DO BERÇO AO VAZIO: DEPRESSÃO PÓS-PARTO, AUSÊNCIA DE REDE DE APOIO E CONSTITUIÇÃO DO FALSO SELF NA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA

FROM THE CRADLE TO EMPTINESS: POSTPARTUM DEPRESSION, LACK OF SUPPORT NETWORK, AND THE CONSTITUTION OF THE FALSE SELF FROM A WINNICOTTIAN PERSPECTIVE

RENATA CAROLINA **MARICATO**[1], ANDRESSA DOS SANTOS **MARTINEZ**[2], DIEGO ZANELATO LOURENÇO DE **SOUZA**[3*]

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade UMFG, Cianorte, Paraná, Brasil; **2.** Professora orientadora, coordenadora e docente do curso de Psicologia da Faculdade UMFG, Cianorte, Paraná, Brasil; mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá – UEM; **3.** Professor coorientador do curso de Psicologia da Faculdade UMFG, Cianorte, Paraná, Brasil; mestre em Gestão do Conhecimento nas Organizações pela Universidade Cesumar – UniCesumar.

* Avenida Guedner, 3106, Parque da Gávea, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87053-265. diego.souza@umfg.edu.br

Recebido em 04/11/2026. **Aceito** para publicação em 10/11/2026

RESUMO

Este artigo teve como objetivo discutir os impactos da depressão pós-parto e da ausência de rede de apoio para a função de *holding* e a constituição do *self* do bebê, com base nas teorias de Donald Winnicott e nas contribuições de André Green. Trata-se de uma revisão narrativa, de natureza teórica e abordagem qualitativa, realizada com base em obras psicanalíticas, artigos científicos e documentos relacionados à saúde materna. A produção bibliográfica analisada indica que a depressão pós-parto, quando associada ao isolamento e, consequentemente, à sobrecarga materna, pode comprometer a disponibilidade emocional da mãe e dificultar a sustentação de que a díade mãe-bebê necessita. Nesse contexto, falhas ambientais podem favorecer adaptações defensivas relacionadas à constituição do falso *self*. A aproximação entre esse processo e o funcionamento limítrofe na vida adulta permanece uma hipótese teórica, sem evidências suficientes para estabelecer causalidade. Conclui-se que o cuidado com a saúde mental materna e o fortalecimento das redes de apoio são fundamentais para favorecer um ambiente facilitador ao desenvolvimento emocional do bebê.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão pós-parto; rede de apoio; holding; falso self; psicanálise.

ABSTRACT

This article aimed to discuss the impacts of postpartum depression and the lack of a support network on the "holding" function and the formation of the infant's self, drawing upon the theories of Donald Winnicott and the contributions of André Green. It consists of a narrative review—theoretical in nature and qualitative in approach—based on psychoanalytic works, scientific articles, and documents related to maternal health. The literature indicates that postpartum depression, when coupled with isolation and the resulting maternal overload, can compromise a mother's emotional availability and hinder the essential support required by the mother-infant dyad. In this context, environmental failures may foster defensive adaptations linked to the formation of a "false self." The connection between this process and borderline functioning in adulthood remains a theoretical hypothesis, lacking sufficient evidence to establish causality. It is concluded that attending to maternal mental health and strengthening support networks are fundamental to fostering an environment that facilitates the infant's emotional development.

KEYWORDS: Postpartum depression; support network; holding; false self; psychoanalysis.

1. INTRODUÇÃO

A Depressão Pós-Parto (DPP) pode ser entendida como um transtorno de humor complexo, que atinge uma parcela expressiva das mulheres no pós-parto e se relaciona às grandes mudanças decorrentes da chegada de um filho, como novas responsabilidades, medos e alterações físicas e hormonais associadas à gestação, ao parto e ao puerpério[1]. Caracteriza-se por tristeza profunda, associada a sentimentos de dor, amargura, desesperança, ansiedade e a uma incapacitante sensação de desvalia, e interfere diretamente na capacidade da mãe de lidar com as demandas cotidianas e com os cuidados básicos do recém-nascido, o que pode gerar um cenário de vulnerabilidade psíquica tanto para a mãe quanto para a relação mãe-bebê[2].

Esse quadro pode ser agravado pela ausência de uma rede de apoio sólida durante o puerpério. A falta de suporte da família, do parceiro ou da comunidade pode intensificar a depressão, tornando o ambiente doméstico um lugar de desamparo, com maior isolamento social e sobrecarga de tarefas para a mãe[3]. Essa condição é particularmente relevante na maternidade solo: no Brasil, o número de domicílios chefiados por mães solo passou de 9,6 milhões, em 2012, para 11,3 milhões, em 2022, e 72,4% dessas mães viviam apenas com os filhos, sem outros adultos com quem dividir as responsabilidades familiares[4]. Nesse contexto, a DPP pode comprometer a disponibilidade afetiva materna e a qualidade da interação com o bebê, com repercussões sobre o vínculo e o desenvolvimento do filho[5].

Na perspectiva de Winnicott, o desenvolvimento saudável do bebê depende da função de *holding* e de um ambiente facilitador, exercido por uma mãe suficientemente boa, essencial para a concretização dos processos de amadurecimento[6]. É necessário que a mãe, sustentada pelo ambiente, possa desempenhar as funções maternas, uma vez que essa função é primordial para o sentimento de segurança e para a integração do self do bebê. É por essa sustentação que a criança adquire a sensação de continuidade de ser, permitindo que o seu verdadeiro self surja a partir de uma base de segurança no início da vida[6].

A compreensão dessas relações é relevante para a clínica e para a saúde coletiva. Ao articular a vulnerabilidade sociofamiliar, o sofrimento psíquico no puerpério e a constituição subjetiva do bebê, o estudo pode subsidiar profissionais que atuam no pré-natal e no puerpério na identificação de situações de vulnerabilidade dos cuidadores e na realização de intervenções e encaminhamentos. Contribui, ainda, para sensibilizar a sociedade quanto à importância de um ambiente facilitador que não dependa apenas da mãe.

Diante desse contexto, este artigo teve como objetivo discutir, à luz da teoria winnicottiana e das contribuições de André Green, as repercussões da depressão pós-parto e da ausência de rede de apoio no puerpério sobre a função de *holding* e a constituição do *self* do bebê, com ênfase na formação do falso *self*. Como desdobramento, apontam-se possíveis relações entre o falso *self* e o funcionamento limítrofe na vida adulta, entendidas como hipóteses teóricas a serem aprofundadas em estudos futuros.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de natureza teórica e abordagem qualitativa, fundamentada no referencial psicanalítico, com ênfase na teoria do amadurecimento de Donald W. Winnicott. A revisão narrativa é adequada para descrever e discutir o desenvolvimento de um tema sob o ponto de vista teórico ou contextual, a partir da análise crítica do pesquisador[7]. Na pesquisa em psicanálise, a revisão da literatura permite delimitar o problema de pesquisa, contextualizar os trabalhos já realizados e dialogar com os autores que se dedicaram ao tema, articulando as fontes em uma linha de raciocínio que justifique a presença de cada estudo[8].

A questão norteadora foi: de que modo a depressão pós-parto, agravada pela ausência de rede de apoio no puerpério, pode comprometer a função de *holding* e favorecer a constituição do falso *self,* segundo a teoria winnicottiana?

O corpus foi composto por três conjuntos de fontes, selecionados de forma intencional, conforme sua pertinência à questão norteadora. O primeiro reuniu obras de Donald W. Winnicott e de André Green que contêm as formulações dos conceitos de *holding, handling*, ambiente facilitador, mãe suficientemente boa, verdadeiro e falso *self* e "mãe morta", além do manual diagnóstico de referência para o transtorno da personalidade *borderline*. O segundo reuniu artigos científicos publicados em periódicos sobre depressão pós-parto, interação mãe-bebê, rede de apoio no puerpério, função paterna e constituição do *self,* localizados na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nos Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), em português e inglês, além de dados epidemiológicos nacionais sobre a depressão pós-parto e a maternidade solo. Trabalhos de conclusão de curso não foram incluídos, priorizando-se fontes primárias e publicações revisadas por pares. O terceiro incluiu documentos normativos e de políticas públicas sobre a atenção à saúde mental de gestantes e puérperas. Os estudos empíricos, nacionais e internacionais, foram incluídos para confrontar as formulações teóricas com evidências sobre a depressão pós-parto, a interação mãe-bebê, a maternidade solo e os fatores precoces associados ao funcionamento *borderline.* Por se tratar de revisão narrativa, não se pretendeu esgotar a literatura, mas reunir as contribuições mais pertinentes ao objetivo do estudo.

Os textos foram lidos na íntegra e fichados, e os conteúdos foram organizados em eixos temáticos correspondentes ao objetivo do estudo: depressão pós-parto e relação mãe-bebê; rede de apoio, função paterna e políticas públicas no puerpério; *holding* e mãe suficientemente boa; e verdadeiro e falso *self.* Na Discussão, esses eixos foram articulados entre si e com as formulações sobre os estados-limite. A análise distinguiu formulações teóricas, dados empíricos e interpretações clínicas, sem a pretensão de estabelecer relações causais entre os fenômenos discutidos.

Por utilizar exclusivamente literatura publicada e documentos de domínio público, a pesquisa dispensou registro e avaliação pelo sistema CEP/Conep, conforme o art. 1º, parágrafo único, incisos II e VI, da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde[9].

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Depressão pós-parto e relação mãe-bebê

A prevalência da depressão pós-parto no Brasil constitui um grave problema de saúde pública: no estudo nacional Nascer no Brasil, 26,3% das puérperas apresentaram sintomas compatíveis com depressão entre 6 e 18 meses após o parto[10]. Revisões da literatura indicam que mães com depressão pós-parto tendem a ser menos responsivas aos bebês, com menos olhar, toque e fala dirigidos a eles, e que seus bebês apresentam menos afeto positivo e mais afeto negativo, efeitos mais evidentes quando a depressão persiste além dos primeiros meses[5,11].

Sob um olhar psicanalítico, esses dados não representam apenas um adoecimento individual, mas o reflexo de uma falha no suporte psíquico e ambiental necessário à relação mãe-bebê. Conforme aponta Green (1988)[12], o quadro depressivo materno pode resultar no chamado "complexo da mãe morta", situação na qual a mãe, embora fisicamente presente, encontra-se

emocionalmente "absorvida por um luto" e, de forma não intencional, desinveste psiquicamente o filho.

Nesse sentido, segundo Green (1988)[12], a opacidade no olhar de uma mãe deprimida impede que o bebê encontre o seu próprio reflexo e vitalidade, forçando o ego primitivo da criança a se constituir sobre um fundo de ausência e de vazio, o que pode resultar em futuras desordens identitárias.

Essa perspectiva relaciona-se com a formulação de Winnicott sobre o papel de espelho da mãe: em condições favoráveis, o bebê, ao olhar para o rosto da mãe, vê a si mesmo, e a feição materna reflete a vivacidade e as demandas da própria criança[13]. Quando a mãe está deprimida, essa dinâmica de espelhamento fica comprometida: o bebê não se vê refletido e encontra no semblante materno o humor da mãe, o que dificulta o reconhecimento de suas manifestações espontâneas e o início da construção de sua própria identidade[13].

Outro ponto que merece destaque é a percepção que o lactente pode ter do adoecimento materno. Segundo Green (1988)[12], diante da mãe deprimida, a criança precisa desenvolver uma inteligência precoce e adaptar seu modo de ser, tornando-se um pequeno adulto que cuida da mãe. Desse modo, pode desenvolver um falso *self* para agradar o ambiente e esconder a própria dor de não ser cuidada como deveria.

No cenário clínico, Winnicott descreve pacientes que realizam um tipo de reparação falsa, sem que a culpa lhes pertença. Essa falsa reparação decorre da identificação do paciente com a mãe, e "o fator dominante não é a culpa do próprio paciente, mas a defesa organizada da mãe contra a depressão e a culpa inconsciente"[14, p. 156].

Estudos empíricos brasileiros também descrevem essas repercussões. Em pesquisa qualitativa com seis mães com sintomas depressivos no pós-parto, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do Paraná, Greinert et al. (2018)[15] identificaram ambivalência afetiva na díade, dificuldades na amamentação e instabilidade do sono do bebê, interpretadas à luz da teoria winnicottiana.

3.2 Rede de apoio, função paterna e políticas públicas no puerpério

Diante do processo de adaptação do bebê a um ambiente deprimido, é necessário examinar as condições ambientais e sociais que circundam a relação mãe-bebê. As falhas no espelhamento são potencializadas quando a puérpera vivencia desamparo e isolamento social. Para Winnicott (1983)[6], no pós-parto a própria mãe encontra-se em um estado de dependência e vulnerabilidade, necessitando de um ambiente social imediato capaz de lidar com a realidade externa por ela.

A falta de apoio social, especialmente do companheiro, e os conflitos conjugais aumentam o risco de depressão materna e podem agravar seus efeitos sobre a criança[5]. Diante do isolamento e sem ter a quem recorrer, a mulher vê-se diante da urgência de amparo, pois "[...] ela necessita de apoio por esta época, que é melhor dado pelo pai da criança (digamos seu esposo), por sua mãe, pela família e pelo ambiente social imediato. Isso é terrivelmente óbvio mas, apesar disso precisa ser dito"[6, p. 81].

Para além do suporte familiar, o amparo à saúde psíquica e física da mulher na gestação e no puerpério também é uma responsabilidade do Estado. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Caderneta da Gestante, instrumento oficial do Ministério da Saúde, reconhece que sentimentos ambivalentes em relação à gravidez e à maternidade são comuns e orienta a gestante a buscar apoio da equipe de saúde quando eles causarem sofrimento[16]. Assim, a equipe multiprofissional pode identificar precocemente sinais de sofrimento mental nas consultas de pré-natal e do pós-parto imediato, garantindo escuta qualificada e acolhimento[16].

Nesse cenário, a Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023, alterou os arts. 8º e 10 do Estatuto da Criança e do Adolescente para ampliar a assistência à gestante e à mãe durante a gravidez, o pré-natal e o puerpério, incluindo a assistência psicológica no âmbito do SUS[17]. Ao reconhecer que cuidar da saúde mental da mãe é também proteger o desenvolvimento do bebê, a legislação aproxima as políticas públicas da ideia de um ambiente que sustente a mulher nessa fase.

Para Winnicott, "[...] na psicologia do desenvolvimento emocional os processos de maturação do indivíduo precisam de um ambiente de facilitação para que possam concretizar-se"[18, p. 32]; quando não há uma provisão ambiental suficientemente boa, o crescimento emocional fica comprometido[6].

Na maternidade solo, a ausência do companheiro pode intensificar esse desamparo. Em estudo com 2.687 puérperas de Rio Grande (RS), viver com o marido ou companheiro associou-se à menor prevalência de depressão pós-parto, assim como à percepção de bom apoio da equipe de saúde durante o parto[19]. Em estudo qualitativo com 15 jovens mães solteiras, estudantes universitárias, Reloj (2024)[20] descreveu insegurança, choro, irritabilidade, autoculpabilização, isolamento e ideação suicida após o parto, sintomas que as participantes relacionaram às mudanças abruptas em suas vidas com a chegada dos filhos. Esses achados indicam que a falta de um parceiro com quem dividir os cuidados não é apenas uma configuração familiar, mas um fator de vulnerabilidade para a saúde mental no puerpério.

A presença do pai no período de dependência absoluta é de grande importância. Rosa (2009)[21], com base em Winnicott, mostra que, nessa fase, o pai protege a mãe das interferências externas para que ela possa se dedicar à preocupação materna primária, constituindo o principal apoio da dupla mãe-bebê. O pai pode também atuar como substituto materno, a partir de seu "lado materno", e não de sua masculinidade[21].

Ferreira & Aiello-Vaisberg (2006)[22], ao discutirem a teoria winnicottiana, destacam que o pai precisa ser verdadeiramente significativo para a mãe para que se estabeleça uma relação mãe-filho saudável, e que o bebê pode integrar-se com o auxílio da presença paterna, não como duplicação do cuidado materno, mas como função

auxiliar no desenvolvimento. Mais adiante, cabe também ao pai ajudar a mãe a sair do estado de preocupação materna primária, lembrando-a de que ela é também mulher e esposa[21].

Quando a mãe está deprimida, o pai pode sustentá-la e assumir parte dos cuidados. Estudos indicam que, em famílias com mãe deprimida, os pais tendem a se envolver mais com os filhos e que uma interação positiva pai-bebê e uma boa relação conjugal podem atenuar os efeitos da depressão materna[5]. A função de oferecer um ambiente suficientemente bom não depende exclusivamente da mãe biológica, podendo ser exercida pelo pai ou por outra pessoa disponível[22,23].

3.3 *Holding, handling* e mãe suficientemente boa

O bebê, ao nascer, já está sujeito a experiências boas e más que estão fora de seu controle, e o cuidado materno possibilita que ele viva e se desenvolva antes de ser capaz de controlar o que ocorre no ambiente[6]. Na fase de dependência absoluta, o lactente precisa de uma figura materna que se identifique com ele de maneira intensa e contínua.

Winnicott (2000)[14] denomina preocupação materna primária o estado de sensibilidade aumentada que se desenvolve ao final da gestação e se estende pelas primeiras semanas após o parto, no qual a mãe se identifica com o bebê a ponto de perceber o que ele sente e de que precisa, adaptando-se às suas necessidades. Por meio dessa adaptação, o lactente vive a ilusão de que suas necessidades são satisfeitas por sua própria ação, experiência que antecede a formação de sua individualidade[14].

Para que esse estado seja possível, a mãe precisa estar bem física e psicologicamente desde a gestação, o que evidencia a importância do pré-natal psicológico. Arrais & Araujo (2016)[24] observam que o pré-natal ainda privilegia a dimensão biológica e propõem o pré-natal psicológico como intervenção complementar, com grupos temáticos que oferecem apoio emocional, preparam para a maternidade e contribuem para a prevenção da depressão pós-parto.

Os conceitos de *holding* e de *handling* descrevem a sustentação inicial do bebê. O *holding* refere-se à sustentação física e psíquica oferecida pela mãe, que protege o bebê de invasões e acompanha suas mudanças cotidianas, favorecendo a integração; o *handling* corresponde ao manejo do corpo do bebê nos cuidados diários, que favorece a personalização, isto é, o alojamento da psique no corpo[6]. Para Winnicott (1983)[6], o *holding* inicia-se antes mesmo das experiências instintivas e inclui o ato de segurar o bebê no colo, que se configura como uma forma de amar.

O *holding* adequado permite ao bebê a formação de um senso de *self* coeso e da capacidade de ser espontâneo, e a sustentação física e emocional funciona como alicerce para que ele desenvolva segurança e aprenda a tolerar a frustração e a ansiedade[6]. No cenário de vulnerabilidade psíquica e social enfrentado por mães sem rede de apoio e com depressão pós-parto, a menor responsividade materna pode dificultar essa sustentação[5]. Para Winnicott, o lactente e o cuidado materno formam uma unidade indissociável[6].

É por meio do cuidado materno que o recém-nascido consegue organizar seus impulsos, pois a mãe empresta o próprio ego para sustentar a mente frágil do bebê: "a principal razão no desenvolvimento do lactente que faz o lactente habitualmente se tornar capaz de controlar, e o ego de incluir, o id é o fato do cuidado materno, o ego materno completando o ego do lactente e assim tornando-o forte e estável"[6, p. 41]. A partir desse cuidado, o lactente sente que pode ter continuidade de ser, que é a base da força do ego; quando há falhas, essa continuidade é interrompida por reações às consequências delas[6].

O conceito de mãe suficientemente boa aplica-se à primeiríssima infância, etapa em que a mãe desenvolve uma capacidade de identificação com o bebê que lhe possibilita atender às suas necessidades "de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada"[18, p. 31]. A mãe suficientemente boa não é perfeita: sua adaptação acompanha as necessidades do bebê em uma relação viva, na qual ela temporariamente se identifica com o filho[23].

Naffah Neto (2015)[25] define a mãe suficientemente boa, seja a mãe biológica, seja um substituto, como aquela que oferece ao recém-nascido proteção e cuidados suficientes para que sua continuidade de ser não se rompa, sem que ele precise descobrir prematuramente o ambiente externo e reagir a ele. Ela não é perfeita: falha, como qualquer ser humano, mas suas falhas não atingem um limiar capaz de produzir patologias, seja por intrusão, seja por falta de cuidados.

3.4 Verdadeiro e falso *self*

O *self* corresponde à totalidade da experiência de ser do indivíduo. O falso *self* pode ter uma função defensiva, de proteção do verdadeiro *self,* o que, clinicamente, resulta em um senso de irrealidade, já que a espontaneidade e o impulso real só podem provir do verdadeiro *self*[23].

No contexto da depressão pós-parto, a menor disponibilidade e responsividade da mãe[5,11] pode impedir que ela alcance o estado de preocupação materna primária[14]. Quando a adaptação materna falha, o processo de integração é ameaçado, e o bebê fica exposto a ansiedades primitivas, que Winnicott descreve como impensáveis[6].

Quando as falhas ambientais são intensas a ponto de impedir que o bebê constitua uma experiência subjetiva que valha a pena proteger, as consequências refletem-se na divisão de sua personalidade. Segundo Naffah Neto (2015)[25], quando a mãe não consegue ser suficientemente boa e desrespeita as características próprias do bebê, como o ritmo das mamadas e do sono, o bebê é obrigado a formar um falso *self* patológico, moldando-se às demandas externas e distanciando-se de sua espontaneidade. O verdadeiro *self* permanece presente, porém escondido e protegido, posto fora de circuito e substituído pelo falso *self* nas relações com o

ambiente[25].

O verdadeiro *self* é, em síntese, um potencial para o amadurecimento cuja constituição depende de um ambiente facilitador que o sustente: o gesto espontâneo é a expressão do verdadeiro *self,* e somente ele pode ser criativo e sentir-se real[6]. Quando o ambiente falha em acolher os gestos espontâneos e o bebê passa a submeter-se à intrusão como modo de sobrevivência, configura-se a etiologia do falso *self*, que protege o sujeito, mas produz sensações de irrealidade, futilidade e falta de sentido na vida[26].

4. DISCUSSÃO

4.1 Depressão pós-parto, desamparo e falhas no *holding*

A articulação entre os eixos do Desenvolvimento indica que a depressão pós-parto não pode ser compreendida apenas como um adoecimento individual da mulher. Os dados epidemiológicos demonstram sua magnitude no Brasil[10], e a literatura relaciona seu agravamento ao isolamento social, à sobrecarga de tarefas e à falta de suporte da família, do parceiro e da comunidade[3,5]. Esse cenário é relevante na maternidade solo, em que a maior parte das mães vivem apenas com os filhos, sem outros adultos com quem dividir as responsabilidades[4].

Na perspectiva winnicottiana, essa condição ganha relevo porque a própria mãe, no puerpério, encontra-se em um estado de dependência e precisa de um ambiente que a sustente para que possa sustentar o bebê[6]. Os estudos sobre interação mãe-bebê mostram que a depressão reduz a responsividade materna e a sincronia da díade[5,11], o que se aproxima do que Winnicott descreve como falha na adaptação ativa da mãe. O desamparo materno pode, assim, transformar-se em uma falha ambiental para o bebê, que depende dessa adaptação para viver a continuidade de ser[6].

As contribuições de Green (1988)[12] e de Winnicott (1975)[13] convergem ao descrever o que ocorre na relação com uma mãe deprimida: o rosto materno deixa de funcionar como espelho, e o bebê, em vez de encontrar a si mesmo no olhar da mãe, encontra a tristeza ou o vazio. Diante dessa ausência, a criança pode adaptar-se precocemente às necessidades da mãe, tornando-se aquela que cuida, o que antecipa a lógica defensiva do falso *self*[12,14].

Essa leitura não implica responsabilizar individualmente a mãe. Winnicott (1983)[6] ressalta que a mãe precisa de apoio do pai, da família e do ambiente social imediato, e a literatura sobre a função paterna mostra que o pai, ou outra pessoa disponível, pode sustentar a mãe e, quando necessário, assumir os cuidados do bebê[5,21,22]. A falha no *holding* resulta, assim, de uma falha da rede que deveria sustentar a díade, o que desloca a discussão da culpa materna para as condições de cuidado oferecidas às mulheres. Na maternidade solo, essa falha tende a ser mais intensa, já que viver com um companheiro associa-se à menor prevalência de depressão pós-parto[19] e que mães solteiras relatam isolamento e sofrimento intenso após o parto[20].

4.2 Falso *self,* vazio e funcionamento limítrofe: apontamentos

Quando as falhas ambientais são intensas e persistentes, o falso *self* pode deixar de ser uma organização defensiva que protege o verdadeiro *self* e passar a ocupar o lugar da existência. Naffah Neto (2010)[26] observa que, nesses casos, o falso *self* protege o sujeito de uma desorganização mais grave, mas a vida vivida a partir dele produz sensações de irrealidade, futilidade e falta de sentido, o que permite aproximá-lo das experiências de vazio descritas na clínica.

Winnicott, segundo Naffah Neto (2010)[26], entende por caso *borderline* aquele em que o centro do distúrbio é psicótico, mas o paciente dispõe de organização psiconeurótica suficiente para apresentar sintomas neuróticos ou psicossomáticos quando a ansiedade psicótica ameaça irromper. Nos períodos mais estáveis, o falso *self* cumpre seu papel defensivo; nos períodos críticos, quando essa defesa falha, podem surgir desintegrações. Na descrição psiquiátrica, o transtorno da personalidade *borderline* caracteriza-se por instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos, impulsividade e sentimentos crônicos de vazio[27], aspectos que dialogam com a noção de falso *self* patológico.

Alguns estudos empíricos oferecem apoio parcial a essa aproximação. Em uma coorte comunitária com 6.050 mães e seus filhos, a depressão materna durante a gestação associou-se a sintomas de transtorno da personalidade *borderline* nos filhos aos 11 e 12 anos, mesmo após o ajuste para depressão pós-natal, práticas parentais inadequadas e adversidades familiares[28]. Em estudo caso-controle com 100 adultos com o transtorno e 100 controles, os pacientes apresentaram, com maior frequência, histórico de baixo apoio social, conflitos familiares e problemas conjugais durante a gestação de suas mães[29].

Em conjunto, essas formulações e evidências permitem levantar a hipótese de que a depressão pós-parto sem rede de apoio, ao comprometer o *holding,* possa contribuir para a constituição de um falso *self* patológico e, em situações extremas, para o funcionamento limítrofe na vida adulta. Trata-se, contudo, de uma hipótese teórica: os estudos empíricos disponíveis referem-se ao período pré-natal, e não há pesquisas que acompanhem bebês de mães com depressão pós-parto até a vida adulta, o que impede afirmar uma relação causal entre esses fenômenos.

4.3 Implicações para o cuidado no pré-natal e no puerpério

Se a qualidade do *holding* depende de uma mãe sustentada pelo ambiente, a prevenção das falhas iniciais passa pelo cuidado com a própria mulher. A Caderneta da Gestante orienta a identificação precoce de sinais de sofrimento mental no pré-natal e no pós-parto[16], e a Lei nº 14.721/2023 ampliou a assistência psicológica a gestantes e puérperas no SUS[17]. Essas iniciativas aproximam as políticas públicas do que a teoria

winnicottiana descreve como ambiente facilitador, e o papel dos serviços nessa rede é reforçado pela associação entre a percepção de bom apoio da equipe de saúde durante o parto e a menor prevalência de depressão pós-parto[19]. Não foram localizados, porém, estudos publicados sobre a implementação da assistência psicológica prevista na lei, lacuna que merece ser investigada.

O pré-natal psicológico[24] e o fortalecimento da rede de apoio familiar e comunitária podem reduzir o isolamento da puérpera e favorecer as condições para que ela exerça a preocupação materna primária. No caso das mães solo, a identificação de quem pode ocupar a função de suporte, seja um familiar, seja outra pessoa disponível, torna-se parte do cuidado[5,21]. Para a Psicologia, essas implicações reforçam a importância da escuta qualificada da puérpera e da atenção à díade mãe-bebê, compreendendo o sofrimento materno como expressão das condições em que a maternidade é vivida, e não como falha individual da mulher.

5. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo discutir de que forma a depressão pós-parto, especialmente quando acompanhada pela ausência de uma rede de apoio, pode repercutir na função de *holding* e na constituição do *self* do bebê, a partir da perspectiva de Donald Winnicott e de André Green. A análise permite compreender que o sofrimento psíquico materno não se restringe à experiência individual da mulher: quando somado ao isolamento e à sobrecarga, pode reduzir sua disponibilidade emocional e dificultar a sustentação física e psíquica necessária ao desenvolvimento inicial do bebê.

Os aspectos discutidos indicam que o cuidado com a mãe também é uma forma de cuidado com a criança. A presença de familiares, do companheiro ou de outras pessoas que sirvam de suporte, assim como o acolhimento dos serviços de saúde, pode contribuir para construir um ambiente de apoio à díade mãe-bebê. Nessa perspectiva, as dificuldades no *holding* não devem ser atribuídas exclusivamente à mãe, mas compreendidas considerando as condições sociais, afetivas e institucionais em que a maternidade acontece.

Em relação à constituição do falso *self,* o trabalho conclui que falhas ambientais persistentes podem favorecer formas precoces de adaptação do bebê às demandas externas, em prejuízo de sua espontaneidade. A possível relação desse processo com o funcionamento limítrofe na vida adulta, entretanto, deve ser entendida como hipótese teórica, e não como uma relação causal estabelecida. Os estudos abordados sobre o transtorno de personalidade *borderline* tratam principalmente de adversidades no período pré-natal e não permitem afirmar que a depressão pós-parto ou a ausência de rede de apoio produzam esse funcionamento.

Como limitações, destacam-se o caráter narrativo da revisão, com seleção intencional das fontes, e a escassez de pesquisas que acompanhem, ao longo do desenvolvimento, crianças expostas à depressão materna no pós-parto e à falta de suporte social. Estudos longitudinais, investigações sobre a experiência de mães solo e avaliações da implementação das políticas de assistência psicológica no pré-natal e no puerpério poderão aprofundar essas questões. Conclui-se que fortalecer a rede de apoio e ampliar o cuidado em saúde mental durante esse período são medidas importantes para oferecer condições mais favoráveis ao amadurecimento emocional do bebê.

6. FINANCIAMENTO

Os autores declaram que a pesquisa não recebeu financiamento específico de agências de fomento, empresas ou instituições públicas ou privadas.

7. REFERÊNCIAS

[1] Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. Rev Bras Saude Mater Infant. 2011. 11(4):369-79.

[2] Tolentino EC, Maximino DAFM, Souto CGV. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. Rev Cienc Saude Nova Esperanca. 2016. 14(1):59-66. [acesso 6 abr. 2026] Disponível em: http://www.revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/77

[3] Martins FM, Araujo LMB, Amâncio NFG, *et al.* Os fatores desencadeantes e sintomas associados à depressão pós-parto. Braz J Implantol Health Sci. 2024. 6(2):222-42. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n2p222-242.

[4] Feijó J. Mães solo no mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Blog do IBRE, Fundação Getulio Vargas. 2023 maio 12. [acesso 29 out. 2026] Disponível em: https://blogdoibre.fgv.br/posts/maes-solo-no-mercado-de-trabalho

[5] Frizzo GB, Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicol Estud. 2005. 10(1):47-55.

[6] Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Tradução de Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed. 1983.

[7] Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul Enferm. 2007. 20(2):v-vi.

[8] Zanotti SV, Miura PO. Revisão da literatura: os exemplos de Freud e Lacan. In: Queiroz EF, Zanotti SV, organizadoras. Metodologia de pesquisa em psicanálise. Porto Alegre: Editora da UFRGS. 2023. p. 55-74.

[9] Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. 2016 maio 24. Seção 1:44-6.

[10] Theme Filha MM, Ayers S, Gama SGN, *et al.* Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. J Affect Disord. 2016. 194:159-67. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.020.

[11] Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Estud Psicol (Natal). 2003. 8(3):403-11.

[12] Green A. A mãe morta. In: Green A. Narcisismo de vida, narcisismo de morte. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Escuta. 1988.

[13] Winnicott DW. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago. 1975. p. 153-62.
[14] Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: textos escolhidos. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago. 2000.
[15] Greinert BRM, Carvalho ER, Capel H, *et al.* A relação mãe-bebê no contexto da depressão pós-parto: estudo qualitativo. Saude Pesqui. 2018. 11(1):81-8.
[16] Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da gestante. 6ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde. 2022.
[17] Brasil. Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023. Altera os arts. 8º e 10 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Diário Oficial da União. 2023 nov 9. Seção 1:1.
[18] Winnicott DW. Os bebês e suas mães. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 1999.
[19] Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Cad Saude Publica. 2017. 33(9):e00094016. doi: 10.1590/0102-311X00094016.
[20] Reloj JP. As experiências vividas por mães solteiras após o parto: histórias de depressão pós-parto (DPP). Divers J. 2024. 9(1):268-88. doi: 10.48017/dj.v9i1.2926.
[21] Rosa CD. O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. Nat Hum. 2009. 11(2):55-96.
[22] Ferreira MC, Aiello-Vaisberg TMJ. O pai "suficientemente bom": algumas considerações sobre o cuidado na psicanálise winnicottiana. Mudancas Psicol Saude. 2006. 14(2):136-42.
[23] Winnicott DW. Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.
[24] Arrais AR, Araujo TCCF. Pré-natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. Rev SBPH. 2016. 19(1):103-16.
[25] Naffah Neto A. A "carne" (chair) como referência ontológica da "mãe suficientemente boa": aproximando Merleau-Ponty e Winnicott. Nat Hum. 2015. 17(2):61-74. doi: 10.59539/2175-2834-v17n2-213.
[26] Naffah Neto A. Falso self e patologia borderline no pensamento de Winnicott: antecedentes históricos e desenvolvimentos subsequentes. Nat Hum. 2010. 12(2):77-95.
[27] American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. 5ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed. 2023.
[28] Winsper C, Wolke D, Lereya T. Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11-12 years. Psychol Med. 2015. 45(5):1025-37. doi: 10.1017/S0033291714002128.
[29] Schwarze CE, Mobascher A, Pallasch B, *et al.* Prenatal adversity: a risk factor in borderline personality disorder? Psychol Med. 2013. 43(6):1279-91. doi: 10.1017/S0033291712002140.