

DOI: <https://doi.org/10.23925/ddem.v.2.n.8.61738>



Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional

O INFANTICÍDIO COMO DELITO SOCIAL: A IMPROPRIEDADE DO ESTADO PUERPERAL COMO ELEMENTO CARACTERIZADOR DO CRIME

INFANTICIDE AS A SOCIAL CRIME: THE IMPROPRIETY OF THE PUERPERAL STATE AS A CHARACTERIZING ELEMENT OF THE CRIME

Jaiza Sammara de Araujo Alves¹

RESUMO

O infanticídio consiste em matar o próprio filho, durante o parto ou logo após, sendo que a mãe, ao cometer a conduta delituosa, encontra-se influenciada pelo estado puerperal. Desta forma, o presente artigo tem por finalidade analisar o conceito de estado puerperal, diferenciando-o de puerpério e dos transtornos mentais que podem deste decorrer, buscando compreender se efetivamente o estado puerperal existe ou se é uma ficção. Como metodologia, foi empregada a pesquisa bibliográfica baseada em livros e artigos científicos que versam sobre o tema, bem como o estudo de caso de infanticídio ocorrido na província de Salta, Argentina. Como resultado, foi constatado que o estado puerperal não guarda semelhanças com as características de transtorno mental decorrente do parto e tampouco pode ser confundido com o puerpério. Conclui-se que o estado puerperal é uma ficção jurídica criada pelo legislador do Código Penal brasileiro, ainda em 1940, e que tal expressão deve ser reformada do código a fim de melhor compreender o que se passa com a mulher que cometeu o infanticídio.

Palavras-chave: Estado puerperal; Infanticídio; Puerpério; Transtornos mentais decorrentes do puerpério.

ABSTRACT

Infanticide consists of killing one's own child, during childbirth or thereupon, being the mother, while committing the criminal conduct, influenced by the puerperal state. Therefore, this article aims to analyze the puerperal state's concept, by differentiating it from both the puerperium and the mental disorders from which it may result, to understand whether the puerperal state effectively exists or if it is an invention. About the method, bibliographical research was performed, based on books and scientific articles which discuss this subject, as well as a case

¹ Doutoranda em Direito Penal pela Universidade de Buenos Aires - UBA, Mestra em Ciências Criminológico Forenses - Universidade de Ciências Econômicas e Sociais - UCES - Argentina, possui graduação em Direito pela Universidade Regional do Cariri (2007). Atualmente é professora do curso de Direito da Universidade do Estado da Bahia - UNEB, campus III Juazeiro e foi professora do curso de Direito da Uneb, campus XIII Itaberaba, até o ano de 2018. Professora do curso de Direito da Faculdade de Ciências Aplicadas e Sociais de Petrolina - FACAPE. É coordenadora do Núcleo de Práticas Jurídicas da FACAPE. Professora da disciplina de Direito Penal e o Município da Pós-graduação em Direito Municipal da FACAPE. Professora da Especialização de Psicologia Jurídica da FACAPE na disciplina Psicologia policial e criminal e a prática do direito: seus impasses e desafios. É pós-graduada em Direito Empresarial pela Universidade Regional do Cariri e Direito Penal e Processo Penal pela UNISEB e Psicologia Jurídica pela FACAPE. Escritora da série Dragutã. Escritora do livro A (in) imputabilidade do serial killer. Escritora do livro Dunon Nemeton. Advogada. Bacharelada em Psicologia UniFTC. Ganhadora do 4 Concurso de Ficción y Derecho da Universidade de Bueno Aires, categoria docentes (2018). jaizasammara@yahoo.com.br. <http://lattes.cnpq.br/8055136836418033>.

study of an infanticide that had occurred in the province of Salta, Argentina. As a result, it was verified that the puerperal state is not similar in its characteristics to a mental disorder resulting from childbirth, nor can it be mistaken with the puerperium. It is concluded that the puerperal state is a legal fiction created by the legislator of the Brazilian Penal Code, back in 1940, and that such expression should be altered in its code reference, to better understand what goes on to a woman who had committed infanticide.

Keywords: Puerperal state; Infanticide; Puerperium; Mental disorders associated to puerperium.

INTRODUÇÃO

O Infanticídio consiste na conduta de matar o próprio filho durante o parto (nascente) ou logo após (recém-nascido ou neonato), sendo que a mãe está influenciada pelo estado puerperal. Ocorre que ao contrário do Código Criminal do Império do Brasil de 1830 e do Código Penal dos Estados Unidos do Brasil de 1890, o nosso Código Penal, que tem vigência desde o ano de 1940, não leva em consideração a honra da mulher (*honoris causa*) como elemento do crime de infanticídio, mas sim o estado puerperal, expressão considerada dúbia e até mesmo uma ficção pela Medicina Legal.

Nesta toada, surge a problemática: o estado puerperal, elemento caracterizador do crime de infanticídio, realmente existe, ou se trata de uma ficção criada pelo legislador do Código Penal de 1940? O estado puerperal é sinônimo de puerpério? O estado puerperal consiste numa espécie de transtorno mental que decorre do parto?

Desta forma, o objetivo do presente artigo é analisar o conceito de estado puerperal, buscando diferenciá-lo do puerpério, tentando compreender se, efetivamente, o estado puerperal consiste ou não num transtorno mental que acomete a parturiente.

Justifica-se a presente pesquisa no fato de que o tema é pouco explorado doutrinariamente, além de que o estado puerperal ainda é bastante confundido com o puerpério, não somente pela doutrina do Direito Penal, mas também pelo senso comum. Assim, o presente estudo se torna importante para que haja uma maior discussão sobre questões que necessitam ser alinhadas entre a Psicologia e o Direito Penal.

Como metodologia foi empregada a pesquisa bibliográfica, onde foram utilizados livros e artigos científicos sobre o tema em análise, bem como o estudo de caso de infanticídio ocorrido na província de Salta, Argentina.

O trabalho foi dividido da seguinte forma: primeiramente será tratado sobre o crime de infanticídio, de acordo com o Código Penal brasileiro - CPB, bem como pela doutrina penalista.

Posteriormente foi versado sobre parto, puerpério e as síndromes psiquiátricas pós-parto. Finalmente, será abordado sobre o estado puerperal, momento em que serão tecidas críticas ao seu respeito e elaboradas propostas de modificação do Código Penal quanto ao delito.

1. INFANTICÍDIO – CONCEITO E ELEMENTOS CARACTERIZADORES

De acordo com o art. 123 do Código Penal, o infanticídio consiste em “matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após” (BRASIL, 1940), sendo cominada a tal crime a pena de detenção de 2 a 6 anos.

Dissertando sobre o crime mencionado, Noronha (2003) afirmava que o infanticídio teve consideração diversa ao longo dos tempos, posto que em Roma Antiga, as Institutas de Justiniano puniam com pena severa os autores do crime. Inclusive o condenado era cosido em um saco com um cão, um galo, uma víbora e uma macaca. Em seguida o saco era lançado ao mar. Já na Idade Média, o art. 131 das Ordenações Carolíngias, do Rei Carlos V, previa como pena para o/a infanticida o sepultamento em vida, o afogamento, o empalamento ou a dilaceração com tenazes ardentes. Assim, até o século XVIII, o infanticídio foi punido com severidade, porém, era bastante praticado sob o disfarce de acidente, sendo comum que as crianças fossem mortas por asfixia na cama dos pais, mesmo sendo filhos legítimos (MALDONADO, 1995). Contudo, a partir do século XVIII, o infanticídio passou a ser punido de forma mais branda, inclusive no Brasil (GRECO, 2022).

Segundo Bitencourt (2020), o Código Criminal do Império de 1830 tipificava o infanticídio como o delito cometido pela própria mãe que matava seu filho recém-nascido, para ocultar desonra própria, cominando-lhe pena de prisão com trabalho por 1 a 3 anos. Já se um terceiro matasse um recém-nascido nos primeiros sete dias de vida, mesmo que não fosse alegada a honra (*honoris causa*), seria punido com a pena de 3 a 12 anos de prisão, sendo tal pena abrandada quando comparada ao homicídio, que tinha como pena máxima a morte e mínima a prisão com trabalho por 20 anos. Assim, para Bitencourt, a vida de um recém-nascido era considerada menos valiosa que a de uma pessoa adulta.

Já para o Código Penal de 1890, o infanticídio era conceituado como a morte de um recém-nascido, isto é, infante nos sete primeiros dias de vida do seu nascimento, sendo empregados meios diretos e ativos, ou recusando à vítima os cuidados necessários à manutenção da sua vida ou ao impedimento da sua morte. Tal crime fora apenado com prisão celular de 6 a 24 anos. Contudo, se a autora fosse genitora da criança, que atuasse para ocultar desonra

própria, a pena seria abrandada para prisão celular de 3 a 9 anos (BITENCOURT, 2020). Portanto, ambos os códigos consideraram como característica elementar à configuração do infanticídio, como um delito de menor potencialidade lesiva que o homicídio, a circunstância de a mulher ocultar a sua própria desonra, postura que não foi adotada pelo Código Penal de 1940, que substituiu a questão *honoris causa* pelo estado puerperal, conforme será visto posteriormente.

Ressalte-se que o infanticídio é compreendido como uma forma especial do homicídio, tendo em vista as características particulares da pessoa que comete o crime, posto que se encontra influenciada pelo estado puerperal (GRECO, 2022), matando o seu filho nascente (aquele que se encontra no processo de expulsão do útero materno, mas ainda não consegue respirar o ar natural) ou neonato (o ser humano desde o nascimento até o 28º dia de vida) (FRANÇA, 2021), durante o parto ou logo após. Interessante mencionar que ausente qualquer um dos elementos caracterizadores do crime, ou seja, as elementares², ocorrerá uma atipicidade relativa, ou seja, desclassificação para o delito de homicídio.

Desta forma, o infanticídio é um crime bi-próprio, pois em regra, somente a mãe, influenciada pelo estado puerperal, pode cometer a conduta delitiva. Por outro lado, a vítima é o filho nascente ou recém-nascido (neonato) (GRECO, 2022).

Com relação ao lapso temporal à caracterização do crime, o Código Penal estabelece que a conduta deve ser praticada “durante o parto ou logo após”, a fim de diferenciá-lo do delito de aborto, cuja conduta é cometida antes do início do parto. Desta forma, a doutrina penalista brasileira se inclina para estabelecer como marco temporal do infanticídio o início do parto. Ocorre que é necessário distinguir duas espécies de parto: o normal ou natural e o parto cesariana. Com relação ao primeiro, inicia-se a partir da dilatação do colo do útero ou com as contrações uterinas; já o segundo tem início com a incisão das camadas abdominais (GRECO, 2022).

Segundo o Código Penal Brasileiro, a conduta de matar a vítima do infanticídio pode ocorrer durante o parto. Ou seja, a agente do crime mataria o nascente no momento em que o estaria expelindo. Contudo, tal situação, inclusive não relatada especificamente pela doutrina penalista brasileira, é de rara ocorrência. Porém, há relatos na literatura médico-forense de mães que mataram o próprio filho quando este despontou na abertura vulvar, por contusão craniana,

² Elementares são circunstâncias subjetivas que se comunicam a coautores e partícipes diante de um concurso de pessoas, desde que todos tenham o conhecimento da circunstância (GRECO, 2022).

por perfuração das fontanelas, por esgorjamento ou por decapitação (FRANÇA, 2022). No entanto, muito mais comum, efetivamente, é a ocorrência do infanticídio logo após o parto.

Ocorre que, ao contrário de outros diplomas legais, o Código Penal Brasileiro não estipulou um prazo para melhor determinar o alcance da expressão “logo após o parto”, deixando à doutrina a tarefa de interpretar tal expressão. Por exemplo, para Magalhães Noronha (2003), era necessário que a parturiente não houvesse entrado no estado de bonança, onde há o predomínio do instinto materno. No mesmo sentido, Luís Regis Prado (2020, p. 427), que o invés de citar o estado de bonança, traz a expressão “estado de quietude”. Porém, tanto esta expressão quanto a outra ressaltam o “instinto materno”, inerente à mulher “normal”, ou seja, aquela que não teria a capacidade de matar o seu próprio filho.

Já Rogério Greco afirma que a expressão “logo após o parto” deve ser entendida sob o princípio da razoabilidade, tendo em vista que ainda que para a medicina, o puerpério dure cerca de seis a oito semanas após o parto, este não foi o alcance dado pela legislação à expressão retro mencionada. Desta forma, a parturiente somente responderá por infanticídio se houver uma relação de proximidade entre o início do parto e a morte da vítima. Em caso contrário, deverá responder por homicídio (GRECO, 2022). Complementando a ideia de Greco, Bitencourt afirma que com a expressão “logo após o parto”, o legislador quis estabelecer uma relação de imediatidade, porém não de absoluta imediatidade, abrangendo todo o período de estado puerperal, circunstância que será analisada posteriormente. Deste modo, o autor afirma que todas as elementares que compõem o crime de infanticídio devem ser analisadas individualmente, porém avaliadas em conjunto, pois a elementar logo após o parto somente alcançará seu verdadeiro alcance se estiver subordinada à elementar influência do estado puerperal (BITENCOURT, 2020).

2. PARTO, PUERPÉRIO E SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS PÓS-PARTO

Segundo Regis Prado (2020, p. 427), o parto consiste no “conjunto de processos fisiológicos, mecânicos e psicológicos, através dos quais o feto (a termo ou viável, sendo o parto prematuro) separa-se do organismo materno”, tendo início com a dilatação do colo do útero e finalizando pela completa separação da criança do organismo materno, através da expulsão da placenta e corte do cordão umbilical.

Desta forma, se a gravidez pode ser considerada um período de maior vulnerabilidade à gestante, o parto também pode ser visto como um período crítico que determina uma série de

modificações significativas e envolve diversos níveis de simbolização (MALDONADO, 1995). Ou seja, o parto pode ser considerado uma situação de passagem de um estado a outro, cuja principal característica é a irreversibilidade. Outra peculiaridade que contribui para o aumento da ansiedade e da insegurança com a proximidade da data prevista é a incapacidade de previsão acerca de como e quando o trabalho de parto vai ocorrer, implicando na impossibilidade de controle sobre o processo (MALDONADO, 1995). Portanto, o parto “é vivido como um salto no escuro, um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle” (MALDONADO, 1995, p. 67).

É importante destacar que o parto resulta não somente de contrações uterinas, mas também de alterações bioquímicas no tecido conjuntivo que conduzem ao amadurecimento do cérvix. Ressalte-se que muitos fatores podem determinar a duração da gravidez, podendo levar à expulsão do produto da concepção. Em estados precoces da gestação, podem ser citados o medo e ansiedade da gestante que resultam em maiores concentrações de catecolaminas (MALDONADO, 1995), que consistem em substâncias orgânicas liberadas pelo sistema nervoso simpático e pela medula da glândula suprarrenal e desempenham função de hormônio ou neurotransmissor, sendo liberadas em razão de estresse físico ou emocional (TANNO e MARCONDES, 2002).

Ademais, substâncias que provocam contrações uterinas, como a ocitocina, noradrenalina, prostaglandinas, que regularmente são produzidas pelo organismo materno ou fetal, podem ser produzidas em quantidades suficientes para produzir efeitos sobre a musculatura uterina. Desta forma, não somente o organismo materno contribui para o desencadear do parto, posto que o feto também tem a sua influência (MALDONADO, 1995).

Interessante mencionar que o parto consiste em 3 fases: dilatação, expulsão e secundamento. Para Maldonado (1995, p. 66):

Na fase do pré-parto, já se observa a descida do fundo uterino, o amolecimento do colo, o apagamento e madurez. No período de dilatação, há concentrações uterinas que, para muitas mulheres, são sentidas como dolorosas: elas modificam o cérvix até alcançar a ampliação completa (10 cm). A rotura da bolsa, na maioria das vezes, acontece no final da dilatação. Quando está se completa, inicia-se o período de expulsão: além das metrossístoles, há as forças contráteis do diafragma e da parede abdominal que propelem o feto pelo canal de parto. Com a compressão das paredes vaginais, surgem as contrações voluntárias da prensa abdominal (os puxos), semelhantes à força que se faz para evacuar. O terceiro período – o secundamento- corresponde à expulsão da placenta, após a saída do bebê.

Quanto ao puerpério, tal termo originou-se do latim *puer*, criança, e *parus*, trazer à luz, sendo o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e pelo parto no organismo da mulher retornam à situação do estado pré-gravídico, durando cerca de 6 a 8 semanas após o parto (AZEVEDO *et al*, 2018). Desta forma, o puerpério é considerado um período com muitas e intensas vivências emocionais para a puérpera, constituindo um momento de risco psíquico à mulher, tendo em vista as transformações sofridas tanto no âmbito biológico quanto relacionado à adaptação das exigências que são inerentes do período pós-parto e que acabam tornando a mulher mais vulnerável a desenvolver um transtorno mental (ALMEIDA e ARRAES, 2016), sendo seu diagnóstico de grande importância nas questões médico-legais relacionadas à sonegação, simulação e dissimulação de parto e da subtração de recém-nascidos, principalmente nos casos em que são discutidas hipóteses de aborto ou infanticídio, ou ainda de parto próprio ou alheio (FRANÇA, 2022).

Assim, o puerpério pode ser considerado um quarto trimestre da gestação, podendo ser conceituado como um período de transição que dura por volta de três meses após o parto, tendo maior incidência na gestação do primeiro filho. Neste período, a mulher se torna bastante sensível, muitas vezes confusa, até mesmo em estado de desespero, sendo comuns os quadros de ansiedade normal e depressão (MALDONADO, 1995).

Mestieri, Meneguette e Meneguette (2005) afirmam que não há previsão no término do puerpério, tendo em vista que, enquanto a mulher estiver amamentando, estará sofrendo modificações da gestação (lactância), de modo que o seu ciclo menstrual ainda não estará regularizado. Os autores dividem o puerpério em 3 fases: a) puerpério imediato, que dura do 1º ao 10º dia; b) puerpério tardio, que dura do 11º ao 42º dia; c) puerpério remoto, a partir do 43º dia.

Ressalte-se que as transformações iniciadas durante o puerpério, que têm como finalidade o restabelecimento do organismo da mulher ao estado pré-gravídico, ocorrem não somente no âmbito endócrino e genital, mas na parturiente como um todo, de modo que a mulher deverá ser vista em sua integralidade, não sendo excluído o seu componente psíquico. Desta forma, quando uma mulher é examinada durante o puerpério, caso a sua situação permita, deve ser feita uma breve avaliação acerca do seu estado psíquico, compreendendo o que representa para ela a chegada de um filho. Assim, deverá ser estabelecida uma relação de empatia entre o examinador e a puérpera havendo uma melhor compreensão sobre os sinais e sintomas apresentados por ela (MESTIERI, MENEGUETTE e MENEGUETTE, 2005).

Interessante destacar que o puerpério consiste num quadro fisiológico que alcança a todas as parturientes, sendo raras as alterações psicológicas graves (MOREIRA e RIBEIRO, 2017). Contudo, há síndromes psiquiátricas que podem acometer as puérperas, tais como o *blues* pós-parto, a psicose puerperal e a depressão pós-parto.

O *blues* pós-parto, também chamado *baby blues* ou disforia pós-parto, não constitui uma enfermidade mental e afeta as puérperas nos primeiros dias após o nascimento do bebê, com pico no quarto ou quinto dia após o parto, com remissão espontânea em até duas semanas. Manifesta-se como sintomas depressivos leves e pode ser identificado em 50% a 85% das puérperas. Tem como características o choro fácil, irritabilidade, hostilidade com familiares e acompanhantes (TRINDADE, 2015). Ademais, as parturientes podem apresentar fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si e sentimentos de incapacidade (ALMEIDA e ARRAES, 2016). Tal circunstância não necessita de tratamento farmacológico, mas de suporte emocional e do auxílio de uma rede de apoio à parturiente nos cuidados com o recém-nascido (TRINDADE, 2015).

Já a depressão pós-parto (DPP) foi encontrada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) sob o código F53.0, na parte “Transtornos Mentais e Comportamentais associados ao puerpério”. Geralmente tem início entre a quarta e a oitava semana após o parto, podendo, contudo, ter início em período posterior, mas ainda dentro do 1º ano após o parto, podendo persistir por tempo superior a um ano. Assim, os sintomas devem se apresentar nas seis semanas após o parto e não satisfazer critérios para outros transtornos. Desta forma, trata-se de um diagnóstico feito por exclusão (HILDEBRANDT, 2013).

Os sintomas da DPP incluem irritabilidade, choro frequente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações alimentares e de sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas. A mulher também pode apresentar cefaleia, dores nas costas, erupções vaginais e dor abdominal sem causa orgânica aparente. A maioria dos estudos afirma que a DPP atinge 10 a 15% das puérperas e é interessante destacar que os sintomas da DPP não diferem daqueles presentes nos episódios que não estejam relacionados ao parto e incluem instabilidade de humor e preocupações com o bem-estar do recém-nascido, cuja intensidade pode variar de exagerada a francamente delirante (SCHMIDT, PICCOLOTO e MÜLLER, 2005).

Quanto à etiologia da DPP, há vários fatores de risco geralmente relacionados ao bebê, tais como a prematuridade, intercorrências neonatais e malformações congênitas; a fatores socioculturais, como a morte de familiares, decepções na vida pessoal ou profissional, retomada

de atividade profissional e situação social de solidão; a fatores físicos da mãe, como modificações hormonais, além de fatores psicopatológicos prévios. Ademais, há outros fatores de risco que podem ser relacionados: baixa autoestima, problemas na situação conjugal e socioeconômica, além de gravidez não planejada ou desejada (SCHMIDT, PICCOLOTO e MÜLLER, 2005). Além disso, a violência também vem sendo relacionada como fator de risco à DPP. Ressalte-se que ter um fator de risco não significa dizer que a puérpera está doente, mas que tem maior propensão ao desenvolvimento da DPP, dentro de um contexto maior, já que o transtorno é multifatorial (HILDEBRANDT, 2013).

Camacho *et al* (2006) apontaram os seguintes fatores de risco psicossociais relacionados à depressão pós parto, são eles: gestante com idade inferior a 16 anos de idade, história de transtorno psíquico prévio, eventos estressantes experimentados nos últimos 12 meses antes do parto, conflitos conjugais, estar solteira ou divorciada durante a gestação, estar desempregada (a paciente ou seu cônjuge ou companheiro) e apresentar pouco suporte social. Ademais, foram apontados outros fatores de risco: personalidade vulnerável (mulheres pouco responsáveis ou organizadas), esperar um bebê do sexo oposto ao desejado, apresentar poucas relações afetivas satisfatórias e suporte emocional deficiente. Outro fator de risco relacionado pelos autores foi o abortamento espontâneo ou de repetição³.

Segundo Hildebrandt (2013), foi realizada uma revisão de estudos em países de baixa e média-baixa renda, onde foi constatado que estes possuem as maiores taxas de incidência de DPP, tendo em vista que a maioria das mulheres desses países encontram-se em posição socioeconômica inferior, tendo dificuldades de acesso a um melhor nível educacional, ao trabalho remunerado e aos serviços de saúde reprodutiva. Desta forma, estes fatores poderiam contribuir para o prejuízo da saúde mental das puérperas, na medida em que elas são expostas a um maior número de fatores de risco e diminuição das possibilidades de tratamento.

É importante destacar que mulheres com depressão pós-parto geralmente não revelam seus sintomas de depressão com medo de uma possível estigmatização, tendo em vista que a expectativa social esperada é de que elas estejam felizes com a chegada do seu bebê e acabam se sentindo culpadas por estarem experimentando sintomas de depressão num momento que deveria ser somente de alegria (CAMACHO *et al*, 2006).

³ Consiste na perda consecutiva de três ou mais gestações com menos de 20 semanas ou peso fetal menor que 500 gramas, causada por anormalidades cromossômicas parentais, síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) e algumas anormalidades uterinas. Atualmente, o conceito mais utilizado é a ocorrência de duas interrupções espontâneas para iniciar a investigação (RAUBER *et al*, 2018).

Tratando sobre os episódios de humor que têm início no periparto⁴, variam na gravidade dos sintomas, sendo o *blues* pós-parto a modalidade mais leve, passando à DPP e culminando com a psicose puerperal. Segundo Trindade (2015), por esta envolver características psicóticas, que afetam as capacidades de discernimento e autodeterminação da mulher, a psicose puerperal representa o diagnóstico, dentro dos episódios de humor do periparto de maior interesse às psicologias jurídica e forense.

Ressalte-se que a psicose puerperal consiste num quadro mais raro, com incidência entre 1,1 e 4 para cada 1000 nascimentos. É importante mencionar que mulheres diagnosticadas com transtorno afetivo bipolar apresentam risco elevado de psicose puerperal (260/1000), quando comparadas às mulheres não diagnosticadas com o transtorno, que apresentaram 1 a 2 casos a cada 1000 puérperas (CAMACHO *et al*, 2006).

Desta forma, a psicose puerperal “é uma emergência psiquiátrica” (TESS e DIAS, 2011, p. 1728), caracterizando-se por quadros graves, com instalação nas três semanas após o parto, geralmente entre as primeiras 48 e 72 horas. Está presente em 0,1 a 0,2% das parturientes, tendo como sintomas prodrômicos a inquietação, irritabilidade e alteração do sono, que evoluem rapidamente para um quadro psicótico caracterizado por humor depressivo e eufórico, comportamento desorganizado, labilidade emocional, delírios e alucinações, sendo frequentes os quadros confusionais, como o *delirium* (TESS e DIAS, 2011).

No mesmo sentido, para Camacho *et al* (2006), a psicose puerperal costuma ter um início mais abrupto, sendo verificado que 2/3 das mulheres que apresentaram o transtorno iniciaram a sintomatologia nas duas primeiras semanas após o parto. Como sintomas podem ser mencionados a presença de delírios, alucinações e estado confusional, podendo haver sintomas depressivos, maníacos ou mistos associados. As mulheres diagnosticadas com tal transtorno costumam apresentar comportamento desorganizado e delírios que envolvem seus filhos, inclusive com o pensamento de lhes provocar algum tipo de dano, como a morte. A incidência de ideação suicida é alta nas pacientes diagnosticadas com este transtorno, necessitando muitas vezes de intervenção hospitalar.

Interessante enfatizar que a Associação Americana de Psiquiatria (APA), no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) estabeleceu critérios diagnósticos para uma entidade nosológica chamada Transtorno de Estresse Agudo (TEA), tendo este transtorno as seguintes características: desenvolvimento de uma ansiedade característica,

⁴ Consiste num período de transição que ocorre entre 3 semanas antes do parto e 3 semanas após o parto.

sintomas dissociativos e outros, que ocorrem no período até 1 mês após a exposição a um agente estressor externo. Inclusive, enquanto está exposto ao evento traumático ou logo após, o indivíduo possui 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 dissociativa. A perturbação dura ao menos dois dias e não persiste além de quatro semanas após o evento traumático. Ademais, os sintomas não resultam de efeitos fisiológicos diretos do uso de substâncias, como drogas e medicamentos, nem de uma condição médica geral. Também não são explicados como um transtorno psicótico breve, nem representam uma mera exacerbação de um transtorno mental preexistente (MESTIERI, MENEGUETTE e MENEGUETTE, 2005).

Para os mesmos autores, foi constatado que o sintoma característico do TEA é uma alteração súbita e geralmente temporária nas funções normalmente integradas à consciência, identidade e comportamento motor, de maneira que uma ou duas dessas funções deixa de ocorrer em harmonia com as outras, sendo que pesquisas relatam de forma taxativa a presença destes sintomas nas autoras de infanticídio. Inclusive, nestas, como regra, têm-se a amnésia, as alucinações auditivas e o transtorno de despersonalização, sendo que neste ocorre uma alteração na percepção de si mesmo, ao ponto que o senso da própria realidade é temporariamente perdido, podendo o indivíduo sentir-se como um autômato, como se estivesse num sonho ou distanciado do próprio corpo (MESTIERI, MENEGUETTE e MENEGUETTE, 2005).

3. ESTADO PUERPERAL: MITO OU REALIDADE?

A doutrina penalista brasileira tem uma certa dificuldade em conceituar o estado puerperal, sendo que alguns doutrinadores apenas repetem o que já foi escrito em outros compêndios, porém, alguns se arriscam na definição deste termo tão polêmico.

Rogério Greco (2022), por exemplo, apenas afirma que durante o estado puerperal, a parturiente sofre abalos de natureza psicológica que a influenciam a causar a morte do próprio filho. Contudo, o autor não explica quais seriam estes “abalos psicológicos”.

Para Paulo José da Costa Junior e Fernando José da Costa (2012, p. 116), no estado puerperal, “a mulher, abalada pela dor obstétrica, fatigada, sacudida pela emoção, sofre um colapso do senso moral, uma liberação de instintos perversos, vindo a matar o próprio filho”. Assim, os autores, subliminarmente, afirmam que a mulher, influenciada pelo estado puerperal, não detém o chamado instinto materno e, portanto, mata seu filho recém-nascido por maldade.

Já Fernando Capez aduz que:

Trata-se o estado puerperal de perturbações, que acometem as mulheres, de ordem física e psicológica decorrentes do parto. Ocorre, por vezes, que a ação física deste pode vir a acarretar transtornos de ordem mental na mulher, produzindo sentimentos de angústia, ódio, desespero, vindo ela a eliminar a vida de seu próprio filho (CAPEZ, 2020, p. 113).

Ou seja, para o autor, o esforço físico e as dores sentidas pela mulher durante o parto poderiam nela desenvolver um transtorno mental capaz de levá-la a matar seu filho recém-nascido.

Dissertando sobre o tema, Cléber Masson (2010, p. 63) afirma que o estado puerperal “é o conjunto de alterações físicas e psíquicas que acometem a mulher em decorrência das circunstâncias relacionadas ao parto, tais como convulsões e emoções provocadas pelo choque corporal, as quais afetam a saúde mental”. Para Victor Eduardo Rios Gonçalves (2011, p. 144), o estado puerperal “é o conjunto de alterações físicas e psíquicas que ocorrem no organismo da mulher em razão do fenômeno parto”. Inclusive, para o mesmo autor, toda mulher que se encontra em trabalho de parto obrigatoriamente se encontra em estado puerperal. Porém, o tipo penal exige a configuração do infanticídio, que a mãe mate sob a influência do puerpério, ou seja, que as alterações ocorridas em seu organismo tenham a levado a rejeitar o seu filho (GONÇALVES, 2011).

Ocorre que, diante da narrativa do autor, percebe-se a confusão entre estado puerperal e puerpério, sendo que a lei penal efetivamente considera aquele e não este como elemento do tipo penal infanticídio, até porque o puerpério é inerente a qualquer mulher que venha a parir, já o estado puerperal, não, pois geralmente a mulher que pare sente afeto e não rejeição pelo seu filho. Ou seja, a regra é a afeição e não a rejeição a ponto de matar o recém-nascido.

Sobre o estado puerperal, o Tribunal de Justiça de São Paulo já se manifestou da seguinte forma: “a influência do estado puerperal é efeito normal e corriqueiro de qualquer parto e, dada a sua grande frequência, a influência deve ser admitida sem maior dificuldade (TJSP, RT 417/111).

Para Guilherme de Souza Nucci (2021), o estado puerperal abrange um número reduzido de puérperas, porém o autor o confunde com a psicose puerperal, tendo em vista que a mãe passa por momento de perturbação, com a presença de alucinações, delírios, podendo causar dano a si mesma e à criança.

Finalmente para Mestieri, Meneguette e Meneguette (2005, p. 07) o 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”. Assim, os autores afirmam que a infanticida é mentalmente sã quando pratica a agressão contra o filho neonato, contudo mencionam a expressão “liberação de instintos”, como se a mulher que mata nesta ocasião perdesse a racionalidade e atuasse como um animal.

No entanto, os mesmo autores afirmam que, analisando características epidemiológicas e clínicas, o estado puerperal oriundo do CPB configura uma espécie de Transtorno de Estresse Agudo (TEA), que fora tratado no DSM-IV, e assim a perícia médico-legal disporia de elementos para a comprovação material do estado puerperal. Porém, a curta duração dos sintomas, o caráter transitório do transtorno e a ausência de distúrbio mental prévio fazem com que o diagnóstico se torne de difícil constatação, tendo em vista que muitas vezes, durante a realização da perícia, os sintomas já desapareceram e assim, ao analisar a puérpera, nem sempre os peritos terão elementos suficientes para constatar a existência do estado puerperal no momento em que a mulher cometeu o infanticídio (MESTIERI, MENEGUETTE e MENEGUETTE, 2005). Ou seja, por mais que o chamado estado puerperal tenha características similares com o TEA, na prática é bastante difícil constatá-lo, tendo em vista que os seus sintomas desaparecem rapidamente, e como o infanticídio, geralmente, não é descoberto no mesmo momento em que a conduta é praticada, então se torna difícil averiguar se a mulher matou o neonato influenciada ou não pelo estado puerperal.

Já França (2022) discorda sobre o estado puerperal configurar uma espécie de TEA, tendo em vista que aquele é de curtíssima duração, não há a presença de transtornos mentais e emocionais prévios e a infanticida tem plena consciência dos atos praticados.

Desta forma, analisando os conceitos doutrinários, é possível afirmar que, além de não definirem com precisão no que realmente consiste o estado puerperal, todos eles levam em consideração somente as perturbações físicas e mentais que ocorrem na parturiente no momento do parto, desconsiderando o sujeito mulher, bem como todas as intercorrências que podem ter ocorrido durante a gestação, sejam elas do ponto de vista físico, psicológico, moral, econômico, etc.

Portanto, analisando o estado puerperal conforme é tratado pela doutrina desde 1940, com o advento do Código Penal que ainda continua em vigor, torna-se de difícil constatação a

ocorrência do infanticídio como uma espécie de homicídio privilegiado, tipificado no art. 123, que tem por finalidade aplicar à infanticida uma menor pena.

4. CRÍTICAS AO ESTADO PUERPERAL

Inicialmente, é importante frisar que o estado puerperal não se confunde com o puerpério, pois enquanto aquele não possui um limite de duração definido, o puerpério, que representa o espaço de tempo entre a expulsão da placenta e o retorno ao estado anterior à gravidez, tem duração de 8 dias a 8 semanas. Outro ponto é que o estado puerperal não possui descrição nos manuais médicos, nem fornece elementos psicofísicos objetivos e seguros para serem analisados durante uma perícia psiquiátrica e psicológica (TRINDADE, 2015).

Para Genival Veloso de França,

O estado puerperal, expressão ambígua e entidade contestada pelos médicos, tem merecido, através de todo esse tempo, severas críticas, sendo, inclusive, considerado por alguns uma simples ficção jurídica no sentido de justificar a benignidade do tratamento penal, quando a causa principal seria a pressão social exercida sobre a mulher cuja gravidez compromete a sua imagem (...). Na verdade, não há nenhum elemento psicofísico capaz de fornecer à perícia elementos consistentes e seguros para se afirmar que uma mulher matou seu próprio filho durante ou logo após o parto motivada por uma alteração chamada “estado puerperal”, tão somente porque tal distúrbio não existe como patologia própria nos tratados médicos (FRANÇA, 2022, p. 358).

Assim, para o mesmo autor, o estado puerperal é algo fantasioso até porque não possui um limite de duração definido, sendo que o CPB afirma que o crime deve ser cometido durante o parto ou logo após, dando uma ideia de imediatidade, configurando um estado ultratransitório. Ou seja, se a mulher pare uma criança, dá-lhe algum tratamento e depois a mata, tal situação não se encaixa no infanticídio, mas sim em homicídio. Contudo, se ela, efetivamente, mata a criança durante o parto ou logo após, pode receber a benesse penal, algo que pode favorecer àquelas mulheres que mataram seus filhos por vingança ou outro motivo egoístico (FRANÇA, 2022).

Ademais, o estado puerperal também não pode ser confundido com o *blues* pós-parto, pois este acomete cerca de 50 a 85% das parturientes, sendo considerado um estado “normal” que desaparece espontaneamente em até 2 semanas após o parto, não deixando sequelas. Ou seja, caso o estado puerperal fosse sinônimo de *blues* pós-parto, haveria um grande risco de casos de infanticídio, tendo em vista que grande parte das parturientes passa pela disforia.

Da mesma forma, o estado puerperal também não pode ser confundido com a depressão pós-parto, pois esta passa a ocorrer a partir da 4ª semana após o parto e o estado puerperal, segundo determina o art. 123 do CP, ocorre durante ou logo após o parto. Assim, se a puérpera, diante de um grave quadro de depressão pós-parto, vem a matar seu filho recém-nascido ou não, a situação se encaixará como homicídio e não como infanticídio, tendo em vista a inexistência do lapso temporal que é exigido pelo CPB à configuração da elementar estado puerperal.

Finalmente, caso a parturiente desenvolva a psicose puerperal, cujos sintomas começam a se manifestar a partir de 48 horas após o parto, e tenha a ideiação de matar seu filho recém-nascido, também não se enquadrará no tipo penal infanticídio, caso venha a matar o neonato, pois o estado puerperal pressupõe que a parturiente esteja num estado confusional no momento do parto ou logo após, mas isso não é capaz de lhe retirar completamente sua capacidade de discernimento e autodeterminação, como ocorre com a psicose puerperal.

Em outras palavras, no estado puerperal, o “transtorno” que acomete a parturiente é transitório, diferentemente do que ocorre com a psicose puerperal, que além de tornar a parturiente completamente incapaz de discernir e se autodeterminar, constitui um transtorno mental não transitório, devendo ser considerada uma doença mental bastante grave, sendo capaz de causar intensos prejuízos nos estados cognitivos e volitivos da puérpera enferma, atestando a sua inimputabilidade penal (TRINDADE, 2015), de acordo com o caput do art. 26 do Código Penal brasileiro, demonstrando que a puérpera necessita de uma medida de segurança, com a finalidade de tratamento, e não de uma punição representada pela pena privativa de liberdade.

Portanto, o que ocorre no infanticídio, é algo bastante diverso do que fora constatado nos transtornos relacionados ao puerpério. Aquele geralmente ocorre numa gravidez ilegítima, mantida em sigilo, com a finalidade de manter a dignidade da mulher perante a família, parentes e a sociedade. Assim, a gestante pensa a todo momento em como se livrar do produto da concepção que é resultado de uma relação clandestina. Ademais, é preciso destacar que a parturiente não possui antecedentes psicopáticos, porém o crime é premeditado, tendo ela, inclusive, todo o cuidado em dissimular/esconder o parto, ocultar o cadáver da criança e assumir uma atitude incapaz de provocar suspeitas (FRANÇA, 2022). E complementa França afirmando que “tudo isso com frieza de cálculo, ausência de emoção e, às vezes, requintes de crueldade” (FRANÇA, 2022, p. 359). Desta forma, o estado puerperal jamais é constatado em partos assistidos, desejados e aceitos, mas sempre naqueles em que a gravidez se desenvolveu de forma indesejada e clandestina (FRANÇA, 2022).

Interessante ressaltar o anteprojeto do novo Código Penal que atualmente está em discussão no Senado Federal, e dá ao infanticídio uma nova definição: Art. 124: “matar o próprio filho durante o parto ou logo após, sob a influência perturbadora deste” (BRASIL, 2012). Com a nova redação dada ao tipo penal, percebe-se a intenção do legislador em eliminar a expressão “influência do estado puerperal”, que tanto é alvo de dúvidas e críticas. No projeto ainda consta que o terceiro que de algum modo concorrer para o infanticídio, deverá responder por homicídio e não por infanticídio, contrariando o que determina o art. 30 do CPB, tendo em vista que o delito de infanticídio é composto por várias elementares que deveriam se comunicar a coautores e partícipes, caso eles tivessem conhecimento da circunstância de natureza subjetiva.

Segundo França, apesar de a redação dada pelo anteprojeto não ser satisfatória, ao menos teve a coragem de desconsiderar o estado puerperal, algo que nunca foi definido sob a ótica médica. Ademais, o crime de infanticídio afasta-se do conceito psicossocial da *honoris causa* (ocultar a desonra própria), tratada como uma espécie de atenuante penal e aproxima-se da influência do estado biopsíquico. (FRANÇA, 2022).

5. MODIFICAÇÕES PROPOSTAS AO DELITO DE INFANTICÍDIO

Antes de versar efetivamente sobre as modificações que podem ser feitas no delito de infanticídio, é interessante trazer à baila um caso do delito ocorrido na província de Salta, Argentina, no ano 2000, em que figurou como autora E.A., contando na época da entrevista, realizada no ano de 2018, com 50 anos de idade⁵.

E.A. desde cedo teve uma vida sofrida. Com 11 anos de idade, foi enviada de Salta pelos seus pais, para trabalhar numa casa de família em Buenos Aires. Aos 18 anos passou a conviver com um rapaz e com ele teve quatro filhos. Dez anos após o início da convivência, passou a ser vítima de violência doméstica, em que seu companheiro lhe agredida física e psicologicamente, de modo que em uma das agressões, E.A. ficou tão machucada que precisou permanecer internada por vários dias num hospital público. Contudo, após recuperar-se, acabou voltando a

⁵ Tal entrevista fez parte da tese de doutorado “*Mujeres homicidas: la violencia del homicidio como respuesta a la violencia que victimiza*”, submetida à Universidade de Buenos Aires – Argentina. A entrevista foi autorizada pela universidade e pela Unidade Carcerária nº 04, localizada na cidade de Salta, onde se encontrava cumprindo pena a entrevistada. No ato, esta também assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, permitindo a entrevista e sua divulgação para fins acadêmicos. Para assegurar o anonimato da entrevistada, seu nome foi ocultado, deixando apenas as iniciais.

conviver com o agressor em razão dos seus filhos, que ainda eram crianças e também em virtude da dependência financeira, já que ela não trabalhava e não tinha como prover sua subsistência e a dos seus filhos.

No ano 2000, quando ela contava com 32 anos de idade, recebeu uma proposta para trabalhar em Salta, sua cidade natal. Resolveu aceitá-la, pois seus filhos já estavam maiores e poderia ajudar nas despesas da casa. Assim, ela passava a semana trabalhando numa lanchonete, em Salta, e nos finais de semana, retornava a Buenos Aires, ou então, seu companheiro e filhos iriam ao seu encontro.

Ocorre que trabalhando na lanchonete, E.A. conheceu um rapaz que frequentava o local e se encantou por ele, já que este a tratava muito bem, ao contrário do seu companheiro que sempre a tratava com rispidez. E assim, acabou se envolvendo amorosamente com aquele.

Acontece que deste relacionamento passageiro, E.A. acabou engravidando, porém descobriu que estava grávida somente após 3 meses de gestação, quando precisou ir ao médico para uma consulta de rotina.

Segundo ela, a partir daí começou o seu calvário, pois seu companheiro sempre lhe dizia que se ela engravidasse de outro, ele a mataria. Inclusive, ela sabia que ele realmente faria isso, pois se teve a capacidade de violentá-la a ponto de deixá-la acamada num hospital por vários dias, poderia fazer o pior caso descobrisse da sua infidelidade. Então E.A. tentou abortar o feto, porém sem sucesso. E a partir daí, passou a esconder a gravidez, principalmente na presença do seu companheiro e filhos. Porém, para si mesma, ela negava a gravidez e sequer notou sua barriga crescer ou qualquer movimentação do feto em seu ventre.

Ocorre que, quando já estava grávida do 9º mês, seu companheiro e um dos seus filhos foram a Salta com ela passar a semana. Um dia à noite, eles saíram de casa e E.A. permaneceu sozinha, sendo que partir daí começou a sentir contrações e dores. Sentindo que iria parir, forrou o piso com jornais e assim a criança nasceu. E.A. afirma que cortou um cordão umbilical com uma faca de serra, porém, sua mão escorregou e ela acabou matando a criança. Contudo, em sua entrevista, afirma que não recorda de muita coisa desse momento.

Posteriormente, vendo que a criança estava morta, colocou o cadáver numa bolsa plástica e o jogou num terreno baldio próximo de sua casa. No entanto, poucos dias depois, o cadáver foi descoberto por pessoas que frequentaram o lugar, e após uma investigação realizada pela polícia local, E.A. foi presa em virtude do assassinato do seu filho recém-nascido.

Em sede de denúncia do Ministério Público, este afirmou que E.A. havia degolado a criança com uma faca de serra, de modo que praticamente separou a cabeça do tronco. Assim,

E.A. foi processada pelo crime de homicídio qualificado⁶, sendo condenada à prisão perpétua pelo assassinato do seu filho recém-nascido.

Interessante mencionar que na sentença deste caso, o juiz proferiu a sentença de forma completamente parcial, pois o magistrado chamou a condenada de mulher perversa e que ela mantinha com o companheiro uma relação sadomasoquista. Ou seja, que E.A. sentia prazer sexual ao ser agredida, violentada por ele. Ademais, ao matar o recém-nascido, E.A. demonstrou não ser uma boa mãe e não ter instinto materno, algo que justificava a reprimenda penal, ou seja: prisão perpétua e a perda do poder familiar sobre os seus outros filhos menores, ainda que o crime não tivesse sido cometido contra eles.

Desta forma, analisando o caso narrado, é perceptível que a mulher que mata o seu próprio filho recém-nascido não teria o chamado “instinto materno” e por isso seria considerada uma mulher “anormal”. Mas no que consiste este instinto materno tão defendido socialmente?

Segundo Raquel Soihet, mencionando a visão feminina no positivismo:

O instinto materno é dado como o instinto egoísta que prende a mãe ao ser que ela produziu e forma na mulher o principal estímulo do amor conjugal. O amor materno resultaria da combinação do instinto materno com o altruísmo e, especialmente, com a bondade, o mais eminente dos pendores altruístas (SOIHET, 1989, p.111).

Assim, o ideal de mulher é aquele em que ela esteja ligada primordialmente à família e à maternidade, sendo tal ideal considerado o modelo de femineidade. Diferentes dela, as outras mulheres, que não se dedicam a gerar filhos no interior de uma família, aparecem como a desordem (SOIHET, 1989). E caso uma mulher venha a matar o próprio filho recém-nascido, é considerada um monstro.

Versando sobre o amor materno, Maldonado (1995) afirma que ele não consiste num instinto, mas num sentimento que, assim como qualquer outro, está sujeito a imperfeições, oscilações, modificações, podendo manifestar-se com um só filho ou com todos. Ou seja, o amor materno não é instintivo, pois o instinto é parte do comportamento humano, mas que não deriva do aprendizado, e, parafraseando Simone de Beauvoir, a mulher não nasce mãe, torna-se mãe, sendo que muitas vezes ela somente se dá conta disso quando, efetivamente, está na presença do filho recém-nascido.

⁶ Na Argentina, não há o delito de infanticídio desde o ano de 1994, após reforma no Código Penal Argentino. Assim, E.A. foi condenada por homicídio qualificado, à pena de prisão perpétua, com possibilidade de liberdade condicional após 25 anos de cumprimento de pena.

Porém, é necessário afirmar que o instinto materno consiste num dogma socialmente construído, baseado em crenças deterministas de que todo ser do sexo feminino obrigatoriamente deseja e deve ser mãe. Isto é, que a mulher já nasce com uma potencialidade em ser mãe, olvidando-se que aquela, durante a sua vida, tem o livre arbítrio, o poder de escolher se quer ou não ser mãe e em que momento a maternidade pode ocorrer em sua vida.

Contudo, é preciso asseverar que durante a gravidez, o parto e o pós-parto, a mulher passa por intensas transformações, sejam de ordem fisiológica, psicológica, social e familiar, que representam uma das fases mais suscetíveis e vulneráveis a crises psíquicas, configurando um momento de grande importância na sua vida, na do pai da criança e na vida do bebê (ARRAIS, CABRAL e MARTINS, 2012), sendo necessário que haja um acompanhamento multidisciplinar da gestante, abrangendo cuidados médico-hospitalares, representado pelo pré-natal biomédico, bem como no campo psicológico, sendo este último o chamado pré-natal psicológico, que consiste numa técnica de intervenção em que são realizados encontros grupais com as gestantes, bem como com seus parceiros e outros familiares, permitindo a partilha de acontecimentos que ocorrem durante a gestação, abordando problemáticas que são comuns entre as gestantes e sua rede de apoio, possibilitando um espaço de diálogo e reciprocidade entre os participantes (FIGUEIREDO *et al*, 2022). Assim, trata-se de um modelo de intervenção que busca a prevenção de transtornos, consistindo em propiciar um suporte emocional, informacional e instrucional através do atendimento socioeducativo com grupos de gestantes e seus familiares durante o ciclo gravídico-puerperal (BENINCASA *et al*, 2019).

No entanto, o pré-natal psicológico não se restringe ao atendimento de gestantes e casais que estejam passando por crises emocionais, mas a todos aqueles que tenham interesse em compreender e aprimorar essa nova identidade familiar, tendo em vista que a construção do vínculo entre mãe-bebê-pai demanda tempo e colaboração (ARRAIS, CABRAL e MARTINS, 2012).

Ressalte-se que o pré-natal psicológico é um instrumento de baixo custo, podendo ser implementado em instituições públicas e privadas, em um consultório psicológico ou médico. E além da finalidade de prevenção de transtornos que podem decorrer do puerpério, o pré-natal psicológico também pode atuar como um instrumento de desconstrução de temas importantes que perpassam pela maternidade, tais como, sua idealização, o processo de amamentação e de cuidados com a criança (FIGUEIREDO *et al*, 2022).

Deste modo, segundo Benincasa *et al*, (2019, p. 247), o programa de pré-natal psicológico tem caráter emancipatório, “tendo em vista que à medida em que as gestantes

tomam consciência de suas capacidades e potenciais, encontram formas adequadas de lidar com as adversidades que envolvem a experiência da maternidade”.

Sem embargo, o pré-natal psicológico ainda é pouco difundido (ARRAIS, CABRAL e MARTINS, 2012; (FIGUEIREDO *et al*, 2022), e deveria ser implementado em outras regiões brasileiras, posto que somente foram encontrados relatos de implantação do programa no Distrito Federal e em São Paulo. Ou seja, tal projeto deveria ser uma política pública integrante tanto do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), quanto do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a fim de buscar prevenir ou amenizar os efeitos dos transtornos mentais em gestantes e parturientes, evitando que tais transtornos venham a se intensificar após o parto, algo que pode fazer com que a parturiente venha a atentar contra a vida do seu filho.

A questão é que no caso das infanticidas, geralmente são mulheres que ocultam a gestação, não procuram o apoio médico-hospitalar, já realizaram práticas abortivas, porém sem sucesso e que, em tese, não sofrem de transtornos relacionados à gestação. Ou seja, o infanticídio é um delito social, pois está relacionado a questões como o abandono do companheiro, à miserabilidade, à violência doméstica, de modo que a gestante ingressa num estado de negação, de não aceitação daquele ser que se desenvolve em seu ventre. Ela busca “simplesmente” apagar da sua mente tanto a gravidez, quanto o parto a partir do momento em que literalmente se “livra” do filho neonato.

Por exemplo, no caso de E.A., além do filho que ela matou, possuía mais 4 filhos, sendo que contra estes, sempre os tratou com carinho e dedicação. Posteriormente ao crime, quando já estava cumprindo pena, E.A. manteve um relacionamento amoroso com outro preso e dele engravidou, desenvolvendo um grande carinho e cuidado pela criança. Portanto, no infanticídio, a morte do recém-nascido pode ser interpretada como uma fuga de uma situação que faz com que a parturiente se sinta sem outra saída e realmente ela não vê a criança como um ser humano, mas como um mero produto de suas entranhas que deve ser por ela extirpado de uma vez por todas.

Daí que se propõem alterações no Código Penal, substituindo a expressão “estado puerperal”, que é de natureza dúbia e de difícil conceituação, pelas circunstâncias sociopsicológicas que acometem a gestante durante a gravidez e que irão reverberar durante o parto ou logo após. Desta forma, no infanticídio, o estado psicológico da gestante não deve ser analisado somente durante o parto ou logo após, como uma espécie de “mania que dá e passa”, mas de forma retroativa, buscando-se compreender que a mulher, que mata o nascente ou o

recém-nascido, não decidiu que mataria o infante rapidamente em decorrência de um estado que sequer pode ser definido, mas que pelo contrário, ela não se reconhece gestante, não aceita o produto que dela emerge e que ela somente quer retornar ao estado pré-gravídico, já que tal criança, para ela, é considerada uma coisa completamente indesejada.

Desta forma, diante da alteração legal, o magistrado poderia requerer a análise do histórico sociopsicológico da parturiente para melhor fixar a pena, de modo que a resposta penal para o crime de infanticídio deve buscar uma maior compreensão desta mulher que mata o filho nascente ou neonato, buscando aplicar-lhe não uma pena, mas um tratamento psicológico em que possa compreender o desvalor da sua conduta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme analisado anteriormente, o estado puerperal não se confunde com nenhuma das síndromes ou transtornos que a gestante pode desenvolver em decorrência do parto, e da mesma forma, não pode ser confundido com o puerpério. Este é algo que ocorre com qualquer parturiente após dar a luz à criança e efetivamente o puerpério, por si só, não leva a mulher a matar o seu próprio filho nascente ou neonato.

Assim, o estado puerperal seria uma espécie de anomalia mental que recairia sobre a parturiente, logo após o parto, levando-a a matar a criança. Ocorre que após a conduta criminosa, a mulher retorna ao seu estado normal, como se nada tivesse ocorrido. Ou seja, ela simplesmente se livra de um ser indesejado, sem que isso lhe traga qualquer complicação de ordem mental.

Portanto, o estado puerperal consiste numa ficção criada pelo Direito Penal brasileiro para justificar o infanticídio e sua menor pena, contudo, nenhum doutrinador penalista consegue compreender no que consiste tal situação. O melhor seria analisar o infanticídio sob o ponto de vista social, levando em consideração não somente o momento em que a parturiente comete o crime, mas sim toda a realidade social na qual a mulher estar inserida e toda a problemática que pode afligi-la durante a gestação. Diante disto, o infanticídio deve ser considerado um delito social, considerando os traumas psicológicos sofridos pela mulher durante toda a gestação e não o atrelando a um estado psíquico supostamente transitório que não tem validação científica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Natália Maria de Castro; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, 36 (4), p. 847-863, out/dez, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6GpwkXtZv48W83M5cjCddrj/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 de janeiro de 2023.

ARRAIS, Alessandra da Rocha; CABRAL, Daniela Silva Rodrigues; MARTINS, Maria Helena de Faria. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. **Encontro: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, 15(22), p. 53-76, jan/jul, 2012. Disponível em: <https://seer.pgskroton.com/renc/article/view/2480> Acesso em: 26 de fevereiro de 2023.

AZEVEDO, Eduardo Brandão *et al.* Período Puerperal e Atuação do Enfermeiro: uma Revisão Integrativa. **Revista Ensaios e Ciências**, 22 (3), p.

157-165, 2018. Disponível em: <https://ensaioseciencia.pgskroton.com.br/article/view/4712> Acesso em: 17 de janeiro de 2023.

BENINCASA, Miria *et al.* O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH)**, Rio de Janeiro, 22 (1), p. 238-257, janeiro/junho, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100013 Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

BITENCOURT, César Roberto. **Tratado de Direito Penal**. Vol. 2. 20ª ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm Acesso em: 10 de janeiro de 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado nº 236, de 2012. Anteprojeto do Código Penal**. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=3515262&ts=1674178155954&disposition=inline> Acesso em: 29 de janeiro de 2023.

CAMACHO, Renata Sciorilli *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry**, 33(2), p. 92-102, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/thPtpV468Ff9sQSqd7VcxRt/> Acesso em: 20 de janeiro de 2023.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal, volume 2: parte especial: dos crimes contra a pessoa a dos crimes contra o sentimento religioso e contra o respeito aos mortos (art. 121 a 212)**. 20ª ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

COSTA JUNIOR, Paulo José; COSTA, Fernando José da. **Curso de Direito Penal**. 12ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

DE FRANÇA, Lara Maia Veloso. Infanticídio sob o efeito do estado puerperal: verdade ou mito? **Revista Derecho y Cambio Social**, p. 01-19, outubro, 2021. Disponível em: https://www.derechocambiosocial.com/anexos/MISCELANEA/2021/El_infanticidio_bajo_los_efectos_del_estado_puerperal.pdf. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

FIGUEIREDO, Letícia Marlene dos Santos *et al.* Pré-natal psicológico como uma possibilidade de cuidado integral à saúde materna: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Psicologia Saúde em Debate**, 8 (1), p. 01-13, janeiro, 2022. Disponível em: <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/798> Acesso em: 03 de março de 2023.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2022.

GONÇALVES, Victor Eduardo Rios. **Direito Penal Esquemático – parte especial**. São Paulo: Saraiva, 2011.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal. Vol. 2: parte especial: arts. 121 a 212 do Código Penal**. 19ª ed. Barueri: Atlas, 2022.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal. Vol. 1: parte geral: arts. 1º ao 120 do Código Penal**. 25ª ed. Barueri: Atlas, 2023.

HILDEBRANDT, Fernanda Martins Pereira. **Depressão pós-parto: aspectos epidemiológicos e tratamento cognitivo-comportamental**. Rio de Janeiro, 2013, 148f. Orientador: Bernard Pimentel Rangé. Tese (doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2013. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/30/teses/807952.pdf> Acesso em: 20 de janeiro de 2023.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez**. 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

MASSON, Cleber Rogério. **Direito penal esquematizado: parte especial**. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

MESTIERI, Luiz Henrique Mazzonetto; MENEGUETTE, Renata Ipólito; MENEGUETTE, Cícero. Estado Puerperal. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas**, Sorocaba, 7(1), p. 05-10, 2005. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/359> Acesso em: 18 de janeiro de 2023.

MOREIRA, Ana Flávia Gonçalves; RIBEIRO, Marcus Vinícius Paixão. A (in) existência do estado puerperal de acordo com a medicina forense. **Revista Unifenas**, Belo Horizonte, 4(1), p. 109-119, 2017. Disponível em: <https://revistas.unifenas.br/index.php/BIC/article/view/177/115> Acesso em: 19 de janeiro de 2023.

NORONHA, Edgard Magalhães. **Direito Penal**. Vol. 3, 27ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual de Direito Penal**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro: volume único**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021.

RAUBER, Fernanda et al. Abortamento de repetição: diagnóstico, investigação e manejo inicial. **Acta Médica – Ligas Acadêmicas**, 39 (1), p. 336-344, 2018. Disponível em: <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/acesolivre/periodicos/acta-medica/assets/edicoes/2018-1/arquivos/pdf/28.pdf> Acesso em: 18 de janeiro de 2023.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; PICCOLOTO, Neri Maurício; MÜLLER, Marisa Campio. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Revista Psico-USF**, 10(1), p. 61-68, jan/jun, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/6HnH84JM9TGFPRG7hhhwwnD/abstract/?lang=pt> Acesso em: 15 de janeiro de 2023.

TANNO, Ana Paula; MARCONDES, Fernanda Klein. Estresse, ciclo reprodutivo e sensibilidade cardíaca às catecolaminas. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, 38(3), p. 273-289, jul/set, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcf/a/vW6tZYcpz3rrDGs6xwS5cfB/?lang=pt> Acesso em: 13 de janeiro de 2023.

TESS, V. L. C.; DIAS, R. S. Interconsulta em Ginecologia e Obstetrícia: Transtornos Psiquiátricos na Gestação e no Puerpério. In: MIGUEL, E. C. et al. **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2011.

TRINDADE, Jorge. **Manual de Psicologia Jurídica para operadores do Direito**. 7ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.

Recebido – 18/04/2023
Aprovado – 18/08/2023