pensar a DPP não apenas como uma falha relacional, mas como um colapso simbólico: um impasse no processo de constituição psíquica que envolve o sujeito, seu corpo pulsional, seus objetos internos e também o laço social.

O trabalho do negativo, como proposto por Green, antecede a organização do ego e está ligado à capacidade do aparelho psíquico de criar limites, separar-se, metabolizar perdas e construir um espaço interno habitável. Dizer “não” ao objeto — no caso da criança, ao objeto materno — é uma condição para a constituição do Eu. Esse “não”, em vez de uma rejeição, funda um espaço simbólico onde o sujeito pode afirmar-se como diferente, separado, capaz de reencontrar o que foi “perdido” a partir dos processos de separação que vivencia em relação aos objetos, inclusive a mãe. A

subjetividade, portanto, nasce dessa dialética entre presença e ausência, investimento e desinvestimento, fusão e separação.

Quando essa dialética falha — como pode ocorrer na DPP — o negativo não opera como estrutura simbólica organizadora, mas como colapso. O que deveria ser ausência elaborada torna-se vazio intransponível. A mãe, confrontada com um bebê absolutamente dependente, em vez de estar totalmente identificada com ele, pode não dispor dos recursos simbólicos necessários para elaborar as perdas narcísicas implicadas na transição de filha para mãe, de mulher para cuidadora primária. O bebê, longe de ser um objeto de amor, pode ser vivido como intrusão ou ameaça. Nesses casos, pode haver um desinvestimento pulsional, que Green compreende como falha no “trabalho do negativo”.

A partir da metapsicologia de André Green, a DPP pode ser entendida como muito mais do que uma resposta emocional ao puerpério ou um desvio individual da mulher-mãe. Para compreensão da DPP, Green acrescenta, reposicionando a pulsão de morte, para além da teoria freudiana, como um operador psíquico fundamental. Longe de restringi-la à destruição ou repetição compulsiva, ele a inscreve como força ativa de desinvestimento, responsável por instaurar limites internos, separar instâncias psíquicas e permitir a emergência da subjetividade. O “trabalho do negativo” é, portanto, um processo criativo que funda o Eu através da possibilidade de dizer “não” — cuspir, excluir, apagar simbolicamente o objeto — permitindo sua posterior reintegração como outro, distinto, separado. Esse movimento é vital na relação mãe-bebê, pois apenas quando a mãe pode ser simbolicamente “perdida” é que se abre um espaço para o bebê emergir como sujeito autônomo. No entanto, esse mesmo movimento é exigido da mãe: ela também precisa negatizar simbolicamente o bebê — como objeto fusional — para reconhecê-lo como outro e investir-se como sujeito materno.

Quando esse processo falha, a separação necessária entre mãe e filho não acontece de forma simbólica e organizadora, mas como ruptura, invasão ou vazio. A mãe pode vivenciar o bebê não como objeto de investimento amoroso, mas como presença saturada que ocupa o centro do psiquismo e esmaga o desejo próprio. Alternativamente, diante de um intervalo relacional excessivo — afetivamente

empobrecido — pode emergir uma angústia crua, marcada por desligamento e colapso. Nesses casos, o “trabalho do negativo” assume uma forma patológica: em vez de gerar espaços representacionais internos, ele exclui radicalmente os objetos e destrói as ligações, resultando em estados de desinvestimento extremo, como o “narcisismo negativo ou de morte” descrito por Green.

Essa noção é central para compreender o impacto psíquico da DPP. No “narcisismo de morte”, o sujeito não apenas deixa de investir no outro, mas também em si mesmo. O Eu é tragado por um movimento de desobjetalização, no qual o próprio psiquismo se vê esvaziado. Quando o objeto primário não é simbolicamente apagado, mas permanece invasivamente presente, ele impede a constituição de um espaço interno livre, necessário para o funcionamento simbólico. A ausência, que deveria ser criativa, torna-se mortífera, e o espaço psíquico converte-se em um não-lugar.

Contudo, o fenômeno da “mãe morta” — tal como teorizado por André Green, se revela particularmente elucidativo. Green nos mostra que a depressão materna — muitas vezes silenciosa — pode ser vivida pela criança como uma perda devastadora, um apagamento libidinal do qual ela não tem condições de se defender. No encontro inaugural com o bebê, confrontada não apenas com a demanda concreta de cuidados, mas com o ideal normativo da maternidade e a desapropriação de si, a mulher pode defrontar-se com uma morte subjetiva paradoxal. Pode tornar-se, aos seus próprios olhos, uma “mãe morta”: viva em atos, mas desligada em desejo.

4.3 A Cultura, o Ideal Materno e o Sofrimento

A cultura contemporânea agrava essa ferida de várias formas. A idealização da maternidade, a solidão vivenciada no cuidado, a medicalização do sofrimento psíquico e a responsabilização exclusiva da mulher configuram condições desfavoráveis à elaboração simbólica da experiência materna. Nesse contexto, o “trabalho do negativo” é sistematicamente interrompido ou desautorizado. A mulher não encontra espaço para negatizar, recusar ou nomear a perda. Sem essa

possibilidade, a construção de uma identidade materna subjetivada desintegra-se. Em vez do apagamento criativo, surge o vazio; em vez da ausência estruturante, irrompe a paralisia do desejo.

Conclui-se, portanto, que a DPP, sob a ótica de André Green, configura-se como fenômeno metapsicológico e relacional, enraizado tanto nos processos de subjetivação quanto na dialética complexa entre presença e ausência. Longe de representar uma falha individual, ela expõe uma falência na transmissão simbólica e na elaboração do negativo como ruptura de natureza sociocultural. Reconhecer essa dimensão é fundamental para que a clínica possa, de fato, acolher a dor materna não como patologia isolada, mas como sintoma de um sofrimento psíquico que demanda reconhecimento, palavra e transformação estrutural.

Ademais, é crucial reconhecer os determinantes sociais que alimentam esse colapso. A idealização da maternidade, a medicalização dos corpos femininos, a solidão no puerpério e a responsabilização exclusiva da mãe pelo desenvolvimento físico e emocional do bebê, forjam um cenário que inibe a simbolização dessa ambivalência, quanto da perda. A mulher contemporânea, em diversos contextos, é privada do direito ao “não” ao mandato social da maternidade, o que inviabiliza a construção de fronteiras psíquicas saudáveis.

Sob essa perspectiva, a DPP não pode ser reduzida a um desequilíbrio hormonal ou fragilidades psíquicas individuais. Sua essência revela uma fratura na constituição simbólica da experiência materna, uma impossibilidade de inscrever a perda — seja da identidade prévia, seja do corpo, seja da liberdade existencial — como ausência transformadora. Quando o negativo não opera simbolicamente, o que resta é o vazio, um não-lugar psíquico onde nem o sujeito, nem o outro, nem o vínculo podem se constituir.

Assim, compreender a DPP à luz de Winnicott e Green é reconhecer a intrincada teia subjetiva da maternidade, e ao mesmo tempo, denunciar os silenciamentos sociais e os ideais inalcançáveis que asfixiam a experiência materna. A escuta clínica, nesse âmbito, deve garantir espaço para que a mulher elabore suas perdas, reencontre-se como sujeito e, quem sabe, reinscreva sua experiência, não no vazio mortífero, mas na ausência que emerge do “estar só” na presença do outro,

viabilizando reencontros: com o bebê, com a alteridade e consigo mesma como sujeito desejante.

4.4 Do Espaço Analítico à Ação Coletiva: A Psicanálise como Ferramenta Clínica e Social no Enfrentamento da Depressão Pós-Parto

Se, enquanto sociedade, não podemos transformar estruturas familiares e socioeconômicas opressoras, cabe à psicanálise oferecer um espaço de apoio psicológico preventivo e no tratamento da DPP. Enquanto abordagem privilegia a escuta não normatizante da fala do sujeito, a psicanálise posiciona-se como alternativa à medicalização focada na supressão sintomática, prática que, além de negligenciar as raízes subjetivas da depressão, é biologicamente contraindicada durante a gestação e amamentação. Desse modo, a prática psicanalítica emerge não apenas como alternativa terapêutica, mas como imperativo ético que interroga e auxilia o sujeito na construção de mudanças subjetivas necessárias à prevenção e tratamento da depressão.

Reconfigurar o *setting* terapêutico no âmbito de políticas públicas para o enfrentamento à DPP exige mais que ampliar atendimentos: demanda discutir e implementar mudanças nos sistemas de saúde para incluir protocolos que incluam bases do tratamento psicanalítico, formação continuada de profissionais e facilitar o acesso a tratamentos. Esse é um dos alvos deste trabalho: em primeiro lugar, apresentar contribuições dos autores, Winnicott e Green, para a compreensão do fenômeno da DPP; em segundo, reconhecendo a importância dos conceitos teóricos apresentados, promover a discussão de como a psicanálise, com suas amplas contribuições, pode atuar no enfrentamento da DPP, especialmente considerando a parcela da população sem recursos para custear tratamentos psicoterápicos. Não apenas o bebê precisa de “holding”; a mãe também precisa, nessa fase tão desafiadora e complexa de sua vida, de uma sustentação material, psíquica e emocional.

Uma criança que se desenvolve sem a sombra da depressão materna terá mais recursos para relacionar-se com objetos e enfrentar desafios diversos ao longo da vida. Falhas no desenvolvimento infantil comprometem a autenticidade, a autonomia e a criatividade dos sujeitos que integram nossa sociedade. No enfrentamento de nossas questões sociais mais complexas, necessitamos de representantes diversos — sujeitos autônomos, críticos e com postura democrática — para que ocorram discussões e melhorias no panorama da saúde mental, inclusive no que se refere à DPP.

Mais do que responsabilizar a mãe, é urgente investir no ambiente que a circunda. Além da díade mãe-bebê, requer-se uma teia relacional, um ecossistema que integre serviços de saúde, apoio comunitário e políticas sociais voltadas para a mulher e a criança. Assim, a DPP poderá deixar de ser vista como uma patologia individual e que surge e se mantém em uma relação dual, mas como resultado de um tecido social adoecido, o que requer respostas coletivas. A implementação e regulamentação da Lei do Pré-Natal Psicológico pode representar um espaço e oportunidade para que a psicanálise, por meio de contribuições substanciais como as de Winnicott e Green, possa ser inserida em proposições e ações de acolhimento e tratamento da DPP em nosso país.

Antes de atribuir responsabilidades individuais à mãe, urge priorizar investimentos no ambiente que a circunda. Além da díade mãe-bebê, torna-se imprescindível a construção de uma rede relacional — um ecossistema que integre serviços de saúde especializados, apoio comunitário e políticas sociais voltadas à mulher e à criança. Dessa forma, a DPP deixa de ser compreendida como patologia individual que emerge e se sustenta em uma relação dual, para ser considerada sintoma de um tecido social adoecido.

Essa postura demanda respostas coletivas e a integração de saberes dos diversos profissionais da saúde mental, bem como de representantes comunitários. Nesse sentido, a implementação da Lei do Pré-Natal Psicológico (Lei nº 14.721/2023), que prevê acompanhamento psicológico gratuito no SUS, representa um espaço institucional para que a psicanálise — por meio de contribuições teórico-clínicas, como as de Winnicott e Green — seja incorporada em políticas públicas de

acolhimento e tratamento desse transtorno, com raízes e repercussões no âmbito social.

CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

A articulação entre Winnicott e Green revela que a DPP transcende a esfera individual, manifestando-se como ruptura de um lado a insuficiência do ambiente que deveria garantir sustentação material e afetiva à mãe, mas é minado por desigualdades socioeconômicas, falta de redes de apoio e políticas públicas frágeis; de outro, o colapso do trabalho do negativo, essencial para a separação simbólica na relação entre mãe e bebê, que, quando falha, converte-se em um vazio paralisante. Essa dupla dimensão — material e metapsicológica — expõe como a DPP é tanto sintoma de um tecido social adoecido quanto de uma impossibilidade de elaborar perdas identitárias.

A idealização cultural da maternidade — associada a mitos de sacrifício e disponibilidade emocional incondicional — atua como violência simbólica. Deprimida, a mãe torna-se mãe, presente fisicamente, mas ausente em desejo, torna-se incapaz de investir libidinalmente no bebê ou em si mesma. Silenciar esse sofrimento inviabiliza a simbolização da experiência materna, perpetuando ciclos de desesperança.

A psicanálise, ao priorizar a escuta do inconsciente do sujeito em sofrimento, oferece ferramentas para o enfrentamento da DPP. Contudo, considerando a proporção de mulheres com esse quadro clínico na perinatalidade, essa intervenção só será efetiva se integrada a políticas públicas, como a Lei do Pré-Natal Psicológico.

As perspectivas apontadas vão desde a implementação de intervenções materiais, como simbólicas e clínicas. À exemplo, políticas públicas devem discutir a implementação de renda básica para mães, ampliação de licenças-parentais e creches públicas, garantindo condições concretas para o “holding”. Projetos de educação em escolas e nas redes sociais podem contribuir para que seja desconstruído o ideal materno, legitimando narrativas de fracasso e cansaço, criando espaços culturais para a expressão da ambivalência. Quanto à clínica, considerando a implementação e regulamentação da Lei do Pré-Natal Psicológico, podem ser implementados protocolos no SUS que combinem o espaço de acolhimento à fala de

mulheres e outros que fazem parte do ambiente na perinatalidade, a escuta psicanalítica e suporte multidisciplinar, reconhecendo que a saúde mental materna é questão de saúde coletiva.

Este trabalho propõe, a partir do estudo realizado, um chamado à ação interdisciplinar: pesquisas devem investigar como fatores como racismo, pobreza e violência de gênero intensificam o colapso do ambiente suficientemente bom; profissionais de saúde precisam de formação para identificar sinais precoces de desinvestimento materno; e movimentos sociais devem pressionar por legislações que reconheçam a DPP como emergência de saúde pública, vinculando-a a pautas como direito à cidade, acesso à moradia e combate à precarização do trabalho. A revolução começa quando entendemos que cuidar de quem cuida não é gentileza, mas condição para uma sociedade que valorize a vida em sua complexidade pulsante.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, E. L. Q.; SOUTO, S. E. O.; RIBEIRO, C. D. A. L. Prevalência e fatores associados à depressão pós-parto em puérperas da estratégia de saúde da família. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 12, p. e6912-e6912, 2024.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- ARRAIS, A.R.; ARAUJO, T. C. C. F. Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 3, p. 828-845, 2017.
- ARRAIS, A.R; ARAUJO, T.C. C. F. de; SCHIAVO, R.A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 711-729, 2018.
- BALSEIRO, J.C.S. **Depressão pós-parto nos cuidados de saúde primários: Realidades e percepções dos médicos de família**. 2018. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra (Portugal).
- BARBA, M. L. *et al.* Puerpério na atenção primária: Foco no aleitamento materno e depressão pós-parto/Puerperum in primary care: Focus on breastfeeding and postpartum depression. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 6, p. 44596-44614, 2022.
- BIRMAN, J. Laços e desenlaces na contemporaneidade. **Jornal de psicanálise**, v. 40, n. 72, p. 47-62, 2007.
- BORGES, A. R. F. *et al.* Alterações dos hormônios cortisol, progesterona, estrogênio, glicocorticóides e hormônio liberador de corticotrofina na depressão pós-parto. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 14, 2021.
- BOTELLA, S. Sobre o negativo psíquico na obra de André Green. **Rev. psicanal**, p. 67-73, 2013.
- BRASIL. Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 nov. 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm. Acesso em: 23 out. 2024.
- BRITO, C. N. de O. *et al.* Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 33, 2015.
- CAMPOS, P.A.; FÉRES-CARNEIRO, T. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. **Psicologia USP**, v. 32, p. e200211, 2021.
- CARLSON, K. *et al.* Perinatal Depression (Nursing). In: **StatPearls [Internet]**. StatPearls Publishing, 2025.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed Editora, 2018.

CAVALCANTE, R. L. *et al.* Impactos da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 10, p. 4109-4115, 2024.

FREITAS, M.E.S; SILVA, F.P.; BARBOSA, L.R. Análise dos fatores de risco associados à depressão pós-parto: revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 48, p. 94-98, 2016.

OLIVEIRA, C. W. *et al.* Aspectos psiquiátricos da perinatalidade: entendendo e tratando maternity blues, depressão e psicose puerperal. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 10, p. e9252-e9252, 2024.

CINTRA, E. M. U. André Green e o trabalho do negativo. **Percurso**, v. 25, n. 49/50, p. 65-76, 2013.

EVARISTO, Conceição. De mãe. In: **Poemas da recordação e outros movimentos**. Belo Horizonte: Nandyala, 2008. p. 79-80

FREUD, S. A negação. In: **Obras incompletas de Sigmund Freud - Cultura, sociedade e religião**. Belo Horizonte: Autêntica, 2024. (Trabalho original publicado em 1925) p. 305-310.

FREUD, S. **Freud (1901-1905) -Obras completas Volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (" O caso Dora") e outros textos**. Editora Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. **Freud (1914-1916) -Obras completas volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. Editora Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. In: FREUD, Sigmund. **Obras Incompletas**. Tradução: Maria Rita Salzano Morais. Rio de Janeiro: Autêntica, 2016. (Trabalho original publicado em 1917) p. 99-118.

GALVÃO, J. Depressão pós-parto acomete 25% das mães brasileiras. **Jornal da USP**, 4 jul. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/depressao-pos-parto-acomete-25-das-maes-brasileiras/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

GARCIA, C. A.; PENNA, C.M.P.A. O trabalho do negativo e a transmissão psíquica. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 68-79, 2010.

GARCIA, C.A. Os estados-limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A. Green para a clínica contemporânea. **Revista Mal-estar e subjetividade**, v. 7, n. 1, p. 123-135, 2007.

GHAEDRAHMATI, Maryam *et al.* Postpartum depression risk factors: A narrative review. **Journal of education and health promotion**, v. 6, n. 1, p. 60, 2017.

GREEN, A. A pulsão de morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante. In: GREEN, A. *et al.* **A pulsão de morte**. Tradução de Cláudia Berliner, São Paulo: Escuta, 1988a, p. 57-68.

GREEN, A. A mãe morta. In: GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988b. p. 239-273.

GREEN, A. O trabalho do negativo. In: GREEN, A. **Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 63-82.

GREEN, A. O trabalho do negativo. In: GREEN, André. **Orientações para uma psicanálise contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2008. p. 259-275.

IACONELLI, V. Depressão pós-parto, psicose pós-parto e tristeza materna. **Revista pediatria moderna**, v. 41, n. 4, p. 1-6, 2005.

JANUÁRIO, L.M. **Transferência e Espaço potencial**: a relação analítica com crianças em estados autístico e psicóticos. Tese (Doutorado em psicologia) - Universidade de Brasília, UnB, Brasília, 2012.

KEHL, M.R. Prefácio. In: WINNICOTT, Donald W. **Bebês e suas mães**. São Paulo: UBU Editora, 2020. p.12.

LIU, X.; WANG, S.; WANG, G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. **Journal of clinical nursing**, v. 31, n. 19-20, p. 2665-2677, 2022.

MENDES, E. D.; VIANA, T. DE C.; BARA, O. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 4, p. 423–431, out. 2014.

DIAS, E. A trajetória intelectual de Winnicott. **Natureza Humana - Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 111–156, 2024.

PANIAGO, I.M. **André Green**. Federação Brasileira de Psicanálise (FEBRAPSI), 2016. Disponível em: <https://febrapsi.org/publicacoes/biografias/andre-green/#:~:text=As%20grandes%20obras%20tocam%20o,Sociedade%20de%20Psican%C3%A1lise%20de%20Bras%C3%ADlia>. Acesso em: 3 set. 2025.

PHILLIPS, A. **Winnicott**. Tradução de Leopoldo Fulgêncio. 1.ed. Aparecida: Ideias & Letras, 2006.

CARVALHO, Márcia Teresa Portela de; VIANA, Terezinha de Camargo. Do negativo em Freud e Green: contribuições ao estudo dos casos-limite. **Alter: revista de estudos psicanalíticos**, p. 39-54, 2012.

RADOŠ, Sandra Nakić *et al.* Diagnosis of peripartum depression disorder: A state-of-the-art approach from the COST Action Riseup-PPD. **Comprehensive psychiatry**, v. 130, p. 152456, 2024.

ROJAS, G. *et al.* Caracterización de madres deprimidas en el posparto. **Revista médica de Chile**, v. 138, n. 5, p. 536-542, 2010.

RUFINO, S. *et al.* Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. **Revista Saúde em foco**, v. 10, n. 1, p. 837-843, 2018.

SANTANA, G. W. *et al.* Prevalência e fatores de risco da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Debates em Psiquiatria**, v. 12, p. 1-23, 2022.

SANTOS, D. F. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 30, p. e20201064, 2021.

SANTOS, N.T.G.; ZORNIG, S.M.A. O objeto que se deixa apagar: a função do negativo na constituição psíquica. **Tempo psicanalítico**, v. 47, n. 2, p. 29-44, 2015.

SHOREY, S. *et al.* Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. **Journal of psychiatric research**, v. 104, p. 235-248, 2018.

THEME FILHA, M.M. *et al.* Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of affective disorders**, v. 194, p. 159-167, 2016.

TURKCAPAR, A. F. *et al.* Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. **BMC Pregnancy & Childbirth**, v. 15, n. 1, p. 108, 2015.

URRIBARRI, F. André Green: paixão clínica, pensamento complexo. **Contemporânea—Psicanálise e Transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 10, p. 11-43, 2010.

WINNICOTT, D. W. **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. São Paulo: Ubu, 2022 (Publicação original: 1960).

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001 (Publicação original: 1965).

WINNICOTT, D. W. Distorção do eu. In: _____. **Processos de amadurecimento e ambiente facilitador**. Tradução de: Irineo Constantino Schuch Ortiz. São Paulo: UBU, 2022. p. 177-194. (Publicação original: 1960).

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Tradução: Dave Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000 (Publicação Original: 1958).

WINNICOTT, D.W. **Bebês e suas mães**. Tradução: Breno Longhi. São Paulo: Ubu Editora, 2020. (Publicação original: 1996).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services**. World Health Organization, 2022a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022b.

ZAUDERER, C. Postpartum depression: how childbirth educators can help break the silence. **The Journal of perinatal education**, v. 18, n. 2, p. 23, 2009.