

Estado Puerperal

Luiz Henrique Mazzone Mestieri¹, Renata Ipólito Meneguette¹, Cícero Meneguette²

INTRODUÇÃO

O infanticídio - “lato sensu” - entendido como o assassinato de crianças nos primeiros anos de vida, é praticado em todos os continentes e por pessoas com diferentes níveis de complexidade cultural desde a antiguidade. Existe ampla evidência histórica para documentar a impressionante propensão de alguns pais a matarem seus próprios filhos sob a pressão de condições estressantes.

O relato bíblico no livro do Gênesis a respeito do sacrifício de Isaac, filho de Abraão é uma das primeiras referências históricas. No Império Romano e entre algumas tribos bárbaras o infanticídio era uma prática aceita. Como a oferta de comida era pequena, uma das formas de se combater a fome era restringir o número de crianças. Ainda se a criança fosse malformada, ou mesmo se o pai tivesse algum outro motivo, a criança seria abandonada para morrer por falta de cuidados básicos. Se uma criança não era aceita era como se ela não tivesse nascido. Assim o infanticídio não era encarado como um assassinato.

Estes antecedentes históricos revelam alguns aspectos importantes do infanticídio, e transportam ao tempo atual algumas de suas causas latentes.

O estado puerperal é uma perturbação psicológica que a mãe sofre entre o deslocamento e expulsão da placenta e à volta do organismo materno às condições normais.

É considerado um período cronologicamente variável, de âmbito impreciso. Tem como início o momento da cessação definitiva da atividade endócrina do ovo, ocorrido após a dequitação e a expulsão da placenta, ou em segmento da morte do ovo, indefinidamente retido. O puerpério tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Na verdade não há uma comprovação científica de alteração real da capacidade de discernimento, sendo apenas uma ficção jurídica para apenar menos severamente o homicídio praticado nessas condições.

Pode-se didaticamente dividir o puerpério em:

1. Imediato ⇒ 1º ao 10º dia
2. Tardio ⇒ 11º ao 42º dia
3. Remoto ⇒ a partir do 43º dia

1. Pós-parto imediato

Encontra-se regressão manifesta do epitélio vaginal, idêntico nas lactantes e nas que não amamentam, tenha a secreção sido espontânea ou inibida no último caso por fortes doses de estrogênio.

2. Pós-parto Tardio

Cumpra estatuir distinção entre a presença do fenômeno galactogênico e sua ausência, natural ou artificial, subordinados, todos os eventos, a essa preliminar separação. Durante a lactação, regride a genitália até as proximidades do 25º dia, com o epitélio reduzido a células pequenas e estratificado em poucas camadas. Nos últimos 20 dias do período põe-se o epitélio a proliferar e se torna muitas vezes mais espesso, com as camadas superficiais em plena maturação, à semelhança do sucedido na fase proliferativa estrogênica, e indicando a retomada da menstruação. Se foi a lactação inibida, encontra-se atrofia imediata, menos nítida, e a proliferação epitelial surge ao 10º dia; na parida que não amamentou espontaneamente, é a regeneração do epitélio mais acelerada que durante a lactação embora deferida, quando comparada à das puerperas que tiveram a secreção sustentada pelos estrogênios.

3. Pós-parto Remoto

O epitélio da vagina se transforma diversamente se é ou não a paciente nutriz. Nas lactantes, a diminuição de atividade estrogênica impõe a parada e o retrocesso do amadurecimento celular; nas que não aleitam, ao revés, a evolução da mucosa é comparável à do ciclo menstrual fisiológico.

A primeira e a segunda horas após o parto devem ser passadas no centro obstétrico ou sala de pós-parto, pois neste período podem ocorrer hemorragias. Corresponde ao chamado quarto período do parto. Passado este período inicial, estando equilibrada hemodinamicamente e formado o globo de segurança de Pinard (útero ao nível da cicatriz umbilical e firmemente contraído), poderá ser encaminhada ao alojamento conjunto, após serem seus sinais vitais avaliados e anotados.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v.7, n.1. p. 5 - 10, 2005

1 - Acadêmico(a) do curso de Medicina - CCMB/PUC-SP

2 - Professor do Departamento de Morfologia da Faculdade de Medicina de Catanduva - SP

Recebido em 14/03/2005. Aceito para publicação em 18/04/2005.

As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não-gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo. A mulher neste momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico.

Ao examinar uma mulher no puerpério, deve-se inicialmente, se sua situação clínica permitir, fazer uma breve avaliação do seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança. O estabelecimento de uma adequada empatia entre o examinador e sua cliente proporcionará uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados. É comum que nestes momentos a mulher experimente sentimentos contraditórios e sintam-se insegura. Cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção.

ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS NO PUERPÉRIO

O estado geral, no pós-parto é decorrência das condições da gravidez e da parturição. Havida essa, o comportamento da paciente revela alívio e tranquilidade, ao lado manifesta exaustão física que, não raro, conduz prontamente ao sono.

A puérpera pode apresentar ligeiro aumento da temperatura axilar (36,8°C-37,9°C) nas primeiras 24 horas, sem necessariamente ter um quadro infeccioso instalado. Podem ocorrer calafrios, logo após o parto, associados tanto a hipotermia como a temperaturas subfebris. São os tremores atribuídos por alguns eventos de fundo nervoso, manifestações de bacteremia por absorção maciça de germes ou produtos tóxicos pela ferida placentária.

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, parestias, e dor anal nas pacientes de hemorróidas.

A sede é manifestação compreensível em face da desidratação e das perdas sanguíneas experimentadas durante o parto.

O sistema cardiovascular experimenta, nas primeiras horas pós-parto, um aumento do volume circulante, que pode se traduzir pela presença de sopro sistólico de hiperfluxo. Nas puérperas com cardiopatia, em especial naquelas que apresentam comprometimento da válvula mitral, o período expulsivo e as primeiras horas após o delivramento

representam uma fase crítica e de extrema necessidade de vigilância médica.

O padrão respiratório é restabelecido, passando o diafragma a exercer funções que haviam sido limitadas pelo aumento do volume abdominal. A volta das vísceras abdominais à sua situação original, além da descompressão do estômago, promove um melhor esvaziamento gástrico. Os esforços despendidos no período expulsivo agravam as condições de hemorróidas já existentes. Esta situação causa desconforto e impede o bom esvaziamento intestinal. Nas mulheres que partiram por cesárea, soma-se ainda o íleo paralítico pela manipulação da cavidade abdominal.

Traumas podem ocorrer à uretra, ocasionando desconforto à micção e até mesmo retenção urinária, situação atenuada pelo aumento da capacidade vesical que ocorre normalmente neste período. A puérpera pode experimentar nos primeiros dias pós-parto um aumento do volume urinário, pela redistribuição dos líquidos corporais.

A leucocitose no puerpério é esperada, podendo atingir 20.000 leucócitos/mm³. A quantidade de plaquetas está aumentada nas primeiras semanas, assim como o nível de fibrinogênio, razão para se preocupar com a imobilização prolongada no leito, situação que facilita o aparecimento de complicações tromboembólicas.

O útero atinge a cicatriz umbilical após o parto e posteriormente regride em torno de um centímetro ao dia, de forma irregular. A recuperação do endométrio inicia-se a partir do 25º pós-parto. O colo do útero apresenta-se edemaciado e pode apresentar lacerações, e se fechará em torno do 10º dia. A vagina apresenta-se edemaciada, congesta e atrofica, iniciando-se sua recuperação no 25º dia (esta recuperação é mais tardia nas mulheres que amamentam).

No sistema endócrino, ocorre desaparecimento rápido dos níveis de gonadotrofina coriônica, enquanto as hipofisárias passam a excretar-se pela urina em níveis muito elevados, superiores para mulheres não-gravídicas. Os estrogênios se apresentam em queda súbita, ligada ao término da atividade placentária. Porém os níveis fisiológicos são mantidos, sugerindo atividade ovariana.

O pregnandiol apresenta comportamento oscilatório. Ocorre diminuição dos esteróides do córtex renal, mantendo uma proporcionalidade entre os números antes e depois do parto. A função do córtex supra-renal é independente do metabolismo da placenta. Os níveis estão exacerbados durante a gravidez sem modificações instantâneas, volta ao normal

não-gravídico.

A pele perde seu aspecto acetinado e suculento no decurso da primeira semana. Os edemas desaparecem em 24 horas. As estriações perdem a cor vermelho-arroxeadas e ficam pálidas, transformando-se dentro de duas semanas em branco-nacaradas.

A perda, de peso logo depois do parto varia entre 5,35 Kg e 5,8 Kg, havendo queda adicional de 0,85 Kg a 2,30 Kg nos primeiros dez dias do puerpério.

Entre os fenômenos de ordem psíquica na primíparas completa-se importante modificação da personalidade, iniciada na gravidez. As alterações psicológicas são individuais – psicoses puerperais – desencadeadas por eventos do ciclo gestatório.

LEGISLAÇÃO

O crime de infanticídio encontra-se descrito no art. 123 do Código Penal (CP): “Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após.”

A legislação penal brasileira, através dos estatutos repressivos de 1830, 1890 e 1940, tem conceituado o crime de infanticídio de formas diversas. O Código Penal de 1890 definia o crime com a seguinte proposição: “Matar recém-nascido, isto é infante, nos sete primeiros dias de seu nascimento, quer empregando meios diretos e ativos, quer recusando à vítima os cuidados necessários à manutenção da vida e a impedir a sua morte”. O parágrafo único cominava pena mais branda “se o crime for perpetrado pela mãe, para ocultar a desonra própria”.

O Código Penal de 1940 adotou critério diverso, ao estabelecer em seu artigo 123: “Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante ou logo após o parto”.

A legislação vigente adotou como atenuante no crime de infanticídio o conceito biopsíquico do “estado puerperal”, como configurado na exposição de motivos do Código Penal, que justifica o infanticídio como *delictum exceptum*, praticado pela parturiente sob influência daquele tal estado puerperal. Assim, como nos lembra Damásio de Jesus, trata-se de crime próprio, pois só pode ser cometido pela mãe contra o próprio filho.

Percebe-se portanto, que houve alteração radical do conceito do crime, quando em vez de, segundo a lei anterior, adotar o sistema psicológico, fundado no motivo de honra (*honoris causa*), que é o temor à vergonha da maternidade ilegítima, optou o legislador pelo sistema biopsíquico ou fisiopsicológico, apoiado no estado puerperal. Esta orientação tem merecido críticas e é motivo de controvérsia, muito por se entender não comprovada a suposta proble-

mática influência do estado puerperal no psiquismo da parturiente.

ETIOPATOGENIA E PERÍCIA MÉDICO-LEGAL

Como apresentado no conceito, o infanticídio se dá em período de puerpério imediato. O puerpério é o período de tempo entre a dequitação placentária e o retorno do organismo materno às condições pré-gravídicas, tendo duração média de 6 semanas. 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.

A discussão que se impõe é se tal estado puerperal realmente poderia acontecer ou como diz França, trata-se de mera ficção jurídica. O mesmo autor afirma, textualmente: “*nada mais fantasioso que o chamado estado puerperal, pois nem sequer tem um limite de duração definido (...) o que acontece no infanticídio é que numa gravidez ilegítima, mantida em sobressaltos e cuidadosa reserva, pensa a mulher dia e noite em como se livrar do fruto de suas relações clandestinas (...) e como maneira de solucionar seu problema praticam o crime devidamente premeditado em todas as suas linhas, tendo o cuidado, entre outras coisas, de esconder o filho morto, dissimular o parto, tudo isso com frieza de cálculo, ausência de emoção, e, às vezes, requintes de crueldade*”.

Já para Maranhão, o chamado estado puerperal constitui uma situação *sui generis*, pois não se trata de uma alienação, nem de uma semi-alienação, mas também não se pode dizer que seja uma situação normal. Seria “*um estado transitório, incompleto, caracterizado por defeituosa atenção, deficiente senso-percepção e que confunde o objetivo com o subjetivo*”. E ainda, segundo Alcântara “*é uma obnubilação mental seguinte ao desprendimento fetal que só se manifesta na parturiente que não recebe assistência, conforto ou solidariedade, e é um quadro mais jurídico do que médico, embora haja algumas explicações etiopatogênicas*”.

A doutrina médico-legal tradicional, como se vê, não é consensual. E essa tem seguido ainda um caminho paralelo à Psiquiatria, especialidade médica em que dever-se-ia ancorar. O fato é que o infanticídio tem sido negligenciado como campo de estudo, desde o trabalho pioneiro de Resnick, há cerca de 30 anos. Relatos de caso bem documentados de infanticídio, raros, descrevem um quadro de negação da gestação, sintomas dissociativos ou mesmo psicose. Todavia, não há muitos estudos de investigação sis-

temática usando critérios de diagnóstico contemporâneos.

Mendlowicz e cols. avaliaram 53 casos de infanticídio no Rio de Janeiro, observando que 88,2% das mulheres eram solteiras, usualmente mantinham a gravidez em segredo (94,1%) e tiveram parto não assistido (100%), além de maior necessidade de atendimento psiquiátrico. Spinelli em uma investigação sistemática de 16 casos de infanticídio nos Estados Unidos da América observou que todas as mulheres apresentavam negação da gestação e parto não assistido e em segredo. Nesse mesmo estudo, entrevistas psiquiátricas revelaram que todas as mulheres relatavam que “se visualizaram” durante o parto. Doze (75%) delas experimentaram alucinações dissociativas com comentários críticos internos e vozes argumentativas. Catorze (87,5%) experimentaram breve amnésia.

É fato biológico bem estabelecido que a parturição desencadeia uma súbita queda em níveis hormonais e alterações em bioquímicas no sistema nervoso central. A disfunção ocorreria no eixo Hipotálamo-Hipófise-Ovariano, e promoveria estímulos psíquicos com subsequente alteração emocional. Em situações especiais, como nas gestações conduzidas em segredo, não assistidas e com parto em condições extremas, uma resposta típica de transtorno dissociativo da personalidade e com desintegração temporária do ego poderiam ocorrer.

A Associação Americana de Psiquiatria, em seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), estabelece os critérios diagnósticos para uma entidade nosológica denominada Transtorno de Estresse Agudo (TEA). A característica essencial do TEA é o desenvolvimento de uma ansiedade característica, sintomas dissociativos e outros, que ocorrem dentro de até um mês após a exposição a um agente estressor externo. Enquanto vivencia o evento traumático ou logo após, o indivíduo tem pelo menos três dos seguintes sintomas dissociativos: um sentimento subjetivo de anestesia; distanciamento ou ausência de resposta emocional; redução da consciência sobre aquilo que o cerca; desrealização; despersonalização ou amnésia disso-

Tabela 1. Síndromes de Humor Pós-Parto

Síndrome	Sintomas Clínicos	Curso
Melancolia da maternidade	<ul style="list-style-type: none"> • Choro • Irritabilidade • Euforia 	3-10 Dias após o parto
Depressão pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Melancolia • Neurastenia • Insônia 	Duração: 6-9 meses
Psicose pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Transtornos do humor • Mania • Ausência de sintomas esquizofrênicos essenciais • Delirium, confusão 	Duração: 2-3 meses

ciativa. A perturbação dura pelo menos dois dias e não persiste além de quatro semanas após o evento traumático. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento), ou a uma condição médica geral; não são mais bem explicados por um Transtorno Psicótico Breve; nem representam uma mera exacerbação de um transtorno mental preexistente.

Constata-se, dessa forma, que o sintoma característico desse transtorno é uma alteração súbita e geralmente temporária nas funções normalmente integradas de consciência, identidade e comportamento motor, de modo que uma ou duas dessas deixa de ocorrer em harmonia com as outras. Os relatos de Mendlowicz e Spinelli supracitados demonstram de forma taxativa a presença de alguns destes sintomas nas autoras de infanticídio. A amnésia, as alucinações auditivas e o transtorno de despersonalização são quase que regra. No transtorno de despersonalização ocorre uma alteração na percepção de si mesmo, a um grau em que o senso da própria realidade é temporariamente perdido. Os pacientes com transtorno de despersonalização podem sentir-se mecânicos, autômatos, que estão em um sonho, ou distanciados do próprio corpo.

Diante dessa evidente superposição de características epidemiológicas e clínicas, poder-se-ia admitir que o chamado “estado puerperal” oriundo de nosso Código Penal, trata-se de uma modalidade do “Transtorno de Estresse Agudo” estabelecido na DSM-IV da Academia Americana de Psiquiatria. Em decorrência desse fato a perícia médico-legal disporia de elementos para a comprovação material do estado puerperal. Contudo, a curta duração dos sintomas, o caráter transitório dessa perturbação, e a ausência de distúrbio mental prévio, fazem des-

se diagnóstico pericial um verdadeiro desafio, pois muitas vezes, ao realizar o exame, os sintomas já desvaneceram. Ao examinar uma puérpera o legista nem sempre disporá de elementos para concluir pela realidade de um estado puerperal.

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO

São doenças mentais que ocorrem primariamente como transtornos do humor psicóticos e não psicóticos. Tem início no primeiro ano após o nascimento da criança. Possuem muitas qualidades únicas que as distinguem de outras doenças psiquiátricas. Entre as síndromes psiquiátricas pós-parto destacam-se:

Depressão pós-parto

Obstetras precisam estar familiarizados com o diagnóstico e o tratamento da depressão pós-parto (DPP), já que eles são os primeiros médicos a entrar em contato com a maioria das mulheres deprimidas em pós-parto. DPP é particularmente crítica para se tratar, já que existe um impacto importante para a mãe, a criança e a família, se não for tratada. Médicos devem estar aptos a identificar os fatores de risco para depressão em mulheres pós-parto. Questionários podem ser usados para detectar sintomas depressivos em novas mães, especialmente no ambiente não psiquiátrico, para facilitar o diagnóstico de DPP. Apesar dos sintomas de DPP não serem significativamente diferentes de um episódio depressivo comum, os médicos precisam notar que os sinais neurovegetativos da depressão podem ser confundidos com mudanças fisiológicas normais associadas ao período puerperal. Assumir o risco de suicídio é essencial, apesar deste período ter baixo risco de auto-agressão. O encaminhamento a um psiquiatra é obrigatório nos casos em que há suspeita de suicídio ou infanticídio. A presença de sintomas maníacos ou psicóticos também implica em encaminhamento ao psiquiatra, já que eles podem ser uma manifestação de psicose pós-parto ou transtorno bipolar. A DPP deve ser tratada como qualquer outro episódio depressivo importante. A DPP não-tratada tem um impacto significativo na criança, incluindo efeitos adversos no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança, além de uma união desfavorável entre a mãe e a criança.

Psicose Pós Parto

Desenvolve-se entre o terceiro e o décimo quarto dia pós-parto. O transtorno começa com confusão, despersonalização, e insônia, passando para *delirium* com alucinações proeminentes e delírios transitórios. Depois de semanas ou meses, o transtorno pode resolver-se.

Melancolia da Maternidade

Não é considerada um transtorno; não prejudica o funcionamento e ocorre na maioria das mulheres. É caracterizada por choro, irritabilidade, mudanças rápidas de humor e até mesmo euforia, geralmente aparece após o terceiro dia pós-parto e se resolve espontaneamente em uma semana.

CONCLUSÃO

A mudança no conceito do crime de infanticídio contextualizada no Código Penal de 1940 transferiu à perícia médico-legal a responsabilidade pela comprovação material desse delito. A definição e a existência do chamado estado puerperal têm sido motivo de controvérsia, tanto do ponto de vista jurídico quanto médico-legal. Os recentes avanços científicos no campo da psicobiologia, com maior esclarecimento da dinâmica dos eventos fisiológicos no período pós-parto contribuem decisivamente para o estabelecimento de novos critérios diagnósticos. A categorização dos distúrbios mentais transitórios em resposta a eventos traumáticos como o Transtorno de Estresse Agudo (DSM-IV) e os estudos sistemáticos de casos de infanticídio possibilitam uma nova visão sobre tão difícil situação. Apesar desses avanços, a avaliação pericial ainda reveste-se de grande dificuldade, graças à transitoriedade dos sintomas nesses transtornos.

Sob o ponto de vista jurídico, a condição de estado puerperal ou Transtorno de Estresse Agudo, levanta uma outra questão. Frente a esses elementos todos, qual a capacidade de imputação da examinanda? Não será plena, por certo. Uma personalidade transitoriamente desarmônica, reagindo a emoções primárias e tendo uma acentuada deficiência de crítica, não poderá ser completamente responsável por seu ou seus delitos. Se a emoção sobrepuja a crítica, se o impulso primário se efetiva sem a contenção de fatores éticos; se a impulsividade é evidente, como se falar em plena capacidade de imputação? Concluir-se-ia ser ela inexistente? Se o agente não praticou o delito em estado crepuscular, se ele tem do mesmo memória ou noção de certo modo aceitáveis; se a privação de sentidos não foi integral, restará uma parcela de responsabilidade por parte do agente criminoso. Trata-se, então, de uma delinqüente semi-imputável, e que deve ser penalizada pela ordem jurídica.

A autoridade judiciária ao interpelar o perito, com respeito à suposta autora de infanticídio, geralmente elabora o seguinte quesito: *Ela encontrava-se em estado puerperal quando cometeu o delito ? Como podemos concluir da discussão apresentada,*

ao perito caberá duas possibilidades de resposta, a saber: *sim*, quando ficar patente o diagnóstico psicodinâmico de Transtorno de Estresse Agudo, ou *sem elementos* quando da impossibilidade de se estabelecer esse diagnóstico.

Para a caracterização do infanticídio é necessário que a conduta matar seja durante o parto, ou seja, a partir da dilatação do colo do útero até a expulsão da placenta ou, logo após. Para o perito legista o logo após é quando a criança ainda está coberta de sangue e o cordão umbilical ligado à placenta. Para o jurista este conceito é mitigado para ampliar os casos de incidência do privilégio.

Desta forma, por questões de política criminal, previu-se o tipo penal do infanticídio, que nada mais é do que um homicídio privilegiado. O preceito primário consistindo em matar o próprio filho, sob influência do estado puerperal, durante o parto ou logo após, e estando previsto no art. 123 do CP com pena de detenção de dois a seis anos. Por outro lado, o crime de homicídio, previsto no art. 121 do CP, a pena com reclusão de seis a vinte anos a conduta de matar alguém, ou seja, pune mais severamente.

Um dos exames periciais utilizados para dirimir a dúvida entre o nascimento com vida e posterior morte do recém-nascido e, a “morte” dentro do útero é a Docimásia Pulmonar Hidroestática de Galeno.

Este exame consiste, basicamente, em colocar em um recipiente com água o pulmão do feto ou recém-nascido examinado. Se o examinado nasceu com vida, ou seja, respirou, seu pulmão irá flutuar uma vez que os alvéolos pulmonares estão cheios de ar. Caso afunde significa que o mesmo não nasceu com vida, sendo sujeito passivo do crime de aborto. É, preciso ressaltar que são necessários exames complementares uma vez que o resultado pode ser mascarado pela aspiração de secreções vaginais fazendo com que o pulmão do recém-nascido afunde e, também, o do feto pode flutuar devido aos gases do processo de putrefação. Nesses casos, seria adequado um exame de Docimásia microscópica que consiste em examinar os alvéolos uma vez que estes só abrem com a efetiva respiração.

Para concluir, vale ressaltar que algumas mulheres têm uma real alteração do psiquismo. Ocorreria, por ocasião do parto, o desenvolvimento de uma personalidade psicopática. Esta psicose-puerperal seria uma verdadeira perturbação da saúde mental.

Nesses casos, acarreta uma redução da capacidade penal, sendo uma das espécies de semi-imputabilidade previstas no art. 26, parágrafo único do CP.

Trata-se de crime próprio, uma vez que somente a mãe pode ser sujeito ativo principal. Essa qualificação doutrinária, porém, não afasta a possibilidade da concorrência delituosa.

A solução, entretanto, nunca foi pacífica. O centro da discussão situa-se na questão da comunicabilidade da elementar “influência do estado puerperal”, nos termos do art. 30 (antigo art. 26 do CP): “Não se comunicam as circunstâncias e as condições de caráter pessoal, salvo quando elementares do crime”. Transmitindo-se o elemento típico ao terceiro, responde por infanticídio; caso contrário, por homicídio.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Alcântara HR. Perícia médica judicial. Rio de Janeiro: Guanabara; 1982. p. 115-6.
2. Calmon BS. Breves anotações sobre o infanticídio. [on line] Disponível em: < <http://www.policiaocivil.rj.gov.br/artigos/ARTIGOS/Infanticidio.htm> > (14 dez 2004).
3. DSM-IV manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1995. p.409-11.
4. França GV. Medicina legal. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p.240.
5. Guimarães R. O crime de infanticídio e a perícia médico-legal. Uma análise crítica. [on line] Disponível em < <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=4066> > (14 dez 2004).
6. Jesus D. Nelson Hungria e o concurso de pessoas no crime de infanticídio. São Paulo: Complexo Jurídico Damásio de Jesus, dez. 2000. Disponível em: < http://www.damasio.com.br/novo/html/artigos/art_54.htm > (14 dez 2004).
7. Jesus DE. Direito penal. São Paulo: Saraiva; 2001. p.105-10.
8. Maranhão OR. Curso básico de medicina legal. 8ªed. São Paulo: Malheiros; 2004. p. 202.
9. Mendlowicz MV. Neonaticide in the city of Rio de Janeiro: forensic and psycholegal perspectives. J Forensic Sci 1999; 44(4):741-5.
10. Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. Am J Psychiatry 1969; 126:325-34.
11. Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. Am J Psychiatry 2001; 158:811-3.
12. Wisner KL, Stowe ZN. Psychobiology of postpartum mood disorders. Semin Reprod Endocrinol 1997; 15:77-89.