



**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

LUCA ZUCCARI BOSKOVITZ

A DELIMITAÇÃO DO ESTADO PUERPERAL PARA CARACTERIZAÇÃO DO INFANTICÍDIO: LEITURAS MÉDICA, PSICOLÓGICA E JURÍDICA

São José do Rio Preto/SP

2023

Luca Zuccari Boskovitz

A Delimitação do Estado Puerperal para Caracterização do Infanticídio: leituras médica,
psicológica e jurídica

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Eudes Quintino de Oliveira Júnior

São José do Rio Preto/SP

2023

Boskovitz, Luca Zuccari

A delimitação do estado puerperal para caracterização do infanticídio: leituras médica, psicológica e jurídica/ Luca Zuccari Boskovitz – São José do Rio Preto, 2023. xiii, 84 páginas.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde. Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

The delimitation of the puerperal state for the characterization of the infanticide: medical, psychological and juridic readings.

Orientador: Prof. Dr. Eudes Quintino de Oliveira Júnior

1. Maternidade; 2. Estado Puerperal; 3. Distúrbios Psicológicos; 4. Infanticídio.

LUCA ZUCCARI BOSKOVITZ

**A DELIMITAÇÃO DO ESTADO PUERPERAL PARA CARACTERIZAÇÃO
DO INFANTICÍDIO: LEITURAS MÉDICA, PSICOLÓGICA E JURÍDICA**

BANCA EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Eudes Quintino de Oliveira Júnior

Instituição: Programa de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

1º Examinador: Profa. Dra. Doroteia Rossi Silva Souza

Instituição: Programa de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

2º Examinador: Prof. Dr. Lazslo Antonio Ávila

Instituição: Programa de Psicologia e Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

São José do Rio Preto, 17 de março de 2023.

Este trabalho contou com apoio financeiro na forma de bolsa de estudos fornecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) durante o período de agosto de 2021 a maio de 2022.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	ix
Resumo.....	x
Abstract.....	xii
Introdução.....	1
Método.....	8
Delineamento da pesquisa.....	8
Participantes.....	8
Materiais e instrumentos.....	8
Procedimento.....	8
Análise de Dados.....	10
Aspectos Éticos.....	11
Resultados.....	12
a. Aquelas que “matam o próprio filho”.....	12
a.1 - caso 01.....	15
a.2 – caso 02.....	18
a.3 - caso 03.....	20
a.4 – caso 04.....	22
a.5 - caso 05.....	25
b. Dissecando os casos.....	31
Discussão.....	50
A duração do estado puerperal e a dificuldade de sua aferição.....	50
Para além do estado puerperal: doenças e distúrbios psíquicos no período neonatal.....	56
Psicose puerperal.....	56

Depressão pós-parto	60
Disforia puerperal (<i>maternity blues/baby blues</i>)	63
Cruzamento de dados e uma reflexão	64
Conclusões.....	78
Referências Bibliográficas.....	79

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas que são e foram mães.

Àqueles que nasceram, cresceram e viveram, saibam que são frutos de uma mãe
que os aceitou, ainda que indiretamente.

A elas, nossa eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Peço sempre à minha memória para não me trair, ainda que sem querer. Mesmo porque, se fizer, não saberei. Portanto, no caso deste infortúnio vir a ocorrer, minhas singelas desculpas.

Meu agradecimento inicial e maior vai à minha mãe, Debora, que me noticiou da abertura do processo seletivo deste programa de mestrado e, desde então, nunca me deixou esquecer que estava nele.

Meu agradecimento segundo vai à minha noiva e tão logo esposa, Letícia Lara, que, desde quando nos conhecemos, mostrou a mim que “sim, sou capaz”.

Meu agradecimento terceiro vai ao meu pai, Flavio, e à minha irmã, Rebeca, que, nos seus modos, sempre perpassaram pela fé ao me apoiarem.

O quarto agradecimento para o meu orientador, Eudes Quintino de Oliveira Júnior, que foi parte indissociável deste projeto e me ajudou a passar incólume por este desafio.

Mais um agradecimento, agora ao corpo docente da FAMERP, em especial ao professor Nelson Iguimar Valerio, que me acolheu em sua disciplina de Ética na graduação e me permitiu ser seu monitor e ao professor e amigo Lazslo Ávila pelo dom que tem com as palavras.

E, por fim, um agradecimento especial à CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

When modern men and women lost religious faith, they lost the associated belief that human beings are special, that we are created with purpose to undertake a life with meaning. (...) If we believe that we are just animals, without immortal souls, we are already but one step removed from pod people.

(Frase extraída do prefácio escrito por Dean Koontz para o livro de Jack Finney “*Invasion of the Body Snatchers*”)

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Síntese das respostas para as perguntas de França	49
Tabela 02 – Síntese dos crimes imputados em cada fase do processo	73
Tabela 03 – O tempo e tipo de pena que cada mulher recebeu	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

fls. folhas

sic. assim estava escrito

BHCG Beta Human Chorionic Gonadotropin

°C Graus Celsius

p. página

pp. páginas

etc. et cetera (“e outras coisas semelhantes”)

STJ Superior Tribunal de Justiça

STF Supremo Tribunal Federal

Boskovitz, L. Z. (2023). *A delimitação do estado puerperal para caracterização do infanticídio: leituras médica, psicológica e jurídica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

RESUMO

Introdução: o estado puerperal é um caso clínico derivado do puerpério de caráter subjetivo e singular que, quando grave, afeta a puérpera de forma a obnubilar sua consciência e anular sua volição, deixando-a vulnerável a ter pensamentos e/ou cometer atitudes extremas, tais como a ocisão do próprio filho, a fim de externalizar seu sentimento de recusa/repulsa/insegurança pelo infante. A duração deste estado, no entanto, é incerta, uma vez que está atrelada diretamente a fatores tanto internos (abnegação da maternidade) quanto externos (meios familiar, social e econômico) da mãe. **Objetivos:** o estudo do estado puerperal para estimar sua duração e, com isso, estipular os maiores e menores graus de influência capazes de acarretar nos distúrbios psicológicos relacionados, além de compreender as externalidades que sujeitam a mulher ao estado de vulnerabilidade social e moral notado. **Método:** pesquisa documental, bibliográfica e aplicada, de cunho descritivo, de natureza qualitativa e de estudo não-experimental transversal com caráter observacional retrospectivo. A pesquisa se contentou em extrair cinco casos jurídicos envolvendo a morte do infante pela mãe e, compulsando o material colhido, passou-se à análise da situação fática retratada através de depoimentos da mãe, policiais envolvidos na operação e familiares e amigos próximos, além de laudos médicos disponíveis e o histórico da mãe obtido. Com as informações em mãos, foram os casos submetidos ao Questionário de Estado Mental da Infanticida para verificação de suas condições clínicas. Por fim, houve o cruzamento das respostas com o conteúdo bibliográfico pesquisado. **Resultados:** os estudos apontaram para uma incerteza na delimitação

exata do estado puerperal no que tange à sua duração, por ser fortemente ligado à subjetividade de cada mulher. No entanto, constatou-se maior influência deste estado em períodos imediatamente após o parto, justamente pelo pico hormonal e momento de maior tensão presentes. Em ao menos quatro dos cinco casos estudados observou-se determinadas semelhanças ao contexto em que a mãe está inserida, quais sejam: 1. classe social baixa, 2. família desestruturada, 3. receio de pouco ou nenhum apoio da família à sua gravidez, 4. figura paterna do bebê ausente, 5. gravidez indesejada e 6. Idade da mãe normalmente entre 18 e 25 anos. **Conclusão:** a falta de amparo social e familiar gera insegurança na mulher grávida e, aliada à ausência da figura paterna do infante, fica ela vulnerável às alterações psíquicas ocasionadas pelo estado puerperal e, com isso, ter sua volição racional inibida em favor de pensamentos extremados que, se não tratados preventivamente, podem levar à ocisão do bebê. O estado puerperal, por estar diretamente conectado ao âmago da mulher, não pode ter sua duração definida com exatidão, porquanto está sujeito às suas mais variáveis singularidades. Contudo, para fins de julgamento no meio jurídico, deve ser dada interpretação expansiva ao artigo 123 do Código Penal a fim de englobar também as mulheres que cometem o infanticídio dias, ou até mesmo semanas, após o parto — desde que influenciadas pelo estado puerperal. **Palavras-chave:** Infanticídio; Estado puerperal; Puerpério; Psicose puerperal; Disforia puerperal; Depressão pós-parto.

Boskovitz, L. Z. (2023). *The delimitation of the puerperal state for the characterization of infanticide: medical, psychological and legal readings*. (Master's Dissertation). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, São José do Rio Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: the puerperal state is a clinical case derivative from puerperium of a subjective and singular character that, when severe, affects the postpartum woman in a way which obnubilates her consciousness and annuls her volition, leaving her vulnerable to have thoughts and/or commits extreme attitudes, as like killing her own child, in order to externalize her feeling of refusal/repulse/hesitation by the infant. The duration of this state, however, is uncertain, since it's directly harnessed to such mom's internal factors (selflessness of motherhood) as well as external ones (family, social and economic environment). **Objectives:** the study of the puerperal state to estimate its duration and, therefore, estipulate the majors and minors deegrees of influence capable of causing related psychological disorders, in addition to understanding the externalities that subjects women to the noted condition of social and moral vulnerability. **Method:** documental, bibliographical and applied research, of a descriptive and qualitative nature and of a non-experimental cross-sectional study with a retrospective observational character. The research has contented in extracting five lawsuits involving the death of the infant by his mother and, compulsing the material collected from the cases files, proceeded to the analysis of the factual situation portrayed through the mother's, officer's involved in the situation and closest friends and family members' testimonies, besides available medial reports and mother's historical life data. With the informations in hand, the cases were submitted to the Infanticide's Mental Status Questionnaire to verify their clinical conditions. Finally, the answers were crossed with the researched bibliographical content.

Results: the studies pointed to a uncertainty in the exact delimitation of the puerperal state in terms of its duration, as it is strongly linked to the subjectivity of each woman. However, there was a greater influence of this state in periods immediately after childbirth, mainly because the presence of the hormonal peak and moment of greater tension. In at least four of the five cases studied, certain similarities were observed in the context in which the mother is inserted, which are: 1. lower social class, 2. disrupted family, 3. fear of low or none family's support for her pregnancy, 4. absent baby's father figure, 5. unwanted pregnancy and 6. mother's age normally between 18 and 25 years. **Conclusion:** The lack of social and family support generates a self-confidence debilitation in the pregnant woman and, allied to the absence of the infant's father figure, lets her vulnerable to the psychic alterations caused by the puerperal state and, therefore, have your rational volition inhibited in favor of extreme thoughts that, if not treated preventively, could lead to the baby's assassination. The puerperal state, as it is directly connected to the woman's essence, cannot have its duration precisely defined, once it is subject to its most variable singularities. However, for purposes of punishment in the legal environment, must be given na expansive interpretation to the article 123 of the Penal Code in order to also encompass women who commit infanticide days, or even weeks, after childbirth — since they are influenced by the puerperal state. **Keywords:** Infanticide; Puerperal state; Puerperium; Puerperal psychosis; Maternity blues; Pospartum depression.

INTRODUÇÃO

Há um dissenso na literatura científica acerca da duração do estado puerperal, pelas razões mais variadas. A inexatidão é devida, por exemplo, ao fato de que cada mulher encara a gravidez de uma forma diferente, não sendo uniforme a reação nos seus organismos, constatando mudanças tanto fisiológicas quanto psicológicas (Benaglia, 2018, p. 178).

Durante este período a mulher está sujeita, por exemplo, a um estado clínico grave conhecido como psicose puerperal, que se subdivide em tipos mais específicos, quais sejam a psicose maníaco-depressiva, esquizofrenia e perturbação tóxico-infecciosa.

Apesar de incerta a duração deste estado, é nítida a sua evolução conceitual na percepção do Código Penal de 1890 em comparação com o atual. Anteriormente punia-se o infanticídio quando o agente¹ matasse o recém-nascido dentro dos primeiros 7 dias após o parto, sendo apenado com seis a vinte e quatro anos de prisão, uma pena mais grave que o homicídio simples nos dias de hoje².

O crime somente teria a pena abrandada se fosse cometido pela mãe por motivo de ocultar desonra própria e, ainda assim, era punido muito mais gravemente que hoje³. O Código atual evoluiu no sentido de reconhecer que a mãe, quando comete tal crime, está alterada psicologicamente pelo estado puerperal de modo que afete diretamente a sua consciência e, por consequência, a sua volição racional. Assim, naturalmente, sua punição deveria ser menos rigorosa e tratada com mais humanidade.

¹ “Agente”, neste caso, é o nome que se dá àquele que supostamente cometera o crime, isto é, o acusado (polo passivo de uma ação penal).

² O artigo 121 do Código Penal prevê uma pena de seis a vinte anos de reclusão.

³ De três a nove anos de prisão contra dois a seis anos de detenção hoje.

A mulher, dada a situação severa em que está colocada, é muito mais vítima que agressora — ainda que considerada a gravidade do seu ato. Isto porque, como se verá adiante, o estado puerperal acomete distúrbios psicológicos severos na psique da mulher, impossibilitando-a de ter um claro discernimento sobre sua ação.

O puerpério é tido como “o período que vai da expulsão da placenta após o parto até o retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao estado de antes da gravidez”⁴, segundo a ginecologista e obstetra Márcia Maria Tabacow Gomes. De acordo com ela, esse processo dura em média 40 dias, podendo, ainda, ser cumulado com episódios de melancolia e irritabilidade, além da depressão pós-parto, quadro clínico este mais grave.

Já o estado puerperal propriamente dito, uma condição *sui generis* derivada do puerpério, se refere à deficiência na capacidade de entendimento e discernimento da mulher em decorrência do parto. Isto é, trata-se de um estágio momentâneo presente na mãe capaz de deixá-la inconsciente dos seus atos e, portanto, vulnerável à prática deles as quais jamais faria se se encontrasse em sua normalidade. Trata-se de uma situação singular que torna o infanticídio um delito excepcional, como bem delineado na redação da exposição de motivos do Código Penal de 1940 (vigente), *in verbis*:

O infanticídio é considerado um *delictum exceptum* quando praticado pela parturiente sob a influência do estado puerperal. Esta cláusula, como é óbvio, não quer significar que o puerpério acarrete sempre uma perturbação psíquica: é preciso que fique averiguado ter esta realmente sobrevivido em consequência daquele, de modo a diminuir a capacidade de entendimento ou de auto-inibição da parturiente. Fora daí, não há por que distinguir entre infanticídio e homicídio. Ainda quando ocorra a *honoris causa* (considerada pela lei vigente como razão de especial abrandamento da pena), a pena aplicável é a de homicídio.

Resta evidente que o legislador reconheceu o estado puerperal como uma “causa de diminuição de pena”, traduzido numa espécie de homicídio privilegiado, convertido

⁴ Cf. reportagem: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53688554>

em crime próprio com pena-base já abaixo do mínimo legal para o delito do homicídio simples.

Cabe dizer, em palavras mais lúcidas: preferiu o legislador criar um tipo penal próprio para o caso, transformando o delito de homicídio praticado pela mãe, contra o filho, sob a influência do estado puerperal, durante ou logo após o parto, em infanticídio. Assim, temos que este delito externaliza o desejo do legislador em reconhecer o estado puerperal como condição excepcionalíssima presente na mãe, porém, estranhamente, o coloca como uma condição a ser provada pela parte, não o tratando como fato presumido.

O estado puerperal e, portanto, seus efeitos sobre o psicológico da mãe, não é certo que cessa *logo após* o parto. É inequívoco pensar em diversas situações cuja acusação e posterior condenação se deu por homicídio quando, na verdade, se tratava de infanticídio. Se o legislador reconheceu a excepcionalidade deste tipo penal em virtude dos efeitos advindos do estado puerperal, acredita-se que o equívoco reside justamente no fato da necessidade de prová-lo, uma vez que são notórios os sinais de confusão mental oriundos do desespero apresentado pelas parturientes.

A perturbação psíquica apresentada pela mãe aponta para possível presença do estado puerperal, conduzindo à provável caracterização do infanticídio — e não do homicídio. Os traços psicológicos do perfil da mãe afetada em decorrência deste estado levam à deficiência de sua cognição, podendo ainda evoluir para doença mental, impossibilitando-a, assim, de entender o caráter ilícito de seu ato.

O tema é naturalmente interdisciplinar. Passamos pela medicina quando estudamos o ciclo da gravidez e do puerpério e as mudanças que ocorrem na mulher durante essas fases; pela psicologia quando adentramos nos distúrbios psicológicos e patológi-

cos envolvidos, e também quando buscamos entender o pensamento envolto nas mulheres nessa época da vida; e, por fim, pelo direito quando estudamos a responsabilidade legal da mulher pela morte do filho.

É seguro afirmar que o infanticídio está presente desde o mais remoto dos tempos. Na Idade Média, no entanto, não se fazia distinção entre homicídio e infanticídio e, aos infanticidas⁵, era aplicada a pena de *culeus*⁶, “de arrepiante atrocidade” (Hungria & Fragoso, 1981, p. 240).

Como importantes registros históricos apontam, ao longo do século XV o Concílio de Florença decretou que todos aqueles que não eram batizados, ao morrerem, teriam sua alma enviada diretamente ao inferno para punição, sendo proibido o enterro de seus corpos em solo sagrado. Isso renderia ao crime de infanticídio massiva rejeição por parte da sociedade civil, tratando-o como mais do que um mero pecado, e sim como “*the most heinous of all crimes*” (Obladen, 2015, p. 85). Assim, este decreto combinado com o dado no século XVI pelo Concílio de Trento⁷, influenciou a legislação em toda a Europa, por muito tempo.

O infanticídio somente passou a ser visto como um crime próprio, reconhecendo a situação especial que vive a mãe após o parto, no século XVIII (Führer & Führer, 2004, p. 36), sendo “punido com benevolência ou como uma modalidade privilegiada de homicídio” (Pierangeli, 2013, p. 292).

O infanticídio, portanto, antes visto como um crime abominável de origem diabólica no século XV, ferrenhamente combatido pela Igreja Católica, com doutrinação

⁵ À época tanto o pai quanto a mãe poderiam cometer o infanticídio, pois o crime mais se restringia ao fato de matar o recém-nascido, sem levar em consideração a condição psicológica da mãe no pós-parto.

⁶ “Logo que os crimes fossem provados, o sujeito era vendado por não ser digno da luz, açoitado com varas, amarrado dentro de um saco, às vezes em adição de uma serpente, um cachorro, um macaco e um galo” e, em seguida, jogado no rio.”;

⁷ “*The prevarication of Adam (...) has transfused into the whole human race sin, which is the death of the soul (...)*” (Obladen, 2015, p. 86);

religiosa fortíssima que pairava sobre sua prática, percorreu séculos de rejeição histórica até chegar no entendimento de tratamento privilegiado que tem hoje.

Em outra ocasião tive a oportunidade de falar da caracterização do crime de infanticídio:

No crime, “somente tem em conta a particular perturbação fisiopsíquica decorrente do parto”⁸ e, além do fator tempo, nada mais. Considerando que “o estado puerperal pode determinar, mas nem sempre determina a alteração do psiquismo da mulher normal”⁹, ele é determinante somente no quando implica em influência direta no discernimento da mãe, causando nela transtornos psicológicos de tamanha gravidade que a levaria a matar o próprio filho. (Boskovitz, 2019, p. 51)

Assim, teríamos o infanticídio caracterizado somente quando o estado puerperal tivesse influenciado na volição da mãe, e não apenas existido por si só. Acontece que, ao mesmo tempo que a presunção da ocorrência do estado puerperal deve existir, mais que certa seria a presunção da sua influência. A condição de extrema vulnerabilidade, tanto física quanto mental, a que a mulher está sujeita não permite concluir de outra maneira este tratamento, senão o de presumir que todo parto vincula a mulher ao estado puerperal e todo estado puerperal influencia no seu consciente.

Tendo tudo isso em vista, pretendeu-se, como **objetivo** desta dissertação, o estudo do estado puerperal e sua abrangência no que tange aos distúrbios psicológicos ocasionados na parturiente que a levam ao cometimento do infanticídio, além de outros **objetivos em sentido estrito**, tais como:

- a. Estimar a duração do estado puerperal;
- b. Dentro desta duração, estipular os menores e maiores graus de sua influência;

⁸ (Hungria & Fragoso, 1981, p. 245).

⁹ (Hungria & Fragoso, 1981, p. 247).

- c. Analisar julgados de infanticídio, em seu significado literal (e não jurídico) para entender o contexto em que a parturiente que matou o neonato está inserida;
- d. Traçar o perfil das infanticidas.

A presente dissertação está centrada em demonstrar as perturbações psicológicas advindas do estado puerperal e do trauma pós-parto presentes na mãe, no sentido de indicar sua condição de consciência e discernimento capazes de torná-la propensa a demonstrar falhas graves de comportamento, a incluir desvios verdadeiramente fulminantes como a ocisão do próprio filho.

A importância na tentativa de delimitar a duração do estado puerperal engloba não somente as mulheres que cometeram o infanticídio unicamente influenciadas por ele, mas também aquelas que o cometeram após desenvolverem ou despontarem distúrbios verdadeiramente patológicos — como a psicose puerperal, depressão pós-parto e disforia puerperal.

Dessa forma, o cenário não deve ser encarado com pronta repulsa e condenação da mãe, devendo ela passar por exames clínicos capazes de analisar seu comportamento e condição mental a fim de entender os desvios comportamentais a que estão sujeitas.

A verdade é que há falta de consenso acerca do estado puerperal e, aliado ao fato do infanticídio comportar um tipo penal próprio, realça a importância em definir o seu alcance e a sua magnitude de influência no perfil psicológico materno.

Há relatos que o tema é tratado de forma não científica por médicos legais e doutrinadores do direito penal, gerando um risco de vício no julgamento dos processos.¹⁰ É imperioso que tal vício (que é mais pautado na “moralidade” e menos na ciência e na

¹⁰ Cf. novamente reportagem da BBC apontada acima.

ética) não se difunda entre os profissionais da saúde, exigindo, pois, maior atenção dos pesquisadores em contribuir para uma definição mais precisa da prevalência deste estado excepcional da mulher, no sentido de tentar delimitá-lo a fim de caracterizar o infanticídio sob uma ótica mais precisa, com menos resvalos teóricos e mais parâmetros-base.

Portanto, se é verdade que o que difere o infanticídio do homicídio é a influência do estado puerperal, seu estudo contribuiria pela interpretação da presunção desta condicionante do tipo penal, principalmente quando os fatores externos e internos ligados a mulher forem favoráveis para o cometimento deste crime.

Não seria muito mais crível, pois, pensar que estariam essas mulheres tomadas pelo desespero e sensação de incerteza acerca do nascimento do infante do que simplesmente pela pura maldade de um assassinato?

MÉTODO

Delineamento da pesquisa

Pesquisa documental, bibliográfica e aplicada, de cunho descritivo, de natureza qualitativa e de estudo não-experimental transversal com caráter observacional retrospectivo.

Participantes

Fizeram parte deste estudo cinco réis em processos criminais distintos que tramitam ou tramitaram no Poder Judiciário.

Materiais e instrumentos

Foram utilizados conteúdos e informações de cinco processos judiciais de acesso público (parte da rotina forense deste pesquisador, que é advogado), dos quais contêm laudos periciais, laudos médicos, exames de sanidade mental, interrogatórios, declarações, depoimentos judiciais, denúncias, peças de acusação e defesa, sentenças, acórdãos e documentos afins.

Também se utilizou o **Questionário de Estado Mental da Infanticida** presente no livro Medicina Legal do autor Genival Veloso de França.

Procedimento

Inicialmente, houve a extração de nove processos judiciais, filtrados por palavras-chaves relacionadas diretamente à pesquisa. Após, dentre estes nove processos, foram selecionados aqueles cujo crime fora cometido em território nacional. Em um novo filtro, manteve-se somente aqueles cuja mãe matara o próprio filho por seus atos solos.

Com isso, passou-se a analisar os depoimentos em sede policial e judicial da mãe, as declarações dos policiais, médicos, familiares e/ou terceiros envolvidos, laudos médicos e periciais, além de outros documentos públicos pertinentes.

Com os dados em mãos, foram eles submetidos ao Questionário de Estado Mental da Infanticida, contendo cinco perguntas de autoria de França e uma pergunta de autoria própria, para fins de esclarecimento acerca da psique da mulher no momento do crime.

Por fim, houve o cruzamento destes resultados com o material bibliográfico levantado¹¹ a fim de viabilizar as conclusões deste trabalho ora transcritas na seção oportuna.

Para não afetar a imparcialidade da leitura, preocupado em identificar os sintomas e externalidades presentes na mãe, temos que os resultados da pesquisa se fizeram pela apreciação, em caráter anônimo, dos cinco distintos casos jurídicos selecionados.

¹¹ Houve nele o estudo aprofundado do estado puerperal na literatura médica, psicológica e jurídica, tendo como principal objetivo a máxima extração possível de informações a respeito deste instituto, buscando na leitura seu lapso temporal estimado e se podíamos falar em estado puerperal presumido, sem a necessidade de laudo pericial para tanto. Em complementação, foram avaliados os distúrbios psicológicos advindos desta condição excepcional.

ANÁLISE DE DADOS

As aludidas perguntas auxiliam o pesquisador a identificar a presença dos distúrbios psicológicos oriundos do estado puerperal nas parturientes, pois direcionam suas respostas à verificação da condição mental das mesmas.

Deste modo, o natural seria dissecar um caso por vez, buscando as respostas para as respectivas perguntas sucessivamente, de 1 a 6, repetindo a ação para cada caso.

No entanto, esse método é contraproducente no sentido de não incentivar a comparação entre os casos e, assim, deixar passar importantes similitudes que se espera serem notadas. Assim, analisou-se uma pergunta por vez, em todos os casos, sucessivamente, até o seu término.

Assim, foi possível traçar uma linha vertical de entendimento dos casos, facilitando sua compreensão e melhor exposição para um contexto mais abrangente e centralizado.

As perguntas foram essenciais para entender melhor cada caso e expor suas principais características, tornando possível atingir os objetivos propostos no trabalho de maneira célere e transparente.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa manteve o anonimato de todas as participantes, sem identificar qualquer informação pessoal a elas relacionada, consultando processos que não estavam em segredo de justiça, ou seja, de natureza pública; atendendo, com isso, aos requisitos da Resolução nº 510/2016 e da Lei nº 12.527/2011.

Por se enquadrar no artigo 1º, parágrafo único, incisos II e VII, da resolução supracitada, a presente pesquisa não foi submetida à apreciação do CEP/CONEP.

RESULTADOS

a. Aquelas que “matam o próprio filho”:

De início, cabe dizer que “filho”, do latim *filius*, tem conotação carinhosa¹² e pressupõe uma aceitação da mãe em tê-lo e cuidá-lo. No infanticídio, não há esse carinho. Pelo contrário, existe uma desestabilização emocional temporária na mulher que, frente a uma “injeção” massiva de hormônios oriundos do estado puerperal, aliada às suas condições familiares e socioeconômicas, acaba por matar o recém-nascido.

Assim, apesar de a legislação ter usado o termo “filho” na intenção de especificar o sujeito passivo do crime, o termo técnico e acadêmico mais correto acreditamos ser qualquer outro (recém-nascido, nascente, infante, bebê *etc*), menos este — justamente pelo fato de que a mãe não chegou a ter carinho e afeto por ele.

Superado este ponto, não raro no cotidiano vemos pessoas tirando conclusões precipitadas acerca de determinada situação que não lhes diz respeito. Justificar atos de terceiros sob perspectiva própria é perigoso porque exclui a ponderação que deve ser feita ao analisar um caso da ótica do perpetrador.

Não se pode negar a gravidade do crime de infanticídio, contudo, a vítima não é somente o recém-nascido, mas também a própria parturiente. Nessa linha de pensamento, Margaret Spinelli expõe que o

Maternal infanticide, or the murder of a child in the first year of life by its mother, is a subject both compelling and repulsive. The killing of an innocent infant elicits sorrow, anger, and horror. Yet the perpetrator of this act is often a victim too, and that recognition makes for a more paradoxical response. (Spinelli, Infaticide and American criminal justice, 2019)¹³

¹² Cf: <https://dicionario.priberam.org/filho>

¹³ Cf. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29938373/>

Enquanto nos EUA essas mulheres são sentenciadas a longas penas, até mesmo às perpétuas, na Inglaterra, Canadá, Austrália e outros vinte países mais na Europa estes casos têm tratamento humanizado, com cuidados psiquiátricos para as mulheres que matam, uma vez que sofrem de perturbação psíquica grave (Spinelli, 2019, p. 173). É um assunto, muitas vezes, de saúde pública — e não criminal.

A maioria das mulheres praticantes do infanticídio são pobres e desamparadas, que carecem de atenção e cuidado. Emilio Federico Pablo Bonnet, ao questionar a expressão “ocultar desonra própria” na redação do tipo penal do infanticídio no Código Penal argentino, nos presenteia com alguns relatos de mulheres que mataram seus recém-nascidos. Estes relatos são apenas um introito, não comportando os cinco casos que serão apresentados mais à frente.

No primeiro deles, Nidia conta que estava namorando um rapaz que lhe prometeu o casamento. Ficou tão encantada pela declaração que “*en un momento de debilidad de <<y por hacerle el gusto>>*” acabou por fazer sexo com ele. Diz ela que foi somente esta única vez e que então ficou grávida. Mudou-se para outra cidade, longe dos pais, sob o pretexto de que iria trabalhar melhor e, quando chegou o momento, pariu em Bariloche. Foi quando, quatro dias depois, abandonou a recém-nascida num banco perto do lago Nahuel Huapi, onde veio a falecer (Bonnet, 1967, pp. 861-862).

Sua ação veio motivada pelo desespero em ter de criar a filha nas condições precárias em que vivia e ter de enfrentar os pais pela gravidez indesejada. Tinha vergonha da sua gestação e não queria ter de se explicar para todos. Nidia sofria de um transtorno psicológico grave em razão da gravidez e, durante o estado puerperal, desesperada, cometeu o ato de abandonar a recém-nascida no banco.

Nidia padecia de vergonha pela situação de ter sido enganada por alguém que prometera casamento, a engravidou e desapareceu. Esta vergonha imperou sobre qualquer vontade sua tanto de criar a criança quanto de dá-la à adoção. Tudo que queria era se livrar dela para que seus problemas “acabassem”.

Em um segundo relato, a mulher revela ter tido uma irmã que havia engravidado e, devido a isso, seu namorado se casou com ela. A mulher tinha, então, essa referência. Contudo, ao engravidar, seu namorado não se casou com ela, mas sim a deixou um mês depois da criança ter nascido. Ela então disse que “*no sabía qué hacer com ella*”. Portanto levou-a ao incinerador (Bonnet, 1967, p. 862).

O terceiro relato é de Esther, que diz que tinha um namorado que a engravidou. Quando disse que estava grávida, ele a deixou. Nunca mais soube dele. Ela, contudo, queria ter o bebê e, portanto, continuou com a gravidez. Disse que as dores do parto começaram uma noite e que doía muito, porém, não queria gritar e tinha medo de morrer. Determinado momento começou a fazer muita força para tirar o feto da barriga, pois não aguentava mais. Desmaiou. Quando acordou, viu, assustada, o recém-nascido na cama com o cordão umbilical rompido. Estava morto. Desesperou-se e foi diretamente à delegacia (Bonnet, 1967, p. 862).

Por último, temos o relato de Lucía. Sucinto, ela declara que “*las situaciones socioambientales del grande y del pequeño mundo circundante pueden ser capaces de llevar a una madre a realizar un delito (...)*” (Bonnet, 1967, p. 862), ainda que no passado não tenha pensado ou planejado isso.

Anteriormente, o infanticídio era praticado com o fim de ocultar desonra própria e tal expressão perdurou em algumas legislações pelo mundo¹⁴. Como visto nos relatos

¹⁴ P. ex. no art. 81 do Código Penal Argentino.

acima, normalmente o que antecede o infanticídio são situações de abandono da mulher, insegurança em assumir a gravidez e medo em não conseguir criar o filho propriamente. O contexto, no entanto, costuma ser o de uma sociedade que demonizou o filho fora do casamento, pairando sobre a mãe solteira uma aura de desonestidade e receio.

A seguir, serão apresentados cinco casos judiciais afins às situações descritas acima. Neles conterão não apenas relatos, mas depoimentos e narrativas capazes de expor ao leitor as verdadeiras angústias pelas quais as parturientes praticantes deste tipo de crime estão envolvidas. Isto é, sem dúvida, muito importante para que entendamos e compreendamos a matéria aqui ora estudada.

Nos casos abaixo, a mãe praticante do ato criminoso será nomeada sempre como “Mx”, sendo o “x” substituído pelo número do presente caso. É importante dizer que a verdade absoluta não está no alcance do Homem, nos restando apenas aquilo que fora relatado pelas vozes humanas e constatado por perícia médico-legal.

a.1 - caso 01:

O primeiro caso nos apresenta uma situação em que a parturiente, M1, de 18 anos, desempregada e solteira, ocultava a gestação da família em razão dos familiares não aprovarem o pai da criança. Por suspeitar da gravidez de M1, sua mãe lhe disse que teria que se casar com o pai, se fosse verdade. Porém M1 não queria porque o pai da criança a ameaçava e, por isso, tinha medo dele.

Determinado dia, M1 sentiu uma cólica muito forte e pediu para seu padrasto levá-la ao hospital. Lá, ainda esperando pelo atendimento médico, “sentiu vontade de fazer cocô” (sic) e foi ao banheiro, oportunidade pela qual “começou a fazer força e sentiu a cabeça do bebê”. Ao nascer, cortou o cordão umbilical com a unha e, como

chorava muito o recém-nascido, encheu-o de papel higiênico na boca para abafar o som, até que “tirou sua calcinha e enrolou no seu pescoço, até que ele parasse de respirar”. Morto, jogou-o no lixo e foi ser atendida pelo médico do hospital. Após atendimento, voltou para casa. Mais tarde naquela noite, um funcionário do hospital sentiu um forte cheiro de sangue vindo do banheiro e, ao mover a lixeira, notou que estava pesada. Ao abri-la, encontrou o neonato já falecido, razão pela qual comunicou a polícia, que posteriormente veio a prender em flagrante M1.

Em sede policial, narrou M1 que estava grávida de cerca de sete meses. A princípio queria ter o bebê, mas frente a ameaça de sua mãe de que se de fato estivesse grávida teria que se casar com o pai da criança, isso a fez repelir o desejo de tê-la¹⁵. Após ter parido o bebê no banheiro do hospital e o sufocado, não revelou sua gravidez ao médico que a atendeu logo em seguida, “disse que estava apenas com cólica”, o qual lhe prescreveu duas injeções para cortar o sangramento, uma vez que “estava preocupado porque lhe disse parecer uma hemorragia”. Durante o interrogatório frente ao delegado chorou, dizendo estar arrependida.

Na audiência de custódia, realizada um dia após o ocorrido, o Juiz de Direito analisou a conduta de M1 como “criminosa, brutal e violenta”, evidenciando sua periculosidade e justificando sua prisão preventiva. Evidentemente, a causa foi tratada como uma conduta friamente calculada de M1, ignorando eventual estado puerperal presente. A declaração de óbito do neonato indicava a causa da morte sendo por “asfixia mecânica”, do qual o inquérito policial concluiu ter sido ocasionado por enforcamento com a calcinha de M1.

¹⁵ Pode-se observar nítido desamparo familiar frente a gravidez de M1, fator que influenciou diretamente sua insegurança quanto a ocultação da gravidez e posterior parto às escuras no banheiro do hospital.

O laudo pericial de constatação de gravidez concluiu pelo tempo provável de gestação de trinta e cinco semanas, não havendo lesões que indicassem a ocorrência de um aborto provocado. Por esta razão, o mesmo laudo deu por prejudicada a análise do quesito de que se M1 agiu sob influência do estado puerperal ou não¹⁶. Também apontou que havia indícios de parto recente.

O exame externo apontou equimose e escoriações na região lateral esquerda do pescoço, bem como no tórax, indicando sufocamento. No exame interno foi constatado os pulmões róseos e inflados, apontando que teve início a atividade respiratória e, portanto, o bebê nasceu com vida. No dia dos fatos, passou a ter cólica às 13h, procurou o hospital às 19h e, enquanto aguardava atendimento, teve o parto espontâneo no banheiro. Ainda, o tardar laudo concluiu pela lesão fatal no neonato o sufocamento através duma calcinha vermelha, esquecida no local do crime.

Em depoimento judicial, a amiga de M1, que foi com ela ao hospital, disse que ela “seria incapaz de cometer tal crime”, que “é impossível que ela tenha premeditado isso” e que “não era ela naquele momento”, ao passo que a irmã de M1 não conseguiu acreditar que ela tenha praticado tal crime. Relata a tia de M1 que, duas semanas antes dos fatos, sua sobrinha a pediu se poderia morar em sua casa, pois tinha “vontade de deixar a residência da genitora”, isto é, sua mãe. Este pedido foi entendido como um sinal de socorro “possivelmente relacionado com a gravidez”. Seu padrasto disse que sempre fora uma pessoa carinhosa. Por fim, a própria M1 relatou que “estava fora de si, perturbada” e que “não sabia o que estava acontecendo”, recordando-se dos detalhes apenas por causa da leitura da denúncia, acreditando que, no momento dos fatos, “estava sob efeito de alguma coisa”.

¹⁶ Quanto a este ponto levanta-se a interrogação do porquê o referido laudo concluiu por prejudicada a análise. Isto porque se o laudo apontou que não houve aborto provocado, logo o que ocorrera foi o parto normal, e é justamente nele que o estado puerperal tem mais influência na mulher.

Em síntese, é de se transcrever parte da manifestação do Procurador de Justiça acerca do caso:

Verifica-se que ninguém soube da gestação, o que demonstra que [a] ré sofria de algum problema emocional e falta de amparo familiar e de amigos. Além disso, a antipatia da família para o genitor do feto, somada à aversão da genitora da acusada a uma possível gravidez, acabaram culminando no sentimento de rejeição ao bebê.

Diante dos relatos das testemunhas do caso e análise fática não é exagero concluir pela influência do estado puerperal em M1, apesar de inconclusivo o laudo pericial a respeito.

a.2 – caso 02:

Neste segundo caso é relatado que uma ex-estudante do ensino superior, com 23 anos, desempregada e solteira, se relacionou de forma ocasional com um colega da mesma faculdade, engravidando. Soube da gravidez apenas mais tarde, através de teste de farmácia e nunca contou a ninguém. Somente duas de suas amigas sabiam. Sem dinheiro, trancou a matrícula e voltou para sua cidade natal.

Nela, manteve a gravidez em segredo, pois não desejava o filho. Na oportunidade, disse às amigas que tinha abortado com um remédio que sua irmã a havia dado. Era mentira. Poucos meses depois, retornou para a cidade de sua faculdade para terminar um curso de habilitação de veículo, ficando na casa de uma das amigas que tinha conhecimento da gravidez supostamente terminada pelo aborto.

Contudo, com o passar das semanas essa amiga, junto a outras, suspeitaram de que M2 ainda estaria grávida, em virtude das mudanças no seu corpo. Através de algumas atitudes e gestos de M2 do dia a dia, tiveram certeza, razão pela qual, ao descobrir

que haviam descoberto, M2 de fato tentou o aborto, ingerindo três comprimidos de *cytotec* e colocando outros três na vagina. Neste momento, a gestação já estava avançada, ocasionando diversos efeitos colaterais, como vômito. Passado um dia, entrou em trabalho de parto dentro da casa da amiga.

Trancou-se no banheiro e lá deu à luz em pé. Transtornada e sem saber o que fazer, colocou o neonato dentro numa mala de viagem e ali o deixou por mais de um dia, em que, neste meio tempo, buscou atendimento médico. Enquanto lá estava, sua amiga que residia junto com M2 levou a mala para uma delegacia, sendo M2 presa em flagrante momentos depois dentro do hospital.

No seu interrogatório em sede policial, disse que não pediu ajuda pois “estava passando muito mal” e que “perdeu os sentidos”. Revela que sua intenção “era sair desta cidade” e tomar rumo à sua cidade natal. Não soube declinar sobre o que faria com o corpo do recém-nascido. No atendimento hospitalar, M2 não informou o que havia ocorrido. Foram relatados “aumento de volume uterino” e “sangramento vaginal”, além de “hematomas no introito da vagina e laceração do colo uterino”. Necessitava de repouso absoluto.

Sua amiga, na delegacia, disse que a família de M2 era muito religiosa e “provavelmente a reprovava pela gravidez”. Em laudo pericial foi apontado asfíxia pulmonar, significando que o bebê nasceu com vida e que a sua morte se deu por asfíxia mecânica. Em juízo, sua amiga disse que M2 frequentemente reclamava “da condição financeira, inclusive em relação a atraso de pagamento de pensão por parte do pai”, mas que, contudo, “não via ela gastar dinheiro”.

Perícia médica constatou que M2 agiu sob efeito do estado puerperal. Nota-se que o núcleo familiar desfeito, a vontade em não ter o filho e a falta de dinheiro tanto

para criá-lo quanto para si mesma foram fatores determinantes na atitude de M2 em esconder o neonato numa mala. O estado puerperal justifica esta ação impensada e precipitada.

a.3 - caso 03:

O terceiro caso narra a situação de uma mulher, lésbica, 24 anos, auxiliar de limpeza e solteira, que foi estuprada pelo tio nove meses antes dos fatos, sob coação e forte ameaça, razão pela qual também não registrou boletim de ocorrência à época. Ao nascer o bebê no banheiro de casa, pensou que este estava morto, porém, desesperada, desferiu um golpe de faca nele, que começou a chorar, vindo a desfalecer logo em seguida. Escondeu o neonato debaixo da cama, dentro dum saco plástico, no qual veio a ser encontrado mais tarde por um policial militar.

Em depoimento judicial, a mãe de M3 disse que ela “tinha personalidade difícil” e que “não tinha contato com ela”. Acerca dos fatos, ficou sabendo através dos jornais. Informou que M3 teve um filho com namorado, que se suicidou. O filho é hoje criado por terceiros¹⁷. Disse ainda que “já viu seu pai acariciando intimamente *nome censurado* (M3)”. Este seria o avô de M3. Como se vê, é notória a presença de uma desordem familiar grave.

Outra testemunha disse que visitou M3 no presídio, a qual relatou “não lembrar dos acontecimentos”. Também, informou que M3 passou por vários episódios de abandono em sua vida, dentre os quais o da sua mãe com cerca de 4/5 anos de idade. Esta era prostituta.

¹⁷ Nota-se aqui já um indicativo da negação de M3 como mãe, uma vez que sequer assumiu seu primeiro filho.

A técnica de enfermagem do SAMU que foi chamada no dia dos fatos salientou que, ao chegar, escutou “o choro de uma criança”. Ao pedir para entrar, M3 negou o choro e não permitiu que entrasse, dizendo que “não havia acionado o SAMU e não precisava de ajuda”. Mais tarde, agora acompanhada de policiais militares, M3 entregou à técnica um saco de lixo contendo a placenta, dizendo em seguida que “o bebê nasceu muito pequeno, razão pela qual se assustou, jogou-o na privada e deu descarga”. Momentos após seria descoberto que estava mentindo.

Em juízo, M3 asseverou que não tinha a intenção de matar a criança, que “não se recorda como tudo aconteceu” e que “estava desesperada”. Conta que foi abusada pelo seu tio e que o abuso ocorreu na sua casa. Confirmou que era homossexual e que o estupro foi o primeiro contato íntimo que teve com seu tio. Não houve consentimento no ato. Nunca teve bom relacionamento com a mãe. Por fim, revelou que “não tinha em mente matar o bebê”.

O fato de M3 ter chamado o SAMU à sua casa deslegitima a premeditação ao crime, uma vez que, se tivesse intenção de matar de fato sem ser presa, teria feito tudo às escuras. Em exame de sanidade mental, no entanto, foi indicado que M3 possuía autocontrole e que “pode se inferir ausência de sinais de psicose aguda”. Constatou-se também que M3 “escondeu a gestação até a data do fato”.

Em peça da defesa foi dito que estava muito claro que M3 “estava desequilibrada mentalmente e emocionalmente” e que o estado puerperal raramente ocorre nos casos de gravidez assistida, mas sim naquelas ocultas e clandestinas. Ainda, apontou que “o distúrbio adveio do fato da mãe ter sido vítima de abuso sexual resultando em uma gravidez indesejada”.

a.4 – caso 04:

O quarto caso relata uma mulher que sofria de transtorno depressivo recorrente, órfã, parindo seu filho sozinha no banheiro da residência donde morava. Tinha 20 anos, do lar e solteira. Do nascimento do bebê, por não chorar, acreditou que não estava com vida, colocando-o, portanto, dentro de um saco plástico de lixo e jogando-o no quintal do imóvel vizinho.

Desde o início o caso foi tratado como infanticídio pela polícia. M4 perdeu os pais ainda quando era criança e foi criada pelos tios, que nunca prestaram a tutela parental adequadamente e, por isso, sempre foi muito fechada com as pessoas. Tem uma filha, cujo pai é um primo seu, porém nunca o contou dela. Tentou suicídio uma vez.

Da atual gravidez que resultou na morte de seu filho, M4 “estava com medo de contar para qualquer pessoa (...) e ser julgada”. Ninguém sabia, portanto. No dia dos fatos, acordou com muitas dores e “ficou apavorada”. A bolsa rompeu e foi imediatamente para o banheiro, forrando o chão de toalhas e parindo o bebê lá mesmo. “Estava muito nervosa” e, ao pegar o bebê no colo, “não conseguiu fazê-lo chorar, então ficou desesperada (...)”, em complemento “não sabia como iria explicar para sua família o ocorrido, bem como não teria condições de criá-lo”.

O termo ainda relata que ela “segurou o bebê por um tempo e depois o colocou num saco de lixo e, após um tempo que não sabe precisar, o jogou no terreno de uma casa defronte à sua, a qual estava vazia”. Por este relato, é possível notar que do parto até a disposição do corpo do neonato houve ali um lapso temporal desconhecido pela parturiente, possivelmente indicando influência do estado puerperal, dado ao fato da memória de curto prazo estar prejudicada. M4, com raciocínio nitidamente debilitado, se desfez do corpo na esperança de que ninguém descobrisse. Seu tio, no entanto, per-

cebeu o ocorrido por causa da privada ter ficado entupida, pois M4 havia descartado sua placenta nela — um descuido amador que afasta a premeditação para o crime. Dias depois, o corpo do bebê seria encontrado no terreno vizinho, através de uma ligação telefônica do caseiro.

Segundo um de seus tios, foi relatado que o pai de M4 era alcóolatra e sua mãe “tinha muitos problemas de saúde” e que, devido a isso, M4 era uma menina muito “fechada”, “sempre abaixando a cabeça quando questionada sobre qualquer coisa”. Essas características demonstram altos sinais de comportamento transviado e antissocial. Diz também que M4 “é boa mãe [tinha uma outra filha, à época com quase dois anos de idade] e dona de casa, cuidando muito bem da filha”. Ainda informou que, após os fatos, M4 havia ficado “bastante deprimida” e chorava muito. O laudo pericial inicial não conseguiu constatar a presença ou ausência de lesões no cadáver do neonato, em virtude da decomposição.

Sua tia, em depoimento policial, disse que “houve um boato na cidade de que ela [M4] estaria grávida, mas ninguém sabia se isso era verdade”, complementou dizendo que como M4 “é uma pessoa grande e sempre foi mais *cheinha*, não conseguiam perceber se a barriga dela era de gravidez” (sic). Quando questionada acerca da gravidez, sempre negou. Seu receio em revelar a segunda gravidez foi muito devido ao fato de que recebeu denúncias de parentes ao Conselho Tutelar de que tratava mal sua filha, recebendo visitas do Conselho com recorrência¹⁸. Foi motivo de trauma.

Após o parto de M4, ela ficou internada no hospital, razão pela qual foi informado pelo médico à tia de que ela sofria de “uma forte infecção, (...) e que corria risco de vida”. No outro dia, após medicação, seria liberada. Ao médico, M4 teria dito, aos pran-

¹⁸ Como se verá mais à frente, tratar mal a filha também é indicativo de negação da maternidade, uma vez que aponta para uma nítida não aceitação da criança por diversos fatores que contribuem para esse quadro, dentro deles, o de não conformismo da gravidez.

tos, que “o bebê que teria nascido morto ela teria jogado no lixo do banheiro”. O médico, neste primeiro momento, acabou entendendo por um abortamento espontâneo, mesmo porque M4 o havia informado de que estava grávida de quatro a cinco semanas. Estava mentindo. Para a polícia, M4 relatou que “tinha muito medo que sua família a colocasse para fora de casa”. Em manifestação final, entendeu o delegado de polícia que M4 violou o disposto no artigo 123 do Código Penal, isto é, o infanticídio.

O Ministério Público, em peça residual, expôs que “a curta duração do estado puerperal, o caráter transitório dessa perturbação (...), prejudicam o diagnóstico pericial, pois eventuais sintomas já desvaneceram”. Tais observações foram tecidas mais de um ano após a ocorrência dos fatos.

Em relatório conciso, a juíza do caso apontou que “a denunciada estava grávida, não realizou nenhum exame durante sua gestação e não contou para nenhum familiar a respeito da gravidez. No dia dos fatos, sozinha em casa, após sentir que a hora do parto se aproximava se escondeu no banheiro e realizou o parto sozinha. Em seguida, colocou a criança recém-nascida em um saco de lixo e jogou em um terreno próximo a sua residência (...)”.

Por outro lado, a Procuradoria de Justiça fez importantes apontamentos, fazendo referência ao laudo de exame de corpo de delito indireto do caso, que concluiu que não havia como afirmar se M4 teria praticado os fatos sob influência do estado puerperal. Este laudo “teria sido feito a partir dos relatórios médicos relativos ao tratamento por ela recebido logo após o parto, (...) onde nem existem informes sobre o estado psíquico da paciente”. O aludido laudo ainda concluiu pela ocorrência de aborto incompleto.

Realça a Procuradoria que o fato de M4 sofrer de transtorno depressivo, já tentado o suicídio anteriormente e feito o que fez com o recém-nascido, em nítido ataque de

pânico logo após o parto, evidenciam que ela “agiu sob influência do estado puerperal”, apontando que o laudo de exame de corpo de delito indireto *retro* “é imprestável para afastar o estado puerperal, pois não analisou qualquer registro do estado psíquico” de M4.

Em conclusão, há fortes indícios do estado puerperal na parturiente, lamentavelmente não constatado oficialmente pelos laudos periciais e médicos contidos no processo. É possível, por outro lado, presumi-lo.

a.5 - caso 05:

No quinto caso desta dissertação é contada a história de uma mulher de 24 anos, prendas do lar e que vivia em união estável. Estava grávida de seu quarto filho e aparentemente não tinha ciência da sua gravidez. Morava com seu companheiro em união estável na casa de sua sogra e sogro já há cerca de oito anos, pois não tinha condições de criar sozinha seus três filhos.

Em sede policial, pouco mais de quatro meses após a morte de seu quarto filho, já possivelmente fora do estado puerperal, narra M5 que “realmente não sabia que estava grávida”, uma vez que acreditava estar com um “mioma”, pelo fato de sentir muitas dores. Não menstruava desde quando teve seu terceiro filho, pois tomava injeção de medicação de três em três meses que inibia a menstruação para evitar as dores da cólica menstrual.

No dia do parto sentiu fortes dores na vagina e “toda hora ia ao banheiro”. Alega negligência e vontade de ficar com os filhos o fato de não ter ido procurar um médico naquele instante. Determinado momento do dia foi ao seu quarto e deitou-se, oportunidade na qual sentiu “como se *tivesse* rasgando” (sic). Ao se levantar, nascia o bebê que,

segundo o depoimento, caiu em queda livre direto ao chão. Alega que foi tudo muito rápido e que o recém-nascido não estava chorando nem se mexendo.

Enrolou então o recém-nascido numas cobertas e lençóis e pediu ao seu filho mais velho — à época com sete anos — um pano de chão, a fim de limpar o sangue derramado. Neste meio tempo levou o recém-nascido para o quarto de roupas ao lado do quarto que havia parido. Ninguém viu ou ouviu o parto, nem mesmo o filho mais velho de M5. Logo menos, foi flagrada pelo seu companheiro limpando todo o chão do quarto ensanguentado, que foi quando este chamou pela sua mãe que, igualmente assustada, chamou por um parente que morava próximo para levar M5 ao hospital, onde foi imediatamente internada.

Em declaração complementar da sogra de M5, ainda em sede policial, extraímos que, no dia seguinte, o companheiro de M5 pediu à sua mãe que pegasse em casa algumas roupas íntimas para trocá-la, haja vista que iria passar por uma cirurgia e, por consequência, ficaria mais alguns dias em internação.

Já em casa, escolhendo as roupas, junto à sua irmã que a ajudava, a sogra “separou algumas e começou a sentir um cheiro muito forte semelhante a urina” vindo do meio de algumas roupas amontoadas. “(...) a declarante foi tirando os lençóis, um por um” até encontrar um embrulho, sujo de sangue. Ao desenrolar o lençol encontrou o recém-nascido, que “já estava sem vida”. Passou mal em seguida. Afirmou, contudo, que “não viu lesão no nenê”.

Voltando ao depoimento de M5, ainda em sede policial, disse que não sabia “dizer o motivo pelo qual não contou para ninguém que havia dado à luz a vítima” e “acredita que seja porque ficou muito desesperada”. O desespero era latente devido ao fato de já possuir três filhos e de morar na casa da sogra (de favor) há muito tempo. Também

diz que era devido ao fato de não saber que estava grávida. Ainda afirmou estar “profundamente arrependida por tudo o que fez” e que “não sabe [a]o certo porque agiu assim” (sic).

Após os acontecimentos, foi encaminhada para acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Em sede judicial, no depoimento daquele que levou M5 ao hospital, que é tio do companheiro dela, disse que M5 estava “consciente, sangrando, enrolada num lençol... bem mal”. Sua sogra disse que M5 “tinha perdido muito sangue” enquanto seu companheiro disse ter visto “sangue na mão e barriga dela”.

Sua sogra acrescentou, quando perguntada, que M5 sempre negava a gravidez, “não, tô com mioma” — respondia M5 à sogra. Negou que era perceptível o aumento da barriga porque “ela encolhia a barriga *de um jeito*, usava *umas roupa* que não mostrava a barriga. Ela até emagreceu, parou de comer” (sic). Respondeu que M5 tinha outros três filhos e seu comportamento com eles era normal; “uma mãe normal”, relatou.

Seu companheiro, depondo como informante perante o juiz, disse que M5 não quis conversar sobre o assunto da gravidez com ele. Não sabia que ela estava grávida, pois, apesar da barriga grande, colocava a mão nela e “não mexia a criança”, que já teve outros três filhos e todos mexiam, que “realmente a barriga *tava* muito dura” (sic). Ainda afirmou que outras pessoas também colocavam a mão e a criança não mexia mesmo. Nunca foram realizar exames para saber do porquê dessa barriga dura. Reiterou que M5 não teve alteração comportamental durante a gravidez. Por fim, disse que M5 “sempre foi uma excelente mãe e cuidava dos filhos”.

O sogro de M5 afirmou que ela disse, à época dos fatos, que estava com virose, logo antes de parir em segredo no andar de cima da casa. Também não sabia que M5 estava grávida, “sempre ela falava que *tava* com mioma, *tava* um pouco gordinha” (sic).

M5, por fim, prestou seu depoimento na audiência judicial, realizado em 26 de agosto de 2021, isto é, já há mais de quatro anos do evento perturbador, acrescentando informações relevantes em relação àquelas prestadas na delegacia – e reiterando outras, reforçando a ideia de que estava dizendo a verdade.

Disse que “menstruava e doía muito, eu tinha muita cólica” e, por isso, após o seu terceiro filho passou a tomar injeção trimestral que cortava a menstruação. Por conta da injeção foi engordando e “nunca imaginava que estava grávida”, ainda mais porque teve outras três gestações “e não se compara a que eu tive, essa última”. Informou que no dia estava com muita dor e diarreia, fazendo muito xixi. Se deitou e sentiu outra forte dor, que a levou ao banheiro.

“Na hora que levantei da cama,
eu senti essa dor tão intensa, tão intensa
e o meu filho acabou ali caindo, *né*”. (sic)

“Mas na hora que eu tive... ele,
ele não chorava, ele não se mexeu,
(...) e meus filhos *tavam* batendo na porta,
e eu não queria que eles me vissem nessa situação” (sic).

Os filhos então insistiam que queriam ficar com M5, pedido que a deixou sem reação. Desesperada por toda a situação, ela enrolou o recém-nascido no lençol antes de abrir a porta para as crianças e reiterou que o recém-nascido “não parecia que estava vivo (...) Eu tinha certeza daquilo, (...) e foi tudo muito rápido”.

Quando questionada pelo juiz se percebeu alguma alteração sua em decorrência da gravidez, ela repetiu que notou que tinha engordado, mas pensou ser em virtude do medicamento que tomava e que “na hora que ia urinar sentia muitas dores (...) muitas, muitas dores”. Falou que, como só tinha ela para cuidar dos filhos, ficou deixando para ir ao médico “*pra depois, pra depois*” (sic) e “acabei sendo negligente comigo mesma”.

Informou que fez laqueadura em outubro de 2017 (após o evento) para poder parar de tomar o medicamento, uma vez que tinha engordado muito com ele e, em exame médico recente, foi diagnosticada com câncer no útero.

O magistrado então quis retomar novamente o momento que o recém-nascido caiu, a qual afirmou M5 que estava em pé no momento da queda, caindo diretamente no chão, sem se recordar da forma que ele caiu (se foi de canto, de cabeça *etc*). Disse que o recém-nascido “não se mexeu, não chorou” (declaração esta dita diversas vezes por M5). Repetiu também que enrolou rapidamente o recém-nascido porque seus outros filhos batiam à porta e não queria que a vissem naquele estado, muito menos “seu *irmãozinho* falecido” (sic). Por fim, disse que acreditou ter o neonato já nascido sem vida, antes mesmo da queda ao chão.

A promotora de justiça indagou, na sua oportunidade de falar, por que M5 não buscou ajuda médica quando notou sua barriga crescendo junto às dores constantes, respondendo ela: “Realmente isso que eu, que eu... implico um pouco comigo, porque eu tinha medo de eu *tá* realmente com alguma doença, alguma coisa grave (...) os meus filhos sempre dependeram de mim, muito pequenos. Eu não queria que eu estivesse (doente), eu não me aceitaria doente (...)”. Disse, por fim, que “se meu filho tivesse nascido vivo ali, eu teria tido o parto, sem problema nenhum, como eu havia tido os outros”.

O laudo pericial apontou fratura do 3º ao 6º arco costal esquerdo e luxação dos arcos costais direitos, além de hemorragia subgaleal e subdural nas regiões frontal, temporal, parietal e occipital do crânio. Também foi verificada lesão contusa aberta no lobo superior do pulmão esquerdo. Concluiu-se que a morte ocorreu por politraumatismo provocado por agente contundente.

Um segundo laudo foi capaz de esclarecer que o parto ocorreu com cerca de oito meses de gestação e que o neonato chegou a nascer com vida, uma vez que “foram observados sinais no pulmão esquerdo”. Também apontou que as lesões presentes no neonato não eram compatíveis com as intercorrências do parto, indicando um provável dano voluntário de M5 ao bebê. Ainda, apontou que as fraturas encontradas no corpo não eram “compatíveis com a simples queda da altura da vagina da genitora”. Tais conclusões complementam um laudo perinecropsóptico no local dos fatos que não identificou ferimentos aparentes no recém-nascido, encontrado ainda com o cordão umbilical acoplado.

O boletim inicial de atendimento, do dia dos fatos por volta das 15h, aponta que M5 negou a gestação – provável sinal de desordem mental ou insegurança acerca do parto em assumi-lo. No relatório de evolução foram apontados fraqueza e sangramento vaginal. Classificação de risco: “MUITO URGENTE”. Já por volta das 21h o relatório indicou “sinais vitais estáveis” e “sangramento moderado”.

Foi ainda diagnosticada com “MEDO”, cuja definição se dá pela “resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo”. No dia seguinte, durante a madrugada foi identificado em M5 “sinais (irrefutáveis) de puerpério imediato”. Mais tarde naquele dia foi relatado que M5 “negou ter tido parto em casa”, demonstrando profundo desespero e descontrole emocional acerca dos fatos — sintomas

indicativos do estado puerperal. Somente admitiu o parto após o corpo do recém-nascido ter sido encontrado.

Importante relato veio a seguir, na evolução da paciente: “apresenta pensamento e discurso organizado e orientado, demonstra limitada expressão de sentimentos e demonstra também preocupação mais focada nas consequências e não no ato em si”. Pode ser interpretado como uma pessoa que cometeu um ato nefando do qual se arrependeu, não se preocupando nele particularmente, porque o fez sem vontade própria, mas sim nas suas consequências, pois, uma vez feito o ato, teria que lidar com ele. Foram identificados hematomas no membro superior esquerdo de M5, que podem denotar possível descontrole emocional no momento do parto. Outro sinal da presença do estado puerperal.

Todo o relato apresenta fortes sinais de que M5, influenciada pelo estado puerperal, desejou ocultar o nascimento do próprio filho, uma vez que nunca a revelou formalmente a ninguém e nem solicitou auxílio direto durante o parto — mesmo este ocorrendo dentro de residência com, ao menos, seis pessoas presentes, sendo três delas adultas.

b. Dissecando os casos:

Em seu livro “Medicina Legal”, Genival de França faz importantes colocações acerca do contexto ao qual o infanticídio está submetido. Nele, é apontado que o infanticídio “é verificado nas populações mais pobres e de menor relevância social” (França, 2008, p. 330) e que há casos em que “é provocado por graves pressões sociais e morais precedido de uma gravidez indesejada e comprometedora cujo filho será a vergonha da família, dos parentes *etc*” (idem), além de que se o parto “se verifica dentro de motiva-

ções que agravam uma predisposição psicopática (...)” (*idem*) deve a mulher ser tratada como semi-imputável¹⁹ aos olhos da lei. Ainda, sendo a infanticida “totalmente incapaz de entender o caráter criminoso, em virtude de grave perturbação do entendimento por patologia mental” (*idem*), o tratamento dado deve ser o de inimputável²⁰, isto é, alguém isento de pena.

Busca-se, pois, na análise do episódio infanticida, um provável sinal de perturbação psíquica na mãe que a torne não-ciente dos seus atos, praticados de forma abrupta e impensada. Tal por isso que França coloca que “Se uma mãe tem o filho, veste-lhe uma roupa, alimenta-o e depois o mata, esse intervalo lúcido (...) descaracteriza o infanticídio e configura o homicídio” (França, 2008, p. 329). Porém alerta que “se a mulher logo após o parto perde os sentidos e os recobra horas depois, e ao ver o filho mata-o, não há como deixar de considerar (...) a justificativa legal do infanticídio. Assim, o ‘logo após’ é um estado e não um tempo definido” (*idem*).

Infere-se, portanto, que o estado puerperal pode ter duração prolongada, não se atendo somente ao lapso de “logo após o parto”, haja vista essa expressão ter conotação mais psicológica que temporal. No entanto, alerta o autor que deve a mulher ser “portadora de grave perturbação psicológica” (França, 2008, p. 339), e que “o parto em si mesmo não leva a mulher a transtornos psíquicos graves” (*idem*), somente a pequenas alterações emotivas.

Assim, é colocado pelo autor que a chamada patologia mental já vem caracterizada por manifestações anteriores, e somente se agrava através da gravidez e, após, do

¹⁹ Semi-imputável é aquele que “em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (parágrafo único do artigo 26 do Código Penal de 1940).

²⁰ Inimputável é aquele que “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (*caput* do artigo 26 do Código Penal de 1940).

parto. Isto é, a parturiente já é portadora de algum transtorno mental anterior, ocasionado muitas vezes pelo fato de ter uma família disfuncional e problemática, que auxilia na desordem mental da mulher, sendo severamente agravada quando esta fica grávida.

Segundo França, deve o exame pericial do estado mental da infanticida apurar:

1. Se o parto transcorreu de forma angustiante ou dolorosa;
2. Se a parturiente, após ter realizado o crime, tratou ou não de esconder o cadáver do filho;
3. Se ela se lembra ou não do ocorrido ou se simula;
4. Se a mulher tem antecedentes psicopáticos ou se suas consequências surgiram no decorrer do parto;
5. Se há vestígios de outra perturbação mental cuja eclosão, durante o parto ou logo após, foi capaz de levá-la a praticar o crime.

Mas também não se pode negar que o estado mental do indivíduo, de uma maneira geral, está intimamente ligado ao ambiente em que vive, bem como o contexto social e familiar ao qual está inserido. Assim sendo, é inevitável que se acrescente uma sexta pergunta ao conjunto das cinco já apontadas:

6. Se o contexto social e familiar que ela vivia favorecia, de algum modo, a prática do crime.

Em posse das seis perguntas, passamos às respostas:

P1. O parto transcorreu de forma angustiante e dolorosa?

R1. Sim, foram observados indicativos de dor e angústia no parto de M1. O parto aconteceu dentro do banheiro do hospital, de forma abrupta e imprevista. Durante o parto, que ocorreu de forma desassistida, pessoas pediam para usar o banheiro, semeando uma angústia inerente à situação presente. Assim, diversas atitudes da parturiente,

como colocar “papel na boca do bebê para que ninguém o escutasse”, são frutos da angústia. Outra observada foi o fato de ter chorado quando perguntada pela irmã o que havia acontecido, ao invés de apenas narrar os fatos.

Com relação a dor, diversas passagens textuais nos documentos analisados indicam sua ocorrência. É relatado pela própria M1 que foi “ao hospital pois estava sentindo dores” e que “estava passando muito mal”. Tal relato foi confirmado por funcionários do Pronto Socorro.

A parturiente se arrependeu do ocorrido.

R2. Há indicativo de dor induzida, além da dor do parto em si. Nos relatos, o médico do caso atestou que verificou “uma pequena laceração do colo uterino, como se tivesse ocorrido introdução de objeto”.

Em relatos de M2, disse que no dia anterior ao parto “começou a passar mal de saúde” e que, no dia seguinte “a dor estava muito intensa”. “Estava passando muito mal”, “teve um momento em que perdeu os sentidos”, “se sentiu tonta e “entrou em desespero”. Relata que no momento do parto não pediu ajuda porque “sentiu medo e vergonha”, sentimentos que apontam para uma provável angústia.

R3. Não há relatos de dor no parto; porém, há de angústia. No caso, a parturiente desferiu o golpe de faca no recém-nascido “porque ficou desesperada” e também porque “não sabia o que fazer” (*idem*).

Antes de parir, M3 ligou para o SAMU, porém, ao chegarem no local, foi impedida a entrada por ela mesma. A técnica de enfermagem convocada relata que ouviu choro de bebê num dado momento e noutra havia cessado. Indicativo de angústia na indecisão e insegurança acerca da situação.

Exame de sanidade mental indicou “ausência de sinais de psicose-aguda”.

R4. Há indicativo subjetivo de dor durante o presente parto, quando narra M4 que acordou “sentindo muitas dores no abdômen e (...)” ficou “apavorada”, uma vez que “não sabia o que fazer”. Também no seu testemunho declarou que ficou desesperada, forte indicativo de angústia.

Ainda foi relatado pelo médico dos fatos que M4 “estava com uma forte infecção” e que “corria risco de vida”. Além de que, por mútuos relatos registrados no processo, quando M4 era perguntada acerca dos fatos, quedava silente. Demonstração de trauma que pode ter sido motivado pela dor e/ou angústia. Também foi apontado que M3 ficou desesperada por não ter conseguido fazer o neonato chorar.

R5. Sim, pode-se observar indicativos concretos de angústia e dor na parturiente M5. Declarou em sede policial que tinha muitas dores na vagina e, no momento do parto, foi ao seu quarto, deitou-se e sentiu “como se *tivesse* rasgando” (sic). Disse que, durante o parto, seus outros filhos começaram a bater à porta e, nesse meio tempo, não sabia a parturiente o que fazer com o neonato. Outros depoimentos dados são coerentes com essa declaração.

Acredita-se também que, apenas pelo fato do parto ter sido desassistido e dentro da residência da parturiente, causa, por si só, uma angústia inerente.

Quanto à dor, diversos relatórios médicos indicaram que sim, teve dor, uma vez que teve a presença de “sangramento vaginal de grande intensidade e dor abdominal”, “lesões em vulva e vagina por laceração”, “paciente com fraqueza e sangramento vaginal” e “presença de hematomas em membro superior esquerdo”.

Declarou arrependimento do crime.

P2. A parturiente tratou ou não de esconder o cadáver do filho?

R1. Nunca contou à família acerca da gravidez. Dentro do banheiro do hospital, após parir, colocou o recém-nascido no lixo, “embaixo do saco plástico”. Saiu como se nada tivesse acontecido e aguardou o atendimento médico. Uma vez nele, M1 “não contou sobre o fato, disse que estava apenas com cólica”.

Pode-se dizer com segurança que sim, a parturiente escondeu o cadáver do recém-nascido.

R2. Sim, escondeu. Em depoimento, o policial civil responsável por encontrar o cadáver do filho disse que este estava dentro de uma mala – situação que normalmente remonta à ideia de ocultação. Em depoimentos de duas amigas foram relatados que disse M2 ter praticado o aborto – uma flagrante mentira, sendo evidente sinal de intenção na ocultação do cadáver.

A própria M2, interrogada, revelou que “colocou a criança enrolada dentro da mala”, sendo esta uma atitude típica daqueles que desejam esconder algo. Há fotos do cadáver do recém-nascido dentro da mala, resultando em prova concreta da tentativa de M2 em esconder o corpo do recém-nascido.

R3. Em interrogatório feito na delegacia, M3 relatou que, após esfaquear o recém-nascido, “o colocou dentro de um saco plástico de lixo e, em seguida, o escondeu debaixo da cama”.

Ainda, a técnica de enfermagem presente na abordagem relatou que o policial questionou M3 se estava escondendo algo e “ao levantar o box, encontraram o bebê no chão sem nenhuma cobertura”.

Note que, apesar da divergência de relato quanto ao estado do bebê, ambas indicaram que o mesmo se encontrava debaixo do box da cama — local comumente usado, porém pouco eficaz, para esconder coisas.

O relatório final indicou que o recém-nascido estava debaixo do box, largado no chão já sem vida, “mas ainda sem rigidez e sem uma gota de sangue”. Diante da presença do SAMU e, posteriormente da viatura policial, M3 limpou o sangue do cadáver no chuveiro e posteriormente o escondeu debaixo do box da cama, na intenção de que não o encontrassem.

R4. O recém-nascido foi escondido, uma vez que em depoimento inicial de uma testemunha foi relatado que ela “havia localizado um saco plástico de cor preta, próprio para lixo, jogado no quintal do imóvel (...)”, até que “abriu o saco e constatou que em seu interior havia um recém-nascido morto” (sic).

M4 disse que tinha “medo de contar para qualquer pessoa sobre sua gravidez e ser julgada”. Admitiu, em depoimento na delegacia que, após o parto, “segurou o bebê por um tempo e depois o colocou num saco de lixo (...), o jogou no terreno de uma casa defronte à sua”.

Deste modo, é seguro dizer que a parturiente agiu no intuito de esconder o cadáver do recém-nascido.

R5. Sim, escondeu. De início negou o parto. Havia escondido tanto da família quanto da equipe médica.

Após o parto, embrulhou o bebê em cobertas e o colocou no cômodo ao lado. Foi encontrado pela sogra da parturiente no dia seguinte, quando admitiu o parto e a existência do recém-nascido.

P3. A parturiente se lembra ou não do ocorrido? Ela simula?

R1. No presente caso, M1 pariu o recém-nascido no banheiro do hospital, ao ser levada para o local por seu padrasto, do qual mantinha boa relação, porque sentia muita cólica. O bebê foi encontrado por uma terceira pessoa, dentro do lixo. O médico plantonista conversou com M1 logo após o parto, desconhecendo, no entanto, o fato.

O padrasto, pois, disse que, ao chegarem no hospital, foi ele fazer a ficha e M1 foi ao banheiro. Lá ficou por mais de dez minutos. Tanto ele quanto as enfermeiras a chamaram, pois queriam medir sua pressão arterial. Disse que antes disso ela já havia saído do banheiro, porém retornou e lá permaneceu pelo tempo dito acima. Quando finalmente saiu dali o padrasto não a viu, pois teria ido direto para a sala do médico.

Mais tarde, no caminho de volta, informou que M1 disse a ele que estava normal, sem dores.

O médico plantonista declarou que, ao chamar M1 para a consulta, esta não compareceu pois estava no banheiro. Não se recorda do tempo que ela ficou lá. Depois, entrou espontaneamente na sala, queixando-se de muita cólica menstrual e forte sangramento. Com base nessa declaração, prescreveu o medicamento e a liberou. Mais tarde durante o plantão, o auxiliar de enfermagem, na sua ida ao banheiro, sentiu forte odor de sangue. Suspeitou de sangue menstrual e, ao puxar o lixo, notou que este estava muito pesado. Foi então que abriu e reparou no corpo do neonato, já falecido.

O próprio auxiliar de enfermagem que encontrou o cadáver deu depoimento similar, acrescentando que o neonato estava com uma calcinha amarrada no pescoço e bastante papel dentro da boca. Depois, na delegacia, dada a calma de M1, acreditou que *“não tinha caído a ficha do que tinha feito”* (sic).

M1 depôs na delegacia que foi ao hospital porque estava com muita cólica, tendo pedido ao seu padrasto para levá-la. Disse que, já no hospital, sentiu vontade de fazer cocô e foi ao banheiro, começou a fazer força e assim sentiu a cabeça do bebê. Continuou até completar o parto, cortando o cordão umbilical com a unha e jogando-o posteriormente no vaso sanitário. Por estar chorando muito o bebê, colocou M1 papel em sua boca para ninguém escutar e, depois, tirou sua calcinha e o enforcou, até que parasse de respirar. Morto, jogou o corpo no cesto de lixo, embaixo do saco plástico. Disse que, após sair do banheiro, aguardou o atendimento médico e, já na sala, negou o parto e disse apenas que estava com cólica.

Em depoimento judicial, disse diversas vezes que estava fora de si e que não sabia o que estava fazendo, porém, acrescentou detalhes importantes do dia dos fatos, como: que o neonato estava “roxinho”; que enrolou a calcinha no pescoço dele, mas não puxou; que apenas cortou o cordão umbilical com a unha, porém sem tirar a placenta, pois “*não fazia ideia de que tinha que tirar*” (não usou a palavra placenta).

Disse que se recordou dos detalhes do dia após ler a denúncia do Ministério Público. Interessante notar que M1 se recordou, no depoimento na delegacia, isto é, horas depois do ocorrido, de que havia “descartado” o recém-nascido debaixo do saco plástico do cesto de lixo. É um ato que exige volição consciente, ainda mais quando se recorda do fato poucas horas depois dele. O laudo pericial indicou *causa mortis* por asfixia mecânica por sufocação direta.

R2. À época dos fatos M2 morava com uma amiga, dormindo em quartos separados. Na madrugada derradeira, disse sua amiga, em depoimento judicial, que notou, por diversas vezes, M2 entrar no banheiro da casa, “onde tossia e acionava a descarga”.

Quando perguntada se estava tudo bem, M2 respondia que sim, se limitando a dizer apenas que estava com vômito.

Quando amanheceu, ao ir ao banheiro, a amiga sentiu um cheiro forte, reforçado por resquícios de pingos de sangue que havia no chão. Ao ver o estado de M2, esta se encontrava encolhida na cama com uma toalha no chão. “Declarou que havia vomitado sangue, mas que estava bem”.

M2, em juízo, disse que na noite dos fatos “começou a passar mal, sentindo contrações e vômito”. Acreditou, portanto, que, em dado momento, sua bolsa estourou e seu bebê nasceu. Alegou “que ele não se mexia”. Assim, “enrolou o corpo em uma toalha e (...) deixou em seu quarto, colocando-o na sequência em uma mala”.

Limitando a história somente ao momento do parto, temos depoimentos semelhantes, que denota que M2 se lembra do ocorrido. Em comparação com o depoimento em delegacia, o conteúdo é equivalente, havendo apenas mais detalhamento, como já exposto anteriormente nessa dissertação, não havendo necessidade de repetição.

Não há, portanto, sinal flagrante de perda de memória por parte de M2.

R3. Neste terceiro caso é pertinente analisar o depoimento da técnica de enfermagem que foi encaminhada ao local dos fatos quando o SAMU foi acionado. Disse ela que levou sete minutos para chegar ao local e que, uma vez em frente à casa, chamou pela moradora, que respondeu não ter chamado o SAMU e não precisava de ajuda. Por ouvir de fundo um choro de criança, insistiu em entrar, tendo sido negada pela moradora (M3) diversas vezes.

Por estar preocupada, chamou a Polícia Militar que, após trinta minutos, chegou ao local. Ao adentrarem na residência, M3 estava de toalha e chuveiro ligado e pediu

para aguardarem. Cinco minutos depois M3 negou a entrada dos policiais, porém, após muita insistência, admitiu que a técnica de enfermagem entrasse. Ao entrar, recebeu um saco de lixo com uma placenta dentro e o relato de que o bebê havia nascido muito pequeno e, por causa disso, o descartou através da descarga.

O policial, acionado pelo SAMU, apenas repetiu o que foi dito pela técnica de enfermagem, e disse que, ao entrar na residência, encontrou debaixo da cama de M3 o neonato, já morto.

Na delegacia, M3 disse que, ao parir em sua residência, o bebê aparentava estar sem vida e, por isso, desferiu um golpe de faca em seu pescoço. Em razão do golpe, começou a chorar. O golpe adveio de puro desespero, disse. Admitiu ter chamado o SAMU logo antes de parir e que, na sua chegada, já havia desferido o golpe de faca nele.

Disse posteriormente, em juízo, que não se recordava dos fatos, que na delegacia também não se recordou. Disse que chamou o SAMU porque começou a sentir dores e não conseguia se deslocar até o hospital. Estava sozinha em casa. Afirmou não se recordar de ter escondido o neonato debaixo da cama.

Exame de sanidade mental indicou que M3 apresentava “capacidade para elaborar um juízo crítico sobre sua situação”, possuindo autocontrole e não demonstrando sinais de ansiedade. No mais, indica lucidez de M3.

Este exame apresenta coesão do conteúdo, uma vez que, analisado os depoimentos de M3, há disparidades severas entre o dito na delegacia e o outro em juízo. O fato de M3 indicar que não se lembra do ocorrido não tem lógica com seu depoimento farto de detalhes feito na delegacia anteriormente. Acredita-se tratar tão somente de manobra

judicial, concernente à sua defesa jurídica, não indicando qualquer sinal de perda de memória acerca dos fatos.

R4. No presente caso, M4 estava sozinha em casa no momento do parto, de modo que não há nenhuma testemunha que viu ou esteve no local dos fatos naquele momento. Assim, o modo mais seguro de averiguar se M4 se lembra do ocorrido (ou se simula) é comparando os seus depoimentos na delegacia (logo após os fatos) e em juízo (dois anos depois).

Na delegacia, resumidamente, disse que, ao sentir as dores do parto dentro de seu quarto, se encaminhou ao banheiro, tendo então sua bolsa se rompido, oportunidade na qual forrou o ambiente com toalhas. Assim, fez força para nascer o bebê e, depois de nascido, pegou-o no colo, mas não conseguia fazê-lo chorar. Isso a desesperou ainda mais, fazendo ela enrolar o neonato numa “cobertinha” (sic).

Assim, “ela própria cortou o cordão umbilical, segurou o bebê por um tempo e depois o colocou num saco de lixo” e, após um tempo que não sabe precisar, jogou o saco no terreno baldio vizinho.

Já em juízo, também disse que estava desesperada durante o parto e “se desesperou ainda mais pelo fato da criança não chorar e estar “*meio roxinho*”” (sic). Após, notando o estado do bebê, limpou o banheiro ensanguentado, o colocou num cobertor e o levou para o terreno vizinho. Disse não ter checado em nenhum momento se o bebê estava vivo ou não, por estar muito nevosa.

Os depoimentos são similares e indicam que M4 se recorda vagamente dos fatos, uma vez que, no primeiro, deixou vazar lacunas importantes do acontecimento, sem detalhar o estado real do recém-nascido (“meio roxinho”) e nem citar que havia limpad

o banheiro. São sinais de perda de memória que podem indicar a influência do estado puerperal em M4, se não comprovada uma mera omissão voluntária dos dados.

É importante dizer que o depoimento na delegacia aconteceu 15 dias depois dos fatos.

R5. Em depoimento judicial, a ex-sogra de M5 afirmou que encontrou o “corpinho do neném” (sic) no quarto ao lado do qual M5 dorme. Disse que M5 passou mal no domingo pela manhã, que disse que estava com virose. Recomendou a ida ao médico. Em resposta, M5 subiu ao quarto descansar e, após um tempo, chamou o filho para pegar um pano de chão – disse ele que M5 havia feito cocô no chão.

Logo depois, o companheiro de M5 subiu e a flagrou “toda cheia de sangue, enrolada numa toalha” (sic). A ex-sogra então subiu e se impressionou com a cena, perguntou se era hemorragia, ao passo que M5 disse que sim. Estava enrolada com a toalha da cintura pra baixo. Foram com o cunhado da ex-sogra para o hospital, porque o companheiro de M5 não sabia dirigir.

Por fim, revelou que encontrou o recém-nascido, já falecido, enrolado numa manta azul, debaixo de diversas outras cobertas.

O companheiro de M5 relatou que estavam no sofá, quando ela disse que iria subir porque estava com dor de barriga. Ele então acabou adormecendo, sendo que, quando acordou, levou um remédio para M5 em razão da sua dor de barriga. Ao chegar lá, bateu na porta e, quando M5 abriu somente uma fresta, seu companheiro reparou na mão com sangue de M5, bem como na roupa.

Desceu correndo avisar sua mãe de que achava que M5 estava com hemorragia. Subiu depois e M5 estava com a toalha na cintura, deu banho nela e em seguida foram

para o hospital. Depois, quando estava em casa no dia seguinte, pediu para que sua mãe pegasse uma troca de roupa nova para M5, nessa oportunidade ouviu ela dando um grito, *“aí eu fui vê, não consegui vê muito né, só dei uma olhadinha assim e corri pro hospital”* (sic).

O ex-sogro de M5 também afirmou que ela disse que estava com virose e que *“ela subiu pro quarto dela, demorou um pouco e ela pediu um pano né, um pano e uma toalha. O filho dela levou. Demorou um pouco e o nome censurado [companheiro de M5] disse que iria subir lá pra ver o que estava acontecendo. Voltou e disse que ela tava com hemorragia”* (sic).

No outro dia, parafraseando sua mulher, disse ela: *“fui procurar umas roupas pra mandar pro hospital e encontrei bastante bagunça no quarto, bastante roupa amontoadada, perto do guarda-roupa e, ao tirar as roupa que encontrei a criança”*. (sic)

Por fim, M5 foi ouvida disse que no dia dos fatos foi deitar e deixou os filhos com seu companheiro na sala e então, quando sentiu uma forte dor, se dirigiu ao banheiro e na hora que levantou da cama sentiu uma dor *“tão intensa, tão intensa”* que o recém-nascido acabou caindo. Disse que não chorava, não se mexia e seus outros três filhos estavam batendo na porta e, por não querer que a vissem nessa situação, pegou um pano que estava na cama e enrolou nela. Ao abrir a porta, ela pediu para o filho mais velho pegar um pano.

Disse que enrolou o recém-nascido porque ele não aparentava estar vivo. *“Eu tinha certeza daquilo”*. Depois afirmou que foi tudo muito rápido, *“na sequência que eles bateram eu já peguei, (...), eu me limpei e fui ao médico né”* (sic), uma vez que vieram seu companheiro e sogra e assim foram para o hospital. Lá, relatou que chegou a desmaiar, *“não sei descrever o momento que passei”*.

Quando questionada pelo juiz sobre como o recém-nascido caiu, apenas se ateuve a responder que estava de pé no momento que ele caiu. “*Não me lembro, não me recordo muito como ele caiu, mas ele caiu diretamente no chão*”.

Nota-se pelo vídeo que M5 se emociona toda vez que fala do recém-nascido e reafirmou que acredita ter ele nascido sem vida. Afirmou que estava em estado de choque quando negou o parto ao médico mais tarde no hospital.

Este depoimento em juízo está similar ao depoimento dado na delegacia, o que reforça sua veracidade.

Por outro lado, como dito também anteriormente nesta dissertação, laudo pericial indicou incompatibilidade das lesões do recém-nascido terem ocorrido por simples queda da vagina da genitora. Foram constatados diversos traumas no corpo do recém-nascido, dentre eles perfuração do pulmão possivelmente por alguma das costelas quebradas, além de hemorragia interna no crânio. Os traumas sugerem ação de agente externo na morte do recém-nascido.

Deste modo, pelos depoimentos colhidos, confrontados com o de M5, pode-se constatar que os fatos estão todos congruentes entre si, sendo possível que a ordem natural deles esteja correta. No entanto, nota-se pouco detalhamento do ocorrido por parte de M5, quando diz respeito ao parto em si.

Os elementos, pois, são insuficientes para auferir se M5 mentiu acerca do parto, omitindo detalhes relevantes, e se, devido à influência do estado puerperal, cometeu atos de violência contra o corpo do neonato capazes de levá-lo a óbito, uma vez que, com a psique severamente alterada, não teve consciência de seus atos, justificando sua falta de detalhamento do caso no depoimento. Assevera-se que M5 desmaiou quando estava no hospital, indicando possível esgotamento mental.

P4. e P5. A parturiente tem antecedentes psicopáticos ou suas consequências surgiram no decorrer do parto? Há vestígios de outra perturbação mental?

R1. A tia de M1 disse que ela “era muito querida pela família e seria incapaz de matar friamente a criança, naquele momento deveria estar fora de si, não era a pessoa que conhecia”.

Já seu padrasto disse que M1 “tinha ótimo relacionamento com crianças, era uma menina muito boa e seria incapaz de praticar tal crime se estivesse consciente de si”.

Sua amiga afirmou que “a pessoa que conhece seria incapaz de cometer tal crime, acha que é impossível que ela tenha premeditado fazer isso, não era ela naquele momento”.

A irmã de M1 deixou claro também que não consegue acreditar que ela tenha praticado tal crime.

A própria M1 disse que “não é essa pessoa que fez o crime, estava fora de si, adora crianças”.

Não há documentos que comprovem sua condição clínica anterior aos fatos.

Pelos depoimentos, não há indícios de antecedente psicopático ou vestígios de outra perturbação mental. Porém, não se pode olvidar do alegado fato do pai do recém-nascido ameaçar M1; o medo, combinado com temor de ameaças futuras, podem ter influenciado no ato de ocisão praticado pela ora parturiente.

R2. Uma das amigas de M2 disse, com base na sua amizade pretérita, que “(...) não consegue acreditar na coragem que *nome censurado* [M2] teve para praticar tal ato, pois jamais imaginou que ela fosse capaz”. Em ficha médica constava que a parturiente

nunca fumou nem fez uso de álcool. Outra amiga adicionou que M2 era muito tímida e fechada.

R3. M3 tem um passado de abuso sexual e estupro por parte de seu tio, que a intimidava para não revelar os atos libidinosos em troca de presentes. Seu marido suicidou-se em tempo anterior aos fatos. Sua mãe, que pouco conviveu com M3, dizia ter ela uma “personalidade difícil”. Apesar disso, nada aponta formalmente para sintomas ou indícios de psicopatia ou vestígios de perturbação mental. Porém, o estupro pode ser tratado como um trauma que levou ao desenvolvimento de algum distúrbio relativo à gravidez e/ou rejeição ao bebê em si.

R4. Para este caso é importante lembrar que M4 havia perdido ambos os pais ainda quando criança (pelo alcoolismo do pai e problemas de saúde da mãe) e, com isso, passou a morar com a tia e, posteriormente, dado a desentendimentos entre elas, com seu tio.

Seu tio, por parte de mãe, declarou que M4 era uma menina muito fechada, “sempre abaixando a cabeça quando questionada sobre qualquer coisa”. M4 já era mãe na época dos fatos e, com relação a isso, disse seu tio que M4 era boa mãe e dona de casa, cuidando muito bem da filha e que quase não saía de casa.

Sua tia, por parte de pai, disse que M4 “sempre foi uma criança muito calada e depressiva”, tendo começado um tratamento com psicólogo, sem continuidade. Antes de ter sua primeira filha, levaram M4 para fazer teste de gravidez no posto (BHCG) e, dias depois, quando retornaram ao local para retirar o resultado M4 se recusou a entrar, sabendo logo em seguida que tinha dado positivo. Ela, então, “saiu correndo para ir embora, dizendo que ia se matar”. Passado o momento de choque, “passou a cuidar da bebê com dedicação e carinho”.

Incidente de sanidade mental indicou M4 ser portadora de transtorno depressivo recorrente.

R5. Segundo depoimentos, M5 era mãe de três filhos antes de parir o bebê dos fatos, morava há nove anos com a família de seu companheiro. Não houve relato de comportamento fora do comum, nem de abuso infantil. Consta em ficha médica que a parturiente não tinha acompanhamento psiquiátrico ou psicológico anterior. Não há mais nada a respeito do assunto.

P6. O contexto social e familiar que ela vivia favorecia, de algum modo, a prática do crime?

R1. Sim. No caso 01 temos por diversos relatos (de tia, padrasto, amiga *etc*) que M1 era uma mulher muito querida, de ótimo relacionamento com crianças e incapaz de cometer tal crime. Também não acreditavam em eventual premeditação. Porém, o pai do neonato a ameaçava, deixando-a com medo. Medo este que a impediu de contar abertamente da gravidez para a família, porque sua mãe vivia dizendo que se estivesse grávida dele deveria casar-se. Além de tudo, a família não o aprovava.

R2. Sim. No segundo caso o pai do bebê era um colega de faculdade que, contudo, nunca ficou sabendo da gravidez de M2. Inclusive, nunca contou a ninguém, somente a duas amigas. Uma delas disse, em depoimento, que a família de M2 era muito religiosa e provavelmente a reprovava pela gravidez. M2 tinha personalidade tímida e fechada.

R3. Sim. No caso 03 o bebê de M3 era fruto de um estupro que sofreu pelo seu tio, que a ameaçou à época. Lésbica, vivia longe da mãe, que era prostituta e a abandonou por volta dos quatro anos de idade. Não tinha base familiar sólida. Houve relatos de

abuso também por parte de seu avô. Nunca contou a ninguém de sua gestação. Antes, havia tido um primeiro filho, cujo pai suicidou-se. Hoje ele é criado por terceiros.

R4. Sim. No quarto caso temos M4, diagnosticada com transtorno depressivo recorrente, que perdeu os pais quando criança e foi criada pelos tios. Era muito fechada com as pessoas e tinha medo de ser julgada pela gravidez. Nunca contou a ninguém. Ficou “deprimida” nos dias seguintes ao parto. Antes, não havia encarado bem a primeira gravidez dizendo que iria se matar. Posteriormente, de fato, tentou o suicídio. Não há menção no processo do pai do bebê.

R5. Aparentemente, não. No caso 05 o pai era o companheiro de M5, do qual já havia tido outros três filhos com ele e mantinha união estável. Morava com a família da sogra. Crê que o “desespero” a levou a praticar o ato de ocisão.

Tabela 01 – Síntese das respostas para as perguntas de França:

	P1	P2	P3	P4	P5	P6
R1	Sim	Sim	Sim e não	Não	Não	Sim
R2	Sim	Sim	Sim e não	Não	Sim	Sim
R3	Sim	Sim	Sim e sim	Não	Sim, estupro do tio e suicídio do marido.	Sim
R4	Sim	Sim	Não e não	Sim	Sim, transtorno depressivo recorrente.	Sim
R5	Sim	Sim	Em partes e dados insuficientes.	Não	Dados insuficientes.	Não

DISCUSSÃO

Superada a análise documental, é necessário um levantamento bibliográfico acerca do tema para poder correlacionar o que foi observado na prática com o que já fora estudado no passado. A preferência foi pela busca de artigos científicos mais recentes, para refletir o mais moderno entendimento, usando como sustentáculo teórico escritos mais tradicionais, com data de publicação mais espaçada, a fim de evidenciar a dificuldade de tratamento que o tema já sofria há tempos. A base extraída da coletânea abaixo será usada adiante para calcificar as deduções obtidas da análise dos casos acima.

A duração do estado puerperal e a dificuldade de sua aferição.

Diversas similaridades podem ser notadas nas mulheres que praticam o infanticídio. Em geral, nota-se um estado de angústia e desespero flagrantes no sentido de tentar preservar sua honra como condição *ante* (Sagulo, 2019, p. 282). Assim, a prática do crime é inequívoca, haja vista a situação psíquica presente na puérpera.

Nota-se grande predisposição à prática do infanticídio o quesito emocional, que é comumente verificado nas mulheres que estão nervosas ou angustiadas com a gravidez ou se trata de um filho ilegítimo, isto é, fora do casamento ou de parceiro desconhecido (Sagulo, 2019, p. 283). Estudos indicam que o i. abalo psíquico, ii. conflito social e a iii. vulnerabilidade as quais a mulher se encontra são fatores determinantes para o surgimento do estado puerperal (Sagulo, 2019, pp. 283-284).

São notórias as furtivas tentativas da puérpera em esconder sua gravidez do meio social, da família e do próprio pai do feto (nas vezes em que se tem conhecimento de quem seja). Essa atitude contribui para o isolamento ainda maior da mulher, aumentando consideravelmente sua vulnerabilidade e carência emocional. Sozinha e sem suporte, a gestação se torna um fardo do qual não se quer/pode carregar.

Porém, sua insegurança em relação à publicizar ou não a gravidez, dentre outros fatores, leva à sua manutenção pelos meses necessários até o parto. Nele, desesperada e sem alternativas, acaba por matar o recém-nascido em um ato que, se influenciado pelo estado puerperal, teria por base a impulsividade (carência de racionalidade), motivo pelo qual o arrependimento é fator que surge imediatamente em seguida — sinalizando para uma duração exígua do estado puerperal.

No entanto, auferir a sua duração exata é improvável, haja vista se tratar de uma condição excepcional, variável e singular. “Excepcional” no sentido de somente existir em determinado período de tempo, cujo termo inicial e final não se pode precisar, sendo por vezes coincido com a duração do puerpério — este sim uma condição biológica de melhor aferição, baseada em critérios técnicos que envolvem a condição física *ad momentum* da parturiente. “Variável” porque é uma condição clínica sujeita a fatores internos (o âmago da mulher) e externos (meio social, família, amigos *etc.*) que nem sempre são iguais. E, por fim, “singular” devido a ser um estado especial que inibe a racionalidade da mãe de tal forma que a sujeita a cometer um ato que seria impensável em condições normais.

Ao passo que o puerpério é uma condição física da parturiente²¹, o estado puerperal, por outro lado, é tido como uma condição psicológica. Logo, os respectivos termos não se confundem, mas se complementam. Durante o puerpério são observados diversos sintomas, dentre eles um ligeiro aumento da temperatura axilar (entre 36,8°C e 37,9°C), além de calafrios associados a “manifestações de bacteremia por absorção maciça de germes ou produtos tóxicos pela ferida placentária” (Mestieri, Meneguette, & Meneguette, 2007, p. 6).

A parturiente ainda experimenta sensações dos mais variados tipos, que incluem:

Dores ou parestias nos membros inferiores e na região sacra são anotadas, nos primeiros dias do puerpério, e originárias, de compressões regionais, vícios de postura que as mesas de parir provocam; sensação de queimadura na vulva e na região perineal, parestesias, e dor anal nas pacientes de hemorróidas. (Mestieri, Meneguette, & Meneguette, 2007)

Sem prejuízo de incontáveis outros sintomas de ordem física, não é preciso maior aprofundamento teórico para concluir que o puerpério é período de grandes modificações na parturiente e que tem o condão de, invariavelmente, acarretar nela perturbações psíquicas. A dor e o esforço despendidos pela mulher durante o parto são suficientes para, muitas vezes, privar-lhe momentaneamente de consciência. Desse modo, é inegável que o chamado “estado puerperal” é condição clínica *sui generis*.

Nessa toada é o entendimento de Roberson Guimarães:

Já o chamado estado puerperal seria uma alteração temporária em mulher previamente sã, com colapso do senso moral e diminuição da capacidade de entendimento seguida de liberação de instintos, culminando com a agressão ao próprio filho. (Guimarães, 2003)

²¹ Entendido como “o período do ciclo gravídico que corresponde à regressão das modificações fisiológicas da gestação (...) [iniciando-se] logo após a dequitação da placenta e (...) [terminando] por volta de seis semanas pós-parto (Santos, et al., 2022);

Assim, pode-se compreender que a maior dificuldade na aferição da duração exata do estado puerperal — com termo inicial e final bem definidos — se dá pelo fato dele ter em sua base de caracterização quesitos estritamente subjetivos. Diferentemente do puerpério, que é, objetivamente, uma condição clínica, com começo e fim mais certos, o estado puerperal se vê atrelado à psique da mulher.

Irene Batista Muakad realizou estudo aprofundado acerca do infanticídio, no qual foi necessário aprofundamento considerável na temática do estado puerperal — por ter relação direta com o aludido crime. Para ela “constitui uma situação especial, pois não se trata de uma alienação, nem de semi-alienação, e muito menos de uma situação normal” (Muakad, 2002, p. 158). Em sua obra “*O Infanticídio: Análise da Doutrina Médico-Legal e da Prática Judiciária*” trouxe diversos entendimentos, expondo a divergência presente também no que tange à sua duração.

Antes de adentrar no mérito desta discussão, diz ela que alterações emocionais poderão advir deste estado em decorrência da(o) “angústia, aflição, dores, sangramento e extenuação, cujo resultado traria um estado confusional capaz de levar à prática do crime” (Muakad, 2002, p. 147).

Continua a autora mencionando as alterações psíquicas, como a

atenção falha, percepção sensória deficiente, memória de fixação e de evocação escassas, dificuldade em diferenciar o subjetivo do objetivo, **juízo crítico concreto e abstrato enfraquecidos, discernimento inibido** implicando na incapacidade de avaliação entre o lícito e o ilícito, inadaptação temporária e **desorientação afetivo-emocional**. (Muakad, 2002, p. 147) (grifo nosso)

Como se vê, são sintomas diretamente relacionados com a prática infanticida. Ora, se o estado puerperal é capaz de gerar tais afetações psíquicas, é inegável pensar que estes fatores, aliados com a condição social da mulher, temor pela gravidez e inse-

gurança na futura criação do filho, são quesitos suficientes para justificar não só a prática do crime, como também para defender a presunção deste estado e de sua influência no ato homicida — necessitando de laudo técnico apenas para, em sendo o caso, rejeitar a influência.

A respeito da duração, acrescenta a autora, através do pensamento de Bonnet²², que o estado puerperal é “um transtorno mental transitório incompleto, **de curta duração** (...), um estado de obnubilação das funções psíquicas” (Bonnet, 1967, p. 474). Ressalta, contudo, que esse entendimento vem de autores clássicos (Muakad, 2002, p. 147), isto é, um entendimento que não comporta os estudos mais recentes.

Outra problemática está atrelada diretamente ao fato de ser exigido nos processos a constatação do estado puerperal através de perícia, que raramente dá o retorno positivo ou negativo — mesmo tendo o estado puerperal existido *e influenciado* na execução do crime. Mais por esta razão que se sustenta o posicionamento de que este estado e sua influência deveriam ser presumidos — e não (de)pendente de comprovação pericial²³.

O estado puerperal não se confunde com o puerpério, sendo certo que a presunção da sua influência também está correta quando constatados fatores de risco inerentes ao cometimento do infanticídio, como os contextos familiar e social desfavoráveis. Além disso, deve o puerpério ser considerado como fator agravante, uma vez que seus sintomas colocam a mulher em condição de extrema vulnerabilidade tanto física quanto emocional. Isso não exclui, contudo, a possibilidade do estado puerperal transcender este período delimitado do puerpério e surgir posteriormente.

²² BONNET, E. F. P. *Medicina Legal*. Buenos Aires: Lopes Libreros, 1967. p. 474.

²³ É muito importante frisar que a presunção do estado puerperal está atrelada diretamente no enquadramento legal do crime que é imputado à mulher e no entendimento que deve se dar para considerar o ato da ocisão do filho o crime de infanticídio (art. 123) e não o de homicídio (art.121).

Qualquer ato extremo praticado, portanto, durante o puerpério, é natural que se relacione diretamente ao estado puerperal por ser justamente o momento factual em que a parturiente se encontra alterada da sua condição normal. Menos comum, mas não impossível, seria sua incidência após a cessação do puerpério.

Bem por isso que é de se convir que o estado puerperal não se resume unicamente às reações internas da mulher, mas também ao seu meio externo social. É esse o entendimento de Delton Croce ao dizer que sua influência ocorre, geralmente, “com gestantes aparentemente normais, física e mentalmente, que, estressadas pelos desajustamentos sociais, dificuldades da vida conjugal e econômica, **recusam de forma neurótica a maternidade** (...)” (Croce, 1998, pp. 470-71).

A referida observação encontra arrimo nos casos práticos discutidos nesta dissertação, tendo em vista que as similitudes são diversas, principalmente no que tange ao meio social e à surpresa de uma gravidez indesejada — considerada como um fator de risco tanto para o aborto quanto para o infanticídio (Iaconelli, 2020, p. 45). Observa-se que o que justifica a ocisão do próprio filho não é a premeditação, muito menos um eventual “ódio” por crianças²⁴, mas sim diversas influências de ordem interna e externa, capazes de obnubilar seu senso crítico e moral.

Assim, fatores como meio social desfavorável, relacionamento amoroso conturbado, seio familiar debilitado, condição econômica reduzida, falta de acompanhamento profissional da gravidez (pré-natal) e pouca instrução geral da parturiente são determinantes para a ocorrência do infanticídio sob a estrita influência dos efeitos do estado puerperal — e tudo isso fora observado nos casos estudados.

²⁴ Classificar desta forma seria colocar o debate num nível argumentativo muito raso, isto porque pode-se verificar tanto mulheres que rejeitaram filhos anteriores quanto outras que os criaram normalmente, ou ainda aquelas primíparas que sempre gostaram de crianças de um modo geral.

Isto porque todos esses fatores em conjunto contribuem para uma desestabilização emocional considerável na mulher, e até mesmo dá vazão para desencadear sentimentos ou desejos subliminares calcados em doenças mentais, ainda que dormentes, sendo o estado puerperal visto como um terreno propício para que se desenvolvam²⁵.

Para além do estado puerperal: doenças e distúrbios psíquicos no período neonatal.

É de suma importância ressaltar que o estado puerperal não se confunde com determinadas doenças/distúrbios advindas ou ocasionadas pelo parto, seja antes, durante ou após, sendo eles “a depressão pós-parto, psicoses, neuroses, febre puerperal, infecção puerperal *etc*” (Muakad, 2002, pp. 170-71). Isto porque o “trauma do parto precipita manifestações anormais, condicionadas pela constituição mórbida, perversa, instintiva, histérica, débil mental *etc*” (Muakad, 2002, p. 160).

Contudo, quando se fala em delimitação do estado puerperal para fins de caracterização do infanticídio é de suma importância discorrer acerca dessas doenças/distúrbios, pois, como se verá, muitas delas ocorrem dentro de dias — ou até mesmo semanas — após o parto (Friedman & Resnick, 2007) e eclodem a partir dele, tendo íntima relação com o tema.

Psicose puerperal

Talvez a mais grave de todas que, dentre os sinais apresentados, segundo Marcé, incluem o estado confusional, acessos de mania ou melancolia e reações esquizofrênicas (Muakad, 2002, p. 161). São episódios de loucura que configuram doença mental e,

²⁵ É a situação, por exemplo, do caso 04.

portanto, transcendem a mera perturbação psíquica ocasionada pelo estado puerperal e as alterações emocionais naturais decorrentes do parto.

Está presente em 0,1 a 0,4% dos partos, sendo classificada como “uma ocorrência relativamente infrequente” (Madeira, Santos, Relvas, Abreu, & Oliveira, 2012), gerando confusão mental capaz de perdurar de horas por até semanas; surge bruscamente — dentre o segundo e terceiro mês após o parto — e é mais comum em primíparas, apresentando a parturiente comportamento de total repúdio ao bebê, caracterizando evidente risco de infanticídio, uma vez que a doença pode evoluir para a forma paranoide, enxergando o bebê como, por exemplo, representante do diabo, recebendo comandos para matá-lo (Moraes, 2021, p. 110).

A psicose puerperal, pois, tem natureza patológica e está geralmente associada a uma doença mental pré-existente. Dentre outros sintomas estão o tremor convulsivo dos membros e franzimento do rosto, perda da consciência, da memória de curto prazo e colapso do senso moral, seguido de desordem mental, gerando privação do querer e entender (Maggio, 2001, p. 53). Porém, não é perpétua e costuma regredir completamente depois de passado o puerpério.

A psicóloga Maria Helena Cruz de Moraes ainda diz acerca da doença que ela “deve sempre ser tratada como uma emergência psiquiátrica e receber tratamento imediato, obrigatoriamente pelo uso de psicofármacos” (Moraes, 2021, p. 111), podendo levar a internação. Tudo isso a coloca como uma doença grave que necessita de pronta intervenção para evitar desdobramentos trágicos.

Em termos psicológicos e psiquiátricos é tido como um nítido estado de perturbação mental da parturiente que pode levá-la a cometer atos contrários à sua índole, por

evidente obnubilação da sua função psíquica que interfere diretamente no discernimento.

Quando essa interferência é significativa a ponto de dar causa à ocisão do recém-nascido, interpreta-se que não só houve o estado puerperal, como este influenciou no ato homicida. Nessa ocasião, a obnubilação da consciência é tamanha que, muitas vezes, a mulher somente tem noção do que ocorreu depois que o bebê se encontra morto.

Apesar da insurgência da psicose puerperal se dar entre dois e três meses após o parto, já findo o puerpério, é certo afirmar que a correlação entre ambos é indelével. Até mesmo por isso que leva o nome composto de psicose *puerperal*, e não simplesmente “psicose”.

Juridicamente falando, a agente acometida pela doença, por ter o seu discernimento severamente afetado para além do distúrbio psíquico presente no estado puerperal puro e simples, ficaria classificada como inimputável, não devendo receber pena, mas sim medida de segurança.

Em condições tais, a mulher não estaria cometendo crime, uma vez que estaria impossibilitada de compreender o caráter ilícito do seu ato, no entanto, a lei busca um paralelo na sua conduta com os crimes existentes para ter um paradigma no estabelecimento da medida de segurança devida. O crime-paradigma nessa ocasião poderia vir a ser o homicídio, porque a psicose puerperal não se confunde com o estado puerperal e, na sua ausência, não há infanticídio.

Contudo, também vimos que, apesar de não se confundirem, não é exagero afirmar que a psicose puerperal advém — ou é “desencadeada” — pelos efeitos do estado puerperal. Logo, sua ocorrência certamente estaria vinculada à influência que tal estado exerceu na psique da mulher.

No entanto, ainda há um segundo risco para o crime-paradigma considerado ser o homicídio em detrimento do infanticídio. É o fato de que se a ocisão ocorrer em semanas, ou até mesmo meses após o parto, estaria contrariando o requisito legal de “durante o parto ou logo após”.

Ora, vimos que tal condição não deve ser encarada cronologicamente, e sim mais como um “estado” próprio da mulher, isto é, o termo “logo após” não necessariamente quer dizer “imediatamente após”. Nesse sentido Guilherme de Souza Nucci afirma que: “levamos em consideração que a expressão ‘logo após’ encerra imediatidade, mas pode ser interpretada em consonância com a ‘influência do estado puerperal’, embora sem exageros (...)” (Nucci, 2019, p. 98), no sentido de que a influência do estado puerperal não está restrita a ocasiões durante ou logo após o parto.

Assim, sendo usado o infanticídio como crime-paradigma em detrimento do homicídio, estaria a mulher, no âmbito jurídico, sujeita a medidas de segurança menos invasivas que a internação, como o tratamento ambulatorial, para que, desse modo, a necessidade ou não pela internação seja atribuída unicamente ao profissional da saúde.

Isto porque, apesar da internação prever tratamento psiquiátrico e acompanhamento constante dos profissionais da saúde, na prática há “falta de infraestrutura adequada e de pessoal nessas unidades, resulta[ndo] na privação de outros direitos durante longo período da vida do[a] paciente” (Prado & Schindler, 2017, p. 634).

Há, ainda, uma variante. Através da obra de Fabíola Rohden (2003) temos acesso à tese defendida por Alipio Azevedo em 1919, no qual foi dito que a psicose puerperal era de terreno mais da obstetrícia que da psiquiatria. Nessa toada, afirma que caberia ao próprio obstetra “evitar os surtos de alteração mental que acometem a gestante” e que “quando a psicose já estiver em curso, é este médico que deve ser o responsável por

estudá-la e tratá-la” e que, por esta razão, “as doentes de psicose puerperal não devem ser misturadas com outros tipos de loucos²⁶” (Rohden, 2003, pp. 54-55).

Assim, conclui que elas não deveriam ser levadas a hospícios (terminologia utilizada na época) e, sim, “mantidas nas maternidades ou mesmo em casa, recebendo todos os cuidados fornecidos pelo obstetra” (Rohden, 2003, p. 55). Em outras palavras, pode-se concluir que a mulher diagnosticada com psicose puerperal está fadada ao esquecimento se internada em instituições psiquiátricas por força de decisão judicial, correndo o risco de não ser dada a ela o tratamento sério e correto do qual necessita.

Depressão pós-parto

A situação pós-parto da mãe é de extrema vulnerabilidade, podendo levar à ansiedade e à depressão profundas. São casos que, certamente, afetam o discernimento e a consciência, levando a um estado mental sujeito a severas perturbações psíquicas, dado que “*the neural systems affected by postpartum anxiety and depression overlap and interact with the systems involved in maternal caregiving behaviors, mother-infant interactions are highly susceptible to disruption*” (Pawluski, Lonstein, & Fleming, 2017, p. 106).

A depressão pós-parto é uma condição clínica mais comum que a psicose puerperal nas mulheres e tem uma incidência alta, em torno de 25%, mas com suspeitas de subnotificação, seja pela vergonha em expor sua situação, seja por pura ignorância na identificação dos sintomas ou até mesmo “pela falta de condições técnicas de diagnosticar esse fenômeno psíquico” (Moraes, 2021, p. 107). Nos Estados Unidos são verifica-

²⁶ O termo “louco”, hoje considerado inapropriado, era comumente usado no passado para se referir àqueles/as com algum tipo de transtorno mental.

dos valores menores, dentre 6,5 a 12,9% das mulheres que pariram (Wilkinson, Anderson, & Wheeler, 2017, p. 2).

Os sintomas podem ser classificados como humor depressivo, ansiedade, sentimento de culpa, desânimo profundo, desinteresse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, baixa autoestima, irritabilidade, choro frequente, falta de energia, insônia, sentimentos de desamparo e inutilidade, pensamentos recorrentes de morte, dentre outros (Wilkinson, Anderson, & Wheeler, 2017, p. 2; Moraes, 2021, p. 107). Porém, os sintomas podem ser mais intensos quando há quebra de expectativa com relação ao bebê (Moraes, 2021, p. 107).

Há indicativos de que a depressão pós-parto evolui no exercício da função materna, podendo surgir dentro de até seis semanas após o parto (Frizzo & Piccinini, 2007, p. 351), o que abre margem para dizer que o estado puerperal também pode estar presente neste período. Ainda, aponta Moraes (2021) que “o maior índice de mortalidade materna **no primeiro ano de vida do bebê** se deve à DPP [depressão pós-parto], que culmina em suicídio” (grifo nosso). Assim, o tempo pode se estender a até um ano.

A ansiedade, tida como um dos principais sintomas da depressão pós-parto, pode surgir especialmente no terceiro trimestre da gravidez. Segundo Maldonado (2021) a “ansiedade é especialmente aguda nos dias que antecedem a data prevista e tende a intensificar-se ainda mais quando a data prevista é ultrapassada”.

Muitas vezes podem vir a surgir temores relacionados à autopunição, tais como

O medo de morrer no parto, de ficar com a vagina alargada para sempre, de ficar com os órgãos genitais dilacerados pelo parto, de não ter leite suficiente ou ter leite fraco (simbolizando sentimentos de inadequação e desvalorização como mãe), de ficar aprisionada ao filho a alterar toda a rotina de vida. (Maldonado, 2021, p. 52)

Todo esse sentimento de angústia e inquietação pode facilmente levar a mulher a cometer o infanticídio, estando em nítida influência do estado puerperal, ainda mais quando a data prevista para o parto está próxima. Nas vezes em que não há acompanhamento médico da gravidez, quando a mulher a esconde e evita até mesmo admitir para si mesma da sua condição, a sensação de proximidade do parto se dá pelas alterações fisiológicas da mulher que culminam no estouro da bolsa. Este é o momento de maior tensão, muitas vezes paralisando a mulher quando desamparada. Uma de suas próximas ações pode ser, sem dúvida, a ocisão do recém-nascido pela obnubilação da consciência, seguido de estado em catarse pelo acontecido.

Não obstante, podemos citar como fatores de risco para a ocorrência da depressão pós-parto o episódio depressivo ou ansioso na gestação aliados a “eventos de vida estressantes, pouco suporte social e financeiro e relacionamento conjugal conflituoso” (Cantilino, Zambaldi, Sougey, & Rennó Jr., 2010, p. 289).

Por outro lado, podemos citar como fatores de proteção *contra* a depressão pós-parto “o otimismo, elevada autoestima, boa relação conjugal, suporte social adequado e preparação física e psicológica para as mudanças advindas com a maternidade” (Cantilino *et al.*, 2010, p. 289).

Com isso, vislumbra-se que uma mulher em boas condições de vida, com o pai de seu bebê presente e família estruturada está menos sujeita à incidência da depressão pós-parto, justamente pela oferta de suporte familiar e acompanhamento médico adequado. É, pois, incomensurável o benefício à vida da mulher e, por consequência, da sociedade, a instauração de políticas públicas com o fim de auxiliar na criação ou manutenção dos fatores de proteção aqui mencionados.

Disforia puerperal (*maternity blues/baby blues*)

É um quadro considerado leve de distúrbio psicológico e acomete parcela considerável das puérperas, dentre 50 a 90%. Surge geralmente nos primeiros dias pós-parto (especialmente entre o segundo e quinto dia) e cessa naturalmente com o passar das semanas. Por ser leve e esperado, não necessita de tratamento farmacológico e a recomendação de tratamento envolve apenas cuidados adicionais com a mãe e o bebê, além de maior tolerância com as ações da mãe e suporte emocional adequado (Cantilino *et al.*, 2010, p. 289; Moraes, 2021, p. 106).

Os sintomas incluem tristeza repentina e imotivada, acompanhada de choro espontâneo e fácil, além de introversão, irritabilidade e cansaço (Cantilino *et al.*, 2010, p. 289; Moraes, 2021, p. 106). Como não necessita de intervenção significativa e sua tendência é desaparecer no curto prazo, a atenção recai somente no fato de que caso tais sintomas não cessem no tempo esperado poderia ser sinal de evolução para um transtorno mais grave, como a já explanada depressão pós-parto.

Haja vista o alto grau de incidência nos partos — de até 90% — e identificado tais sintomas comuns é seguro dizer que este distúrbio é uma condição clínica corriqueira em mulheres que acabaram de dar à luz seu recém-nascido e que o estado puerperal é o principal terreno para sua atuação. Tendo notado que a duração da disforia puerperal é exígua, isto contribui para, nos casos em que há infanticídio, a maioria deles ocorra numa fração de tempo mais próxima do momento do parto, pois, desse modo, a certeza da influência do estado puerperal é maior e alegar sua presunção seria mais correto.

Cruzamento de dados e uma reflexão

Agora, confrontando o observado com o estudado, temos algumas ratificações a fazer, somadas com determinadas indagações.

A intenção inicial com este trabalho era o de traçar linhas mais precisas acerca da duração do estado puerperal, a fim de descobrir seu grau de influência — se ora maior, ora menor — na psique da parturiente/puérpera durante o ato de cometimento do infanticídio, termo este que sofreu severas variações no passar dos anos, tanto que fora objeto de diferentes interpretações e tratamento legislativo por parte do ordenamento jurídico interno de cada país.

Nos animais, o infanticídio tem significado mais abrangente, incluindo animais não necessariamente parentes uns dos outros e usado regularmente como estratégia reprodutiva ao longo da evolução (Kuroda & Tsuneoka, 2013, p. 342). Aqui, entre seres humanos, de acordo com o ordenamento jurídico vigente, ele se limita à mãe que mata seu recém-nascido sob influência do estado puerperal²⁷.

O infanticídio em si é um acontecimento complexo porque demanda o estudo de diversas frentes para (tentar) compreender sua causa. Dizem que somente a mulher sabe o que é parir, e é certo dizer que a ligação mãe-bebê é muito maior — e mais íntima — que a do pai. O afeto presente é quase automático e o senso de proteção materno chega a ser instintivo. A mãe se vê na obrigação de proteger o filho das mazelas do mundo, pois é sua criação. O problema é quando este senso de proteção sofre distorções significativas na sua essência.

Assim, quando se fala em presença paterna, em 80% dos casos o pai do bebê é ausente ou é alguém sem vínculo forte o suficiente com a mãe para que esta partilhasse

²⁷ Terceiros podem ser responsabilizados também pelo crime na condição de coautores, porém a ação principal (o ato de matar em si) tem que partir da mãe.

e confiasse seu estado de gravidez a ele. Em todos os casos observa-se que a gravidez não foi planejada, mas sim, indesejada.

O ambiente hostil familiar retratado também em 80% dos casos coincide com o que fora visto em outros estudos, mostrando que uma família desestruturada, que fornece pouco ou nenhum apoio/amparo para a mãe contribui para um eventual infanticídio influenciado pelo estado puerperal. Isso porque a falta de uma base familiar forte pode acabar levando a sintomas como o desespero e obnubilação da consciência em momentos de maior tensão. O suporte é essencial.

Outro ponto foi observar a distorção do senso de proteção materno. Ironicamente, a mãe o exerceu através da ocisão do recém-nascido. Numa aparente regressão ao instinto animalesco, a morte do neonato acontece como uma forma de “proteção” ao “poupá-lo” do sofrimento de ter de viver em um ambiente social hostil e desfavorável. É como se o estado puerperal sobrepusesse o instinto acima da razão.

Para ajudar a compreender este senso temos que analisar mais do que somente o indivíduo da mulher, mas sim todo um contexto a qual ela está submetida, de cunho social e moral. Pudemos compreender pelos estudos acima e análise dos casos relatados que há um desejo intrínseco da mãe em se desvincular do feto, enquanto grávida, no sentido de não criar afeto por ele e, por consequência, não o desejar. Deste ponto de vista, percebemos que a problemática aqui em pauta está muito mais ligada à questão de saúde pública que meramente criminal.

Relatamos a similaridade dos cinco casos em revelar o desamparo sentido pelas mães com relação à sua gravidez. O contexto ao qual estavam inseridas não lhes davam liberdade para expô-la com tranquilidade, livre de preocupação. Era, pelo contrário,

razão para esconder a gravidez de terceiros ou, até mesmo, evitar assumi-la a si mesma. Eram mulheres com dificuldade para serem mães — ainda que já fossem.

Pode-se dizer que, se não havia planos futuros para aquele feto que carregava, logo não havia o desejo de “filho”. Porque não havia filho; havia “coisa”. Essa barreira pelo afeto surgida na mulher a fragiliza de tal modo que, por uma série de falhas, pratica o infanticídio.

Não é uma escolha, não é um ato consciente, não é um ato desejado; mas é um ato *necessário*. Necessário não para o seu “bem-estar” — porque provavelmente ela carregará a culpa pelo resto da vida — mas para descarregar uma sensação de impotência presa dentro de si há muito tempo. A inação pela busca de um pré-natal, por exemplo, é fruto desta impotência. Em 100% dos casos tanto não houve quanto não foi buscado tal acompanhamento.

Portanto, apesar de podemos dizer que o ato do infanticídio foi realizado individualmente, na verdade, ele tem muitos (ir)responsáveis em volta. A ‘pobreza’ vai muito além do cunho econômico, atingindo também o âmago do cidadão²⁸, tendo ele equivalente parcela de culpa em casos tais.

Foi observado que em 80% dos casos a mulher estava desamparada ou com razões suficientes para crer que não teria apoio após o anúncio de sua gravidez. O caso destoante é o 05, em que M5 morava com o companheiro na casa da sogra, junto aos seus outros três filhos. Não foram encontrados indícios — sejam eles documentos ou depoimentos — que apontassem para um isolamento de M5 da família com quem residia, sugerindo que sua insegurança acerca da gravidez se deu por outros motivos.

²⁸ Vulgarmente conhecida como “pobreza de espírito”.

Nos outros quatro casos restaram evidentes a presença de uma família desestruturada e/ou altamente preconceituosa, que variavam desde a morte dos pais na infância e abandono parental até abuso sexual por familiares próximos. No caso 01 havia desaprovação expressa do companheiro de M1 no caso de eventual gravidez, forçando o casamento entre ambos.

No seu cerne, o infanticídio aponta para uma relação mãe-bebê que se deu muito mal. Mesmo com a ocisão ocorrendo logo após o parto, vemos que esta relação já começa muito antes, ainda na gestação, mais precisamente quando a mulher *percebe* que está grávida. A partir desta percepção “que se desdobra a relação materno-filial e as modificações na rede de relacionamentos da família” (Maldonado, 2021, p. 36).

De fato, corresponde com o observado, uma vez que, descoberta a gravidez, 100% dos casos indicaram pronta repulsa da gestante para com o feto que se desenvolvia, levando à(o) ocisão do recém-nascido no banheiro do hospital por asfixia pela calcinha (caso 01), ingestão de remédio abortivo (*cytotec*) (caso 02), morte do neonato por golpe de faca no banheiro de casa (caso 03), abandono do recém-nascido em saco plástico jogado no terreno vizinho (caso 04) e morte do recém-nascido por alegada queda e posterior abandono no quarto de roupas sujas, tendo sido parido no banheiro de casa (caso 05).

Difícil esta percepção passar em branco, pelo menos para a gestante. Isto porque os sinais de gravidez se intensificam com o passar das semanas e negá-la representa, na verdade, temor pelo parto que virá. Explica Maldonado (2021, p. 37) que é a partir desta singela percepção que surge o que ela chama de “ambivalência afetiva”, que nada mais seria que “‘a balança do querer e do não querer’, a oscilação entre desejar e não desejar aquele filho”. Alerta que “o sentimento oposto jamais está inteiramente ausente”.

Todos os casos, sem exceção, apontaram para a pronta negação da gravidez pelas ora gestantes; no caso 05 suspeita-se, inclusive, de M5 negar a gravidez a si mesma — ainda que soubesse do seu estado.

Até por isso que a presença, ainda que mínima, do sentimento oposto, é indicativo de que a mãe que mata o próprio recém-nascido não o faz imbuída no completo mal; há um nítido pesar e remorso pelo ato. Acrescenta a autora que, “pela lógica racional, sentimentos contraditórios não podem coexistir” (Maldonado, 2021, p. 37). No entanto, complementa: “[já] pela lógica emocional, sentimentos contraditórios coexistem”, sendo justamente nessa lógica que o peso na determinação da conduta é maior (idem).

Os casos estudados apontaram para a prevalência de situações que afastam a premeditação do crime.

A ocisão do recém-nascido no banheiro do hospital, após M1 ter voluntariamente buscado ajuda médica, pedindo para seu padrasto levá-la à unidade de saúde, é situação que afasta o entendimento pela premeditação. Do contrário, teria cogitado parir em lugar ermo.

Por outro lado, no caso de M2, esta sempre escondeu a gravidez em razão de não querer o filho, no entanto, após duas amigas terem descoberto, M2 precipitou-se ao ingerir diversos comprimidos de medicação abortiva, acelerando seu trabalho de parto. Se antes sua atitude de manter oculta a gravidez durante quase toda a gestação pudesse soar como premeditação ao crime, a ingestão indevida, impensada e precipitada de *cytotec* afasta essa possibilidade, uma vez que tal medicação apenas acelerou o parto de M2, forçando-a a “esconder” o neonato dentro de uma mala de viagem — ato que demonstra clara falta de planejamento e, por consequência, afasta a ideia de premeditação.

Quanto ao caso 03, no que tange à premeditação do crime, cabe a transcrição literal do dito por M3 em sede de audiência de pronúncia:

Eu sofri um abuso. Por isso eu engravidei. Mantive a minha gestação. Gerei a criança. Não tinha a intenção de tirar a vida dela, porque, senão, eu teria feito um aborto. Mas não, a minha intenção era doar *pra* alguém essa criança. Não tinha intenção de ficar comigo. Mas quando tudo aconteceu, eu chamei o SAMU, eu *tava* sozinha em casa, eu pedi ajuda. Liguei tanto no SAMU quanto *pra* Polícia Militar pedindo ajuda. E quando, eles demoraram muito *pra* chegar até o local. E quando eles chegaram, já tinha tudo acontecido. Não me lembro como foi que ocorreu tudo. Não consigo lembrar. (sic)

De fato, ao sentir as dores do parto após sua bolsa ter estourado, M3 efetuou uma ligação diretamente ao SAMU pedindo auxílio médico. Estava, naquele momento, em sua residência. Após a chegada da ambulância, não permitiu a entrada dos profissionais, possivelmente devido a um súbito arrependimento do que fizera (a ocisão do recém-nascido). Após a recusa, fora acionada a Polícia Militar, que entrou na residência após suspeita de crime ao visualizar a placenta de M3 que esta trouxera à porta para mostrar a eles e à enfermeira. Lá, a prenderam em flagrante após encontrarem o corpo do neonato.

O depoimento de M3 em audiência coaduna com a realidade, no sentido de que — de fato — se quisesse ter se “livrado” do bebê antes, o teria feito. Não o fez e, inclusive, telefonara ao SAMU — ato contrário àquele que se propõe à premeditação. Pensar que houvera eventual planejamento para a ocisão do recém-nascido é desafiar a inteligência da parturiente.

Também é difícil crer na premeditação do caso 04, isto porque M4 sofria de transtorno depressivo recorrente e temia contar da gravidez para os pais. No entanto, quando o parto veio, escondeu-se dentro do banheiro de sua casa e lá pariu. Após o momento de choque, descartou a placenta na privada e o bebê num saco plástico jogado

no terreno vizinho. Como se vê, são atos improvisados e, portanto, carentes de planejamento pretérito. Inclusive, o crime começou a ser investigado depois que a privada foi entupida pela placenta — descoberta pelo tio de M4.

Por fim, a premeditação no caso 05 é menos crível ainda porque, apesar de M5 ter escondido o bebê após tê-lo parido, assim o fez dentro da residência de onde mora com toda a família de seu então companheiro — além de seus outros três filhos. Além do mais, caso houvesse premeditação e o ambiente para a ocisão fosse mesmo o banheiro da residência da família, todos de lá seriam cúmplices de um ato nefando que, seguramente, não contaria com o apoio unânime dos residentes.

Deste modo, podemos encarar a morte dos recém-nascidos pelas suas mães mais como, paradoxalmente, um ato dotado de maior instintividade e menor consciência ligado indiretamente ao senso de proteção materno (seja por ela mesma, seja por “livrar” o filho de ambiente inóspito) do que propriamente algo voltado ao assassinato do bebê a sangue-frio.

Assim, seguindo a lógica emocional, podemos dizer que o infanticídio se concretiza quando há uma *prevalência* do “não querer”, cumulada com desordem mental leve ou severa, mas que sempre é afetada e/ou maximizada pelo estado puerperal, que, por sua vez, afeta a mulher de maneira deletéria. Em panorama ímpar, podemos dizer que a mãe que está gestando o feto não tem a representação de filho em seu interior, vez pela qual não o classifica desta forma. É o pensamento que se adota para aliviar a pressão em cima dela.

No âmbito jurídico, podemos dizer que a nossa Constituição Federal foi feita sob a égide do pensamento de que é menos danoso absolver um culpado do que condenar um inocente e, assim guiado, se firmou no direito processual penal brasileiro o princípio

do *in dubio pro reo*, no qual apenas se condena alguém se apresentadas provas robustas e incontestes que comprovem a autoria (de que foi ela que cometeu o crime) e materialidade (o recém-nascido morto). Contudo, nesta dissertação não se debate *quem* matou e *se* matou, mas sim *porque* matou. Mesmo porque a morte do recém-nascido pela gestante/parturiente constitui pressuposto-base deste estudo.

Como a própria expressão latina é clara: “na dúvida pró réu”; isto é, na dúvida, a interpretação deve ser *sempre* favorável ao réu. Portanto, o ônus (o dever) de provar que algo ocorreu ou deixou de ocorrer é sempre da acusação, no caso, o Ministério Público. Assim, como o infanticídio — segundo a legislação atual — é um crime mais leve que o homicídio, pois privilegia a condição excepcional da mulher em detrimento da vida do próprio recém-nascido, deveria o *órgão acusador* provar a não ocorrência ou não influência do estado puerperal — e não a defesa ter que provar que o mesmo ocorreu ou influenciou a atitude da mãe. Daí que se deriva o entendimento de que o estado puerperal e sua influência devem ser presumidos, e não provados.

Exemplificando ainda mais: constatamos pelo relato anterior de casos que o estado puerperal é de difícil aferição, haja vista, na maioria das vezes, os sintomas e sinais de sua ocorrência já terem se esvaído há muito tempo quando o crime chega ao conhecimento da Justiça. Nessa toada, seria um desafio para a perícia médico-legal afirmar *com certeza* se houve sua ocorrência ou não. Na dúvida de que se ocorreu ou não, deve prevalecer o entendimento de que sim, houve o estado puerperal, e sim, este influenciou no seu comportamento, pois mais favorável à mulher no enquadramento do tipo penal.

Na prática, isso não ocorre necessariamente.

Abaixo foi elaborada uma tabela exemplificando como que o mesmo fato foi encarado por autoridades distintas, a começar pelo delegado de polícia que abriu inquérito

para apurar os fatos, passando pelo Ministério Público que ofertou a denúncia com base nas informações coletadas pela Polícia Civil, depois pelo juiz de direito que pronunciou a mulher pelo crime que acreditava ser devido ao caso e, por fim, pelos jurados que são os responsáveis pelo julgamento dos crimes dolosos contra a vida. Entre parênteses está a localização dos crimes no Código Penal.

Dos casos estudados, apenas os de número 02 e 04 foram tratados inicialmente como infanticídio, sendo, ao final, atribuído ao primeiro a tentativa do crime de aborto e somente ao segundo o infanticídio. Frise-se que no caso 04 tanto a denúncia quanto a sentença de pronúncia atribuíram à M04 a prática de homicídio qualificado e ocultação de cadáver.

Já o caso 01 apenas veio a ser classificado como infanticídio após o julgamento pelos jurados, diferente de 05, que teve a prática encarada como infanticídio já na sentença de pronúncia, sendo posteriormente ratificada pelos jurados.

Já o caso 03 foi tratado como homicídio qualificado desde o começo, perpassando essa classificação desde a Polícia Civil até o julgamento pelos jurados. Somente o crime de Ocultação de Cadáver que foi desconsiderado na sentença de pronúncia e mantida a desconsideração no julgamento da causa.

A pena respectiva de cada caso vem exemplificada na tabela seguinte.

Tabela 02 – Síntese dos crimes imputados em cada fase do processo:

	Inquérito Policial (Delegado)	Denúncia (Ministério Público)	Sentença de Pronúncia (Juiz)	Sentença Condênatória (Jurados)
Caso 01	Aborto (art. 124)	Homicídio qualificado (art. 121, §2º, incisos I, III, e IV c.c. art. 61, inciso II, alíneas <i>e e h</i>)	Homicídio qualificado (art. 121, §2º, incisos I, III e IV)	Infanticídio (art. 123)
Caso 02	Infanticídio (Art. 123)	Tentativa de Aborto e Homicídio qualificado (art. 124, <i>caput</i> c.c. art. 14, inciso II e art. 121, §2º, incisos III e IV)	Idem	Tentativa de Aborto (art. 124, <i>caput</i> c.c. art. 14, inciso II)
Caso 03	Homicídio e Ocultação de Cadáver (art. 121 e art. 211)	Homicídio qualificado e Ocultação de Cadáver (art. 121, §2º, incisos I e IV c.c. art. 211)	Homicídio qualificado (art. 121, §2º, incisos I e IV)	Homicídio qualificado (art. 121, §2º, inciso IV e §4º c.c. art. 61, inciso II, alínea <i>e</i>)
Caso 04	Infanticídio (art. 123)	Homicídio qualificado e Ocultação de Cadáver (art. 121, §2º, incisos III e IV c.c. art. 211)	Idem	Infanticídio (art. 123)
Caso 05	Morte suspeita (não classificou o crime)	Homicídio qualificado (art. 121, §2º, inciso I, c.c. art. 61, inciso II, alíneas <i>e e h</i>)	Infanticídio (art. 123)	Infanticídio (art. 123)

Tabela 03 – O tempo e tipo de pena que cada mulher recebeu:

	Tempo de pena	Tipo de pena
M1	02 anos	Detenção (regime inicial aberto)
M2	-	Transação Penal
M3	24 anos, 10 meses e 20 dias	Reclusão (regime inicial fechado)
M4	02 anos	Detenção (regime inicial aberto)
M5	03 anos	Detenção (regime inicial aberto)

Em todos os casos o cometimento do crime se deu logo após o parto, o que aponta para uma prevalência do estado puerperal justamente neste ínterim menor.

No primeiro caso M1 fez uso de sua calcinha para enforcar o recém-nascido; antes, havia colocado papel higiênico na boca dele para ninguém escutar o choro. Depois de consumado o ato, o escondeu debaixo do saco plástico do lixo do banheiro.

No segundo caso foi usado por M2 o medicamento *cytotec* para forçar um aborto e, dado ao estágio avançado da gravidez, teve insucesso na sua pretensão. Contudo, tal conduta adiantara o parto, obrigando-a a realizá-lo no banheiro da residência de sua amiga e, posteriormente, enrolando o neonato numa toalha e escondendo-o dentro duma mala. A causa oficial da morte fora por asfixia mecânica (sufocamento), conforme laudo pericial técnico, porém isto nunca foi admitido posteriormente por M2.

No terceiro caso — de maior impacto — M3 se valeu de uma faca para matar o recém-nascido, alegando que este já nascera sem vida e que somente após a facada passou a chorar. Desesperada, escondeu o corpo debaixo do *box* da cama.

A causa da morte do bebê de M4 é incerta, isto porque o cadáver já estava em fase avançada de decomposição e, devido a isso, não foi possível auferir a presença ou ausência de lesões. Pelo depoimento, M4 pariu o recém-nascido no banheiro de casa e depois — sem saber precisar o tempo exato — o colocou dentro de um saco de lixo e o jogou no terreno vizinho. Alegava que era natimorto.

No quinto caso M5 alegou que o recém-nascido havia morrido devido à queda ao chão, uma vez que realizara o parto em pé — e sozinha. Contudo, laudo pericial indicou que a morte ocorrera por “politraumatismo provocado por agente contundente” — apontando para possível ato voluntário de M5 contra o bebê. Após o nascimento, de

todo modo, o escondeu no meio de um amontoado de roupas sujas do quarto ao lado, até mais tarde ser encontrado pela sogra.

É curioso notar que em nenhum dos casos a ocisão ocorreu em lugar ermo, às ocultas, mas sim nas suas próprias residências ou, excepcionalmente, dentro do hospital. Em 100% dos casos não houve a comunicação da gravidez para terceiros, bem como, ao parir, **todas** trataram de esconder o corpo do bebê.

Novamente: soaria como premeditação se fosse algo mais bem elaborado. Não o foi. Pelo contrário. Esconder cadáveres dentro de mala de viagem, de lixo do banheiro do hospital, de saco de lixo jogado no terreno vizinho, debaixo da cama ou de um amontoado de roupas sujas, soa mais como **improvisado**. O ato de esconder o cadáver não tem por fim ocultá-lo para se desfazer da materialidade do delito, mas sim como uma demonstração de vergonha e arrependimento, de não conformação com o ocorrido.

Assim, atingimos a seara da psicologia em que ponderamos (novamente) que o puerpério acarreta graves perturbações psíquicas na mulher em decorrência do parto e que, para que ela chegue ao ato extremo de dar fim à vida do recém-nascido, entende-se que ocorreram alterações *além* do esperado. Essas alterações, inclusive, podem vir a vitimar, eventualmente, não somente o último filho parido, mas também outro que ela já tenha tido anteriormente.

Apesar de não constatada a aludida situação nos casos estudados, há relatos em outras pesquisas, tanto que *“it is illogical that a mother who in the throes of postpartum psychosis killed her newborn and her two-year-old should be charged with infanticide/manslaughter for the homicide of the newborn and murder for the homicide of the two-year old”* (Friedman & Resnick, 2007, p. 139). O narrado afastaria ainda mais a

ideia de premeditação da mãe, reforçando o estado puerperal como uma condição de excepcionalidade que afeta diretamente sua volição racional.

Desse modo, temos pelo exposto que os fatores sociais e familiares apontados são os principais terrenos propícios a desencadear uma série de sintomas na mulher grávida, levando-a a desenvolver distúrbios psicológicos que, quando severos, podem levar à ocisão do bebê. O estado puerperal, de ordem subjetiva e diretamente conectado ao âmago da mulher, não pode ter sua duração definida com exatidão, porquanto está sujeito a variáveis singulares de cada uma delas.

Contudo, sua influência no infanticídio deve ser presumida quando ocorrido o ato momentos após o parto, devendo, gradualmente, reverter essa presunção na medida que o tempo pós-parto passa. Distúrbios psicológicos observados que podem evoluir para patologias como a psicose puerperal podem levar à ocisão do filho dias ou até mesmo semanas depois do parto e, necessariamente, não se pode descartar a hipótese de influência do estado puerperal em casos tais, isto porque a condição atípica da mulher foi maximizada pelo nascimento do infante e, com isso, sua insegurança interna pode aumentar, levando posteriormente ao infanticídio.

Outro dado interessante que pôde-se notar é a primariedade das cinco mulheres deste estudo. Como estamos tratando aqui de um crime, é extremamente relevante o fato delas todas serem primárias, isto é, não estarem em um estado de reincidência. Mas mais do que isso: não foram encontrados, pelo menos até a data do cometimento do delito, quaisquer outros processos criminais em tramitação contra elas e nem mesmo finalizados. Isto denota que mais do que primárias, têm bons antecedentes.

É um indicativo importante porque as afasta da interpretação de que são criminosas ou fazem parte do “mundo do crime”, reforçando o ideal de que são mães co-

muns, mas fragilizadas por um contexto social e familiar desfavorável e uma gravidez indesejada.

Por fim, entende-se que deveria a mulher ser enquadrada na figura típica do artigo 123 do Código Penal quando a ocisão ocorrer sem a presença de quaisquer patologias. Agora, se presentes, qualquer que seja, deve ser tratada como inimputável ou semi-imputável (artigo 26 e parágrafo único), conforme o caso, usando como paradigma para estabelecimento da medida de segurança, se houver, o crime de infanticídio — e não o de homicídio — mesmo se o crime ocorreria dias ou até mesmo semanas após o parto.

CONCLUSÕES

Após abordagem realizada, com o esquadramento de cinco casos judiciais, bem como dos distúrbios psicológicos afetos ao estado puerperal que atingem a parturiente, levando-a ao cometimento do infanticídio, chegamos a quatro conclusões possíveis:

1^a. A duração do estado puerperal é, de fato, incerta, pois envolve na sua caracterização critérios meramente subjetivos. A variação constatada pelos estudos foi de momentos antes do parto até um ano após.

2^a. Há maior grau de influência do estado puerperal em períodos durante e logo após o parto, isto porque são os momentos de maior tensão e pico hormonal das parturientes. Quando presente a maioria dos fatores de risco abordados, a chance do cometimento de infanticídio é superior se comparada a períodos mais distantes²⁹.

3^a. O contexto em que a parturiente está inserida normalmente é de classe social baixa³⁰, com família desestruturada de pouco ou nenhum apoio à gravidez, além de figura paterna do bebê ausente ou insuficiente.

4^a. A maioria das mulheres tem entre 18 e 25 anos de idade, não necessariamente são primíparas, com gravidez sempre indesejada ou não planejada e, em regra, primárias de bons antecedentes.

²⁹ Importante frisar que nestes períodos a chance é menor, mas não nula. Isso significa que a chance de infanticídio ainda existe, porém, neste caso, a probabilidade maior é no cometimento do crime devido ao desenvolvimento de um distúrbio psicopatológico — e não meramente o surgimento de uma desordem mental passageira.

³⁰ A pesquisa não descarta a existência de casos em mulheres de classe social alta, contudo, tais casos não foram constatados em sede de processo judicial e, por isso, não foram registrados na presente pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beccaria, C. (2010). *Dos Delitos e das Penas*. São Paulo: Edipro.
- Benaglia, A. W. (Julho/Dezembro de 2018). O Estado Puerperal pelo útero Sub-rogado e o Infanticídio: entendimento criminal ampliado. *Meritum*, 13/2, pp. 172-184.
- Bonnet, E. F. (1967). *Medicina Legal*. Buenos Aires: Lopes Libreros.
- Boskovitz, L. Z. (2019). O Fundamentalismo no Direito Penal: um novo panorama científico. São Paulo: PUC-SP.
- Bruno, A. (1976). *Crimes contra a Pessoa*. Rio de Janeiro: Rio.
- Calandria, S. (2017). Madres criminales: aportes sobre el infanticidio y la criminalidad femenina bonaerense en clave sociodemográfica. *Población y sociedad*, 24(2), pp. 5-31. Fonte: <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/article/view/2826/2726>
- Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Sougey, E. B., & Rennó Jr., J. (2010). Transtornos Psiquiátricos no Pós-Parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), pp. 288-294.
- Croce, D. (1998). *Manual de Medicina Legal* (4ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Feitosa, S. F. (2010). Pluralismo moral e direito à vida: apontamentos bioéticos sobre a prática do infanticídio em comunidades indígenas no Brasil. *LILACS*.
- Flynn, S. M., Shaw, J. J., & Abel, K. M. (04 de Abril de 2013). Filicide: Mental Illness in Those Who Kill Their Children. *PloS ONE*, 8(4), pp. 01-08.
- França, G. V. (2008). *Medicina Legal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Friedman, S. H., & Resnick, P. J. (Outubro de 2007). Child murder by mothers: patterns and prevention. *World Psychiatry*, 6, pp. 137-141. Fonte: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174580/>
- Frizzo, G. B., & Piccinini, C. A. (2007). Depressão materna e a interação triádica pai-mãe-bebê. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), pp. 351-360. Fonte: <https://www.scielo.br/j/prc/a/t7CfDF4F38MJPpcbWJcXhhf/?lang=pt&format=pdf>
- Führer, M., & Führer, M. (2004). *Resumo de Direito Penal (Parte Especial)*. São Paulo: Malheiros.
- Guimarães, R. (1º de Maio de 2003). *O Crime de Infanticídio e a Perícia Médico-Legal*. Acesso em 09 de Agosto de 2022, disponível em Jus: <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=4066>
- Hässler, G., & Hässler, F. (Março de 2011). *Infanticide in Mecklenburg and Western Pomerania: documents from four centuries (1570-1842)*. Fonte: PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21879578/>
- Houssier, F. (2013). *Meurtres dans la famille*. Paris, França: Via Lettera.
- Hungria, N., & Fragoso, H. C. (1981). *Comentários ao Código Penal*. Rio de Janeiro: Forense.
- Iaconelli, V. (2020). *Mal-estar na Maternidade: do infanticídio à função materna*. São Paulo: Zagodoni.
- Jesus, D. d. (2020). *Direito Penal: Parte Geral*. São Paulo: Saraiva Educação.

- Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M. C., Kay, L. B., Miller, E. S., Simas, T. A., . . . Lemieux, L. A. (Março de 2017). Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstet Gynecol*, *129*(3), pp. 422-430.
- King, G., Keohane, R. O., & Verba, S. (1994). *Designing social inquiry: scientific inference in qualitative research*. New Jersey: Princeton University Press.
- Kuroda, K. O., & Tsuneoka, Y. (2013). Assessing Postpartum Maternal Care, Alloparental Behavior, and Infanticide in Mice: with notes on chemosensory influences. *Methods in Molecular Biology*, *1068*, pp. 331-347. doi:10.1007/978-1-62703-619-1_25
- Lopes Júnior, A. (2019). *Direito Processual Penal*. São Paulo: Saraiva.
- Madeira, N., Santos, T., Relvas, J. S., Abreu, J. L., & Oliveira, C. V. (2012). Eletroconvulsoterapia no tratamento da psicose puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *61*, pp. 45-48.
- Maggio, V. d. (2001). *Infanticídio*. São Paulo: EDIPRO.
- Maldonado, M. T. (2021). *Psicologia da Gravidez*. São Paulo, SP, Brasil: Ideias & Letras.
- Manir, M. (09 de Agosto de 2020). 'Me apavorei e joguei minha bebê fora': A batalha jurídica em torno das mulheres que matam seus recém-nascidos. Fonte: BBC News Brasil: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53688554>
- Mestieri, L. H., Meneguette, R. I., & Meneguette, C. (2007). Estado Puerperal. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, pp. 5-10.
- Milia, G., & Noonan, M. (28 de Fevereiro de 2022). Experiences and perspectives of women who have committed neonaticide, infanticide and filicide: A systematic

review and qualitative evidence synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29, pp. 813-828. Fonte: <https://doi.org/10.1111/jpm.12828>

Mirabete, J. F., & Fabbrini, R. M. (2019). *Manual de Direito Penal - Parte Geral: Volume 1*. GEN | Atlas.

Moraes, M. H. (2021). *Psicologia e Psicopatologia Perinatal*. Curitiba: Appris.

Muakad, I. B. (2002). *O Infanticídio: análise da doutrina médico-legal e da prática jurídica*. São Paulo: Mackenzie.

Nascimento, M. S., & Capobianco, R. J. (Fevereiro/Março de 2016). *O Estado Puerperal em face do crime de Infanticídio: os níveis de constatação de aplicabilidade da pena*. Acesso em 15 de Março de 2022, disponível em IBCCRIM: http://200.205.38.50/biblioteca/index.asp?codigo_sophia=129313. Acesso em: 15 mar. 2022.

Nucci, G. d. (2019). *Curso de Direito Penal: parte especial: arts. 121 a 212 do Código Penal* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Forense.

Obladen, M. (20 de Novembro de 2015). From Sin to Crime: Laws on Infanticide in the Middle Ages. *Sources of Neonatal Medicine*, 109(2), pp. 85-90. doi:10.1159/000440876

Oliveira, K. C., & Scopel, D. M. (2015). *Infanticídio*. Acesso em 15 de março de 2022, disponível em IBCCRIM: http://200.205.38.50/biblioteca/index.asp?codigo_sophia=153556. Acesso em: 15 mar. 2022.

- Osborne, L. M. (Setembro de 2018). *Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers*. Fonte: PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30092921/>
- Pawluski, J. L., Lonstein, J. S., & Fleming, A. S. (24 de Janeiro de 2017). *The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression*. Fonte: PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28129895/>
- Pierangeli, J. H. (2013). *Código Penal Comentado*. São Paulo: Verbatim.
- Prado, A. M., & Schindler, D. (Maio-Agosto de 2017). A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. *Revista Direito GV*, 13 (2), pp. 628-652.
- Priore, M. D. (1999). *História das Crianças no Brasil* (7ª ed.). São Paulo: Contexto.
- Rohden, F. (2003). *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. FIOCRUZ.
- Sagulo, Á. (2019). *A Honra e o Infanticídio*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Santos, I. X., Oliveira, M. B., Barros, R. L., Gonçalves, W. M., Viana, L. R., Andrade, A. F., . . . Silva, M. C. (2022). Assistência do profissional de enfermagem ao puerpério na atenção básica. *Research, Society and Development*, p. 11 (5).
- Santos, K. A., & Tfouni, L. V. (Dezembro de 2017). "Mulher joga filho na lixeira": mulher-mãe infanticida na mídia. *LILACS*.
- Scherer, E. A., & Scherer, Z. A. (Agosto de 2007). Reflections on the care delivered in a suspected case of infanticide. *LILACS*.

- Silva, C. M., Pereira, B. d., São Bento, P. A., & Vargens, O. M. (Dezembro de 2020). Interação social de puérperas com procedimentos invasivos no parto. *LILACS*.
- Silva, D. C., Lopes, L. G., Nunes, M. G., Souza, M. A., Moura, R. N., & Medeiros, H. H. (2020). Perfil de pacientes obstétricas admitidas na unidade de terapia intensiva de um hospital público. *LILACS*.
- Souza, G. (Novembro de 2015). *Punições Romanas*. Fonte: História do Direito FMP: <http://historiadodireitofmp.blogspot.com/2015/11/punicoes-romanas.html>
- Spinelli, M. (Setembro de 2004). Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Women's Mental Health*, 161(9), pp. 1548-1557. doi:10.1176/appi.ajp.161.9.1548
- Spinelli, M. (Junho de 2019). Infanticide and American criminal justice. *Women's Mental Health*, pp. 173-177. doi:10.1007/s00737-018-0873-7
- Vaschetto, E., & Gutiérrez, J. (Dezembro de 2020). Las locuras puerperales: una lectura comparada entre Argentina y Colombia, 1880-1950. *LILACS*.
- Wheaton, N., Al-Abdullah, A., & Haertlein, T. (Maio de 2019). Late Pregnancy and Postpartum Emergencies. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 37(2), pp. 277-286. Fonte: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30940372/>
- Wilkinson, A., Anderson, S., & Wheeler, S. B. (Abril de 2017). Screening for and treating postpartum depression and psychosis: A cost-effectiveness analysis. *Matern Child Health J.*, 21(4), pp. 903-914.
- Ziomkowski, P., & Levandowski, D. C. (Agosto de 2017). Fatores de risco ao crime de infanticídio: análise de julgamentos do tribunal de justiça do estado do Rio Grande do Sul. *LILACS*.