

# INFANTICÍDIO E DISTÚRBIOS PSÍQUICOS

Orientado: Thiago Honorato LIMA<sup>1</sup>

Orientadora: Maria Angélica Lacerda MARIN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*thiagohonoratodelima@gmail.com*

<sup>2</sup>*adoromeusalunos@hotmail.com*

**RESUMO:** A etimologia da palavra infanticídio tem sua origem na fusão de duas palavras latinas: *infantis*, que quer dizer criança e *caedere*, que significa matar. Assim, infanticídio é definido como dar a morte a uma criança. A legislação tipifica esse delito no artigo 123 do Código Penal Brasileiro, considerando crime matar sob a influência do estado puerperal o próprio filho, durante o parto ou logo após, e inflinge ao agente a pena de detenção de dois a seis anos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Infanticídio; legislação; estado puerperal.

**ABSTRACT:** The etymology of the Word infanticide has its origin in the fusion of two Latin words: *infantile*, which means child and *caedere*, which means to kill. Thus, infanticide is defined as, giving death to a child. The legislation criminalizes this offense, in article 123 of the Brazilian Penal Code, considering that it is a crime to kill one's own child during childbirth or soon after, and penalize the perpetrator with imprisonment from two to six years.

**KEYWORDS:** Infanticide; legislation; puerperal state.

## 1. CONCEITO

Tal pesquisa tem por objetivo a análise do Estado Puerperal em relação ao Infanticídio. Infanticídio - “*Art. 123 – Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após*” (BRASIL, 1940), assim o Código Penal Brasileiro vigente define o crime de infanticídio. A pena cominada para o delito é de detenção de dois a seis anos. De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa

---

<sup>1</sup>Graduando em Direito – Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA / Assis

<sup>2</sup>Mestre em Direito pela UNIVEM – SP, doutoranda pela UNESP/Assis – SP e professora do curso de Bacharelado em Direito na FEMA/IMESA – SP. Orientadora.

(FERREIRA, 1993, p. 424), infanticídio significa: “1. *Assassínio de recém-nascido ou de criança. 2. Jur. Morte do próprio filho, sob a influência do estado puerperal, durante o parto ou logo depois*”. A palavra infanticídio deriva do latim, *infans*, que se refere ao indivíduo que ainda não é capaz de falar, e *coedere*, que significa “o que mata uma criança recém-nascida”. A etimologia do termo infanticídio significa “a morte de um infante ou criança que ainda não fala”. Noronha (1998, p. 44) afirma “*o infanticídio é o crime da genitora, da puérpera. É, portanto a mãe que se acha sob a influência do estado puerperal e atua contra vida de seu filho*”.

Para conceituarmos o crime de infanticídio, nosso Código Penal adota o **critério fisiopsicológico**, que admite a influência do estado puerperal como motivo e fundamento para conduta de tal crime.

De acordo com nossa legalização, para que se caracterize infanticídio são indispensáveis três requisitos, a saber: a) que a vítima seja feto nascente ou infante recém-nascido; b) que a conduta seja proposital; e c) que tenha havido vida extra-uterina.

Para o ilustre Prof. Damásio de Jesus (2003) há três critérios para conceituar o crime de infanticídio, sendo estes o psicológico, o fisiopsicológico e o misto ou composto. A seguir, Jesus (2003, p. 106) especifica cada um:

De acordo com o critério psicológico, o infanticídio é descrito tendo em vista o motivo de honra. Ocorre quando o fato é cometido pela mãe a fim de ocultar desonra própria. Era o critério adotado pelo Código Penal de 1969. Nos termos do critério fisiopsicológico, não é levada em consideração a *honoris causa*, isto é, motivo de preservação da honra, mas sim a influência do estado puerperal. É o critério de nossa legislação penal vigente. De acordo com o conceito misto, também chamado composto, leva-se em consideração, a um tempo, influência do estado puerperal e o motivo de honra. Era o critério adotado no Anteprojeto de Código Penal de Néelson Hungria (1963).

Analisando a fala de Jesus (2003), nos dias atuais o crime de infanticídio não se leva mais em conta a *honoris causa* e, sim, o estado puerperal, em que sobrevivendo à gestante, a mesma possa vir sofrer perturbações psíquicas. Conseqüentemente, a genitora, em decorrência de tal distúrbio, acaba ceifando a vida de seu filho.

## 2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA

O crime de infanticídio recebeu tratamento diferenciado ao longo da história. Examina-se que no passado este era explicado pela questão da honra e, portanto, resultava em um julgamento objetivo da autora. Maggio (2001) afirmou em sua obra “Infanticídio” que “*a pena, em sua origem remota, era apenas a vingança contra a*

*agressão sofrida, geralmente desproporcional com a ofensa sofrida e aplicada sem preocupação de justiça”.*

Assim sendo, caso a genitora matasse sua prole, seria ela equiparada ao parricídio, mas se o genitor fosse o autor do crime, não recebia nenhuma punição, já que o mesmo era o detentor do *pater familias*.

No direito Romano, o pai era a figura máxima do instituto familiar e seu poder era absoluto sobre sua mulher e seus filhos (*jus vitae acneci*), mantendo, assim, o poder de matar o filho nascido com deformidades estruturais ou monstruoso para obter linhagens mais resistentes com a concordância da Lei das XII Tábuas no Século V a.C. Essa situação só foi modificada posteriormente por influência do cristianismo, já no governo de Justiniano<sup>3</sup>, em que as genitoras, independentemente quais fossem os motivos, quando praticavam o crime de infanticídio, eram punidas com severidade. Nas *Institutas* de Justiniano (MATOS, 1999) estava estabelecido que:

Não seja (o parricida ou infanticida) submetido à decapitação, nem ao fogo, nem a nenhuma outra pena solene, mas cosido, num saco de couro, com um cão, um galo, uma víbora e um macaco, e torturado entre as fúnebres angústias, seja, conforme permitir a condição do lugar, arrojado ao mar vizinho ou ao rio<sup>4</sup>.

Para o Direito Germânico<sup>5</sup>, o infanticídio era considerado a morte dada ao filho pela genitora, sendo a mãe a principal suspeita dos crimes cometidos. O pai a punia severamente pela morte do filho, sujeitando-a a pena de morte por meio de execuções altamente cruéis e desumanas. Muakad (2001, p. 10), em uma de suas obras, discorre que: “*No Egito, o pai que matasse o filho, era obrigado a permanecer três dias e três noites abraçado ao cadáver de sua vítima*”.

A rigidez das penas durou séculos até que, então, com o surgimento do Iluminismo<sup>6</sup>, especialistas em direitos, influenciados por movimento humanista no século XVIII – principalmente de Beccaria e Feuerbach –, propuseram um relaxamento para o crime de infanticídio.

Mediante a súplica desses iluministas, as leis feitas a partir do século XVIII e as ideias de Beccaria (2005) com a publicação da obra “*Dos Delitos e das Penas*”, datada de 1764, que passou a examinar com mais prudência tal crime, considerando o infanticídio como homicídio privilegiado quando conduzido por motivo de honra (*honoris causa*), que, até aquele momento, o crime de infanticídio era imputado como

---

<sup>3</sup>Principal imperador bizantino (527-565).

<sup>4</sup> MATOS, Marly de Bari. **Instituições de Justiniano**. São Paulo: Icone, 1999. “*Institutas*”.

<sup>5</sup>Denominado pelos britânicos de *civil law*, formou-se na Europa continental a partir do século XIII d.C.

<sup>6</sup> Movimento intelectual que surgiu durante o século XVIII na Europa, que defendia o uso da razão (luz) contra o antigo regime (trevas) e pregava maior liberdade econômica e política.

homicídio qualificado. Como se pode observar, o infanticídio é uma conduta que, desde os remotos tempos, vem se alegando motivos de honra, religião, miséria, deficiências físicas, etc. Posteriormente, com a chegada dos tempos modernos é que começou a surgir um relaxamento das penas para a mãe que cometesse o crime, desde que tivesse motivos de honra ou condições psicológicas especiais, se tornando, nesses casos, em homicídio privilegiado.

Na época atual, com a evolução da raça humana, tal crime é raramente noticiado, isso porque, com o tempo, se aperfeiçoou o entendimento sobre as razões que levavam os pais no passado a cometer tal atrocidade. Hoje, portanto, um filho fora do casamento ou com má formação do feto já não são mais considerados, respectivamente, sinônimos de desonra ou monstruosidade.

### **3. DIFERENÇA ENTRE ABORTO, HOMICÍDIO E INFANTICÍDIO**

Para uma melhor compreensão do assunto, torna-se necessário pontuar a diferença entre as condutas de homicídio, aborto, infanticídio.

#### **3.1. HOMICÍDIO**

O homicídio é uma mistura de sentimentos – ódio, amor, rancor, inveja, desilusão etc., fazendo com que esse comportamento se torne um crime especial, diferentemente de todos os outros.

O primeiro homicídio que temos registrado está no livro de Gênesis 4.8, em que Caim levado por inveja matou seu irmão Abel. Para que exista um homicídio, primeiramente, tem que haver vida, de modo que a prova da vida é essencial para que se caracterize a prática do homicídio.

#### **3.2. ABORTO**

O nosso Código Penal classifica o aborto de algumas formas, sendo eles: a) aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento; b) aborto provocado por terceiro; e o c) aborto necessário. Não importa qual tipo de aborto, o tema é sempre polêmico.

Em pleno século XXI o aborto talvez seja um dos delitos mais controversos na atualidade. Segundo a legislação penal, o tema do aborto não é claramente definido, isso

porque o Código só menciona a expressão “*provocar aborto*” (BRASIL, 1940). Sendo assim, faz-se necessário nos basear na doutrina e jurisprudência para total compreensão de tal expressão.

No livro bíblico de Jeremias 1.5, o autor descreve que Deus já nos conhece mesmo antes de nossa formação: “*antes que eu te formasse no ventre materno, eu te conheci, e, antes que saísse da madre, te consagrei, e te constitui profeta às nações*” (BÍBLIA DE ESTUDO DA MULHER, 2002, p. 687). Isso nos ensina que mesmo não entendendo e muitas das vezes não aceitando, Deus tem um propósito para cada vida e independente de tamanho. Nós não temos o direito de ceifar vida de um ser semelhante indefeso e desprovido de escolhas.

### **3.3. INFANTICÍDIO E A PSICOLOGIA**

Na realidade, o infanticídio é uma modalidade especial de homicídio, que é cometido pelo sujeito ativo influenciado pelo estado puerperal. Logo, o infanticídio é um crime próprio, ou seja, somente pode ser cometido pela genitora. O tema tratado, longe de ser considerado um assunto novo, chama a atenção por sua antiguidade e por causar controvérsias a respeito.

#### **3.3.1 Circunstância de tempo**

O infanticídio exige que a agressão seja cometida durante o parto ou logo após, embora sem fixar um período preciso para tal ocorrer. Deve-se, pois, interpretar a expressão “*logo após*” com o caráter de imediatidade. Para estudarmos o infanticídio é importante saber o início e o fim do parto. Para Mirabete (2002, p.91), o início do parto se dá com a contração do útero e o descolamento do feto, terminando o parto com a expulsão placentária:

O infanticídio durante o parto, embora raro, é possível, na fase de coroamento cefálico, por contusão craniana, por perfuração das fontanelas e, já tendo ocorrido a exteriorização da cabeça, por obstrução direta dos orifícios externos das vias respiratórias [...]

Observa-se que o legislador não fixou um prazo determinado para o cometimento do crime, gerando grande divergência doutrinária. No ponto de vista da medicina, há duas formas diferentes de início de parto: normal (natural) e a cesariana (cesárea ou tomotocia), sendo esta última modalidade de parto muito comum no Brasil.

O parto normal ou natural compreende basicamente três fases: a) dilatação ou 1º período; expulsão ou 2º período; e secundamento ou 3º período. Já a cesariana é um ato cirúrgico que incisam o abdome e a parede do útero para libertar o nascente. Uma vez iniciadas as incisões na região abdominal, já é possível considerar o início do parto na modalidade cesariana.

A medicina aponta o estado puerperal em seis a oito semanas o tempo de duração como normal do puerpério. Já a lei penal usa literalmente a expressão *logo após o parto* e não somente *após o parto*.

Já para a doutrina jurídica, existem três maneiras de se iniciar o parto, são elas: a) dilatação do colo uterino; b) com o rompimento da membrana amniótica, também conhecido como rompimento da bolsa; e c) com a incisão das camadas abdominais, isso na cesárea. Uma vez iniciado o parto, independente da modalidade, não haverá mais a possibilidade do delito de aborto, sendo assim, o crime só poderá ser de homicídio ou infanticídio.

Por outro lado, a expressão *logo após o parto* é algo que causa divisão entre os estudiosos. Para Luiz Regis Prado (2010) e Magalhães Noronha (1991), a prática desse delito requer a realização imediata e sem intervalo da conduta delituosa da genitora, não havendo a mesma entrado no estado de quietação (*bonanza*), ou seja, quando a genitora entra no estado maternal e assumi sua prole.

### **3.3.2. Níveis hormonais**

É fato que durante a gestação a mulher passa por diversas modificações tanto estruturais quanto fisiológicas em seu corpo. Assim, essas mudanças podem acarretar distúrbios psicológicos na gestante:

Alguns pesquisadores evidenciam que mudanças hormonais no corpo da mulher podem disparar os sintomas. Durante a gravidez a quantidade dos hormônios estrogênio e progesterona aumentam bastante. As rápidas quedas na quantidade destes hormônios no pós-parto podem gerar alterações de humor (CALÇADA, 2012, p. 50)

As abruptas mudanças dos níveis hormonais na gestante podem manifestar-se de várias formas, indo desde um estado de tristeza até sintomas obsessivos e pensamentos destrutivos.

### **3.3.3. Estado Puerperal**

Quanto ao puerpério (*puer*: criança; *parere*: parir), é o “*período que vai da dequitação da placenta à volta do organismo materno às condições pré-gravídicas, que dura cerca de seis a oito semanas*” (BRIQUET, 1970, p. 363).

Para a sociedade, isso corresponde à dieta ou quarentena, em que a parturiente fica de resguardo. Neste período, o corpo da recém-parturida está todo modificado – sistema endócrino, circulatório, renal, digestivo, de maneira que essas modificações tornam o corpo mais suscetíveis aos possíveis fatores agressores, quer físicos ou mentais. Nesse período a puérpera (mulher que deu à luz há bem pouco tempo) pode ser acometida por uma severa depressão. O distúrbio mental mais grave que ocorre no puerpério (período que decorre desde o parto até os órgãos genitais e o estado geral da mulher voltarem às condições anteriores à gestação) é a *psicose puerperal*, transtorno que via de regra, é considerado grave e que se inicia normalmente até a quarta semana após o parto, com a presença de alucinações auditivas ou visuais, inquietação, agitação, além de períodos de confusão mental. (PALOMBA, 2003, p. 207)

A psicose puerperal pode ocorrer após o nascimento de qualquer um dos filhos, apesar de que o risco é um pouco maior quando é do primeiro.

A mulher está particularmente sujeita a sofrer depressões nos primeiros três meses de gestação, geralmente desaparecendo no quarto mês. Ela pode reaparecer nas últimas semanas de gestação, ocasionando, assim, irritabilidade e instabilidade emocional, causas comuns de final de gestação.

No nascimento de seu filho, a genitora pode desenvolver dois sentimentos: a) intensa emoção quando lhe entregam o bebê e b) a mãe não sentir nenhuma emoção frente a criança, isso porque muitas vezes o parto foi longo, difícil e doloroso, causando assim um trauma emocional. Neste caso, o sentimento maternal aparecerá somente algum tempo mais tarde.

Muitas mulheres se sentem deprimidas durante a primeira semana subsequente ao parto. Choram por motivos triviais, acham que nunca serão capazes de lidar sozinhas com as crianças ou se preocupam por pensar que não sentem um amor adequado por seu filho. Geralmente a maioria das mães solteiras são emocionalmente perturbadas, tendo recebidos pouca ou quase nenhuma afeição em sua infância (DALLY; HARRINGTON, 2008).

É de extrema importância para a configuração do delito o exame psíquico da parturiente, o qual se investiga a presença de perturbações psicológicas capazes de levar a mãe a matar seu filho. No entanto, a eficácia dessa perícia torna-se difícil, pois muitas vezes sua realização se dá muito tempo após o crime, desaparecendo as evidências de

perturbações psicológicas na mãe, que muitas vezes podem se apresentar de forma momentânea.

Em resumo, para Genival Veloso de França (2012, p. 339), o exame pericial do estado mental da infanticida deve 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.

O puerpério, por si só, gera alterações psíquicas, pois é sabido que a parturiente apresenta uma série de preocupações, como o receio do trabalho de parto, a preocupação com a saúde física e biológica do filho, medo de não ser boa mãe, enfim, preocupações e desejos normais para que tudo corra bem no momento mais feliz de suas vidas.

Se analisarmos e compararmos as doutrinas, tanto na parte médica quanto na área jurídica, o delito de infanticídio é de difícil constatação.

### **3.3.4. Distúrbios Psiquiátricos Puerperais**

O risco de ocorrência de distúrbios psiquiátricos no período pós-natal é maior do que em qualquer outra fase da vida das mulheres.

O nascimento de um filho traz junto a ele uma exigência de que a genitora seja uma ótima mãe, não importando que esteja passando por uma fase de mudanças, provocada por vários fatores, entre eles: a) alterações hormonais, b) mudança estrutural em seu corpo, c) adaptação ao papel materno, d) estruturação da relação conjugal, e) modificação da vida familiar, e f) o afastamento temporário de uma carreira profissional, muitas vezes já consolidada.

Todos estes fatores fazem com que a mulher fique mais suscetíveis a distúrbios psiquiátricos no período pós-parto.

Os três primeiros meses após o parto são o período de maior risco de a genitora sofrer uma internação psiquiátrica. No primeiro mês, o risco é oito vezes maior do que em outros períodos. Do segundo ao décimo segundo mês, o risco é duas vezes maior. Aproximadamente 70% das mulheres internadas por distúrbio psiquiátrico puerperal não apresentava histórico prévio de doença mental.

Apesar de alguns estudos contrários, existem alguns fatores de risco para o desenvolvimento dos distúrbios psiquiátricos no período pós-parto: a) gravidez



indesejada; b) primípara<sup>7</sup> c) complicações obstétricas; d) falta de aleitamento materno; e) desemprego tanto paterno quanto materno; f) brigas entre o casal; g) baixo nível socioeconômico e h) falta de suporte familiar.

### **3.3.5 Blues Puerperal ou Síndrome da Tristeza Pós-Parto**

A variação de humor é o sintoma mais presente na maioria dos casos, podendo levar à depressão, crises de choro, hipersensibilidade, emoção exagerada, tristeza, ansiedade, fadiga, dores de cabeça e preocupações excessivas com a saúde de sua prole e com sua amamentação.

Os sintomas a princípio se iniciam nos primeiros dias após o parto e regredem em duas semanas aproximadamente, sem deixar sequelas. A causa ainda é desconhecida, mas pode estar relacionada às fortes alterações hormonais que ocorrem nesse período. Acredita-se também que tal distúrbio pode estar associado à perda ou diminuição de apoio social e familiar.

O *blues* é uma doença de período limitado, determinada e benigna. O tratamento consiste principalmente de apoio e compreensão.

### **3.3.6. Depressão Puerperal ou Depressão Neurótica Pós-Parto**

Os principais sintomas da Depressão Puerperal descritos são: tristeza, perda de prazer, humor depressivo, choro transitório, estados mentais instáveis, emagrecimento, dificuldade de se concentrar e de memorizar, redução da libido, cogitação ao suicídio, insônia, autoacusações e reprovações e sentimentos de não se considerar boa mãe para cuidar de seu bebê, amamentá-lo ou amá-lo.

A depressão puerperal tem sintomas mais duradouros e mais estruturados psicopatologicamente, podendo torna-se crônico se não bem orientado, com consequências não só para a genitora, mas também para o desenvolvimento emocional e cognitivo de seu filho.

É preciso diferenciar o *blues* com a depressão puerperal. Apesar dos sintomas iniciais do distúrbio depressivo ser parecidos aos do blues, o blues tem início mais cedo, com duração limitada, relativamente benigno, e não há necessidade de tratamento

---

<sup>7</sup>Que, ou aquela que pariu pela primeira vez. Segundo definição do dicionário Aurélio p. 611. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

específico. Já o início do quadro da depressão puerperal ocorre, na maioria das vezes, nas duas primeiras semanas após o parto.

Os fatores de risco conhecidos para a instalação da depressão pós-parto sem sintomas psicóticos são primariamente psicossociais, como a ausência de apoio familiar, eventos estressantes, relacionamento conjugal insatisfatório, pobreza relativa, dificuldades obstétricas, alterações psiquiátricas durante a gravidez, humor deprimido, ansiedade e disforia e histórico psiquiátrico prévio.

Os casos mais leves de depressão pós-parto duram em torno de trinta dias e se resolvem espontaneamente, os mais graves persistem até por dois anos.

Diferentemente do *Blues*, o tratamento da depressão neurótica pós-parto pode ser psicológico e/ou medicamentoso. Na maior parte dos casos, escolhe o tratamento psicológico através de acompanhamento por profissionais habilitados até a remissão completa do quadro depressivo. Já nos casos mais severos e duradouros é necessário o tratamento à base de medicamentos como, por exemplo, antidepressivos.

### **3.3.6. Psicoses Puerperais ou Distúrbios Afetivos Psicóticos-Puerperais**

Os distúrbios afetivos psicóticos são perturbações mentais graves em que há uma alteração fundamental do humor acompanhada de alteração de realidade, ideação delirante de caráter depressivo ou persecutório, alucinações auditivas e visuais, dentre outros. Tais alterações se iniciam de forma repentina nas duas ou três primeiras semanas pós-parto. O conteúdo destas alucinações e delírios é referente à gestação, parto e ao bebê. Há uma negação do fato e grande agressividade e ódio dirigido à criança.

Em casos de maior comprometimento psicopatológico e de maior desagregação da personalidade, há riscos de agressões e até morte da criança por parte da genitora, sendo necessário, nestas circunstâncias, separar o bebê desta mãe, embora se saiba que isto possa contribuir para a manutenção da doença. A prioridade é resguardar a vida do bebê e com o decorrer do tratamento procurar fazer a reaproximação aos poucos, mas sempre sob a vigilância cuidadosa e constante de profissionais habilitados.

Entretanto, em casos de menor comprometimento, recomenda-se que a mãe e o bebê fiquem juntos na instituição psiquiátrica, sempre com acompanhamento constante, devendo observar esse mesmo cuidado para tratamento domiciliar.

Os fatores de risco da psicose puerperal são os seguintes: mais frequentes em primipáras, episódios ou surtos psicóticos pessoais anteriores – relacionados ou não à puerperalidade – histórico familiar de doença mental.

Acredita-se que as alterações hormonais que seguem o parto precipitam o distúrbio de humor em mulheres geneticamente predispostas. Neste distúrbio, o tratamento é feito basicamente por medicamentos (neurolépticos, antidepressivos e ansiolíticos), analisando caso a caso para ver qual a melhor escolha de medicamento. Com a remissão dos sintomas e uma evolução favorável, é importante a indicação de uma psicoterapia individual ou familiar.

#### **4. JURISPRUDÊNCIAS**

Acerca da presunção do Estado Puerperal, se pode observar o caso concreto demonstrativo do estado puerperal da parturiente:

[...] portanto, o encontro de um recém-nascido num depósito de lixo, aliado ao fato incontroverso de que foi a ré que o colocou no saco de lixo logo após o parto, tendo ela ocultado a gravidez de todos os familiares, sofrendo de depressão como atestou o laudo de avaliação psiquiátrica (fls. 232/233), são indícios suficientes de materialidade e autoria do crime de infanticídio (TJSP, RESE 0008452-54.2008.8.26.0281, 2.<sup>a</sup> C., rel. Antônio Luiz Pires Neto, 24.03.2014, v.u.).

Diante do caso acima citado, vemos um caso típico de infanticídio, onde a genitora sob o estado puerperal ceifou a vida de seu filho.

#### **5. CONCLUSÃO**

O atual artigo não teve por pretensão exaurir o tema em questão, mas, sim, de realizar uma breve elucidação da importância de um olhar mais atento para as gestantes em razão das circunstâncias gravídicas.

O objetivo do atual trabalho era analisar quais os reais motivos que levavam a genitora a matar seu próprio filho. Verificou-se a ocorrência de alguns pontos em comum nos distúrbios psiquiátricos puerperais, a saber: a) gravidez indesejada; b) primípara; c) complicações obstétricas; d) falta de aleitamento materno; e) desemprego tanto paterno quanto materno; f) brigas entre o casal; g) baixo nível socioeconômico e h) falta de suporte familiar.

O que podemos dizer é que os transtornos psiquiátricos ocorridos na gestação e no puerpério são realmente capazes de estimular a genitora a matar sua prole. Porém, com os fatores psicossociais, estes transtornos podem ou não se agravarem.

Diante dos fatos, precisamos olhar com mais cautela para as gestantes que se encontram com problemas descritos anteriormente. Não podemos aceitar nos dias atuais

que as gestantes sofram com a perda de sua prole em decorrências de problemas que a sociedade e o Estado muitas vezes se omitem. A parturiente merece uma atenção especial, sendo de extrema importância, uma vez que as políticas públicas destinadas ao caso de saúde mental no Brasil não existem.

Nós, seres humanos, precisamos ajudar o próximo e acabar com as indiferenças crescentes existentes em nosso país, só assim estaremos protegendo e cuidando das nossas futuras gerações.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BECCARIA, Cesare. **Dos Delitos e das Penas**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BÍBLIA DE ESTUDO DA MULHER. **Bíblia Sagrada**: Antigo e Novo Testemunho. Trad. João Ferreira de Almeida. Belo Horizonte: Atos, 2002.

BRIQUET, R. **Obstetrícia Normal**. São Paulo: São Paulo, 1970.

CALÇADA, Andréia. **A depressão Pós-parto**. **Psique**, São Paulo, ano VI, n 76, abr. 2012.

DALLY, Peter; HARRINGTON, Heather. **Psicologia e Psiquiatria na Enfermagem**. São Paulo: EPU Ed. da Universidade de São Paulo, 1978.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FRANÇA, Genival Veloso. **Medicina Legal**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal, Vol 2, Parte Especial**. 14 ed. rev. Ampl. e atual. Rio de Janeiro: Impetus, 2017.

JESUS, Damásio E. **Direito Penal**. 25<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Atual, 2003.

MAGGIO, Vicente de Paula Rodrigues. **Infanticídio**. Bauru, SP: Edipro, 2001.

MARANHÃO, Odon Ramos. **Curso Básico de Medicina Legal**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 1995.

MATOS, Marly de Bari. **Instituições de Justiniano**. São Paulo: Icone, 1999. “Institutas”.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Manual de Direito Penal: Parte Especial**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MUAKAD, Irene Batista. **O Infanticídio: Análise da Doutrina Médico-legal e da Prática Judiciária**. 1. ed. São Paulo: Mackenzie, 2002.

NORONHA, Magalhães E. **Direito Penal**. v.2. São Paulo: Saraiva, 1991.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Curso de Direito Penal. Vol. II, Parte Especial.** Rio de Janeiro: Forense, 2016.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal.** São Paulo: Atheneu, 2003.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro, Vol. 2: Parte Especial.** 8 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

RENNÓ JUNIOR, Joel; RIBEIRO, Hewdy Lobo (Org.). **Tratado de Saúde Mental da Mulher.** São Paulo: Atheneu, 2012.

VARGAS, Heber Soares. **Manual de Psiquiatria Forense.** Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1990.

WOELFERT, Alberto Jorge Testa. **Introdução à Medicina Legal.** Canoas/RS: ULBRA, 2003.