



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

# **Mães que matam: As psicopatologias pré e pós-parto e a sua reflexão no crime de infanticídio**

Mariana Castanheiro Baluarte

Orientação: Professor Doutor Henrique Salinas

Dissertação de Mestrado Forense

Faculdade de Direito | Escola de Lisboa

Maio de 2024

## **Agradecimentos**

Aos meus avós, pela educação e valores.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio incondicional.

A todos os entrevistados, pela disponibilidade para a partilha de conhecimentos,  
essenciais para as conclusões alcançadas.

Ao meu orientador, o meu obrigada.

## RESUMO

Da análise dos contributos fornecidos pelos profissionais entrevistados, a par do estudo das psicopatologias passíveis de surgimento no período gravídico-puerperal, concluímos que qualquer quadro clínico decorre de uma evolução gradual, que tem muitas vezes origem na gravidez. Como tal, examinámos todas as perturbações psíquicas características da gestação, parto e pós-parto, concluindo que a redação legal do artigo 136º do Código Penal abrange apenas aquelas que provocam uma diminuição da capacidade de entendimento e autocontrolo da mãe infanticida.

Em todo o caso, este tipo legal tem caído em desuso, uma vez que a jurisprudência portuguesa tende a condenar as arguidas por homicídio simples ou até qualificado, dispensando a realização de perícias psíquicas para averiguação da existência de uma ‘influência perturbadora do parto’. Da mesma forma, consideramos que, havendo dúvidas fundadas sobre a existência desta influência perturbadora, os tribunais têm optado pela não aplicação do princípio *in dubio pro reo*, condenando estas mulheres pelo artigo 132º ou 133º do Código Penal.

Toda a dinâmica à volta do tema do infanticídio demonstra uma tendência para a submissão às prenoções que consideram que qualquer mulher tem uma predisposição natural para a maternidade, sendo direcionada à mãe infanticida uma censura extrema por não conseguirem cumprir os seus deveres sociais. Os tribunais valoram mais o impacto que o crime tem na opinião pública do que as necessidades de prevenção especial da pena.

Palavras-chave: infanticídio; imputabilidade; psicopatologia; perícia.

## ABSTRACT

By analyzing the contributions made by the professionals interviewed, as well as studying the psychopathologies that can arise in the pregnancy-puerperium period, we concluded that any clinical condition is the result of a gradual evolution, which often has its origins in pregnancy. As such, we examined all the psychic disorders that are typical of pregnancy, childbirth and the postpartum period, concluding that the legal wording of Article 136 of the Penal Code only covers those that cause a decrease in the infanticidal mother's capacity for understanding and self-control.

In any case, this legal type has fallen into disuse, since the Portuguese jurisprudence tends to condemn the defendants for simple homicide or even qualified homicide, dispensing with the need to carry out psychiatric examinations to ascertain the existence of a 'disturbing influence of labour'. Similarly, we believe that if there are reasonable doubts about the existence of this disruptive influence, the courts have opted not to apply the principle of *in dubio pro reo*, convicting these women under Article 132 or 133 of the Penal Code.

All the dynamics surrounding the issue of infanticide show a tendency to submit to prenotions that consider any woman to have a natural predisposition to motherhood, with extreme criticism being directed at the infanticidal mother for failing to fulfil her social duties. The courts value the impact that the crime has on public opinion more than the specific needs of the penalty.

Keywords: infanticide; imputability; psychopathology; expertise.

## Índice

LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
1. Introdução.....	8
2. Elementos do crime de infanticídio.....	9
2.1. O privilegiamento.....	11
2.1.1. O critério temporal.....	11
2.1.2. O critério pessoal.....	14
3. A Cláusula de Desonra.....	17
4. A ‘influência perturbadora do parto’.....	17
4.1. Perturbações psiquiátricas na gravidez.....	17
4.1.1. As perturbações de ansiedade na gravidez.....	18
4.1.2. A depressão na gravidez.....	20
4.1.3. A negação psicótica da gravidez.....	21
4.1.4. A negação não psicótica da gravidez.....	22
4.1.5. O estado dissociativo.....	24
4.2. Perturbações psiquiátricas no pós-parto.....	25
4.2.1. <i>Blues</i> pós-parto e perturbações de ansiedade pós-parto.....	26
4.2.2. As perturbações de ansiedade.....	26
4.2.3. A perturbação obsessiva-compulsiva (POC).....	26
4.2.4. A depressão pós-parto (DPP).....	28
4.2.5. A perturbação de <i>stress</i> pós-traumático no pós-parto (PSPT).....	29
4.2.6. A psicose puerperal.....	30
4.3. A ‘influência perturbadora do parto’ – interpretação do conceito.....	32
5. A aplicação do crime de infanticídio na jurisprudência portuguesa.....	37
5.1. Contexto geral.....	37
5.2. As dificuldades na interpretação do critério da ‘influência perturbadora do parto’ .....	38
5.3. O problema da prova: a falta de perícia.....	43

5.4. O princípio <i>in dubio pro reo</i> .....	47
6. Considerações de género .....	49
7. Conclusões.....	53
ANEXOS.....	55
1. Informações sobre o consentimento informado.....	55
2. Transcrição da entrevista com o Perito do Instituto Nacional de Medicina Legal .....	55
3. Transcrição da entrevista com a Psicóloga Clínica do Estabelecimento Prisional de Tires .....	68
4. Transcrição da entrevista com a Doula.....	83
Bibliografia consultada:.....	94
Jurisprudência consultada:.....	100

## LISTA DE ABREVIATURAS

Art. – artigo

Ac. – acórdão

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

Cfr.- confira

DL – Decreto-Lei

DPP – depressão pós-parto

*et al.* – e outros

*Ibidem* – na mesma obra

INML – Instituto Nacional de Medicina Legal

*Op. Cit.* – obra citada

*p.* – página

*pp.* – páginas

*p.e.* – por exemplo

POC – perturbação obsessivo-compulsiva

PSPT – perturbação de stress pós-traumático

ss. – seguintes

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

TRL – Tribunal da Relação de Lisboa

TRP – Tribunal da Relação do Porto

v/ – ver

## 1. Introdução

O crime de infanticídio, regulado pelo art. 136º CP, fixa que “A mãe que matar o filho durante ou logo após o parto e estando ainda sob a sua influência perturbadora, é punida com pena de prisão de 1 a 5 anos”.

Ora, tendo por base a premissa de que a mãe infanticida se encontra num estado de imputabilidade diminuída, com fundamento na ‘influência perturbadora do parto’, visamos desvendar este conceito, tendo em conta as principais psicopatologias passíveis de desenvolvimento neste período.

No entanto, parece-nos redutora a ideia de que apenas o parto pode provocar estados depressivos e perturbações no foro psíquico da mulher, uma vez que, na maioria dos casos, a fase da gravidez é o gatilho para oscilações hormonais, que têm consequências no seu estado psicológico. Como tal, pretendemos discutir a interpretação que tem vindo a ser feita da letra da lei<sup>1</sup> na medida em que uma interpretação literal poderá exigir uma correlação exclusiva entre as perturbações psíquicas e o momento do parto, que fica aquém da realidade que se visa proteger.

Da mesma forma, a expressão ‘durante ou logo após o parto’ necessita de consolidação, pois não é possível delimitar rigorosamente o período em causa. É possível defender que se está no âmbito do tipo legal quando, passado um mês, a mulher mata o seu filho estando ainda sob o efeito da perturbação puerperal? Será que este conceito se refere ao momento da prática do facto? Ou ao momento da tomada de decisão de matar? Trataremos da análise dos elementos constitutivos do crime de infanticídio, pondo a tónica no estudo dos conceitos indeterminados estabelecidos pelo legislador.

Igualmente, cuidaremos do problema da prova no crime de infanticídio, examinando aquela que tem sido a prática dos tribunais portugueses quanto à requisição de perícias psíquicas para comprovação do estado mental da mãe no momento da prática dos factos. Pretendemos demonstrar que a ação dos tribunais tem ficado aquém das expectativas, corroborando com a ideia ainda enraizada no nosso país de que qualquer mulher que mate o filho não merece perdão.

---

<sup>1</sup> Sobre a evolução da letra da lei v/ COSTA, N. G. da. (1989). “Infanticídio privilegiado, contributo para o estudo dos crimes contra a vida no Código Penal”. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*, 30, p. 184.

De facto, a mulher foi vista, durante séculos, como a principal responsável pelo cuidado dos filhos e pela gestão do lar, uma visão reforçada por normas sociais que definem o ser mãe como um destino inevitável e desejável por qualquer mulher. Contudo, a realidade da maternidade pode ser complexa e cheia de desafios, frequentemente ignorados por estereótipos simplistas. Neste sentido, decidimos também dedicar um capítulo às considerações de género que acompanham a maternidade e ao impacto que estas têm nos casos de infanticídio.

Finalmente, tratando-se de um tema que interliga o Direito com a Psicologia, Psiquiatria e Obstetrícia, optámos pela realização de pequenas entrevistas com profissionais destas áreas, de modo a podermos obter um melhor panorama dos assuntos que propomos desenvolver. Neste sentido, nos anexos poder-se-á encontrar a transcrição das entrevistas realizadas com um perito do INML, com uma psicóloga do Estabelecimento Prisional de Tires e com uma doula que, desde 2009, acompanha mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto.

A metodologia utilizada baseou-se na pesquisa em diferentes fontes, nomeadamente bibliográfica, jurisprudencial e na *internet*, assim como pela análise do conteúdo das entrevistas acima mencionadas.

## **2. Elementos do crime de infanticídio**

O art. 136º CP – cuja redação atual resultou do Decreto-Lei (DL) nº 48/95, de 15 de março - declara que “A mãe que matar o filho durante ou logo após o parto e estando ainda sob a sua influência perturbadora é punida com pena de prisão de um a cinco anos”.

Este artigo estabelece um tipo privilegiado face ao art. 131º CP, pelo que, para que esteja preenchido o crime de infanticídio, a situação concreta terá de garantir não só “as circunstâncias especializantes de valor atenuante”<sup>2</sup>, presentes no art. 136º, como também os elementos constitutivos do crime de homicídio simples.

---

<sup>2</sup> Cfr. SANTOS, M. S., & LEAL-HENRIQUES, M. (2016). *Código Penal Anotado: Vol. III (arts. 131.o a 235.o)*. 4ª Edição. Rei dos Livros, p. 201.

Neste sentido, a tipificação do crime de infanticídio visa a proteção do bem jurídico ‘vida já formada’ do recém-nascido, baseando-se numa ideia de bem jurídico enquanto “(...) expressão de um interesse, da pessoa ou da comunidade, na manutenção ou integridade de um certo estado, objeto ou bem em si mesmo socialmente relevante e por isso juridicamente reconhecido como valioso”<sup>3</sup>. Consequentemente, estamos perante um crime de dano, por um lado, e de resultado, por outro, na medida em que a realização do tipo incriminador obriga a que se produza o resultado ‘morte’ do recém-nascido, exigindo-se, portanto, a lesão do bem jurídico em causa.

Quanto ao tipo objetivo, o crime de infanticídio tem exclusivamente como agente ativo a mãe, uma vez que apenas esta pode sentir os efeitos do parto - tratando-se, portanto, de um crime específico impróprio, dado que a tipificação do crime não tem como fundamento a ligação existente entre a mãe e o recém-nascido, mas sim a culpa diminuída da autora quando pratica o crime - e tem como objeto do crime os descendentes em primeiro grau<sup>4</sup>. Importa realçar que o crime de infanticídio é de execução livre pelo que “(...) ao tipo é indiferente a forma como o resultado é provocado”<sup>5</sup>, admitindo-se tanto o infanticídio por ação, como por omissão.

Por sua vez, quanto ao tipo subjetivo – e seguindo-se a doutrina de Jorge de Figueiredo Dias, segundo a qual se exige a aglomeração de um elemento intelectual, de um elemento volitivo e de um elemento emocional (autonomamente considerado) para a existência de dolo<sup>6</sup> -, o art. 136º CP estatui que a agente deverá, efetivamente, ter conhecimento das circunstâncias que preenchem o crime, dirigindo uma vontade para a prática do mesmo, ainda que as suas intenções estejam moldadas por uma perturbação decorrente do parto. Significa isto que o crime de infanticídio tem natureza dolosa, não obstante se baste com o dolo eventual, não englobando as situações de pura negligência, que deverão ser julgadas de forma independente pelo art. 137º CP.

---

<sup>3</sup> Cfr. DIAS, J. de F. (2019). *Direito Penal, Parte Geral: Tomo I, Questões Fundamentais - A doutrina geral do crime*. 3ª Edição. Gestlegal, p. 359.

<sup>4</sup> No caso das barrigas de aluguer, o objeto do crime será o resultado da gravidez e não os descendentes em primeiro grau. Neste sentido v/ . SANTOS & LEAL-HENRIQUES. (2016). *Op. Cit.*, p. 200.

<sup>5</sup> Cfr. DIAS, J. de F. (2019). *Op. Cit.*, p. 356.

<sup>6</sup> Cfr. DIAS, J. de F. (2019). *Op. Cit.*, p. 407.

## 2.1. O privilegiamento

### 2.1.1. O critério temporal

Como é conhecido pela generalidade da população, a gestação, além de representar um período de significativas transformações biológicas no corpo feminino, acarreta também alterações hormonais, que se refletem não apenas na fisiologia materna, mas também no estado emocional e psicológico da mulher.

Por sua vez, o momento do parto é um evento singular e complexo que marca o termo da gestação e o início da vida extrauterina para o recém-nascido. Este é frequentemente acompanhado de uma gama variada de sensações físicas e emocionais para a parturiente, que pode experienciar uma intensa dor física ou até uma grande dificuldade de percepção da realidade que está a viver.

Neste sentido, e como afirma Fernando Silva, “(...) em todas as situações ocorrerá necessariamente uma perturbação da mãe”<sup>7</sup>, uma vez que qualquer parturiente sentirá uma grande carga psicológica, experienciando momentos de grande ansiedade e preocupação. Não obstante, o art. 136º CP vem, compreensivelmente, salvaguardar apenas as situações em que tais perturbações tenham tamanha dimensão que diminuam o discernimento da parturiente, impedindo-a de ter uma percepção precisa dos eventos em curso. Trata-se de um privilegiamento com base num critério fisiológico.

Ora, tal privilegiamento baseia-se em duas circunstâncias especiais. Em primeiro lugar, é estabelecido um critério temporal – ‘durante ou logo após o parto’ -, que necessita densificação. Como afirmam Manuel Simas Santos e Manuel Leal-Henriques, “(...) o crime tem de ter sido consumado durante ou logo após o parto, reportando-se à criança que é morta enquanto decorre o parto (nascente) e à que é morta logo que acaba de nascer (neonata)”<sup>8</sup>.

Antes de mais, importa realçar que, em linha com o prescrito pelo art. 3º CP, devemos considerar que este critério temporal fixa uma exigência relativamente ao momento da prática do facto - só estaremos perante um crime de infanticídio se a mãe matar a sua criança durante ou logo após o parto -, não se tendo fixado uma exigência temporal

---

<sup>7</sup> Cfr. SILVA, F. (2011). *Direito Penal Especial, crimes contra as pessoas*. 3ª Edição (actualizada e aumentada). Quid Juris., pp. 136 e 137.

<sup>8</sup> Cfr. SANTOS, M. S., & LEAL-HENRIQUES, M. (2016). *Op. Cit.*, p. 202.

relativamente ao despoletar da patologia materna. Ou seja, existindo um cenário onde, p.e., a mãe desenvolveu uma negação não psicótica da gravidez, o facto de tal patologia se ter manifestado durante a gestação não exclui a aplicação do art. 136º, nem implica que tenha havido premeditação para a prática do crime que implique o seu afastamento. Como afirmam Jorge de Figueiredo Dias e Nuno Brandão, criando a mãe uma repulsa pelo filho durante a gravidez, em consequência de um transtorno psiquiátrico, “Se essa repulsa for actualizada ou potenciada pelo parto, como também não raro sucede (...), levando a mãe a matar o recém-nascido, não parece então haver razão para negar a aplicação do preceito”<sup>9</sup>.

Nesta ótica defendeu também o Perito do Instituto Nacional de Medicina Legal, afirmando que “(...) o agravamento do quadro clínico até uma situação aguda é um quadro progressivo (...)”<sup>10</sup>, que, durante a gravidez, pode não incluir a ideia nominativa de matar, mas cuja pode ser despoletada face à confrontação com a evidência física de que o parto ocorreu. No mesmo sentido, a Psicóloga do Estabelecimento Prisional de Tires compara a situação a um copo que recebe as gotas de uma torneira que não fecha bem: não se pode considerar que o copo transbordou em resultado único e exclusivo da última gota que caiu, quando o copo estava já cheio de várias outras gotas.

Tendo isto assente, partiremos para a definição dos conceitos indeterminados em causa. Ora, como dissemos anteriormente, o bem jurídico a proteger pelo art. 136º será a ‘vida humana já formada’, perspectivando-se que esta existirá desde o momento em que começa o parto. Pois bem, segundo Nuno Gonçalves da Costa, o parto iniciar-se-á com o começo das contrações, que precedem à dilatação do colo do útero; ou, no caso de nascimento por cesariana, com o momento do início da intervenção cirúrgica<sup>11</sup>. Da mesma forma, Maria da Conceição Ferreira da Cunha considera que “a opção do nosso legislador foi no sentido de distinguir o grau de proteção penal, concedendo uma proteção mais abrangente e mais intensa à vida de pessoa já nascida - mas também a quem se encontra em ‘processo de nascimento’, considerando que este é marcado pelo (...) início das

---

<sup>9</sup> Cfr. DIAS, J. de F., & BRANDÃO, N. (2012). *Comentário Conimbricense do Código Penal: Tomo I*. 2ª Edição. Coimbra Editora, pp. 172-173.

<sup>10</sup> V. *infra* p. 61.

<sup>11</sup> Cfr. COSTA, N. G. da. (1989). *Op. Cit.*, pp. 108 e 109.

contrações ritmadas que conduzirão ao nascimento ou início do processo cirúrgico de cesariana (...)<sup>12</sup>.

No fundo, será este o critério que permite diferenciar a existência de um crime de infanticídio de um crime de aborto, tipificado no art. 140º CP. Isto é, se a agente realizar a conduta antes do momento que marca o início do parto, estaremos perante um crime de aborto – caso o feto venha a nascer sem vida – ou de aborto na forma tentada – se tiverem sido empreendidas manobras abortivas, mas o feto tenha nascido com vida. Já se a ação for praticada aquando do ou após o parto, sob o efeito de uma influência perturbadora, tratar-se-á de um crime de infanticídio.

E qual é o critério temporal a ser utilizado para delimitar o período “logo após o parto”? Relativamente ao momento que principia este indicador, somos da opinião que se deverá definir como marco temporal a expulsão da placenta e o corte do cordão umbilical, como é defendido, entre outros, por Manuel Simas Santos e Manuel Leal-Henriques<sup>13</sup>.

Questão diferente prender-se-á com a determinação do momento que marca o fim do “logo após o parto”. Para Fernando Silva, “(...) a situação tipificada no art. 136º contempla casos de actuação decorrida momentos após a ocorrência do parto, a sua duração pode ser variável, mas estarão sempre em causa breves instantes, um curto espaço de tempo, para que se possa entender o estado de perturbação puerperal da mãe”<sup>14</sup>. Na mesma linha, Figueiredo Dias considera que o conceito deverá ser interpretado de forma literal, pelo que o facto deverá ser praticado imediatamente após o parto.<sup>15</sup>

Não nos é possível concordar com estas afirmações. O legislador fixou este requisito temporal em estreita interligação com o critério da ‘influência perturbadora do parto’, que envolverá todo um leque de patologias que não só têm diferentes durações, como vão impactar cada indivíduo de forma diversa. De facto, optando-se pela defesa do conceito “logo após o parto” enquanto período que se terá de reduzir a breves instantes, estar-se-á a ignorar todo um conjunto de patologias decorrentes tanto da gravidez, como do parto, que podem influenciar o discernimento da mulher - conduzindo-a à prática do facto -,

---

<sup>12</sup> Cfr. CUNHA, M. da C. F. da. (2022). *Os crimes contra as pessoas, Relatório sobre o programa, os conteúdos e os métodos de ensino da disciplina*. 2ª Edição. Universidade Católica Editora, p. 78.

<sup>13</sup> Cfr. SANTOS, M. S., & LEAL-HENRIQUES, M. (2016). *Op. Cit.*, p. 109.

<sup>14</sup> Cfr. SILVA, F. (2011). *Op. Cit.*, p. 141.

<sup>15</sup> Cfr. DIAS, J. de F., & BRANDÃO, N. (2012). *Op. Cit.*, pp. 171-172.

apenas porque a sua persistência pode ter uma duração superior àquilo que pode ser considerado como um curto espaço de tempo. Resumidamente, não nos parece haver qualquer fundamento científico que justifique tal posição.

Assim, seguimos a doutrina de Augusto Silva Dias, que defende que “enquanto a mãe da criança não voltar ao seu estado normal e consciente, em que possa responder pelo seu instinto maternal, longe dos efeitos negativos que o parto possa ter tido sobre a sua capacidade, deverá ainda ser aplicável o respectivo privilegiamento (...)”<sup>16</sup>. Cremos ser a solução que melhor garante o espírito da lei, abrangendo todas as situações em que as faculdades da mãe poderão ser postas em causa face a uma perturbação decorrente do período puerperal.

### 2.1.2. O critério pessoal

Além do critério temporal, a lei estabelece um critério pessoal – a ‘influência perturbadora do parto’. Pois bem, este será o ponto fulcral do trabalho que aqui nos propomos a desenvolver, uma vez que, tratando-se de um crime que terá, invariavelmente, de se relacionar com a psicologia e a psiquiatria, poder-se-á pensar que o termo ‘influência perturbadora do parto’ tem correspondência direta nestas áreas. No entanto, tal não é o caso.

De facto, nestes ramos científicos foram desenhadas diversas patologias do foro psíquico, que se encontram em estreita ligação com a gravidez, com o pós-parto e com o próprio momento do parto<sup>17</sup>, e que, em sentido lato, poderão sempre ser compreendidas como originadoras de uma influência perturbadora.

Mas será que o legislador, aquando da redação deste artigo, teve em mente tamanha abrangência? Acreditamos que não. Tratando-se aqui de um crime privilegiado, apenas poderão entrar no conceito as patologias que alterem a capacidade de entendimento ou a capacidade de inibição da mãe. Ou seja, só se poderão enquadrar aqui os quadros clínicos que afetem a capacidade de culpa da mãe, entendida esta como a “censurabilidade do

---

<sup>16</sup> Cfr. DIAS, A. S. (2007). *Direito Penal – Parte especial – Crimes contra a vida e a integridade física*. 2ª Edição. AAFDL., p. 46.

<sup>17</sup> V/ *infra*, pp. 17 e ss.

comportamento humano, por o culpado ter querido actuar contra o dever quando podia ter querido atuar de acordo com ele”<sup>18</sup>.

Já para Jorge de Figueiredo Dias, o “fundamento do privilegiamento do homicídio da criança é pois, no nosso direito positivo actual, o estado de perturbação em que se encontra a mãe durante ou logo após o parto (...). O estado de perturbação pode ser condicionado tanto endogenamente (v.g., por força de uma tendência ou mesmo de uma crise depressiva da mulher), como exogenamente (pelo particular peso que no psiquismo da mãe assume uma situação de necessidade que a atinge, seja esta situação moralmente, socialmente - v.g., a supra aludida "desonra" - ou economicamente fundada)”<sup>19</sup>.

Finalmente, para Fernando Silva, “O fundamento do privilegiamento é a menor culpa da mãe, proveniente da diminuição das suas capacidades provocada pelo parto, podendo comparar-se a situação da mãe a um estado de semi-inimputabilidade, causando uma reação instintiva. (...). A vontade de matar nasce, originária e exclusivamente, do estado puerperal da mãe”<sup>20</sup>.

Nesta perspetiva, importa estabelecer aquela que é a fronteira entre a inimputabilidade e a imputabilidade diminuída. Ora, para Figueiredo Dias, quando alguém comete um ato criminoso devido a uma anomalia psíquica, tal condição pode destruir as conexões normais e objetivas de sentido que presidem à ação da pessoa. Ou seja, para um julgamento de culpa no contexto legal, é necessário haver uma compreensão da pessoa e da sua personalidade; mas, se a anomalia mental da pessoa for tão severa que oculta completamente a sua personalidade, então o julgamento de culpa não poderá ser realizado, devendo a mesma ser considerada como inimputável.<sup>21</sup> Já se houver casos de “(...) imputabilidade duvidosa, no particular sentido de que neles se comprova a existência de uma anomalia psíquica, mas sem que se tornem claras as consequências que daí devem fazer-se derivar relativamente ao elemento normativo-compreensivo exigido”<sup>22</sup>, dever-se-á considerar pela existência de uma imputabilidade diminuída.

---

<sup>18</sup> Cfr. DIAS, J. de F. (1995). *Liberdade, Culpa, Direito Penal*. 3ª Edição. Coimbra Editora, p. 22.

<sup>19</sup> Cfr. DIAS, J. de F., & BRANDÃO, N. (2012). *Op. Cit.*, pp. 169-170.

<sup>20</sup> Cfr. SILVA, F. (2011). *Op. Cit.*, p. 137.

<sup>21</sup> Cfr. DIAS, J. de F. (2019). *Op. Cit.*, pp. 525 e 526.

<sup>22</sup> *Ibidem* p. 684.

Por sua vez, Roxin vê na imputabilidade diminuída um caso de verdadeira imputabilidade, na medida em que o sujeito detém a capacidade de compreensão da ilicitude, mas vê-se reduzido na sua capacidade de controlo. Esta capacidade de controlo tratar-se-ia de um conceito graduável, razão pela qual poderá o agente estar mais sujeito a motivar-se pela norma ou não. Ora, havendo uma redução substancial desta capacidade de controlo, haverá, conseqüentemente, uma diminuição da culpa do agente<sup>23</sup>.

De facto, é imprescindível que se coloque o acento tónico na capacidade de compreensão. Imagine-se que, no caso concreto, determinada mulher padeceu de uma psicose pós-parto, que fez com que esta cismasse que o seu bebé se tratava de um demónio e não do seu filho, acabando por o matar com o objetivo de destruir essa figura mítica. Neste caso, a mãe não estava imbuída do espírito de homicídio, porque aquilo que estaria à sua frente não seria um ser humano. Aqui, tratar-se-ia, claramente, de uma situação de inimputabilidade – art. 20º, nº1 CP.

Já se a mãe, “(...) imbuída, por exemplo, da ideia que a criança está possuída por um demónio, toma uma ação concreta e mata a criança para a proteger de um demónio (...) ela tem uma clara noção que está a matar a criança e que está a cometer um ato não só impedido do ponto de vista legal, como do ponto de vista moral, independentemente dos valores maiores associados”<sup>24</sup>. Conseqüentemente, existirá, nesse caso, uma imputabilidade diminuída, porque a mãe sofre de uma patologia que lhe toldou a capacidade de discernimento, mas ainda subjazeu uma intenção de matar, que não poderá ser ignorada.

Em conclusão, seguimos o conceito de culpa de Manuel Cavaleiro Ferreira, que alicerça a culpa à liberdade de autodeterminação<sup>25</sup>, razão pela qual somos também da opinião que o crime de infanticídio estabelecerá um tipo de culpa, uma vez que as circunstâncias delineadas pela lei, que mencionámos acima, se traduzem em elementos da culpa. No fundo, a questão residirá na análise da proporção da perturbação psicológica na capacidade de discernimento da mãe, de modo a aferir a censurabilidade da mesma.

---

<sup>23</sup>Cfr. ROXIN, C. (1997). *Derecho Penal, Parte General: Tomo I, Fundamentos. La estructura de la teoría del delito*. Civitas, p. 839.

<sup>24</sup> V/ *infra*, p. 58.

<sup>25</sup> Cfr. FERREIRA, M. C. (1981). *Direito Penal Português - parte geral*. Tomo I. Verbo, pp. 412-417.

### **3. A Cláusula de Desonra**

No Código Penal de 1852, o infanticídio estava previsto em termos diferentes da redação legal atual. Encontrava-se prescrito que *“Aquelle que commetter o crime de infanticídio, matando voluntariamente um infante no ato do seu nascimento, ou dentro em oito dias depois do seu nascimento, será punido com pena de morte. No caso de infanticídio commettido pela mãe para ocultar a sua deshonra, ou pelos avós maternos para ocultar a deshonra da mãe, a pena será de prisão maior temporária”*<sup>26</sup>.

No fundo, encontrava-se estabelecida uma Cláusula de Desonra, que garantia uma atenuação da pena da mãe ou dos avós maternos que praticassem o homicídio do recém-nascido, desde que motivados pela influência de circunstâncias sociais e pessoais, tendo em conta a pressão cultural e os padrões morais da época. Tratar-se-ia, pois, de situações de nascimento de descendente proveniente de adultério, ou de filho concebido fora do casamento. Isto porque, estando em confronto a defesa da honra e a vida do recém-nascido, dar-se-ia primazia ao primeiro bem jurídico, na medida em que a pressão social influenciava fortemente a vontade destes indivíduos.

Com a evolução dos valores sociais e jurídicos, e face ao reconhecimento de igual dignidade a todos os indivíduos, a Cláusula de Desonra foi subtraída do Código Penal na década de 90, mantendo-se apenas como causa de privilegiamento a ‘influência perturbadora do parto’<sup>27</sup>. A favor desta alteração, Figueiredo Dias defendeu que a Cláusula de Desonra já não encontra correspondência nos tempos atuais<sup>28</sup>, nunca se podendo corroborar com uma redação legal que considere o nascimento de um filho como causa de desonra para a mãe.

## **4. A ‘influência perturbadora do parto’**

### **4.1. Perturbações psiquiátricas na gravidez**

Na redação legal atual, só será concedido um privilegiamento da pena às mulheres que matarem os filhos em decorrência da ‘influência perturbadora do parto’. Neste

---

<sup>26</sup> Cfr. Art. 356º do Código Penal de 1852, aprovado pelo Decreto de 10 de dezembro de 1852.

<sup>27</sup> Introduzida pelo CP de 1982, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23/09.

<sup>28</sup> Cfr. Ministério da Justiça. (1993). *Código Penal: Actas e Projecto da Comissão de Revisão*. Rei dos Livros, p. 201.

sentido, procederemos à interpretação deste conceito, com base nos quadros clínicos que podem ocorrer durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Importa recordar que somos da opinião que este conceito não abrange apenas as patologias decorrentes única e exclusivamente do parto, uma vez que muitos quadros clínicos, que podem afetar drasticamente a capacidade de consciência e comportamento das parturientes no momento do parto e do pós-parto, poderão ter origem na própria gravidez. Ora, tendo em conta que o espírito da lei é proteger as mulheres que pratiquem o infanticídio não estando na plenitude das suas capacidades de controlo e inibição - tendo, conseqüentemente, menor culpa na prática do facto -, não faria sentido que se desprotegesse uma mulher que, aquando do momento do parto, não está sã, apenas porque a sua patologia teve origem durante o ciclo gravídico.

Isto não quer dizer que se poderá condenar por infanticídio uma mulher com uma patologia prévia ao momento do parto e que pratica o facto independentemente de qualquer influência do mesmo. De facto, o momento do parto, por si só, é caracterizado por picos de oxitocina endógena, a par da libertação progressiva de endorfinas no cérebro materno, passíveis de causar alterações na consciência da mãe<sup>29</sup>; o que, coadunado com uma patologia psíquica desenvolvida na gravidez, poderá ser o *trigger* para a prática do facto. Ou seja, defendemos que o impacto do parto no sistema neurotransmissor da mulher é fulcral para se poder preencher o critério previsto no art. 136º CP, mas não poderá ser sempre individualizado daquilo que seja o quadro clínico da mulher durante a gravidez.

Tendo isto assente, procederemos ao elenco das perturbações psiquiátricas que podem surgir aquando do período gravídico. Cuidaremos, especificamente, das perturbações de ansiedade na gravidez, da depressão na gravidez e da negação psicótica e não psicótica da gravidez.

#### 4.1.1. As perturbações de ansiedade na gravidez

Começando pelas perturbações de ansiedade na gravidez, falamos de um conjunto de patologias que se caracterizam pela prevalência de sintomas como nervosismo, tensão

---

<sup>29</sup> Cfr. OLZA, I. *et al.* (2018). “Women’s psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis”. *BMJ Open*. 8 (10). 1-11, p. 1.

muscular, dificuldade em dormir e pensamentos intrusivos, diretamente interligados com os medos associados ao parto e à parentalidade.

Esta ansiedade poderá ser considerada normal – ocupando 20 a 50% do tempo da grávida<sup>30</sup> -, ou poderá assumir contornos patológicos, sendo “(...) clinicamente significativa, persistente, geradora de angústia / *distress*, perturbando diversas áreas do funcionamento e requerendo uma intervenção especializada”<sup>31</sup>. Tratar-se-á, aqui, já de perturbações de ansiedade, que poderão assumir diversos quadros. De relevo, importa mencionar a perturbação de pânico, a perturbação de ansiedade generalizada e a perturbação de ansiedade social.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a perturbação de pânico caracteriza-se por episódios intensos de ansiedade autónoma, que ocorrem repetidamente ao longo de um mês. Estes episódios são marcados por um medo súbito e avassalador, acompanhado por uma série de sintomas físicos como falta de ar, palpitações e tonturas. É importante notar que estes episódios surgem mesmo em situações onde não há perigo real presente, e não estão relacionados a situações específicas previsíveis. Entre estes episódios, a pessoa não apresenta sintomas significativos de ansiedade, mas há uma preocupação persistente sobre a possibilidade de novos ataques, bem como sobre as consequências desses episódios, como o medo de morrer ou de perder o controlo. Muitas vezes, os indivíduos que padecem desta perturbação desenvolvem comportamentos de evitação, tentando furtar-se de situações que temem desencadear os ataques<sup>32</sup>. Tem uma prevalência de cerca de 2% na gravidez<sup>33</sup>.

Por sua vez, a perturbação de ansiedade generalizada interliga-se com cenários de preocupação intensiva e descontrolada ao longo de mais de metade do dia, no espaço de, pelo menos, seis meses<sup>34</sup>. Esta preocupação prende-se com várias categorias - como sendo

---

<sup>30</sup> Cfr. WENZEL, A. *et al.* (2005). “Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum”. *J Anxiety Disord.* 19. 295–311 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Saúde Mental Perinatal*. Lidel, p. 77.

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 77.

<sup>32</sup> Cfr. MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 86.

<sup>33</sup> Cfr. SMITH, M. *et al.* (2004). “Screening for and detection of depression, panic disorder and PTSD in public-sector obstetric clinics”. *Psych Serv*, 55 (4). 407–414 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 86.

<sup>34</sup> Cfr. BARNHILL, J. W. (2023). *Transtorno de ansiedade generalizado—Transtornos psiquiátricos*. Manuais MSD edição para profissionais. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/transtorno-de-ansiedade-generalizado-tag> [consultado a 11 de abril de 2024].

o trabalho, a capacidade financeira, as relações afetivas, entre outros -, e irá provocar sintomas de agitação, dificuldades de concentração, tensão motora, alterações do sono e hiperativação autonómica – com a presença de tonturas, taquicardia e desconforto epigástrico<sup>35</sup>. Tem uma prevalência de entre 1,9 e 8,5% na gravidez<sup>36</sup>.

Finalmente, a ansiedade social tem prevalência em 3,3% das gravidezes<sup>37</sup> e caracteriza-se pelo “medo/ansiedade persistente e acentuado em relação a uma ou mais situações sociais ou de desempenho em ambientes sociais”<sup>38</sup> - nomeadamente na apreciação do desempenho das funções interligadas com a maternidade ou na aceitação da autoimagem -, degenerando em comportamentos de evitamento de exposição social, ou numa violenta angustia aquando destes acontecimentos. Como consequência desta patologia, tende a existir um “prejuízo significativo na ocupação diária (...) ou funcionamento social”<sup>39</sup>.

#### 4.1.2. A depressão na gravidez

Passando à depressão na gravidez, esta encontra-se definida como o período de, no mínimo, 2 semanas de humor depressivo, caracterizado pela perda de interesse ou prazer, associado a, pelo menos, 5 dos seguintes sintomas: a) mudanças de apetite ou de peso; b) insónia ou hipersonolência; c) alterações psicomotoras – inquietação ou fala, pensamentos e movimentos lentos; d) diminuição da energia ou prevalência de fadiga; e) sensação de inutilidade ou de culpa, desesperança ou desamparo; f) dificuldade na concentração ou na tomada de decisões; e g) pensamentos recorrentes sobre a morte, morrer ou suicídio<sup>40</sup>.

---

<sup>35</sup> Cfr. MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, pp. 89 e 90.

<sup>36</sup> Cfr. MOTA, N. *et al.* (2008). “The relationship between mental disorders, quality of life, and pregnancy: Findings from a nationally representative sample”. *J Affect Disord*, 109. 300– 304 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 90.

<sup>37</sup> Cfr. MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 91.

<sup>38</sup> Cfr. KOYUNCU, A. *et al.* (2019). “Comorbidity in social anxiety disorder: Diagnostic and therapeutic challenges”. *Drugs in Context*, 8. [tradução nossa].

<sup>39</sup> Cfr. MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 91.

<sup>40</sup> Cfr. PEARLSTEIN, T. (2015). “Depression during Pregnancy”. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29 (5). 1-16, p. 3.

Importa ainda salientar que a depressão na gravidez tem uma prevalência de 12,7%<sup>41</sup>, sendo de difícil diagnóstico, uma vez que grande parte da sintomatologia característica desta patologia se justapõe com os sintomas próprios do ciclo gravídico – como sejam as mudanças de apetite, a fadiga ou as rotinas de sono<sup>42</sup>. Por essa razão, muitas mulheres acabam por não procurar ajuda, acreditando que tais sintomas irão desaparecer naturalmente com o tempo, o que propicia um agravamento do quadro patológico e se apresenta como fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto.<sup>43</sup>

#### 4.1.3. A negação psicótica da gravidez

Por último, cabe desenvolver a perturbação da negação da gravidez.

Num cenário ideal, uma mulher, ao receber a notícia da sua gravidez, aceita tal facto como verdadeiro, procedendo depois, progressivamente, ao desenvolvimento de uma vinculação com o feto e à preparação para o nascimento, tendo uma visão realista do nascituro<sup>44</sup>. No entanto, pode dar-se uma quebra no primeiro momento, não reconhecendo a gestante que se encontra em estado gravídico<sup>45</sup>. Neste caso, a grávida padecerá de uma negação da gravidez, que poderá ter contornos não psicóticos ou psicóticos.

Começaremos pelo quadro patológico mais grave: a negação psicótica da gravidez. Neste transtorno, há uma rutura com a realidade, na medida em que a gestante vai apresentar os sintomas físicos normais do período em causa, mas irá atribuí-los a causas delirantes<sup>46</sup>.

Como tal, os familiares e amigos conhecerão da gravidez, porque a grávida nada fará para dissimulá-la, rejeitando a realidade subjacente e substituindo-a por outra<sup>47</sup>. Ao invés

---

<sup>41</sup> Cfr. Gaynes, BN. *et al.* (2005). “Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes”. *Evid Rep Technol Assess Summ.* 1-8 in ANGELOTTA, C., & WISNER, K. (2017). “Treating Depression during Pregnancy: Are We Asking the Right Questions?”. *Birth Defects Research.* 109 (12), 879–887, p. 880.

<sup>42</sup> Cfr. PEARLSTEIN, T. (2015). *Op. Cit.*, p.4 [tradução nossa].

<sup>43</sup> Cfr. NEIFERT, P. L., & BOURGEOIS, J. A. (2000). “Denial of Pregnancy: A Case Study and Literature Review”. *Military Medicine.* 165 (7). 566–568, p. 567.

<sup>44</sup> *Ibidem*, p. 567.

<sup>45</sup> *Ibidem*, p. 567.

<sup>46</sup> Cfr. MILLER, L. J. (1990). “Psychotic Denial of Pregnancy: Phenomenology and Clinical Management”. *Psychiatric Services.* 41 (11). 1233–1237, p. 1234.

<sup>47</sup> *Ibidem*, pp. 1233 e 1234.

de sentirem movimentos fetais, acreditam que os seus órgãos se soltaram e vagueiam pelo corpo<sup>48</sup>; ao invés de carregarem um bebê humano, acreditam que as suas mudanças corporais se devem ao facto de estarem possuídas por uma criatura sobrenatural<sup>49</sup>, ou por padecerem de um tumor gástrico<sup>50</sup>.

Por vezes, podem oscilar entre cenários de reconhecimento da gravidez e cenários de negação enfática da mesma<sup>51</sup>. Não obstante, mesmo no primeiro caso, poderão ter a sua realidade alterada, acreditando, p.e., que poderão afogar o feto se tomarem banho, ou que a sua urina poderá atingir os olhos do mesmo<sup>52</sup>.

#### 4.1.4. A negação não psicótica da gravidez

Podem ser identificadas 3 tipologias de negação não psicótica da gravidez. Em primeiro lugar, podemos estar perante uma negação inconsciente, na qual a mulher não conhece da gravidez durante a maior parte da gestação / até ao momento em que, inesperadamente, entra em trabalho de parto<sup>53</sup>.

Exemplificando, no ano de 2000, uma oficial médica da Força Aérea dos Estados Unidos da América deslocou-se para um quarto de hospital para descansar um pouco - alegando que sentia dores de estômago - entrando, poucos minutos depois, em trabalho de parto. Esta relata não ter tido qualquer conhecimento da sua condição, além de ter sofrido perdas de sangue mensais durante toda a gravidez e de não ter ganho praticamente nenhum peso extra<sup>54</sup>.

---

<sup>48</sup> Cfr. PREMA, M., & AYRES, S. (2015). “Denial and Concealment of Unwanted Pregnancy: «A Film Hollywood Dared Not Do.»” *Journal of Civil Rights and Economic Development*. 26 (2), p. 204.

<sup>49</sup> Cfr. CHASE, T., SHAH, A., MAINES, J., & FUSICK, A. (2021). “Psychotic pregnancy denial: A review of the literature and its clinical considerations”. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 42 (3). 253–257, p. 1254.

<sup>50</sup> Cfr. VELASCO, M. M. *et al.* (2023). “Psychotic denial of pregnancy: Case report and narrative literature review”. *European Psychiatry*. 66 (S1). 1129, p. 1129.

<sup>51</sup> Cfr. NEIFERT, P. L., & BOURGEOIS, J. A. (2000). *Op. Cit.*, p. 567.

<sup>52</sup> Cfr. MILLER, L. J. (1990). “Psychotic Denial of Pregnancy: Phenomenology and Clinical Management”. *Psychiatric Services*. 41 (11). 1233-1237, p. 1234.

<sup>53</sup> Cfr. NEIFERT, P. L., & BOURGEOIS, J. A. (2000). *Op. Cit.*, p. 566.

<sup>54</sup> *Ibidem*, pp. 566, 567.

Ora, esta “(...) negação é usada inconscientemente pela mulher como mecanismo de defesa contra o sofrimento, medo de estar grávida ou de ser mãe (...)”<sup>55</sup>. Nos casos em questão, não se observa qualquer distorção da realidade<sup>56</sup>; ao invés, manifesta-se uma ausência de consciência subjetiva em relação ao estado gestacional, o que leva a que estas indivíduos atribuam diferentes causas aos sintomas característicos de uma gravidez: os movimentos do feto poderão ser assimilados como problemas digestivos ou gases; o aumento do peso poderá ser justificado pelo *stress* do trabalho, da vida familiar, ou em razão de uma diminuída atividade física<sup>57</sup>. Já quanto à ausência de crescimento notório do abdómen, tal poderá estar ligado à expansão posterior do útero, que obriga a que o bebé se desenvolva ao longo da coluna vertebral<sup>58</sup>. Ou seja, o próprio cérebro da mulher, ainda que inconscientemente, dá indicações ao corpo para que simule a inexistência do feto em desenvolvimento.

Aliás, a maioria das mulheres que sofrem desta patologia, quando entram em trabalho de parto, experienciam apenas vontade de defecar, razão pela qual muitos destes nascimentos ocorrem em casas de banho<sup>59</sup>.

Em segundo lugar, podemos ter uma negação consciente da gravidez. Nesta, a gravidez é reconhecida, mas a mulher continua a negá-la, tanto para si própria, como para terceiros. Ou seja, a nível cognitivo há uma aceitação da existência da gestação, mas a grávida não demonstra as emoções associadas à mesma<sup>60</sup>.

Num caso de estudo realizado por Catherine Conlon, na Irlanda, a mesma descreve a experiência de 4 grávidas em negação consciente da gravidez. Todas narram que sentiram a gravidez como algo avulso ao seu ser. Aliás, uma das implicadas no estudo afirmou que, passado quase um ano do seu parto, ainda tinha dificuldades em conceber uma imagem sua enquanto grávida<sup>61</sup>. Outra participante do estudo relata que entendeu, assim que a sua

---

<sup>55</sup> Cfr. RTP. (2007, janeiro 30). *Negar a gravidez para evitar o sofrimento de ser mãe*. RTP Notícias. Disponível em: [https://www.rtp.pt/noticias/pais/negar-a-gravidez-para-evitar-o-sofrimento-de-ser-mae\\_n39649](https://www.rtp.pt/noticias/pais/negar-a-gravidez-para-evitar-o-sofrimento-de-ser-mae_n39649) [consultado a 04.03.2024].

<sup>56</sup> Cfr. VELASCO, M. M. *et al.* (2023). *Op. Cit.*, p. 1129.

<sup>57</sup> *Ibidem*, p. 1129.

<sup>58</sup> Cfr. ARRÔBE, R. I. B. (2018). *O crime de infanticídio e as perturbações psicológicas pré e pós-parto* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa - Faculdade de Direito, p. 66.

<sup>59</sup> Cfr. VELASCO, M. M. *et al.* (2023). *Op. Cit.*, p. 1129.

<sup>60</sup> Cfr. CONLON, C. (sem data). “Concealed Pregnancy: A case-study approach from an Irish setting”. *Crisis Pregnancy Agency*, p. 63.

<sup>61</sup> *Ibidem*, p. 67.

menstruação se atrasou, que estaria grávida, mas, involuntariamente, começou a agir como se desse facto não tivesse tido conhecimento – continuou a trabalhar, comia pouco para evitar um grande aumento de peso, bebia, fumava e nunca planeou praticamente nada para a chegada do bebé<sup>62</sup>.

Embora à primeira vista possa parecer que no caso da negação não psicótica consciente há uma capacidade de autocontrolo, a verdade é que estas mulheres não bloqueiam essa informação de forma consciente. Significa apenas que houve um momento de consciência da gravidez que, depois, foi bloqueado pelo sistema emocional da parturiente.

Como terceira e última tipologia, importa referir a ocultação da gravidez. Nesta, a gestante tem noção da sua condição, mas decide ocultá-la para terceiros.<sup>63</sup> Ao contrário dos restantes, este fenómeno é consciente, tanto a nível cognitivo, como a nível emocional, e prende-se, maioritariamente, com questões sociais. A título de exemplo, cabe mencionar o Ac. TRP, de 23.10.2013<sup>64</sup>, que retrata o caso de uma mulher que engravidou, fruto de relações sexuais ocasionais, e decidiu ocultar a sua gravidez, uma vez que a sua família seria bastante conservadora e condenaria a prática de relações sexuais fora do casamento.

#### 4.1.5. O estado dissociativo

Como verificámos, alguns transtornos específicos do período gravídico podem provocar alterações na consciência e discernimento da mulher, não tendo estas um pleno conhecimento do seu estado gestacional. Por isso, é comum que, aquando do parto, vivenciem aquilo que comumente é designado como ‘estado de choque’ – o estado dissociativo.

O estado dissociativo implica uma perturbação e/ou interrupção na integração normal da consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controlo

---

<sup>62</sup> *Ibidem*, p. 65 e 66.

<sup>63</sup> *Ibidem*, p. 67 e 68.

<sup>64</sup> Cfr. Ac. TRP, de 23.10.2013 (proc. n.º 423/10.7JAPRT.P1).

motor e comportamento<sup>65</sup>, englobando diversos subtipos. Poderá provocar uma amnesia dissociativa, na qual a mulher é incapaz de recordar as suas informações autobiográficas, como sejam o seu nome, o nome dos seus familiares, a sua data de nascimento, etc; ou, por outro lado, poderá provocar uma despersonalização e desrealização, experienciando a mulher uma desconexão com o seu corpo, com os seus pensamentos e com as suas emoções, como se fosse uma mera espectadora da sua vida, ou entendendo o mundo à sua volta como surreal ou visualmente distorcido<sup>66</sup>.

Trata-se, a nível cognitivo, de uma resposta automática do corpo, destinada a minimizar ou evitar estados emocionais adversos, embora, na prática, possa constituir um fator de *stress* independente porque perturba o funcionamento neuro-cognitivo da parturiente, afetando a sua capacidade de monitorização da realidade<sup>67</sup>.

Vários estudos preconizam que o desenvolvimento desta sintomatologia em mulheres que padecem de negação psicótica ou não psicótica da gravidez (no espectro consciente e inconsciente) potencia a ocorrência de infanticídios, tanto por ação – a mãe destrói o filho porque este representa a personificação dos seus medos ou traumas reprimidos -, como por omissão – a mãe abandona o filho no sítio onde o pariu, não tendo um correto processamento das suas ações<sup>68</sup>.

#### **4.2. Perturbações psiquiátricas no pós-parto**

Da mesma forma, “no período puerperal, os níveis das hormonas responsáveis pela resposta ao *stress* encontram-se francamente elevados e, portanto, este é um período-chave para o desenvolvimento ou exacerbação de doença psiquiátrica”<sup>69</sup>.

---

<sup>65</sup> Cfr. Lyssenko, L. *et al.* (2018). “Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale”. *American Journal of Psychiatry*, 175 (1). 37–46, p. 37 [tradução nossa].

<sup>66</sup> *Ibidem*, p. 37.

<sup>67</sup> *Ibidem*, p. 38.

<sup>68</sup> Cfr. NEIFERT, P. L., & BOURGEOIS, J. A. (2000). *Op. Cit.*, p. 568; VELASCO, M. M. *et al.* (2023). *Op. Cit.*, p. 1129.

<sup>69</sup> Cfr. CORREIA, D. T. *et al.* (2017). *Saúde Mental na Gravidez e Puerpério*. Lidel, p. 54

#### 4.2.1. *Blues* pós-parto e perturbações de ansiedade pós-parto

Começando pelos *blues* pós-parto, tratamos de um quadro clínico com uma enorme ocorrência, afetando entre 50 a 85% das recente-mães<sup>70</sup>. Embora não haja uma definição global para este quadro, os *blues* pós-parto baseiam-se num fenómeno transitório de mudanças de humor, pautado por sintomas depressivos, com uma duração de cerca de 10 dias após o parto<sup>71</sup>, tendo um pico de intensidade por volta do 5º dia<sup>72</sup>. Os seus sintomas prendem-se com a ocorrência de breves crises de choro, irritabilidade ou labilidade emocional, tristeza, humor instável, perda de apetite, falta de concentração e insónias<sup>73</sup>.

Sendo um quadro transitório, não exige tratamento farmacológico<sup>74</sup>. Tendo isto em conta, a grande importância deste fenómeno prende-se com as suas potenciais consequências futuras, na medida em que sensivelmente 20% das mulheres que sofrem com *blues* pós-parto vêm a desenvolver depressão pós-parto<sup>75</sup>.

#### 4.2.2. As perturbações de ansiedade

Quanto às perturbações de ansiedade no pós-parto, pegamos naquilo que por nós foi dito no capítulo anterior<sup>76</sup>. A única diferença que importa mencionar resume-se à sua incidência, cuja percentagem no pós-parto é de 6,1 a 31,7%, nos primeiros seis meses<sup>77</sup>.

#### 4.2.3. A perturbação obsessiva-compulsiva (POC)

No que diz respeito à POC, esta é uma patologia psiquiátrica, retratada pela presença de pensamentos, incertezas ou impulsos intrusivos, de forma repetitiva, que ocasionam ansiedade na grávida e despertam obsessões, que a mesma tenta neutralizar com outro

---

<sup>70</sup> *Ibidem*, p. 4.

<sup>71</sup> Cfr. BECK, C. T. (1991). “Maternity Blues Research: A Critical Review”. *Issues in Mental Health Nursing*, 12 (3). 291–300, p. 291.

<sup>72</sup> Cfr. KENDELL, R. *et al.* (1981). “Mood changes in the first three weeks after childbirth”. *Journal of Affective Disorders*, 3, 317–326 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 30.

<sup>73</sup> Cfr. TOSTO, V. *et al.* (2023). “Maternity Blues: A Narrative Review”. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), 1-14, p. 2.

<sup>74</sup> Cfr. CORREIA, D. T. *et al.* (2017). *Op. Cit.*, p. 5.

<sup>75</sup> Cfr. MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 31.

<sup>76</sup> *V/ supra* p. 18.

<sup>77</sup> Cfr. MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 79.

comportamento ou ato mental – as designadas compulsões.<sup>78</sup> Resumidamente, “Consiste na intrusão incoercível e repetitiva de pensamentos egodistônicos (obsessões) e na realização de comportamentos ou atos mentais estereotipados em resposta à ansiedade (compulsões)<sup>79</sup>.”

A POC tem uma larga incidência no período perinatal, sendo que até 70% das mulheres que sofrem com esta patologia imputam a origem da mesma a este período<sup>80</sup> e cerca de 50% das mulheres com POC constataram um agravamento dos sintomas no ciclo gravídico-puerperal<sup>81</sup>.

As parturientes com POC têm, frequentemente, crenças disfuncionais, sobre as quais recairá um determinado grau de convicção – um *insight*. Ora, pegando no exemplo de uma grávida que tem pensamentos recorrentes que o seu bebé não está a respirar, se esta indivíduo tiver um *insight* bom ou razoável relativamente à sua crença, reconhecerá que esta será definitiva ou provavelmente não verdadeira ou, pelo menos, aceitará a possibilidade de que esta não é real. Já se tiver um *insight* ausente ou até mesmo crenças delirantes, estará totalmente convicta que as suas convicções são verdadeiras e, portanto, estará recorrentemente a deslocar-se até ao bebé, a acordá-lo ou a abaná-lo.<sup>82</sup>

Importa esclarecer que estas obsessões “não são prazerosas ou experimentadas como voluntárias: são intrusivas e indesejadas e causam acentuado sofrimento”<sup>83</sup>. Consequentemente, as parturientes não representam um risco para a vida do bebé, na medida em que, ainda que tenham pensamentos sobre a possibilidade de lesar a sua integridade ou até construam cenários onde põem em causa a sua vida, estas adotarão condutas que evitem a prática desses pensamentos<sup>84</sup>. A título de exemplo, algumas mulheres retratam o aparecimento de pensamentos relacionados com a colocação do bebé no micro-ondas, ou o lançamento do mesmo pela janela, adotando comportamentos em

---

<sup>78</sup> Cfr. American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais—DSM-5 TR*. 5ª Edição. Artmed, p. 237.

<sup>79</sup> Cfr. CORREIA, D. T. *et al.* (2017). *Op. Cit.*, p. 13.

<sup>80</sup> Cfr. MAINA, G., ALBERT, U., BOGETTO, F., VASCETTO, A., & RAVIZZA, L. (1999). “Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): The role of pregnancy / deliver”. *Psych Res*, 89, 49–58. in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 87.

<sup>81</sup> Cfr. UGUZ, F., AKMAN, C., KANYA, N., & CILLI, A. (2007a). Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors. *J Clin Psych*, 68, 132–138 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 87.

<sup>82</sup> Cfr. American Psychiatric Association. (2013). *Op. Cit.*, p. 237.

<sup>83</sup> *Ibidem*, p. 238.

<sup>84</sup> Cfr. CORREIA, D. T. *et al.* (2017). *Op. Cit.*, p. 14.

resposta, como sejam o evitamento de situações onde tenham de estar sozinhas com o recém-nascido.

#### 4.2.4. A depressão pós-parto (DPP)

Os aspetos clínicos basilares da DPP incluem ansiedade, fadiga, inquietação, confusão mental e irritabilidade – que se expressa pela “excessiva sensibilidade a estímulos externos; tensão física e psicológica, que pode aumentar rapidamente até níveis muito intensos; falta de controlo de impulsos; tendência para a impaciência, irascibilidade verbal, raiva e comportamentos agressivos”<sup>85 86</sup>.

Além disso, estando interligada, precisamente, com o parto, a DPP pode implicar outros sintomas específicos, como sejam a prevalência de sentimentos de dissonância e falta de segurança para o desempenho das funções maternas, problemas na amamentação ou na prestação de cuidados ao recém-nascido, pavor de estar só ou de ter de sair de casa com o bebé, medo de rejeição pelo companheiro<sup>87</sup> e, também, uma “profunda sensação de perda – da identidade, do controlo, da energia, da vida social”<sup>88</sup>.

Dentro desta sintomatologia, podem prevalecer pensamentos intrusivos e egodistónicos, focados em provocar dano ao bebé. Aliás, segundo um estudo realizado nos Estados Unidos da América, 41% das mulheres com quadro clínico depressivo tiveram pensamentos infanticidas até aos 3 anos de idade do descendente<sup>89</sup>. Em todo o caso, a efetivação do crime é rara, tendo uma escala de 1-3:50000 nascimentos<sup>90</sup>.

O procedimento básico para identificação desta patologia é o inquérito clínico de humor, a realizar durante as consultas de acompanhamento com o obstetra ou com os prestadores de cuidados primários, devendo iniciar-se durante a gravidez e durar até 6 a 12 meses depois do parto. De facto, em Portugal, o programa de Promoção da Saúde

---

<sup>85</sup> Cfr. BORN, L., & STEINER, M. (1999). “Irritability: The forgotten dimension of female-specific mood disorders”. *Arch Womens Ment Health*. 2, 153–167 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 28.

<sup>86</sup> Cfr. MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, pp. 27 e 28.

<sup>87</sup> Cfr. BECK, C. T. (1991). *Op. Cit.* 291-300 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 29.

<sup>88</sup> Cfr. BORN, L., & STEINER, M. (1999). *Op. Cit.* 153-167 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p.28.

<sup>89</sup> Cfr. CORREIA, D. T. *et al.* (2017). *Op. Cit.*, p. 7.

<sup>90</sup> Cfr. CORREIA, D. T. *et al.* (2017). *Op. Cit.*, p.7.

Mental na Gravidez e na Primeira Infância, da Direção-Geral da Saúde, fixa diretrizes sobre as vivências normais na gravidez, parto e primeira infância<sup>91</sup>, alertando para os sinais e situações de risco para a saúde mental da grávida e parturiente. Além disso, estabelece duas entrevistas a realizar - a entrevista pré-natal para a promoção da saúde mental na Gravidez e Primeira Infância<sup>92</sup> e a entrevista pós-natal<sup>93</sup> -, sensibilizando para a depressão enquanto patologia que acompanha o período gravídico-puerperal e a repercussão desta naquela que é a vinculação mãe-bebé.

No entanto – e como nos foi dito pela psicóloga do Estabelecimento Prisional de Tires<sup>94</sup> – a verdade é que o programa não tem vindo a ser executado na prática, o que abre caminho para a existência de muitos quadros clínicos na gravidez e no pós parto – de depressão e não só – que não são identificados prontamente. E este facto ganha ainda maior gravidade, não só porque “o risco de desenvolver episódios depressivos é particularmente elevado na sequência de gravidezes futuras, atingindo cerca de 50% das mulheres”<sup>95</sup>, mas também porque pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de psicose puerperal.

#### 4.2.5. A perturbação de *stress* pós-traumático no pós-parto (PSPT)

A PSPT baseia-se numa resposta do corpo ao envolvimento num episódio concreto traumático, que origina sintomas intrusivos – como a experienciação de lembranças corriqueiras, sonhos lancinantes recorrentes (cujo conteúdo se encontra associado ao evento), e sofrimento na presença de sinais que emblemem algum painel do evento traumático.

Esta patologia pode provocar “alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático (...) [como] incapacidade de recordar algum aspecto

---

<sup>91</sup> Cfr. CEPÊDA, T., BRITO, I., & HEITOR, M. J. (2005). *Op. Cit.*, p. 5.

<sup>92</sup> *Ibidem*, p. 27.

<sup>93</sup> *Ibidem*, p. 35.

<sup>94</sup> *V/ infra*, p. 68 e ss.

<sup>95</sup> Cfr. GARFIELD, P., KENT, A., PAYKEL, E., CREIGHTON, F., & JACOBSON, R. (2004). “Outcome of postpartum disorders: A 10 year follow-up of hospital admissions.” *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109 (6). 434–439 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 32.

importante do evento”<sup>96</sup> e ocasionar “alterações marcantes na excitação e reatividade”<sup>97</sup>, apresentando o indivíduo surtos de raiva, comportamentos autodestrutivos ou descuidados, problemas de concentração e perturbações do sono.

No caso da PSPT pós-parto, o evento traumático poderá estar relacionado com a experenciação de complicações a nível psicológico na gravidez, medo do parto, historial de aborto, problemas psiquiátricos anteriores, fatores obstétricos relacionados com o parto (como emergências obstétricas e cesarianas de emergência) e certos fatores ambientais, como uma má relação entre a parturiente e o pai da criança e um baixo apoio social durante o trabalho de parto<sup>98</sup>.

Importa referir que uma mãe que padeça de PSPT pós-parto poderá ter reações dissociativas, sentindo ou agindo como se estivesse a reviver o evento traumático. Aliás, “Essas reações podem ocorrer num *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor”<sup>99</sup>. A mãe poderá enfrentar sintomas de despersonalização e desrealização, que duram desde alguns segundos até várias horas, nos quais poderá vivenciar “pseudoalucinações auditivas, como ter a experiência sensorial de escutar os seus próprios pensamentos ditos (...) em vozes diferentes, bem como ideias paranoides”<sup>100</sup>. No fundo, haverá, nestes casos, uma perda de consciência da realidade que rodeia a parturiente, podendo esta adotar condutas reativas em função do cenário que perspetiva como real.

#### 4.2.6. A psicose puerperal

A psicose puerperal é o quadro psiquiátrico perinatal de maior gravidade. Tem início, geralmente, nos primeiros 15 dias após o parto, mas pode perdurar por meses<sup>101</sup>.

---

<sup>96</sup> Cfr. American Psychiatric Association. (2013). *Op. Cit.*, p. 271.

<sup>97</sup> *Ibidem*, pp. 271 e 272.

<sup>98</sup> Cfr. ERTAN, D. *et al.* (2021). “Post-traumatic stress disorder following childbirth”. *BMC Psychiatry*, 21, 1-9, pp. 1 e 2.

<sup>99</sup> Cfr. American Psychiatric Association. (2013). *Op. Cit.*, p. 271.

<sup>100</sup> *Ibidem*, p. 276.

<sup>101</sup> Cfr. FRIEDMAN, S. H., REED, E., & ROSS, N. E. (2023). “Postpartum Psychosis”. *Current Psychiatry Reports*. 25 (2), 65–72, p. 66.

É caracterizada pela ocorrência de delírios, alucinações, confusão extrema e ansiedade<sup>102</sup>. No primeiro estágio da doença, a parturiente começa por experienciar insónias, ansiedade, euforia e ideação paranoide<sup>103</sup>, tendo oscilações de humor rápidas, que variam entre momentos de mania e momentos de depressão. Posteriormente, com o deterioramento do quadro clínico, é provável que os sintomas psicóticos assumam um papel mais proeminente, sendo que “Alucinações e/ou delírios estão sujeitos ao efeito patoplástico da maternidade: delírios de grandeza projetados sobre o bebé (acreditam, por exemplo, que o bebé é Jesus ou o Diabo) ou vozes imperativas que mandam fazer-lhe mal”<sup>104</sup>.

Além disso, em 3% dos casos de psicose puerperal predominam também sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider<sup>105</sup>, pelo que a mãe poderá ouvir vozes que comentam criticamente as suas ações ou os seus pensamentos, poderá acreditar que forças externas estão a inserir pensamentos na sua mente ou a controlar o seu conteúdo, e poderá, até, sentir que certos movimentos ou ações estão a ser realizados pelas mesmas forças externas, não tendo qualquer vontade sobre as mesmas.

Para melhor ilustrar o problema, podemos relatar o caso de uma paciente brasileira de 31 anos que, após parir gémeas, começou a trancar-se em casa com os filhos. Esta acreditava que estava a ver vultos de espíritos malignos, e que não só o seu filho de três anos estava possuído, como as gémeas seriam “filhas do diabo”. Da mesma forma, acreditava que a sua vizinha estaria possuída pela “Pomba Gira” – uma entidade espiritual das religiões afro-brasileiras Umbanda e Candomblé – e que, por isso, receava sair de casa por sentir fisicamente que os pombos atravessavam o seu corpo<sup>106</sup>.

Esta patologia tem uma prevalência de 1-2 casos por 1000 mulheres<sup>107</sup>, exigindo correntemente internamento hospitalar. Tal deve-se ao facto de não só existir um grande

---

<sup>102</sup> *Ibidem*, p. 66.

<sup>103</sup> Cfr. MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 142.

<sup>104</sup> Cfr. COHEN, L., & NONACS, R. (2005). *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. American Psychiatric Publishing in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 142.

<sup>105</sup> Cfr. KADRMAS, A., WINOKUR, G., & CROWE, R. (1979). “Postpartum mania”. *Br J Psychiatry*, 135, 551–554 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 142.

<sup>106</sup> Cfr. SCALCO. *et al.* (2013). “Psicose puerperal: Relato de caso”. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*. 84–89, pp. 85 e 86.

<sup>107</sup> *Ibidem*, p. 85.

risco de suicídio<sup>108</sup> - 1 em cada 500 mulheres consumará este ato<sup>109</sup> -, mas também porque os recém-nascidos estarão em risco face às consequências provocadas pela psicose na ação da mãe (estima-se que em 78% dos casos de psicose puerperal existem delírios cujo objeto são os filhos) ou pela negligência na prestação de cuidados essenciais para a saúde do recém-nascido<sup>110</sup>.

Finalmente, importa referir que o perigo para os partos futuros é alta, havendo taxas de recorrência de 20 a 57%<sup>111</sup>.

### 4.3. A ‘influência perturbadora do parto’ – interpretação do conceito

Dando por assentes as patologias que podem acompanhar a gravidez, o parto e o pós-parto, iremos verificar quais poderão enquadrar o espírito da lei para o conceito da ‘influência perturbadora do parto’ do art. 136º CP.

No âmbito das patologias que afetam o período gravídico, somos da opinião que apenas os fenómenos de negação da gravidez poderão fundamentar uma culpa reduzida da mãe infanticida, na medida em que esta poderá ter a sua consciência minimizada, vendo-se diminuída na sua capacidade de autocontrolo. De facto, nestes casos, todo o circunstancialismo demonstra que a mulher experimenta deslizos na sua subjetividade, não sendo capaz de se inteirar da sua gestação: não só pode não sentir os sintomas típicos e o desconforto da gravidez, como poderá até levar o momento do parto com leveza, mal-interpretando as dores características deste fenómeno. Aliás, tendo em conta que a negação da gravidez pode ser sentida mesmo depois do parto, há uma maior predisposição destas mulheres para a prática do crime por omissão, na medida em que estas continuarão a sua vida como se tal não tivesse acontecido, abandonando o bebé no local do parto.

---

<sup>108</sup> Cfr. APPLEBY, L. (1991). “Suicide during pregnancy and in the first postnatal year”. *BMJ*, 309 (6789), 137–140 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 143.

<sup>109</sup> Cfr. OATES, M. (2003). “Perinatal psychiatric disorders: A leading cause of maternal morbidity and mortality”. *British Medical Bulletin*, 67, 219–229 in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 143.

<sup>110</sup> Cfr. ATTIA, E., DOWNEY, J., & OBERMAN, M. (1999). “Postpartum Psychoses”. Em: *Postpartum Mood Disorders*. American Psychiatric Press in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 149.

<sup>111</sup> Cfr. BROCKINGTON, I., WINOKUR, G., & DEAN, C. (1982). “Puerperal psychosis”. Em: *Motherhood and Mental Illness*. Academic Press in MACEDO, A. F. de. *et al.* (2014). *Op. Cit.*, p. 149.

Por sua vez, nos casos em que a ocorrência do parto põe um fim a este estado de negação, é comum verificar-se uma resposta automática ao pânico - vivenciado por estas mulheres aquando da confrontação com a realidade -, entrando as mesmas em estado dissociativo. Este é um fator substancial para a prática do crime, tanto por ação, como por omissão, na medida em que a mulher sofrerá uma rutura da sua consciência, uma vez que “os actos que são cometidos durante o estado de dissociação ficam num campo paralelo da memória, sendo assim frequente que o sujeito tenha acesso aos mesmos num certo momento, mas noutro já não”<sup>112</sup>.

Assim sendo, concluímos, precisamente, que a negação da gravidez pode provocar uma ‘influência perturbadora do parto’, tratando-se de uma anomalia psíquica passível de enquadramento no art. 136º CP. De facto, tratando-se de um infanticídio por ação, estas mulheres terão dolo direto para a prática do facto (art. 14º, nº1 CP), visto que existirá intenção de matar o recém-nascido, ainda que o conhecimento que têm do evento não seja perfeito. O mesmo se aplica aos casos de infanticídio por omissão, puníveis nos termos do art. 10º CP, onde, persistindo a negação após o parto, a parturiente poderá entender que o recém-nascido não é seu, optando por não lhe prestar cuidados. Esta terá consciência do impacto da sua inação, mas escolherá nada fazer.

Ora, como defende Maria Fernanda Palma, sendo o ato praticado pela parturiente completamente voluntário, não poderá haver dúvidas quanto à existência de dolo<sup>113</sup>, não sendo exigível um equilíbrio com o elemento intelectual. Verdade seja dita, outra não poderia ser a conclusão, uma vez que a lei pressupõe, precisamente, que a consciência relativamente à conjectura que envolve o facto esteja limitada, razão pela qual se estabelece uma imputabilidade diminuída.

Sem embargo, nos casos de negação psicótica da gravidez, ter-se-á sempre de analisar o caso concreto, porque se a psicose da mulher fizer com que esta visualize o bebé não como tal, mas como uma criatura demoníaca que tenta exterminar, não se poderá afirmar que a mulher tem vontade de matar um ser humano, tratando-se de uma situação de pura inimputabilidade. Aqui, a agente não detinha sequer a capacidade de compreensão da

---

<sup>112</sup> Cfr. ARRÔBE, R. I. B. (2018). *Op. Cit.*, p. 114.

<sup>113</sup> Cfr. PALMA, M. F. (1999). *Direito Penal I (parte geral)*, [Concurso para Professor associado]. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, p.160.

ilicitude do facto, porque exterminar aquele demónio não equivaleria à prática de um homicídio.

Por sua vez, defendemos que as situações de meros transtornos de ansiedade e de depressão durante a gravidez não poderão ser enquadrados no artigo em causa, uma vez que a capacidade de autocontrolo da gestante não sofre qualquer diminuição em consequência da existência de qualquer destas patologias. Ainda que a gestante desenvolva sentimentos desprazerosos relativamente ao feto, estes sentimentos não danificam as conexões normais que presidem à ação da mulher, mantendo esta um entendimento claro sobre o cenário vivenciado.

O mesmo se passa quanto à ocultação da gravidez. Embora a enquadremos no transtorno da negação da gravidez, cremos que este subtipo, por si só, não poderá encaixar-se na redação legal, visto que a atitude da gestante visa uma dissimulação consciente do seu estado, sendo motivada não por falhas no entendimento, mas sim por causas sociais exteriores. Aliás, tendo em conta que o legislador optou pela eliminação da cláusula da desonra, não faria sentido que se aceitasse uma conduta infanticida fundamentada em crenças éticas familiares ou religiosas como legítima para a diminuição da culpa.

No entanto, a verdade é que as mulheres que deliberadamente ocultam a sua gestação podem, por vezes, ser pessoas extremamente indecisas, incapazes de tomar decisões, o que pode potenciar o pânico aquando do momento do parto, podendo também estas entrar em estado dissociativo quando confrontadas com o instante em que têm, efetivamente, de encarar a realidade e agir. Assim, se for produzida prova no sentido de a mulher ter experienciado um fenómeno de despersonalização e desrealização durante o parto após ocultação da gravidez, o seu contexto poderá ser compreendido como uma ‘influência perturbadora do parto’, desde que se comprove que o estado dissociativo lhe toldou o discernimento e a conduziu à prática do facto.

Quanto aos transtornos do pós-parto, começamos por afastar os *blues* pós-parto e as perturbações de ansiedade pós-parto dos transtornos passíveis de inserção no critério da ‘influência perturbadora do parto’. Tratam-se de patologias que merecem a devida

atenção, sim, mas apenas para manutenção do bem-estar da mãe e da sua vinculação com o recém-nascido. Fora disto, não se encontram evidências de que estes quadros possam afetar a capacidade de compreensão e de autocontrolo da mãe, não se podendo atenuar a culpa de uma parturiente que mate o filho nestas circunstâncias. Esta saberá que tal conduta é ilícita e terá aptidão para direccionar os seus comportamentos à sua vontade.

Igualmente, uma mãe que sofra com POC poderá projetar cenários onde pratica ações que violam a integridade física do bebé – ou até a sua vida -, mas nunca perderá o senso de que tal conduta é proibida por lei e moralmente condenada, adotando uma postura de prevenção e esquivando-se de situações que reforcem tais pensamentos. Importa pôr a tónica no facto de estas mães evitarem os bebés sem, no entanto, se esquecerem da sua existência. Ou seja, nunca poderemos falar de um infanticídio por omissão, dado que estas mães farão de tudo para que a saúde do seu bebé esteja em dia, embora recorram a terceiros para a execução das diversas tarefas que a maternidade implica, porque têm medo de provocar danos no recém-nascido. Como tal, procederemos também ao afastamento deste transtorno do grupo de patologias que podem derivar de uma influência perturbadora do parto na aceção pretendida pelo espírito da lei.

Já relativamente à DPP, embora seja o transtorno que a generalidade da população interliga à ‘influência perturbadora do parto’, opinamos que esta se encontra numa situação de fronteira, porque apenas em certos casos é que provoca confusão mental, falta de controlo de impulsos e comportamentos agressivos. Consequentemente, se do relatório pericial se concluir que, à data da prática dos factos, a mulher se encontrava em estado depressivo, mas não sofria de nenhum dos sintomas referidos, não deveremos concluir por uma imputabilidade diminuída, na medida em que a capacidade de entendimento e de autodomínio da mulher permanecia intacta.

Sem embargo, é crucial reconhecer que a DPP pode manifestar-se de formas variadas, sendo essencial considerar o contexto individual de cada caso. Assim, e como defenderemos *infra*<sup>114</sup>, na hipótese de o perito não conseguir concluir com certezas sobre a existência ou não existência de confusão mental ou do seu impacto na ação da

---

<sup>114</sup> V/ *infra*, pp. 47 e ss.

parturiente, deverá ser aplicado o princípio *in dubio pro reo*, sendo a mãe infanticida condenada pelo art. 136º CP.

Finalmente, quanto à PSPT e à psicose puerperal não nos parece haver qualquer dúvida da sua aptidão para preenchimento do conceito. A PSPT pós-parto pode ser facilmente identificada como uma perturbação manifestada em decorrência de uma ‘influência perturbadora do parto’, na medida em que o trauma associado pode consubstanciar-se no próprio momento do parto, ou por ele ser amplificado (nos casos onde o trauma teve início na própria gravidez ou em gravidezes anteriores).

Neste quadro, a mulher terá reações dissociativas de vários graus, podendo, no mais extremo dos casos, perder completamente a facultade de assimilação do ambiente que a rodeia, experimentar alucinações e conceber ideias paranoides. Poderá ouvir vozes que a instruem a acreditar que o seu bebé está possuído por forças malignas e precisa de ser purificado, podendo realizar rituais de exorcismo no bebé, sacudindo-o ou infligindo-lhe danos físicos; poderá ter alucinações visuais, nas quais vê o bebé transformado numa figura monstruosa, adotando condutas para se proteger a si ou a terceiros; poderá experimentar sensações físicas desconfortáveis ou dolorosas quando toca no recém-nascido, reagindo agressivamente às mesmas.

O mesmo poderá acontecer em resultado da psicose puerperal. Esta é uma emergência médica que requer tratamento imediato à base de medicação antipsicótica e terapia, uma vez que se caracteriza por alucinações, delírios, pensamento desorganizado, comportamento impulsivo ou perigoso e mudanças de humor extremas.

Por conseguinte, a questão terá de passar pela análise da própria inimputabilidade, na medida em que a mãe poderá não ter capacidade para entender o carácter ilícito do seu comportamento ou de se determinar de acordo com esse entendimento. Se se concluir que assim o é, deverá ser declarada inimputável, à luz do art. 20º CP; por outro lado, se do relatório pericial se concluir que a infanticida tinha conhecimento da ilicitude da sua ação, mas decidiu agir por força de PSPT ou de uma psicose puerperal, então não haverá outra solução que não a aplicação do art. 136º CP.

## 5. A aplicação do crime de infanticídio na jurisprudência portuguesa

### 5.1. Contexto geral

Passaremos agora ao elenco de algumas decisões jurisprudenciais portuguesas relacionadas com o crime de infanticídio. Antes de mais, importa salientar que este tipo legal não tem aplicação corrente em Portugal, havendo uma grande flutuação na argumentação que subjaz ao afastamento do art. 136º CP.

Geralmente em sede de primeira instância, julgando-se uma mulher que matou o filho imediatamente após o parto (estando verificado o critério temporal para a aplicação do crime de infanticídio), os tribunais não equacionam sequer a possibilidade de aplicar este artigo<sup>115</sup>. Pelo contrário, optam diretamente pela imputação por homicídio qualificado, considerando haver especial censurabilidade ou perversidade - por ser um crime praticado contra descendente (art. 132º, nº2 al. a) CP) e contra pessoa particularmente indefesa (art. 132º, nº2, al. c) CP), premeditado com frieza de ânimo (art. 132º, nº2, al. j) CP).

Este mesmo procedimento é observado também no âmbito do tribunal de segunda instância.<sup>116</sup>, embora com menos recorrência. Neste plano, é comum o afastamento do homicídio qualificado, sustentando-se que não se poderá defender a condenação pelo art. 132º, nº2, al. a), porque este exige que o autor do facto tenha superado um bloqueio assente nos laços afetivos entre mãe e filho para proceder à prática dos factos, o que não se coaduna com a grande maioria dos casos em questão, onde nem sequer chega a existir uma relação em termos psicoafetivos.

Da mesma forma, impugnam pela não precedência da condenação pela alínea c), uma vez que a idade do recém-nascido “(...) não foi um factor facilitador do homicídio, porque foi um facto intrínseco à principal motivação da arguida”<sup>117</sup>. Já quanto à alínea j), defendem que a decisão de eliminar o bebé só é tomada no momento do parto, porquanto estas mulheres evitaram pensar sobre o fim a dar ao bebé durante toda a gestação.

Em todo o caso, quando é efetivamente ponderada a aplicação do art. 136º, muitas vezes cogitam não estar preenchido o critério da ‘influência perturbadora do parto’ porque

---

<sup>115</sup> Cfr. Ac. TRP de 10.01.2018 (proc. nº 150/11.8JAAVR.P1).

<sup>116</sup> *Ibidem*.

<sup>117</sup> Cfr. Ac. STJ de 09.09.2010 (proc. nº 1795/07.6GISNT.L1).

se prova que a mulher estaria já com uma patologia psiquiátrica durante a gravidez, sugerindo, conseqüentemente, a existência de premeditação para a prática do facto<sup>118</sup>.

## 5.2. As dificuldades na interpretação do critério da ‘influência perturbadora do parto’

O Ac. STJ de 14.07.2021<sup>119</sup> retrata o caso de uma indivíduo estrangeira, que se encontrava em Portugal desde 2016 e vivia em condição de sem abrigo desde 2019. A arguida encontrava-se em fase final de gravidez em novembro de 2019, tendo ocultado o seu estado gravídico não só do seu companheiro, com quem mantinha relações há cerca de quatro meses, mas também dos restantes indivíduos praticantes de mendicidade, com quem interagira regularmente. Nunca adquiriu nenhum bem necessário para o seu futuro filho, sabendo apenas que se encontrava grávida porque lhe foi realizado um teste de gravidez no GAT – Grupo Ativistas em Tratamento.

Em determinado dia do referido mês de novembro, a arguida apercebeu-se que estava a entrar em trabalho de parto, deslocando-se a um local de apoio – onde se armazenavam roupas e bens alimentares -, de onde trouxe um mero saco de plástico. Depois, afastando-se do local onde dormia com o seu companheiro, deu à luz, colocou o bebé dentro do saco de plástico – que não fechou -, e, numa zona de contentores de lixo, introduziu o saco dentro do ecoponto amarelo. O recém-nascido ali ficou durante trinta e sete horas, tendo sido descoberto por outro sem abrigo e conduzido ao hospital com vida.

O Tribunal de Primeira Instância e o Tribunal da Relação condenaram a arguida por homicídio qualificado, na forma tentada (arts. 22º, 23º, 73º, 131º e 132º n.º1 e 2 alíneas a), c) e j) CP), em 9 anos de prisão. A arguida pediu recurso para o STJ, que acabou por determinar a condenação por homicídio privilegiado, defendendo existir um caso de emoção violenta e desespero, na medida em que o relatório pericial realizado evidenciava o estado anímico da recorrente à data da prática dos factos.

De releve para o nosso trabalho, importa referir as motivações do STJ para o afastamento do infanticídio, presente no artigo 136º CP. Ora, este defendeu que “(...) a

---

<sup>118</sup> Cfr. Ac. TRL de 11.03.2010 (proc. nº 1795/07.6GISNT.L1-9).

<sup>119</sup> Cfr. Ac. do STJ de 14.07.2021 (proc. nº 1589/19.6PKLSB.L1.S1).

construção dogmática do tipo remete para uma ulterioridade ao momento do parto, ou, pelo menos, contemporaneidade em relação a ele (...) Apesar de todas subtilezas e matizes de uma mente sem dúvida complexa, e perante uma situação perturbadora, está dado como provado que houve uma determinação criminosa prévia ao parto. (...) Assim sendo, tem de afastar-se a possibilidade de infanticídio, por faltar esse requisito essencial de contemporaneidade ou subsequência, que é como o crime se encontra construído(...)"<sup>120</sup>.

Ou seja, o STJ considerou que o critério ‘durante ou logo após o parto’, sobre o qual já tivemos a oportunidade de nos exprimir<sup>121</sup>, se prende não com o momento da prática do facto, mas com a premeditação para a prática do mesmo. No entanto, esta argumentação não encontra coerência com a doutrina psiquiátrica associada ao desenvolvimento de uma ‘influência perturbadora do parto’, na medida em que a existência de uma conjuntura na qual a gestante vê a sua capacidade de autocontrolo diminuída enquanto dá à luz – quer seja por um fenómeno de desrealização, despersonalização ou outro –, não está geralmente individualizada de um quadro clínico precedente, desenvolvido aquando da gravidez.

Como afirmam Jorge de Figueiredo Dias e Nuno Brandão, a ‘influência perturbadora do parto’ não é “absolutamente incompatível” com a premeditação, visto que “frequentemente a morte é precedida de sentimentos de negação ou rejeição da gravidez, conduzindo a uma predisposição para uma futura ação homicida”<sup>122</sup>. Este entendimento merece o nosso apoio, visto que, sendo provado que a mãe agiu conscientemente ou, até, premeditadamente, tal não é diretamente incompatível com a possibilidade de prova da existência de ‘influência perturbadora do parto’. Em todo o caso, tal não significa concordância com a defesa dos mais variados tribunais de que se a mãe não preparou a chegada do filho – comprando roupa, fraldas, etc – ou se não contou ao parceiro da gravidez, a mãe decidiu-se conscientemente para a prática do facto. Como vimos acima<sup>123</sup>, este é um procedimento normal em caso de negação psicótica ou não psicótica da gravidez.

---

<sup>120</sup> *Ibidem*.

<sup>121</sup> *V/ supra*, p. 11 e ss.

<sup>122</sup> Cfr. DIAS, J. de F., & BRANDÃO, N. (2012). *Ob. Cit.*, pp. 172 e 173.

<sup>123</sup> *V/ supra*, pp. 21 e ss.

No caso concreto, a arguida efetivamente deslocou-se a um centro de apoio – onde poderia ter obtido bens destinados ao cuidado do bebé – apenas para adquirir um saco, no qual sabia que iria colocar o corpo do recém-nascido após o parto. No entanto, tal não implica que o tenha feito estando na posse da totalidade das suas capacidades mentais. E, como tal, a argumentação apresentada pelo STJ dever-se-ia interligar com o critério pessoal da ‘influência perturbadora do parto’ – devendo-se requerer uma perícia para averiguação neste sentido – e não com o critério temporal, que nada mais indica do que o requisito legal para o momento da prática do facto.

Por sua vez, o Ac. TRP de 10.01.2018<sup>124</sup>, expõe o caso complexo de uma professora que, após vigiar as provas de aferição de maio de 2011, se deslocou até às instalações sanitárias da escola, onde entrou em trabalho de parto. Nascido o bebé, cortou o seu cordão umbilical com uma tesoura que havia trazido da sala de aula, pegou num saco de plástico e aí colocou o respetivo recém-nascido, a tesoura e uns panos que manchara com sangue. Feito isto, introduziu tudo dentro de outro saco maior, alegadamente matando o bebé por asfixia.

Perante a demora da arguida, as restantes professoras prontamente acorreram em seu auxílio. Durante o tempo que mediou o acontecimento e a chegada dos bombeiros, a arguida andou até ao carro, onde deixou o saco com a criança, seguindo depois com os bombeiros para o hospital. Importa referir que a arguida em questão ocultou o seu estado durante quase toda a gravidez, tanto das suas colegas de trabalho, como do seu marido.

Este acórdão é curioso porque revela a ambiguidade que paira à volta do critério pessoal prescrito no art. 136º CP. De facto, a 26.11.2015, o STJ decretou o reenvio do processo para novo julgamento em primeira instância, por não terem sido pedidas as necessárias perícias para averiguação da motivação da arguida, do seu estado emocional e psíquico ao longo da gravidez, no parto e logo após o parto, assim como para se averiguar da existência de fatores que, tanto endogenamente como exogenamente, a podem ter condicionado à prática do crime de homicídio.

Neste sentido, foi realizada uma perícia psiquiátrica pelo INML, cujo relatório exprimiu que “(...) “em momento algum se percebem sinais ou sintomas que possam

---

<sup>124</sup> Cfr. Ac. TRP de 10.01.2018 (proc. nº 150/11.8JAAVR.P1).

indiciar um estado psicótico que pudesse ter condicionado a examinada na sua capacidade de determinação perante os seus atos”<sup>125</sup>. Igualmente é referido que “(...) O estado depressivo posterior ao parto, (...) também não revela ter características psicóticas”<sup>126</sup>. No entanto, o relatório realizado pelo psiquiatra particular da arguida, veio sustentar que a mesma se encontrava, no momento do parto, “em pânico, numa confusão total”, razão pela qual “os altos níveis de ansiedade (...) poderão ter contribuído de alguma forma para a capacidade da examinada se determinar no momento dos factos (...)”<sup>127</sup>. Com base nisto, o perito do INML veio admitir a possibilidade de esta padecer de Estados de Ansiedade e Estado Dissociativo.

Contraditoriamente, o tribunal veio, posteriormente, afirmar que “Nem se coloca, nem foi sequer suscitada, a eventual necessidade de qualquer avaliação psiquiátrica à arguida, de forma a determinar se o seu comportamento resultou da ‘influência perturbadora do parto’, pois a envolvimento em que decorreu a actuação da arguida e as pessoas que estavam à sua volta atestam que a sua actuação não sofreu influência das condições emocionais e físicas em que decorreu o parto; o que também resulta do depoimento da médica que a recebeu no serviço de urgência.”<sup>128</sup>.

Com base em tudo isto, o tribunal de primeira instância condenou a arguida por homicídio qualificado e profanação de cadáver, numa pena de prisão de 13 anos e 6 meses, afastando a condenação por infanticídio por não ter ficado provado que a arguida matou o filho “(...) em resultado das dores e perturbação ou da influência do parto, nem de o mesmo ter ocorrido naquelas circunstâncias”<sup>129</sup>. Também o Tribunal da Relação confirmou a argumentação utilizada pela primeira instância, embora tenha procedido à condenação por homicídio simples, considerando não se estar no âmbito do art. 132º, nº2 als. a), c) ou j) CP.

Cabe questionar: tendo sido requerida uma perícia psiquiátrica de elucidação sobre o estado emocional e psíquico da arguida ao longo da gravidez, durante e logo após o parto, não significa isto que o STJ quis introduzir o conceito da ‘influência perturbadora do parto’ no objeto da perícia? De facto, não entendemos qual a fronteira que serviu de

---

<sup>125</sup> *Ibidem.*

<sup>126</sup> *Ibidem.*

<sup>127</sup> *Ibidem.*

<sup>128</sup> *Ibidem.*

<sup>129</sup> *Ibidem.*

argumentação aos tribunais em causa. Estamos perante um cenário onde não só os elementos objetivo e subjetivo do crime de infanticídio estão preenchidos – a mãe, com dolo, provocou a morte ao descendente em primeiro grau -, mas também o critério temporal, visto que a conduta foi praticada imediatamente após o parto. No caso concreto podemos até pôr tónica no facto de a arguida ter parido completamente sozinha, num cenário de aflição e pânico. Parece-nos lógico, portanto, que o STJ tenha tido em vista a recolha de toda a prova passível de esclarecer sobre aquelas que eram as capacidades mentais da mãe aquando da prática do facto.

Ademais, tendo a peritagem concluído no sentido de haver um possível estado dissociativo aquando do parto, não entendemos como pode o tribunal defender plenamente “(...) que a sua actuação não sofreu influência das condições emocionais e físicas em que decorreu o parto”, baseando-se única e exclusivamente nos depoimentos de testemunhas. Como foi dito pelos nossos entrevistados, não existe uma reação típica – um momento de histeria obrigatório – de uma mulher que sofra um transtorno psicológico no momento do parto<sup>130</sup>, pelo que, pegando nas palavras de Maria Margarida Silva Pereira “O saber se alguém estava emocionado é matéria que deve ser apurada pelas ciências médicas, psicológicas ou psiquiátricas, e não através de juízos de valor. Como matéria de facto, a emoção deve ser avaliada face ao agente em concreto e não face a qualquer homem médio, pois a consideração deste implica valorações que são adversas ao estabelecimento de uma correcta factualidade.”<sup>131</sup>

Em conclusão, a jurisprudência portuguesa parece carecer de uma definição clara e abrangente do critério ‘influência perturbadora do parto’, deixando espaço para interpretações variadas e, por vezes, contraditórias. Há uma aparente ausência de consenso entre os tribunais sobre a natureza deste critério, porquanto nem todos reconhecem plenamente a sua complexidade e a necessidade de uma abordagem que tenha em consideração fatores psicológicos.

Para mais, a falta de integração deste requisito com o contexto mais amplo da gravidez e do estado emocional e psicológico da mãe sugere uma interpretação limitada e fragmentada, destoadada dos cenários tipicamente ilustrados pela psicologia e psiquiatria como potenciadores de descontrolos emocionais no momento do parto (e que podem

---

<sup>130</sup> V/ *infra*, p. 64.

<sup>131</sup> Cfr. PEREIRA, M. M. S., & FERREIRA, A. J. (1998). *Direito Penal II. Os homicídios*. AAFDL, p. 85.

retirar à mulher a capacidade de avaliação dos seus atos). Por vezes, a jurisprudência chega a admitir a existência de uma negação da gravidez<sup>132</sup>, mas aceitam-na como sendo uma prática consciente, independentemente de os profissionais afirmarem que se trata de um “mecanismo de defesa do Ego (que, por definição é inconsciente) que consiste na negação ou recusa em aceitar a existência de aspectos da realidade”<sup>133</sup>.

### 5.3. O problema da prova: a falta de perícia

O processo sobre o qual recaiu o acórdão do TRP, acima mencionado, retrata perfeitamente o problema aqui em causa. O processo foi instaurado em 2011, no ano da prática dos factos, tendo chegado ao STJ em novembro de 2015<sup>134</sup>. Este, como já tivemos a oportunidade de referir, determinou o reenvio do processo para averiguação das motivações e do estado emocional da parturiente durante a gravidez, no parto e no pós-parto.

Posteriormente, o tribunal de primeira instância determinou pela não condenação por crime de infanticídio, presente no artigo 136º CP, sem, no entanto, requerer perícia específica para tal. O mesmo aconteceu no TRP.

A arguida, continuando insatisfeita, pediu novo recurso para o STJ, que, por acórdão datado de 18.10.2018<sup>135</sup>, determinou novo reenvio parcial, desta vez, sim, para apuramento da existência de situação de facto para condenação por infanticídio.

O relatório pericial defendeu que “(...) não se pode excluir a ‘influência perturbadora do parto’ no momento e imediatamente a seguir ao parto do recém-nascido”<sup>136</sup>, tendo havido “(...) um período de possível estreitamento do campo de consciência”<sup>137</sup>. Em todo o caso, foi dado como não provado que a arguida se encontrava sob ‘influência perturbadora do parto’, tendo sido condenada por homicídio simples e profanação de

---

<sup>132</sup> Cfr. Ac. TRL de 29.03.2011 (proc. nº 288/09.1GBMTJ.L1-5).

<sup>133</sup> *Ibidem*.

<sup>134</sup> Cfr. Ac. STJ de 26.11.2015 (proc. nº 150/11.8JA AVR.P1).

<sup>135</sup> Cfr. Ac. STJ de 18.10.2018 *in* Ac. STJ de 16.03.2022 (proc. nº 150/11.8JA AVR.P1).

<sup>136</sup> Cfr. Ac. STJ de 16.03.2022 (proc. nº 150/11.8JA AVR.P1).

<sup>137</sup> *Ibidem*.

cadáver, em 9 anos e 6 meses de prisão efetiva. O mesmo aconteceu em sede de recurso para o tribunal de segunda instância.

Não desistindo, a arguida pediu novo recurso para o STJ, arguindo que as conclusões do perito, sendo extraídas em juízo técnico e científico, estariam subtraídas à livre apreciação do tribunal, tendo havido, por isso, erro de julgamento na prova produzida em primeira instância. Nesse sentido, dever-se-ia retirar dos factos não provados que a arguida estava sob ‘influência perturbadora do parto’, uma vez que a peritagem não concluiu pelo afastamento da existência de uma perturbação no momento em que pariu. Ora, havendo dúvida insanável sob a capacidade de autocontrolo da arguida no momento da prática dos factos, incumbia ao tribunal a aplicação do princípio *in dubio pro reo* e a condenação da arguida pelo crime de infanticídio.

O STJ, a 16.03.2022, concluiu que “Do texto da decisão recorrida, não resulta que o Tribunal da Relação ao dar como provados os factos constantes do acórdão recorrido, tendo dúvidas sobre a verificação de algum ou alguns deles, se tivesse decidido contra a arguida, e, por outro do mesmo texto, conjugado com as regras da experiência comum, não ressalta que outra deveria ter sido a decisão sobre a matéria de facto”<sup>138</sup>.

Ora, mais do que juízos sobre a argumentação utilizada pelo STJ, importa refletir sobre a falta de perícia. O processo em questão foi alvo de cinco análises – de 2011 até 2018 - antes de ser requerida a realização de perícia para averiguação do critério pessoal presente no artigo 136º CP. Trata-se de um claro descuido dos tribunais, que põe em causa o correto julgamento dos factos e a correta condenação da arguida.

Cabe notar que esta é uma prática recorrente em casos similares: o Ac. STJ de 19.04.2018<sup>139</sup> versa sobre a condenação de uma mulher que, após parir o filho numa casa abandonada, o matou de modo não concretamente apurado e ocultou o seu corpo, colocando-o sobre umas árvores rasteiras e cobrindo o seu corpo com ervas secas. Esta foi condenada por homicídio qualificado e crime de profanação de cadáver em 19 anos e seis meses, sem nunca se ter tentado averiguar se a mesma padecia de qualquer transtorno psiquiátrico que a pudesse ter motivado para a prática do facto. Como foi dito pelo STJ, “(...) na matéria de facto provada, nada se refere quanto a este ponto; também não existe

---

<sup>138</sup> *Ibidem*.

<sup>139</sup> Cfr. Ac. do STJ de 19.04.2018 (proc. nº 533/16.7PBSTR.E1.S1).

matéria de facto não provada no sentido de, por exemplo, não se ter conseguido obter aquela informação, pese embora o tribunal tivesse tentado, ou no sentido de se não ter provado que tivesse atuado sob a ‘influência perturbadora do parto’; e também não há na fundamentação da matéria de facto qualquer descrição de um possível relatório pericial sobre o estado da arguida”<sup>140</sup>.

Por seu turno, o Ac. STJ de 26.02.2009<sup>141</sup> evidencia os mesmos três fatores: a) uma mãe, b) que matou o seu filho e c) imediatamente após o parto. E, da mesma forma, o Supremo Tribunal foi obrigado a arguir a existência de vício por insuficiência da matéria de facto provada para a decisão (art. 410º, nº1, al. a) do Código de Processo Penal (CPP)), porque as instâncias se furtaram de investigar se o comportamento da parturiente resultou da ‘influência perturbadora do parto’.

Por último, no Ac. TRL de 29.03.2011<sup>142</sup> é-nos dito que, perante o cenário de uma mulher que entrou em trabalho de parto na sanita e procedeu ao homicídio do filho mediante estrangulamento com as suas mãos, o tribunal de primeira instância não cuidou da realização de uma avaliação psiquiátrica à arguida, ainda que se tenha concluído que a mesma estaria em negação da gravidez. A arguida pediu recurso, tendo o STJ, a 11.10.2012, justificado que a condenação por homicídio se baseava no facto de a mesma ter mantido o discernimento, embora não tenha propriamente refletido sobre o ato.

Quanto a este acórdão, damos a nossa concordância ao voto de vencido de Santos de Carvalho, que afirmou que, na qualidade de Tribunal de Revista de última instância, o STJ tinha a obrigação acrescida de cuidar pela boa aplicação do direito, razão pela qual devia ter avaliado a hipótese de estarmos perante um crime de infanticídio<sup>143</sup>.

O Ministério Público, na fase de inquérito, detém também a faculdade de requerer a perícia para avaliação psíquica da mulher (art. 270º, nº2 al. b) CPP), mas da jurisprudência portuguesa, podemos constatar que esta também não é uma prática reiterada<sup>144</sup>.

---

<sup>140</sup> *Ibidem*.

<sup>141</sup> Cfr. Ac. STJ de 26.02.2009 (proc. nº 08P3547).

<sup>142</sup> Cfr. Ac. TRL de 29.03.2011 (proc. nº 288/09.1GBMTJ.L1-5).

<sup>143</sup> *Ibidem*.

<sup>144</sup> Cfr. Ac. TRL 11.03.2010 (proc. nº 1795/07.6GISNT.L1-9); Ac. STJ de 09.09.2010 (proc. nº 1795/07.6GISNT.L1).

Por tudo isto, somos da opinião que os tribunais portugueses não têm respeitado o princípio da investigação, presente, com carácter geral, no art. 340º, nº1 CPP. Ou seja, ainda que a perícia possa ser requerida também pela arguida, assistente ou partes civis (artigo 154º CPP), ao tribunal compete o preenchimento de qualquer lacuna que possa ter existido na defesa ou acusação das partes, devendo requerer a perícia para o alcance de decisões justas e fundamentadas. Isto porque a “(...) diversidade dos meios de prova e dos factos probatórios, em especial quanto à sua natureza, aumenta a convicção do juiz, no sentido do facto submetido à prova ter existido, porque uma hipótese factual que corresponde à realidade foi gerada num fundo factual mais amplo onde necessariamente teve outros factos como causas, deu origem a outros factos como seus efeitos ou consequências e reflectiu-se noutros factos seus contemporâneos”<sup>145</sup>.

Acresce que a Lei nº 48/2007, de 29.08, estabeleceu que a realização de perícias sobre características físicas ou psíquicas deve responder ao critério da “necessidade” (art. 154º, nº 2 CPP), necessidade esta que, a nosso ver, existirá sempre que estiverem cumpridos todos os requisitos presentes no artigo 136º, com exceção do critério pessoal da ‘influência perturbadora do parto’, cuja avaliação, como já vimos, exige conhecimentos específicos da doutrina psiquiátrica.

Importa evidenciar que não descuramos que, do disposto no artigo 163º, nº 2 CPP, se entende, efetivamente, que o conteúdo da perícia pode ser contrariada pela convicção do juiz. Ou seja, embora o valor probatório da perícia introduza um entrave ao princípio da livre apreciação da prova, o juiz pode fundamentar a sua divergência, quando a sua convicção diverja do juízo contido no parecer dos peritos. Todavia, esta é uma faculdade limitada ao julgador que tenha “(...) o conhecimento técnico próprio necessário (...) para proceder à percepção e avaliação do facto (...)”<sup>146</sup>. Como afirma Figueiredo Dias “(...) o juízo científico ou parecer propriamente dito só é susceptível de uma crítica igualmente material e científica”<sup>147</sup>. Fora disto, só poderá apreciar a prova livremente se a divergência relativamente ao juízo dos peritos se circunscrever aos factos em que se apoia a peritagem. Como tal, “quando se verifique a divergência entre o resultado da perícia e a sentença,

---

<sup>145</sup> Cfr. RUÇO, A. A. V. (2019). *Prova e Formação da Convicção do Juiz*. 2ª Edição. Almedina, p. 272.

<sup>146</sup> Cfr. ALBUQUERQUE, P. P. de. (2010). *Comentário do código penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*. Universidade Católica Portuguesa, p. 422.

<sup>147</sup> Cfr. DIAS, J. de F. (2004). *Direito Processual Penal* (Reimpressão da 1ª Edição de 1974). Coimbra Editora, p. 209.

sem que essa divergência seja suficientemente fundamentada pelo tribunal, há nulidade da sentença derivada de uma omissão de pronúncia sobre uma questão que deveria apreciar, isto é, o valor da perícia (artigo 379º, nº1 al. c))”<sup>148</sup>.

Mas toda esta questão ganha maior relevo com o art. 351º, nº1 e 2 CPP, na medida em que, se se tratar de um caso fundado de possível imputabilidade diminuída – como o infanticídio - não poderá o juiz decidir tendo unicamente em conta o seu conhecimento técnico próprio, devendo ordenar uma perícia (art. 351º, nº 1 e 2 CPP). Em todo o caso, sendo uma perícia sem carácter obrigatório, a omissão de mera constitui mera irregularidade.

Dito isto, a verdade é que, quando o tema é a aplicação do art. 136º CP, os tribunais portugueses ainda optam pelo apoio em prova testemunhal<sup>149</sup>.

#### 5.4. O princípio *in dubio pro reo*

Finalmente, importa refletir sobre a aplicação do princípio *in dubio pro reo*. Este “(...) é o princípio de acordo com o qual o tribunal deve dar como provados os factos favoráveis ao arguido, quando fica aquém da dúvida razoável, apesar de toda a prova produzida.”<sup>150</sup>. Tem consagração constitucional no art. 32º, nº2 da Constituição da República Portuguesa.

Resumidamente, após a apresentação e análise dos elementos de prova, conforme estabelecido pelos artigos 340º e 341º CPP, o tribunal procede à sua avaliação, nos termos prescritos pelo artigo 127º. Nesse contexto, se os factos forem considerados suficientemente provados, o tribunal aceita-os como tal. Se a prova não for conclusiva, os factos são considerados não provados. Já se, apesar da evidência apresentada, persistir uma dúvida razoável, esta terá de beneficiar ao réu, pelo que os factos favoráveis ao arguido são considerados provados.

Quanto ao crime de infanticídio, este princípio foi invocado sempre que os tribunais de recurso decidiram pelo reenvio do processo para apuramento das condições psíquicas

---

<sup>148</sup> Cfr. ALBUQUERQUE, P. P. de. (2010). *Ob. Cit.*, p. 445.

<sup>149</sup> Cfr. Ac. TRL de 29.03.2011 (proc. nº 288/09.1GBMTJ.L1-5

<sup>150</sup> Cfr. ANTUNES, M. J. (2022). *Direito Processual Penal* (4ª Edição). Almedina., p. 205.

da arguida, nos termos do artigo 426º, nº 2 CPP. Com efeito, o Ac. STJ de 26.02.2009 transmitiu que “(...) verificado que a conduta teve lugar logo após o parto, se o juiz, depois de produzida toda a prova possível, ficar em dúvida insanável sobre se a mãe actuou sob a influência perturbadora daquele, ele deve considerar verificada a tipicidade do art. 136º e não deve, em alternativa, punir pelos arts. 131º ou 132º”<sup>151</sup>. Da mesma forma, no acórdão de 19.04.2018, o STJ defendeu que “(...) apenas caso se prove que não houve qualquer influência decorrente do parto a determinar o infanticídio é que podemos afastar a subsunção dos factos ao disposto no art. 136.º CP; pelo contrário, em caso de dúvida deverá funcionar o princípio *in dubio pro reo* (...)”<sup>152</sup>.

Na nossa opinião, o problema com este princípio é que a sua aplicação surge apenas em conceções teóricas. Isto porque, na verdade, não é possível sequer suscitar a sua aplicação prática se não tiver sido requerida perícia para averiguação da ‘influência perturbadora do parto’, uma vez que o tribunal não poderá ter uma dúvida fundada sobre prova que não foi produzida. Ou seja, o primeiro passo para garantir o julgamento justo destas mulheres passa sempre por requerer as perícias necessárias para confirmar se foi uma perturbação que motivou a mulher à prática do facto.

Sendo produzida a dita prova, dever-se-á recorrer ao princípio *in dubio pro reo* sempre que da peritagem se concluir que não é possível o afastamento absoluto da hipótese de acometimento por ‘influência perturbadora do parto’. Destarte, a realidade não é esta. A título de exemplo, no Ac. STJ de 16.03.2022 faz-se menção à perícia realizada aquando da produção de prova em tribunal inferior. Nesta concluiu-se que não se podia excluir a ‘influência perturbadora do parto’ no momento e imediatamente a seguir ao parto do recém-nascido<sup>153</sup>, mas, independentemente disto, a mulher foi condenada por homicídio simples em 9 anos e 6 meses de prisão.

Como afirma Augusto Silva Dias, “não há uma presunção inilidível de que esta influência perturbadora existe em todos os casos”, pelo que “o tribunal deverá comprovar sempre se ela se deu ou não na situação concreta”. No entanto, esta é uma “tarefa difícil em muitos casos, sobretudo naqueles em que o infanticídio é praticado em condições de

---

<sup>151</sup> Cfr. Ac. STJ de 26.02.2009 (proc. nº 08P3547).

<sup>152</sup> Cfr. Ac. STJ de 19.04.2018 (proc. nº 533/16.7PBSTR.E1.S1).

<sup>153</sup> Cfr. Ac. STJ de 16.03.2022 (proc. nº 150/11.8JA AVR.P1).

abandono e de desamparo, surgindo aqui um vasto campo de aplicação do princípio *in dubio pro reo*<sup>154</sup>.

A aplicação do princípio *in dubio pro reo* também terá de acontecer sempre que não houver certeza se a patologia de que a mulher padece é a negação (psicótica ou não psicótica) ou a ocultação da gravidez, visto que, no primeiro caso, tratamos de um mecanismo inconsciente, em que a mulher não tem pleno controle sobre suas ações; ao passo que, no segundo caso, a ocultação é deliberada, muitas vezes motivada por questões sociais, sendo a ação alheia a qualquer ‘influência perturbadora do parto’. Ora, se em caso de dúvida entre a negação e a ocultação, optássemos pela condenação por homicídio simples ou por homicídio qualificado, poderíamos estar a condenar mais penosamente uma mulher cuja capacidade de autocontrolo estava lesada aquando do momento da prática do facto.

## **6. Considerações de género**

Durante séculos, a mulher foi vista, no nosso país, como a principal responsável pelo cuidado dos filhos e pela gestão do lar, uma visão reforçada pela convicção de que as mulheres estão biologicamente programadas para tal.

Esta ideia tem sido perpetuada por expectativas sociais, que definem a maternidade como um destino inevitável e desejável para todas. Durante a vida, qualquer mulher ouvirá expressões que interligam a sua natureza feminina a perceções ligadas à maternidade, p.e. “já menstrua, já é uma mulherzinha”; “a maternidade é a altura mais feliz da vida de uma mulher”; ou “o instinto maternal é natural em todas as mulheres”.

Apesar destas construções, a realidade da maternidade nem sempre é idílica e a experiência de ser mãe pode ser profundamente diversa e complexa. Os desafios associados a este período são frequentemente ignorados pelos estereótipos simplistas, que impedem a sua discussão. Aliás, “(...) a maioria das mulheres no período perinatal não aborda as suas dificuldades emocionais (...) O estigma associado à doença psiquiátrica e

---

<sup>154</sup> Cfr. DIAS, A. S. (2007). *Op. Cit.*, p. 46.

a discrepância entre a expectativa individual (e social) de felicidade durante este período e as vivências da mulher dificultam uma abordagem clínica precoce”<sup>155</sup>.

Verifica-se também que estas prenoções são ainda tidas em conta pelo poder judicial, nomeadamente na condenação por infanticídio. A título de exemplo, o TRP, no acórdão de 10.01.2018, defendeu que não haveria uma “coerência entre o sentimento que [a arguida] procura invocar e a reação de uma mãe naquele contexto”<sup>156</sup>, evidenciando que qualquer mulher, aquando do nascimento de um filho, terá um comportamento padronizado pelo seu ímpeto de cuidadora. Da mesma forma, no Ac. TRL de 29.03.2011, afirma-se que “(...) numa situação "normal", uma mulher que acabou de dar à luz um filho e que o tem a chorar nas suas mãos, não pode deixar de ser, por todos os mecanismos genéticos ou pré- programados pela natureza, dominada por um sentimento de amor avassalador pelo pequeno ser que tem nas mãos”<sup>157</sup>, pelo que, ao matar o recém-nascido, a arguida terá neutralizado esse sentimento, de modo a perseverar na sua vontade de pôr fim à vida do filho.

Ademais, o facto de a prática demonstrar que não são regularmente requisitadas perícias para avaliação psíquica quando uma mãe mata o seu filho durante ou imediatamente após o parto, sugere que a tendência dos tribunais é não remitir a mulher que contrarie o papel que a natureza lhe atribuiu. Quando se condena uma mulher - que pratica este crime nestas condições – por homicídio simples ou qualificado, sem sequer se ponderar a aplicação do art. 136º CP, está-se a orientar a censura para a personalidade da mulher, para o impacto que aquele crime tem na opinião da sociedade, descurando-se da análise correta da medida da culpa e das necessidades de prevenção especial.

Importa salientar que a tipificação legal do crime de infanticídio não visa a minimização de um comportamento homicida da mãe apenas por o ser. Tem em vista a atenuação da pena de um ser humano que, face às mudanças biológicas que sofreu durante um período determinado, esteve condicionado na sua capacidade de autocontrolo e

---

<sup>155</sup> Cfr. CORREIA, D. T. *et al.* (2017). *Op. Cit.*, p. 4.

<sup>156</sup> Cfr. Ac. TRP de 10.01.2018 (proc. nº 150/11.8JA AVR.P1).

<sup>157</sup> Cfr. Ac. TRL de 29.03.2011 (proc. nº 288/09.1GBMTJ.L1-5).

determinação. O foco da redação legal prende-se com o impacto que determinadas patologias – específicas da maternidade - podem ter no foro psíquico da mãe.

Em todo o caso, a tipificação deste crime tem vindo a ser alvo de debate por parte de uma doutrina dada como ‘feminista’, que afirma que o tipo penal “(...) contribui para a forma subordinada como a mulher é vista na sociedade e modifica a abordagem legal quanto às questões de género, por existir um tipo de ilícito específico para as mulheres baseado na distinta condição biológica”<sup>158</sup>. Defendem que a mulher e o homem devem ser tratados igualmente pelo sistema penal, baseando-se o infanticídio numa falsa presunção de que os homicídios maternos resultam sempre dos efeitos hormonais do parto, o que acentua a crença errada de que as mulheres são delicadas e devem ser tratadas levemente por crimes violentos<sup>159</sup>. Para tal, vão ao extremo de defender que a DPP e a psicose pós-parto são criações que acentuam a ideia de que as mulheres se devem adaptar facilmente à parentalidade e que, se não o fizerem, é porque têm uma patologia subjacente<sup>160 161</sup>.

Em Portugal, podemos salientar a opinião de Teresa Beleza, que argumenta que a diminuição da responsabilidade por força de uma ‘influência perturbadora do parto’ fortifica o estereótipo que os crimes praticados por mulheres têm motivações biológicas, ao passo que, para os homens, persistem motivações racionais<sup>162</sup>.

Não podemos concordar com esta doutrina. A tipificação do crime de infanticídio não põe em causa o princípio da igualdade, porque versa sobre psicopatologias de que só as mulheres podem padecer, em virtude das mudanças biológicas que têm origem na gravidez, no parto e no pós-parto. Ora, de acordo com o art. 4º, nº 2 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1979, “a adoção pelos Estados

---

<sup>158</sup> Cfr. STANGLE, H. L. (2008). “Murderous Madonna: Femininity, Violence, and the Myth of Postpartum Mental Disorder in Cases of Maternal Infanticide and Filicide”. *WILLIAM AND MARY LAW REVIEW*, 50, 699-734, pp. 705-706.

<sup>159</sup> Cfr. STANGLE, H. L. (2008). *Op. Cit.*, p. 710.

<sup>160</sup> Cfr. CHRISLER, J., & JOHNSTON-ROBLEDO, I. (2002). “Raging hormones? Feminist perspectives on premenstrual syndrome and postpartum depression”. Em: *Rethinking mental health and disorder: Feminist perspectives*. 174–197, p. 187.

<sup>161</sup> Cfr. STANGLE, H. L. (2008). *Op. Cit.*, p. 716.

<sup>162</sup> Cfr. BELEZA, T. P. (2008). “A Mulher no Código Penal de 1982”. Em: *Colectânea de Textos de Parte Especial do Direito Penal*. AAFDL, pp. 38 e 39.

Partes de medidas especiais (...) que visem proteger a maternidade, não é considerada como um acto discriminatório”<sup>163</sup>.

Na verdade, o princípio da igualdade exige que se proteja todos os seres humanos de forma igual perante a lei, impondo-se diferenciações de tratamento quando existam especificidades relevantes que careçam de proteção. Pois bem, poder-se-ia falar, sim, de desigualdade se, no artigo 20º CP, estivesse definido que só as mulheres poderiam ser declaradas inimputáveis, porque todo e qualquer ser humano poderá ver a sua capacidade de avaliação de ilicitude reduzida em função de uma anomalia psíquica. Contrariamente, o art. 136º não viola a igualdade porquanto legisla sobre fenómenos biológicos pelos quais apenas as mulheres poderão passar.

No fundo, acreditamos que a doutrina ‘feminista’ falha em reconhecer que o corpo feminino e o corpo masculino não são iguais e que, portanto, o art. 136º CP não vai intensificar a subordinação da mulher na sociedade por esta ser vista como um ser delicado e incapaz de cometer crimes violentos, mas sim protegê-la das concepções patriarcais que veem na mulher uma cuidadora natural, à qual não é dada a possibilidade de falhar.

Esta proteção não estaria assegurada exclusivamente pelo art. 20º CP, uma vez que as psicopatologias que podem decorrer do período gravídico-puerperal não são de conhecimento comum, o que poderia culminar numa maior acentuação da ideia de que qualquer mãe que mate o seu filho durante ou logo após o parto é um monstro. Aliás, se nem com a tipificação do crime de infanticídio os tribunais pedem sempre a realização das perícias necessárias para averiguar a capacidade psíquica da mulher no momento da prática do facto, imagine-se como seriam tratados estes casos se este tipo legal não existisse.

---

<sup>163</sup> Cfr. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, Lei n.º 23/80, de 26 de Julho. Disponível em: [convencao\\_eliminacao\\_todas\\_formas\\_discriminacao\\_contra\\_mulheres.pdf \(ministeriopublico.pt\)](#).

## 7. Conclusões

A presente tese, ao explorar a complexidade do crime de infanticídio e a forma como este é tratado pelo sistema jurídico, revela conhecimentos significativos sobre as psicopatologias associadas ao período gravídico-puerperal e a sua consideração (ou falta dela) na jurisprudência portuguesa.

Da análise dos contributos fornecidos pelos profissionais entrevistados, complementada pelo estudo aprofundado das psicopatologias que podem surgir durante a gravidez, parto e pós-parto, pudemos compreender que o art. 136º CP visa abranger um grande leque de quadros clínicos - negação da gravidez, depressão pós-parto (DPP), transtorno de stress pós-traumático (PSPT) e psicose puerperal - que têm em comum o facto de resultarem na diminuição significativa da capacidade de entendimento e autocontrolo da mãe. De facto, cremos que o espírito da lei visa, precisamente, conferir uma atenuação da pena à mãe, tendo em conta as mudanças biológicas que sofre durante este período, e que podem impactar a sua capacidade de perceção da realidade circundante e a sua capacidade de ação, motivando-a para a prática do facto.

No entanto, constatámos que a jurisprudência portuguesa tem demonstrado uma tendência para a condenação destas mães infanticidas por homicídio simples ou qualificado, ignorando a necessidade de perícias psíquicas para verificar a presença da dita ‘influência perturbadora do parto’. Esta prática judicial evidencia uma falha crítica na aplicação da lei, que deveria ter em conta a vulnerabilidade psicológica inerente ao período da gestação, do parto e do pós-parto.

Adicionalmente, observámos que, mesmo quando há dúvidas fundadas sobre a existência desta influência perturbadora, os tribunais tendem a desconsiderar o princípio *in dubio pro reo*, optando por condenações mais severas sob os artigos 132º ou 133º CP. Esta abordagem rigorosa não só desconsidera a complexidade das condições psicológicas das arguidas, como também reflete uma resistência institucional a reconhecer a maternidade como uma experiência potencialmente traumática e repleta de desafios.

No fundo, toda a dinâmica em torno do tema do infanticídio revela uma persistente submissão a prenoções arcaicas, que pressupõem uma predisposição natural e inata de todas as mulheres para a maternidade. Este estereótipo resulta numa censura extrema às mães infanticidas, que são julgadas não apenas pelos seus atos, mas também pela sua

falha em cumprir os deveres sociais atribuídos ao papel de mãe. A sociedade e, por extensão, os tribunais, parecem valorizar mais o impacto do crime na opinião pública do que as circunstâncias individuais e as necessidades de prevenção especial que a pena deveria considerar.

Em conclusão, as implicações destes achados são profundas. Primeiro, apontam para a necessidade de revisão da abordagem legal e judicial do crime de infanticídio, de forma a garantir que a interpretação da lei reflita uma compreensão mais precisa das psicopatologias associadas ao período gravídico-puerperal. Depois, sugerem a importância de uma mudança que desafie os estereótipos de género enraizados, promovendo uma visão mais empática e informada das experiências maternas.

## **ANEXOS**

### **1. Informações sobre o consentimento informado**

Os profissionais entrevistados na presente dissertação foram previamente informados do objeto do estudo, dos seus objetivos gerais e do tempo de duração estimado para a realização das entrevistas em causa.

Foram também esclarecidos que toda a informação prestada seria gravada para transcrição posterior, sob anonimato. No contexto do presente estudo, recolheu-se unicamente os dados pessoais estritamente necessários, a saber: idade, tempo na função e enquadramento sobre a mesma; tendo os participantes consentido com os termos *supra* mencionados.

### **2. Transcrição da entrevista com o Perito do Instituto Nacional de Medicina Legal**

**Data da realização da entrevista:** 05/03/2024

**Tempo de duração da entrevista:** 45 minutos

**Idade:** 36 anos

**Tempo na função:** 11 anos (desde 2013)

#### **Enquadramento sobre a função:**

Resposta: Os colegas da psiquiatria avaliam a doença do ponto de vista da psicopatologia - neste caso o enquadramento para o diagnóstico diferencial - e nós avaliamos a variável estável ao longo do tempo - ou seja, aquilo que sejam eventualmente as perturbações de personalidade, mas especificamente as características de personalidade que se consolidam normalmente por volta dos 20, 21 anos. Daí para a frente não existem alterações substanciais daquilo que são as características de personalidade dos sujeitos.

O que é que isto significa? No fundo, se nós avaliarmos uma pessoa por exemplo com 24, 25, 30, 35 anos e esta apresentar características de personalidade antissocial, nós já podemos colocar aqui a tese associada de que o sujeito já apresentava características

antissociais antes de ter cometido o crime. Isto já vai dar um contexto adicional relativamente àquilo que é o cometimento do crime *per se*, que pode ou não ter sido sob influência ou presença de um determinado tipo de doença mental. Por exemplo, aqui circunscrita ao tempo e ao espaço em relação à tal depressão pós-parto, [podemos confirmar] que já existiam características prévias que podem ter colocado a pessoa numa predisposição adicional para a passagem ao ato.

Ou seja, este crivo moral, esta ação que o próprio colete social vai ter na forma como nós tomamos as nossas decisões, cai numa forma mais específica e mais concreta e principalmente pode estar perante uma situação de doença mental. Portanto, a doença mental em si não é totalmente explicativa da passagem ao ato e este é sempre o grande debate relativamente àquilo que é ou não a capacidade da pessoa de discernir sobre os atos.

Vejamos, numa situação de depressão pós-parto, a pessoa efetivamente pode ter cometido o crime – se estivermos aqui a falar do infanticídio – perante as circunstâncias que experienciava - neste caso, ter a tal depressão pós-parto – mas o foco é um foco específico.

Por exemplo, vamos supor que o objetivo da mãe era calar a criança. Se houve uma intenção cabal de matar, há aqui uma qualificação específica da intenção: há dolo. O objetivo em si era calar a criança, mas [a mãe] tinha discernimento sobre os seus atos? Sabia que colocar uma almofada na boca da criança, colocar a mão na boca da criança, etc., poderia levar à morte? Aqui efetivamente temos uma noção efetiva da pessoa relativamente àquilo que estava a cometer.

Uma coisa completamente diferente é se a pessoa não tem um discernimento claro sobre o impacto que o seu próprio comportamento pode ter na criança. Por exemplo, circunstâncias muito comuns na literatura e que nós verificamos em algumas situações: o síndrome do bebé agitado, em que a tentativa é calar a criança enquanto se agita [a mesma] de uma forma bastante frenética. A pessoa não tem uma noção prévia de qual é que é o impacto direto [desta ação] no desenvolvimento neuronal da criança. Este tipo de agitação pode levar a lesões internas ao nível da cervical e do cérebro e, consequentemente, criar hemorragias internas em horas posteriores.

Não há, aqui, uma intenção de matar; há aqui um quadro clínico que fundamentou uma ação mais intempestiva, mais impulsiva, mais incapaz de lidar. No limite, podemos estar

a falar de pessoas que têm competências práticas, do ponto de vista parental, ainda muito dúbias, que são normais numa fase inicial, principalmente se estivermos a falar de mães e pais – mas especificamente de mães – de primeira viagem. E esta linha faz com que seja muito difícil terem um discernimento adicional sobre os seus atos, principalmente quando estão imbuídos deste envolvimento emocional negativo, que está condicionado pela presença de psicopatologia.

Ou seja, no fundo, a grande diferença é se a pessoa é capaz de discernir sobre os atos relativamente ao impacto que é gerado *a posteriori*. Portanto, a grande diferença, diria eu, tem a ver com isto e não se afasta em termos práticos do conceito de imputabilidade e inimputabilidade, porque efetivamente tem aqui o espírito associado ao dolo e ao dolo eventual, que acaba por ter a bitola máxima associada a se a pessoa é capaz de discernir sobre o desfecho dos atos, mais do que o ato em si; porque, diria, na maior parte dos casos não existe uma intenção cabal de matar, mas há uma intenção clara de que esse comportamento poderá levar à morte, e isso é qualificável.

**Pergunta: Há todo um quadro de patologias, não só do pós-parto, mas também que se desenvolvem durante a gravidez, que depois vão ter um maior impacto com o parto. Por exemplo, no caso das psicoses, o *trigger* pode ser o parto. Como é que se processa a delimitação entre uma inimputabilidade e uma imputabilidade diminuída nestes casos?**

Resposta: Regra geral - salvo prejuízo de não conhecer toda a jurisprudência sobre essa matéria -, a verdade é que quando o pendor cai sobre a incapacidade de compreender o ato em si, ou seja, por exemplo, nos quadros psicóticos (e especialmente aqui num quadro de esquizofrenia paranoide, não raras vezes associado àquilo que nós definimos como o delírio místico), em que há a ideia de ação de uma terceira entidade, que pode ser de cariz mais religioso ou de crença popular (associada à ideia de exorcismos e afins), havendo uma ação delimitada em que a pessoa não está a cometer um homicídio ou não está a matar a criança, efetivamente o que está a tentar é expurgar um demónio - ou, no limite, matar um demónio porque aquela figura que ali está não é o seu filho, a sua criança -, não me parece que haja aqui muitas dúvidas (obviamente obliterando aquilo que é o princípio da livre apreciação de prova, porque efetivamente o juiz em ato julgador não

tem capacidade para ter uma ação contundente contrária àquilo que seja a opinião do perito).

Se o perito conseguir averiguar isto nestes termos e o entendimento seja, claramente, que o foco não era a criança, mas a destruição desta figura mítica, não há dúvidas relativamente àquilo que seja [o facto de] a própria ação não estar imbuída do espírito de homicídio, da intenção de matar.

Agora, é ténue quando pensamos nisto desta forma: a mãe, imbuída, por exemplo, da ideia de que a criança está possuída por um demónio, toma uma ação concreta e mata a criança para a proteger do demónio / para a libertar do demónio. Ela tem uma clara noção que está a matar a criança e que está a cometer um ato não só impedido do ponto de vista legal, como do ponto de vista moral, independentemente dos valores maiores associados.

A noção clara de homicídio está presente na vida dela, o que é completamente diferente do primeiro caso. Aqui, no limite, poderíamos ir à imputabilidade diminuída, por via de haver uma influência adicional à tomada de decisão - há um viés à tomada de decisão. Mas, ainda assim, o espírito da ação reveste-se igualmente do cometimento de um crime e a mãe, nestas circunstâncias, sabe que está a cometer um crime, independentemente de estar a dar resposta a um bem maior. Ainda assim tem noção de que está a cometer um crime e este é o peso, o pendor.

Poderemos dizer assim: de um ponto de vista legal – sabemos que as coisas às vezes não andam de mãos dadas -, se a ação, no fundo, acabar por ser justificada pela presença da psicopatologia, qualquer doente mental que praticasse um crime teria sempre uma justificação – principalmente aqueles que sejam do espetro psicótico - baseada na sua própria doença. E aquilo que o legislador coloca o peso é o facto de terem uma ressonância crítica relativamente ao ato: estas pessoas arrependem-se muitas vezes do ato cometido, o que significa que têm aqui uma ressonância crítica relativamente ao próprio ato; reconhecem, logicamente, que cometeram um homicídio contra uma criança que era sua. Portanto, se há esta ressonância afetiva e um impacto negativo relativamente ao comportamento geral, significa que também existe aqui uma noção de culpa. Se existe uma noção de culpa sobre os atos, há responsabilidade criminal e há culpa - há um enquadramento para [a mulher ser] imputável sobre os seus atos.

O que não significa que estas pessoas tenham de ser condenadas no enquadramento da qualificação de uma forma muito mais musculada; e obviamente que o cumprimento de

pena em regime comum será sempre um grande problema, porque obviamente aqui o pendor deverá cair sobre aquilo que seja uma ação terapêutica.

Isto é sempre a dificuldade de resposta do próprio sistema. [A agente] até pode não ser inimputável, mas não tem condições para cumprir uma pena em regime comum. Por exemplo, nos casos de infanticídio, basta ir fazer um passeio a Tires para se perceber que se as reclusas, que se encontram em cumprimento de pena, veem fazer entrar uma mãe que cometeu este tipo de crime, essa pessoa não terá propriamente facilidade em erguer-se, independentemente daquilo que seja a sua intenção de tratamento e de cumprimento da sua pena dentro do que está devidamente adstrito.

**Pergunta: Na letra da lei está escrito que “a mãe que matar o filho durante ou logo após o parto, por influência perturbadora do parto (...)”. Considera que isto significa que apenas estão incluídas na letra da lei as patologias que se originaram face ao impacto do parto, ou poderão estar aqui em causa patologias que surgiram na gravidez, reportando-se o “durante ou logo após” apenas ao momento da prática do facto?**

Resposta: Eu entendo isto sempre numa lógica contínua. O parto em si acresce, em termos de condições psicológicas, a uma situação de forte vulnerabilidade do ponto de vista emocional. E a procura da mãe em trabalho de parto, no período pré-parto e mesmo pós-parto, é uma procura de ação de segurança. Mas a verdade é que podemos pensar em diferentes situações porque estamos a pensar num quadro normativo de parto; por exemplo, no caso da mãe adolescente, em que não existem condições para o parto *per si* ou a própria família desconhece da existência deste quadro de gravidez [porque estas], por vezes, procuram escondê-la durante muito tempo.

Eu recordo-me de um processo, que não acompanhei diretamente, mas em que trabalhei noutras circunstâncias, em que, basicamente, a mãe fez o parto em casa, completamente sem a família, e em que, pela própria constituição física da senhora foi fácil conseguir esconder a gravidez. A senhora matou o bebé à nascença e manteve o corpo com ela no sótão, numa caixa, durante os 6 meses seguintes. Impedia toda a gente de entrar, acondicionou o corpo como podia para tentar abafar odores e afins e viveu, literalmente, com o cadáver da criança durante, salvo erro, os seis meses seguintes.

O que é que havia aqui na realidade? Havia um apego emocional, porque ela não conseguia criar a criança, nem sentia que tivesse condições para poder partilhar com a família; mas, ao mesmo tempo, não se queria livrar do corpo, porque obviamente tinha a preocupação de poder ser apanhada dadas as circunstâncias, mas também tinha uma ligação emocional ao bebé. Isto é algo que foi gerado imediatamente, mas também no momento em que cometeu o homicídio.

Portanto, esta falta de apoio social, familiar e emocional pode conduzir a estas circunstâncias. Eu, por analogia, estabeleceria algo muito próximo daquilo que seria o homicídio privilegiado – basicamente o que está na lei aqui é “perante especial circunstância” emocional, que não permita à pessoa tomar uma total consciência dos seus atos, procurando aqui uma resolução imediata para a situação.

E isto acontecia muito, no passado era aquilo que era vulgarmente conhecido como os homicídios passionais, em sentido abstrato o dito adultério, etc. É que a própria lei, se revisitarmos aqui a própria constituição e a lei do Estado Novo, até dava aqui poderes especiais ao homem nestas circunstâncias, mas revestia-se sempre deste lado emocional adicional que podia toldar o discernimento.

Aqui, nestas circunstâncias, eu diria que há quadros psicológicos que efetivamente se agravam do ponto de vista hormonal e que competem diretamente para aquilo que é a comorbidade associada aos quadros psicopatológicos e ao desenvolvimento de sintomatologia negativa, mas depois também existem questões que não têm nada a ver especificamente com a psicopatologia, que são circunstâncias que já têm a ver com as características de personalidade das pessoas envolvidas e que levam a que sejam incapazes de encontrar uma resolução ótima de problemas.

Por isso é que eu comecei a nossa conversa por discernir entre aquilo que é a psicopatologia – a doença mental *per si* -, o impacto que ela tem na tomada de decisão e depois aquilo que são as características prévias do sujeito, nomeadamente as suas características de personalidade, que podem permitir (ou não) a passagem ao ato.

Costuma-se dizer, leigamente, que qualquer pessoa é capaz de matar. A ciência não nos diz isso, a ciência diz-nos que existem pessoas com predisposição específica, de acordo com as suas características de personalidade, para passar ao ato, quando o pratiquem de uma forma consciente – [não se trata] obviamente de homicídio por omissão de auxílio, homicídio por negligência, [de] circunstâncias específicas que não tenham a

ver com uma ação direta (normalmente homicídio por omissão é mais presente naquilo que seja a falta de intenção de matar), agora a maioria das pessoas não será capaz de matar por causa dessa rigidez moral que implica a passagem ao ato.

Portanto, muitas vezes isso é um pendor que a própria avaliação acaba por ter - as características do próprio sujeito *ante mortem*, porque, efetivamente, já levaram a que esta passagem ao ato tenha sido executada. Nós costumamos dizer, em jeito de brincadeira e falando mal e depressa, aquela máxima popular de que “se queres conhecer alguém, embebeda-o ou dá-lhe poder”. Isto tem a ver exatamente com esta dificuldade de ressonância afetiva sobre alguns comportamentos. Se nós conseguimos todos construir um colete social relativamente a um determinado tipo de comportamento e sermos adaptativos, a coisa funciona no geral; mas perante circunstâncias de especial impacto, nós podemos não conseguir decidir da forma mais adequada, principalmente porque já temos estas características enviesadas relativamente ao nosso quadro de personalidade, que depois podem ser geradas negativamente pela presença de doença mental.

Só ser doente mental não chega.

**Pergunta: Se certos indivíduos já têm uma certa predisposição para determinada personalidade como é que se faz a articulação com a premeditação? É que no art. 136º CP, há doutrina que afirma que não pode existir premeditação, razão pela qual até afastam qualquer patologia que se tenha formado durante a gravidez.**

Resposta: Eu não afastaria a patologia, mas, cá está, não existe base específica para fazer esta análise de acordo com aquilo que é a evolução de um quadro psicopatológico. Mas veja, o agravamento do quadro clínico até uma situação aguda é um quadro progressivo, pode ser mais ciclotímico, ou seja, pode ter uma ondulação mais aguda, menos aguda, flutuando ao longo do tempo; ou pode ter um crescendo. Se esse crescendo não incluir a ideia nominativa de matar por exemplo, mas aquando de chegar efetivamente à confrontação com o parto, houver uma tomada de consciência de que aconteceu, houver a evidência física que o parto aconteceu e que a criança nasceu – porque o pendor, até ao limite, pode ser este – se não tiver havido até aí uma noção, no fundo uma fuga para a frente, a grávida pode atravessar todo o período de gravidez não pensando efetivamente

no que vai fazer a seguir, mas que quando acontecer vai tomar uma decisão. E perante a evidência clara de que a criança nasceu, [pode] procurar uma ação direta.

Isto é muito semelhante, se quisermos, por analogia, àquilo que acontece com as pessoas que se suicidam. Por vezes essa decisão é tomada no dia anterior, daí os suicídios muitas vezes acontecerem de madrugada. E acontece de uma forma muito ativa e muito rápida: normalmente no fim de dia, começa-se a ruminar e a criar a ideia e depois concretiza-se no calor da noite.

Portanto, eu diria que, havendo uma ideia ruminativa prévia, existem aqui algumas estratégias de avaliação - e da própria forma como a entrevista é dirigida- , para tentar compreender se já havia uma intenção de concretizar desta forma. Mas, por outro lado, também sabemos que existiam, eventualmente, um sem número de estratégias prévias que permitiriam à mãe concretizar o homicídio ainda em contexto intrauterino, quer seja por via abortiva – legal ou ilegal, durante o período legal ou após o período legal – e haveria aqui um sem número de estratégias que poderiam ser trazidas sem levar a esta necessidade do homicídio *per si* naquele momento e no pós-parto.

Portanto, esta questão de se afastar totalmente a psicopatologia no desenvolvimento da psicopatologia até à chegada ao ponto agudo, acaba por ser um bocadinho como fazer um percurso de carro e, ao fim de 300 km, o carro avariar e assumir-se que foi só naquele momento que o carro avariou. Ora, houve todos os 300 km que foram feitos até o carro avariar. Há aqui um contínuo. Obviamente que depois a sinalização é aquela, mas há um quadro evolutivo que não se pode rejeitar.

**Pergunta: como é que se realiza a perícia no caso de já ter decorrido um grande período de tempo desde o momento da prática do crime? Tendo em conta que há patologias que podem revelar-se até, por exemplo, 8 meses, e outras que são de duração mais curta, como é que se faz esta peritagem?**

Resposta: Isso é a ligação entre a prática e o ponto de vista académico. O “ir até 8 meses” ou “ir até 10 meses”, ou “ir até 1 ano, 2 anos”, seja o que for que esteja balizado do ponto de vista teórico, depois pode não se verificar do ponto de vista prático, porque mesmo esses estudos têm sempre um espaço para *outliers*, daí termos médias associadas a tal. E isso significaria que o quadro psicopatológico persistente, sem medicação ou sem

um acompanhamento concreto, poderia ser reduzido em 15 dias; ou sem acompanhamento ou resistência à terapêutica poderia ir até 3 anos ou 4 anos. Isso será sempre muito relativo.

Mais do que estar a avaliar a presença de psicopatologia ou de doença mental no momento em que a pessoa é avaliada, [importa] a avaliação dos sintomas que eram sentidos à data dos factos - portanto, a perceção relativamente à sintomatologia ativa à data dos factos. E isto é indiferente se a pessoa ainda tem sintomatologia ativa ou não, porque isso é muito relativo. Eu posso estar a avaliar a pessoa dois anos depois, a pessoa ter psicopatologia ativa, mas não a tinha no momento em que cometeu o crime.

Esta sintomatologia verbalizada tem de ser consentânea com os pensamentos trazidos à prática dos factos: de que forma é que pensou? Como é que pensou? Qual é que foi o envolvimento? O que é que sentiu depois? O que é que sentiu antes? Que tipo de ativação teve? No fundo, é reinstalar o contexto e trazer os detalhes específicos relativamente àquilo que é a prática dos factos no momento.

O pré e o pós obviamente são importantes porque nos permite reinstalar o contexto, mas quanto à ação, independentemente de ter decorrido há 2, há 3, há 4 [anos], o pior que pode acontecer é diluir a capacidade de verbalizar isso ou a qualidade do testemunha. Mas isso não é o tempo da pessoa, já tem a ver com o tempo da justiça; e, aí, terá que ser sempre uma salvaguarda da qualidade da prova, por via de uma ação de promoção deste tipo de perícia tão próxima quanto possível da data dos factos. E isto pode ser imediatamente proposto pelo Ministério Público e não conheço nenhum juiz de instrução que não refira isto, principalmente quando há suspeita fundada de que a pessoa poderá ter agido imbuída de uma condicionante mental adicional.

Isto terá sempre que ver com a própria forma como o Ministério Público queira tramitar o processo, mais do que os meios de conservação associados à memória da pessoa ou a existência ou não da psicopatologia. Porque, cá está, se um OPC detém uma pessoa - mesmo que seja fora de flagrante delito - nestas circunstâncias em que ainda está numa fase aguda, obviamente que perante estas circunstâncias não vai ser detido em regime comum, irá ser encaminhada para uma unidade hospitalar que tenha capacidade para fazer um internamento compulsivo ou para estabilização nas primeiras horas, o que significa, em alguns casos, iniciar terapêutica. Se inicia terapêutica, quando for avaliada está estabilizada, portanto é espectável que haja assintomatologias (principalmente, por

exemplo, num quadro psicótico momentâneo que esteja estabilizado), o que não significa que essas memórias não estejam presentes.

Portanto, nós trabalhamos com base nessas memórias e com base nesses indicadores. Isto, depois, são critérios de ilegibilidade para um quadro psicopatológico que, efetivamente, em termos de simulação de sintomas - por vezes há algumas pessoas um pouco mais diferenciadas em que é tão singular -, a verdade é que não é fácil porque o quadro sintomatológico é extremamente espectral e implica um domínio total da área (que, mesmo assim, seria de uma grande dificuldade singular com credibilidade efetiva).

Isto acaba por ser sempre uma análise retrospectiva, porque, lá está, não temos ninguém que esteja lá a analisar a ação; no limite, o melhor que poderíamos conseguir seria uma equipa de reportagem da CNN que já lá estaria durante o acontecimento.

**Pergunta: como é que estas patologias se podem revelar no momento do parto? Exigem um momento de histeria da mulher? Ou estas podem encontrar-se calmas, apáticas?**

Resposta: Quando fala de histeria, em termos práticos estaríamos a falar de uma perturbação concreta – a perturbação histriónica da personalidade – que não versa muitas vezes sobre aquilo que nós vemos na ficção e que remete para uma outra fase da doença mental, da história da doença mental da humanidade, que era a histeria associada à mulher e que tinha a ver com uma exacerbação entre os comportamento e afins, nada tem a ver com estes quadros.

Regra geral, poderemos ter um quadro psicótico, mas não tem a ver com isto. Quais é que são as perturbações mais comuns associadas a estas circunstâncias - e assumindo que há comorbilidade – que se podem verificar?

Podemos ter episódios psicóticos e esses podem ser ou por indução de substâncias ou por outras circunstâncias específicas, que já estão incluídas no próprio código genético, que é a possibilidade de eu desenvolver um quadro de esquizofrenia, por exemplo, que tem também uma componente genética que não pode ser ignorada (é claro que depois existem condições ambientais ou condições específicas para que isso se venha a manifestar).

O que é que temos com mais regularidade? Os quadros depressivos crónicos – depressão tipo *major* - e, principalmente, as perturbações bipolares, porque são, provavelmente, das perturbações psicológicas mais difíceis de estabilizar, principalmente com recurso ao psicofármaco. Porquê? É muito simples: a maioria das pessoas que têm uma perturbação bipolar – não sei se está familiarizada ou não com o conceito -, no fundo, passa por períodos de depressão *versus* períodos de mania ou de hipomania.

Qualquer pessoa gosta de se sentir bem e a resistência à terapêutica tem a ver com o facto de esta empurrar para um quadro mais depressivo, [até porque] são indivíduos que normalmente têm quadros de autoestima diminuída, etc. Isto faz com que tenham resistência à terapêutica e, muitas vezes, acabam por não continuar essa terapêutica por proteção do bebé, do desenvolvimento gestacional, etc. O que significa que a probabilidade da hipermania ou da hipomania é elevada, ou seja, nessa altura são períodos em que o discernimento está toldado e acabam por ter um quadro psicótico em que são capazes de tudo. Acabam por estar a um nível acima de tudo aquilo que seja a realidade. É aquela velha máxima do *“I’m the king of the world”*.

Portanto, acabam por ter aqui alguma dificuldade de discernimento e este quadro, por via da não medicação, tende a ter um contínuo de exacerbação e a não permitir que a pessoa tenha uma noção muito concreta dos seus atos. E isso pode ser um problema.

Aquilo que acabamos por ter, de uma forma mais espectral, são as perturbações de personalidade: perturbação de personalidade antissocial - não há ligação afetiva, não há ressonância crítica sobre os atos, há impulsividade, há baixo autocontrolo, há défices empáticos). Aqui não tem a ver com o bebé, é uma questão utilitária e instrumental (“não dá jeito ter o bebé, vou despachá-lo).

Paralelamente, podemos ter todas aquelas que tenham a ver com quadros depressivos, mas podem ser amplificados em grande nível.

**Pergunta: é possível, a olho nu, distinguir uma mulher que se encontra com uma patologia no momento do parto, de uma mulher que se encontra sã mentalmente?**

Resposta: Isso eu digo-lhe especificamente que não, porque cada pessoa reage da sua própria forma. Eu recorde-me (...) de um acidente que aconteceu aqui, talvez há uns

quatro ou cinco anos, numa das praias daqui da Costa, em que uma criança foi atropelada por uma aeronave que teve de fazer uma aterragem de emergência no areal. Na altura, a opinião pública – eu não estou a avaliar o caso, estou a tentar descrever um bocadinho as circunstâncias -, se bem me recordo, o pai da criança prestou declarações, imediatamente após o sucedido a uma estação de televisão. E aquilo que foi na altura apresentado foi “que raio de pai é este que ainda tem o corpo do filho caído por terra no areal, morto, e está aparentemente calmo?”.

Ora, cá está, é o “aparentemente calmo”. Perante uma situação de crise, há quem se feche emocionalmente e lide com uma aparente estabilidade e calma porque, no fundo, é aquilo que nós reconhecemos como estar em “estado de choque” e que não permite à pessoa experienciar e vivenciar o momento de uma forma muito clara; e depois, por predisposição, outras pessoas que entram numa linha mais ativada, o que não significa que estejam a sofrer mais, significa apenas que são mais exuberantes na forma como sofrem. Isto nada tem a ver com o que é o objeto observável.

Aquilo que a ciência nos tem ensinado é que o exame clínico estruturado, por mais estruturado que seja, que se balize única e exclusivamente por essa observação – que na realidade não é mais do que um “achómetro” – está colocado à livre apreciação do próprio especialista. Isto não é uma coisa que se coadune com a necessidade da tomada de decisão judicial.

Por outro lado, já acabaremos por estar a discutir uma coisa que será, no limite, para interpretação hierárquica e dos próprios tribunais superiores porque, na realidade, quando, do ponto de vista do Código de Processo Penal está prevista a subtração do princípio da livre apreciação de prova, ao ser apresentada uma perícia, que capacidade técnico-científica tem um juiz de julgamento para decidir sobre a capacitação ou não de utilização do conteúdo da perícia? Não tem. No limite, o próprio código infere em si a possibilidade de ser colocada e posta em causa a qualidade da perícia e ser trazida uma nova perícia ou, no limite, à melhor de três. Portanto, para poder, no fundo, arbitrar as condições finais, caso a segunda perícia ou a contra perícia trazida apresente resultados contraditórios relativamente ao primeiro.

Se a perícia apresenta resultados conclusivos relativamente àquilo que foram os quesitos, relativamente à capacidade para a pessoa de discernir à data dos factos e o juiz simplesmente opta por ignorar isso, de acordo com uma coisa que lhe está sonogada nesse

momento - que é a livre apreciação de prova -, levantamos questões de, eventualmente, já nem diria da matéria de facto, mas da matéria de direito, porque há incumprimentos claros relativamente àquilo que é expectável do papel arbitrário, ou arbitral, melhor dizendo, do juiz nesta matéria, porque não mais pode fazer do que isso.

Poderá colocar à sua livre apreciação aquilo que é a qualidade da perícia, mas que terá de substituir essa por outra, que pode ir contra as suas necessidades de acordo com aquilo que seja a sua convicção formal. Mas rejeitar aquilo que é o papel ciência, o que está previsto no ordenamento jurídico e, no limite, fazer uso da jurisprudência quando efetivamente as decisões judiciais em Portugal não são baseadas na jurisprudência, levaria aqui a um sem número de coisas.

Portanto, não é possível basear-se apenas nesses relatos, nem mesmo profissionais de saúde que estejam nesse enquadramento poderão fazer mais do que descrever, e essa descrição nada revela sobre aquilo que são os seus pensamentos, as suas crenças, as suas perspetivas. Tudo isso tem que ser balizado no tempo e no espaço, [sendo que] o próprio profissional de saúde, pensemos, por exemplo, num obstetra que faça o acompanhamento pré-natal e durante a gestação, nada diz. Pode identificar alguns sintomas, mas estamos a falar de um contacto com o clínico muitas vezes limitado a 5 consultas, sendo que algumas delas nem são praticadas pelo próprio clínico, são em contexto imagiológico, limitado a outro profissional da área da radiologia, que não têm contacto com a grávida.

Se me pergunta desse ponto de vista, para mim – e não é matéria do perito porque ao perito reserva-se única e exclusivamente a responsabilidade de responder perante aquilo que sejam os quesitos definitos -, diria que o ónus aqui não está do lado do perito, o ónus está do lado da justiça, de quem a deve aplicar, cumprir e fazer cumprir.

### **3. Transcrição da entrevista com a Psicóloga Clínica do Estabelecimento Prisional de Tires**

**Data da realização da entrevista:** 13/03/2024

**Tempo de duração da entrevista:** 60 minutos

**Idade:** 40 anos

**Tempo na função:** 9 anos (desde 2015)

#### **Enquadramento sobre a função:**

Resposta: É uma vertente muito específica dentro da área da psicologia. Efetivamente nós temos aqui uma população - para além de ser a população [exclusivamente] feminina -, de grávidas, recém-mães, mulheres que estão na fase do puerpério, [às quais] é feito um acompanhamento, pelo menos da minha parte, na área da psicologia, com aquilo que é (...) o Promoção da Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância, do Serviço Nacional de Saúde. Portanto, é um acompanhamento que é feito à grávida, tendo em conta a fase em que entra aqui e a que sai.

Elas aqui vão para um edifício próprio, chamado Casa das Mães, que é onde estão grávidas e mães que têm aqui os filhos – portanto, é um edifício à parte -, e eu faço esse acompanhamento a nível da promoção da saúde mental.

Previamente – sensivelmente um mês antes do parto – começará a existir um acompanhamento de maior proximidade para preparar o evento do parto e [este] estende-se até ao final do período do puerpério – portanto, até ao fim dos 6 meses -, que é também a fase em que, depois, os meninos vão aqui para a creche. Ajuda-se naquela parte da separação da mãe com a criança pela primeira vez, porque aqui elas estão muito sozinhas - ao contrário do que acontece no meio livre (...), onde, dentro daquilo que será uma família estruturada, haverá um pai da criança, avós, tios, uma família mais alargada em que a mãe tem ali algum tipo de partilha.

[Aqui, as mulheres] estão num quarto sozinhas com o bebé, [pelo que] coisas simples como tomar um banho – que é uma necessidade básica -, às vezes é um evento perturbador e transtornante. Isto porque, ao fazer barulho com o chuveiro, se acorda o bebé, o bebé está a chorar, a mãe não tem quem fique com ele, não tem quem cuide, não tem quem olhe [por ele].

Isto, depois, é tudo uma inquietude, porque a maternidade, por si só, tem períodos de solidão emocional para a mulher, ainda que esta tenha uma família estruturada, nuclear e muito próxima. Há realmente momentos que podem ser um desafio, uma luta interna. Aqui, depois, ainda temos esta particularidade de [a mulher] ser mais isolada e estar mais sozinha. Já para não falar que temos mães e grávidas cuja família está a milhares de quilómetros – portanto, nem sequer têm ninguém em Portugal – e que vivenciam tudo isto completamente sozinhas.

Portanto, eu prefiro fazer este acompanhamento muito próximo pelo menos até aos 6 meses: fazer aquela primeira separação da criança; começar a fazer a integração na creche; se fizer o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, o começo da introdução alimentar... Portanto, eu faço aqui o acompanhamento mais próximo neste parâmetro.

O Programa da Promoção da Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância está disponível no *site* do Serviço Nacional de Saúde. Diz-me “ah, isto também é aplicado no Serviço Nacional de Saúde?”. Deveria. Não sei se, efetivamente, na prática depois é bem assim, e até mesmo no privado não sei se isto é bem assim. Há um acompanhamento, vão vendo se a mãe emocionalmente está bem quando faz as ecografias - aquela coisa do “então está a correr tudo bem?” -, mas se calhar tem de se explorar intrinsecamente.

Porque existe mesmo um questionário - um formulário de acompanhamento -, para se descortinar aqui questões que são muito íntimas para a preparação da vida deste bebé. E, aí sim, vamos começar a perceber como é que a mãe se perspetiva com o nascimento deste bebé, como é que a família se perspetiva. De facto, a aplicação destes questionários, ao nível do programa, permite-nos perceber as emoções, a linguagem que é utilizada, para percebermos como é que está a organização da mente daquela mulher para a maternidade.

Depois, há uma parte do questionário que é aplicada, sensivelmente, quatro a seis semanas após o nascimento do bebé, em que vamos ver se aquilo que a mãe tinha como expectativa se ainda se mantém.

Por exemplo, uma das perguntas muito básicas é “Como é que pensa alimentar o seu bebé?”. E eu posso-lhe garantir, Mariana, 99,9% das mães grávidas dizem “amamentação”. E quando faço o segundo questionário, 4 a 6 semanas depois, já estão todas a dar leite adaptado. E isto quando está altamente estudado pela psicologia e pela

medicina a importância do aleitamento materno. Nós fazemos ensino clínico – porque obviamente nem sempre é fácil a questão da amamentação -, mas a parte emocional do início da vinculação com a criança já foi. Às vezes até já vêm do hospital com leite adaptado.

**Pergunta: Acha que me pode dar assim um contexto geral daquilo que são as patologias que podem ser criadas durante a gravidez, com o parto, etc.?**

Resposta: Clinicamente, aquilo que está efetivamente mais estudado, no sentido daquilo que são as patologias ao nível do período perinatal, são os *baby blues*, que é um estado emocional e com uma sintomatologia depressiva ligeira, em que a mãe acaba por ter quase uma dicotomia. Às vezes muitas relatam “parece que me sinto aqui meio bipolar. Estou numa alegria imensa, mas, depois, tenho uma vontade de chorar muito grande, parece que me sinto muito sozinha”. Mas isto de uma forma muito ligeira.

São sintomatologias depressivas ou sintomas depressivos ligeiros, que a pessoa depois consegue aguentar e manter os hábitos de vida diários. Consegue ter algum convívio, consegue ter prazer na atividade, apesar de ter aqui alguns períodos que possam ser mais depressivos e isso ser passageiro.

Depois podemos ter depressão pós-parto.

E além desta, podemos falar de uma fase mais aguda em termos da própria sintomatologia - e já estamos a falar de um quadro mais preocupante -, que tem a ver com uma psicose pós-parto. Aqui já podemos ter um quadro com alucinações, com episódios agudos auditivos de parecer sempre que o bebé está a chorar e o bebé não está a chorar, e depois aquilo tudo começar a perturbar as próprias atividades de vida diária. Ou seja, depois a pessoa já não se consegue alimentar, não consegue tomar banho, não consegue sair de casa, não consegue realizar uma série de atividades e isso aí já é muito mais problemático.

Estes são os quadros que, acima de tudo, se prendem mais com este período puerpério, apesar de poderem surgir outras patologias, nomeadamente a própria doença bipolar, que depois tem a ver já com uma predisposição familiar para a doença psiquiátrica, se temos antecedentes de consumo (ou não), a contextualização socioeconómica daquela pessoa. (...) Aquilo que se defende hoje em dia é que nós somos um ser biopsicossocial, que

temos toda esta influência e interação com responsabilidade e comorbilidade para as questões patológicas e para a nossa própria resiliência. Portanto, há ali história prévia de doença psiquiátrica ou não, questões de saúde, etc.

Mas estas 3 são assim as maiores: o *baby blues*, mais comum e com uma resolução quase natural (a pessoa depois acaba por superar sem recurso a psicofármacos); a depressão pós-parto, que já é bem mais difícil de superar sem o recurso a psicofármacos; e uma psicose, que precisa mesmo de [psicofármacos], porque corremos o risco de a pessoa manter este quadro agudo de psicose e poder vir a desenvolver uma esquizofrenia ou um outro tipo de psicose mais prolongada no tempo e que envolve outro tipo de riscos.

No fundo, são estes três grandes marcadores, sendo que aquela que é mais conhecida e mais prevalente é a depressão pós-parto. A psicose não é tão falada porque é um quadro *minor*, a população afetada por uma psicose pós-parto é menor, mas, de facto, existe.

Se bem que o *baby blues* é exclusivo da questão do parto. Apesar de existirem psicoses sem estarem relacionadas com o pós-parto, como existem depressões sem estar relacionadas com o pós-parto, o *baby blues* é só exclusivo do puerpério.

**Pergunta: A própria psicose tem de estar interligada com o momento do período do parto em si ou pode ser desenvolvida durante a gravidez?**

Resposta: Não, pode ser prévio. Pode ser coisas prévias, por isso é que, em termos de diagnóstico temos de ter sempre esta contextualização e este enquadramento. Isto é quase uma diferença no direito e a psicologia, porque o direito julga muito os factos, aquilo que ocorreu, tendo esse grande foco: o facto. Na parte da psicologia interessa-nos muito fazer uma contextualização desde o nascimento daquela pessoa: como é que foi a gravidez, como é que foi o parto para aquela pessoa, como é que foi o desenvolvimento infantil, como é que foi a parte relacional infantil, a parte escolar, a integração em meio profissional, as relações socioefetivas que a pessoa desenvolveu ao longo da vida, para perceber toda a contextualização daquele ser humano. Precisamos de entender o que é que foram aqui fatores que possam ter despoletado algum tipo de risco, para ter aqui um mero enquadramento. Temos de ter muita coisa em conta para fazer capacitação desta pessoa, não só o facto – aquilo que eventualmente aconteceu -, mas tudo o que está por trás.

**Pergunta: quais é que são os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de patologias durante a gravidez e o parto?**

Resposta: Para começar, vamos à base da própria mulher: autoestima. O corpo de uma mulher transforma-se por completo. Na gravidez há um leque desde “agora posso comer por dois” (desculpabilização para comida tão não saudável; que tudo é nutricional). É aquilo que o corpo precisa? Não, não é. E do ponto de vista da própria mente há muito este refúgio, até por conta da sociedade [que pensa que] “agora estás grávida, podes comer tudo”. E há todo um cuidado enquanto a mulher está grávida.

Depois de o bebé nascer, o foco é o bebé. E aquela mãe fica de parte, e fica de parte a lidar com as suas emoções, com toda a pressão da sociedade para cuidar do bebé. Depois há a parte pessoal: a imagem, o corpo voltar mais rapidamente àquilo que era ou não; as cicatrizes, as estrias, a celulite... Os corpos não são todos iguais. Há mulheres que, na gravidez, ganham 20 e tal quilos e há outras que ganham 9, 10, que é o ideal. Mas nem todos os organismos são assim, desde a parte da atividade física para preparar o próprio corpo para o momento do parto.

E então temos de começar pela base, pela questão da autoestima, da autoimagem: se já era uma pessoa bem resolvida consigo mesma, se não era, se já tínhamos ali uma série de fragilidades ao nível do conceito do “eu enquanto pessoa”, “eu enquanto mulher”, “eu enquanto companheira”.

Além disto, há outros fatores de risco. Quando nasce uma criança – e olhando à dinâmica de um casal heterossexual -, o nascimento vai alterar radicalmente a dinâmica daquele casal, sendo que, maioritariamente, são as mães que fazem estas alterações. Repare-se, a licença parental do pai pode ir até ao 30 dias, [ao passo que] a da mãe é maior. “Ah, pois, porque amamenta!” Está bem, e se o bebé não mamar?

Ainda há pouco tempo saiu um estudo sobre isto, os homens quando são pais até conseguem progredir, conseguem ter aquela satisfação pessoal, são pais, são chefes da família, [ao passo que] as mães acabam por ficar muito mais prejudicadas, nomeadamente porque o bebé no primeiro ano de vida - e depois quando vai para os infantários -, ganha uma série de viroses e é a mãe que tem de ficar em casa com ele. Temos *n* instituições laborais (...) em que a pessoa para progredir não pode ter faltas ao trabalho, ainda que

seja por apoio à família ou por assistência à família, por doença. Ter uma doença dessas já não permite progredir de escalão, naquilo que é a própria avaliação de desempenho das pessoas. Portanto, repare no quão as mulheres acabam por ficar mais prejudicadas em relação a isso.

Voltando à dinâmica do casal, até na parte hormonal há mulheres que, após o parto, perdem algum desejo sexual, ao passo que os homens não, mantêm-no. [Como tal], aquilo às vezes não é assim tão correspondido e começa a existir uma rotura no próprio casal. A pessoa já está ali completamente embebida por um novo papel social que tem na sua vida, tem uma criança à sua responsabilidade, e depois passa a ter também problemas relacionais. Por exemplo, isto começa a afetar, já não tenho condições para ir trabalhar, não consigo a trabalhar, se estiver num trabalho mais precário, acabo por ser dispensada ou não renovam contrato, mais uma subcarga.

Aglomerar este tipo de coisas são fatores preditores, por isso é que falava também das questões socioeconómicas. Por exemplo, pessoas que trabalham a recibos verdes, se não trabalham, não ganham. Se eu estiver 6 meses em casa com o meu bebé – que é aquilo que eu gostava muito que acontecesse – são 6 meses que não estou a ganhar. E não nos podemos esquecer que vivemos numa sociedade altamente consumista, e o mundo da puericultura – tudo aquilo que são coisas para bebés – é fascinante e as pessoas são completamente bombardeadas com tudo: é a almofada para pôr de lado, é a outra para pôr nas costas, é outra para pôr no pé, outra para o bebé com a argolinha... e a pessoa pensa “ah, isto se calhar é muito importante para o meu bebé, vou comprar” e financeiramente não dá para tudo, acabando por ser incluído no rol de conflitos. E a probabilidade de isto fazer um *boom* numa pessoa que tenha já uma predisposição para uma maior vulnerabilidade emocional ou psicológica ou, até, psiquiátrica é grande.

**Pergunta: O que é que caracteriza tal predisposição? Essa vulnerabilidade?**

Resposta: São exatamente estas coisas. Existir risco prévio de doença psiquiátrica (pessoas que já tenham antecedentes de depressão, de ansiedade, de bipolaridade), de adições (álcool, drogas, medicamentos – que não se falam muito, mas existe -, vício ao jogo – que também é uma patologia e teve um grande aumento com a *covid-19* (...)).

Portanto, são estas pré-disposições da própria doença psiquiátrica. Depois, temos esta parte social, familiar, a estrutura familiar, o nosso próprio suporte; as dificuldades financeiras, que acabam por ter um impacto grande porque, lá, está, a pessoa vai comprar o que seja, p.e. um carrinho com ovo, e são logo 600 euros. Há mais baratos? Há, mas depois não têm o mesmo nível de segurança. E se acontecer um acidente? Como é que eu me vou sentir se acontecer alguma coisa ao meu filho porque a cadeira não era a mais adequada?

Por exemplo, a questão do ovinho. Está comprovado que não se deve passar os ovinhos de bebés para bebés porque à medida que há desgaste também diminui a segurança do próprio ovinho. E depois a pessoa vai questionando tudo isto: “ah se acontecer alguma coisa? Estou a ser muito má mãe”.

E tudo isto começa a acumular-se. É como eu costumo dizer: ninguém tem uma depressão por uma coisa. Eu costumo comparar a depressão a uma torneira que está a pingar água. Ela não fecha bem, está a pingar água, e debaixo está um copo. Vai haver um dia em que uma gotinha vai fazer aquele copo transbordar de água. E nós olhamos e dizemos “ah, aquela gotinha é que fez o copo transbordar”. Mas não, o que fez transbordar foi o acumular de uma série de gotinhas.

Não é comum alguém ter uma depressão porque teve um filho, há é um acumular de fatores de vulnerabilidade para tal. Por exemplo, ao nível da depressão pós-parto, aquilo que a literatura clínica nos diz é que há uma maior prevalência se for mulheres com idade inferior a 25 anos. Há uma maior prevalência, mas isso não quer dizer que uma mulher de 40, uma mulher de 35, uma mulher de 32 não a tenha. E ainda é bastante significativo. Agora, às vezes tem é a ver com isto. Numa comunidade inferior aos 25 anos em que é o primeiro filho – e olhando ao nosso país -, será que aos 25 anos já tenho a minha carreira profissional consolidada, que me dê a segurança para ter um filho? Se calhar não tenho. Porque, depois, tudo isto começa a preocupar: ainda não tenho a minha carreira profissional estabilizada, não tenho como sustentar o meu bebé, uma latinha daquelas do leite chega a ir aos 30€ / 50€, o meu bebé agora precisa do leite e eu não tenho, o que é que eu vou fazer? E depois é um *pim pam pum* numa escalada de fatores que acabam de ser de vulnerabilidade para desenvolver este tipo de patologias.

**Pergunta: falou-me da casa das mães no Estabelecimento Prisional de Tires. Há uma ajuda, por exemplo, na compra do leite? Que ajuda é que é dada às mães para a compra das necessidades básicas?**

Resposta: Isso é tudo aferido de acordo com o grau de necessidade. Não sei se tem conhecimento disto, mas as reclusas podem receber dinheiro por parte da família. [Os familiares] fazem um carregamento numa conta que é delas e, depois, com a impressão digital conseguem ir àquilo que chamamos “cantina”, que é uma mini mercearia, em que podem comprar coisas extra, para além daquilo que são as refeições disponibilizadas.

Por exemplo, uma mãe que não tenha qualquer tipo de carregamento, que não tem apoio nenhum do exterior, cuja família não consegue dar dinheiro nenhum, terá os produtos-base necessários para o bebé disponibilizados pelo estabelecimento prisional (desde as fraldas, pomadas, essas coisas). Os medicamentos são todos da nossa responsabilidade, qualquer medicamento que a grávida ou o bebé precisem é assegurado por nós.

Depois, as mães podem ter a possibilidade da família enviar um carregamento. Por exemplo, para os meninos, eles têm o lanchinho na escola e, [por isso], nós temos aqui o iogurte adaptado. Também temos aqui nutricionista, que faz a constituição das dietas de acompanhamento, não só às outras reclusas, mas às grávidas e às próprias crianças, a introdução alimentar e essas coisas todas.

Mas imagine, não damos gomas, mas elas podem comprar na cantina e dar. E muitas dão. Mas tudo o que são produtos de necessidade básica, se a reclusa não tiver condições financeiras, é o estabelecimento que faz, de facto, esse apoio (para toalhetas, para o creme de fraldas, até para roupas). Felizmente, vamos tendo doações de instituições e de pessoas particulares que já não precisam de roupas, de brinquedos, até de carrinhos para se deslocar os meninos da Casa das Mães até à creche. E, portanto, também temos uma parte de armazém – parece quase uma mini loja – com tudo separadinho entre menino / menina, por tamanhos.

**Pergunta: no caso de ser uma mãe que tenha praticado o crime de infanticídio, haveria um apoio também na Casa das Mães, ou seria colocada na prisão comum?**

Resposta: Vamos à base: nós não temos ninguém condenado por infanticídio há mais de 20 anos. Há mais de 20 anos que não temos ninguém que entre com a condenação pelo artigo 136º. Todas as minhas pacientes que praticaram um crime de homicídio para com o filho ou para com uma criança estão todas no homicídio qualificado. Todas, sem exceção. Nem sequer homicídio simples ou privilegiado, são todas com homicídio qualificado.

### **E essas mães têm um acompanhamento psicológico também?**

Resposta: Têm, isso sim. Isto é, por acaso estão todas em acompanhamento, já todas há bastante tempo. Eu vou-lhe explicar como é que funciona quando elas entram.

Qualquer reclusa que entre é, no espaço máximo de 72 horas, observada pela equipa de enfermagem, pelo médico de clínica geral e por mim, ou seja, sempre pela vertente da psicologia. Depois, por norma, mantenho toda a gente em acompanhamento até fazerem a integração, porque depois ficam numa área específica de admissão. Portanto, um período de observação, que pode ir, por norma, até 15 dias (pode ir até 30 dias, mas, por norma, são 15 dias). Depois transitam para o pavilhão competente.

Isto, com exceção de uma mãe que entre com uma criança. Essa mãe vai diretamente para a casa das mães porque, no espaço de admissão, elas passariam muito mais tempo fechadas e não queremos colocar uma criança vinte e tal horas fechada dentro de meia dúzia de metros quadrados.

Quando a mãe entra com uma criança vai diretamente para a Casa das Mães que, depois, tem espaços lúdicos, tem uma sala lúdica própria para a criança, com brinquedos, com uns baloiços adaptados, daqueles pequeninhos. Portanto, um espaço diferente para receber a criança.

(...) Até a pessoa ter ali, pelo menos, um mês de integração no pavilhão, ficam sempre em acompanhamento para dar um suporte à integração ao meio prisional, quer venham preventivas, quer venham condenadas. Depois, o acompanhamento e a periodicidade do acompanhamento prende-se com aquilo que a pessoa vai trazendo à consulta e a motivação da própria pessoa para a consulta. Há pessoas que pensam “ok, estou bem, já estou adaptada, já estou contextualizada, de momento não preciso [de acompanhamento]”: tem alta. Se voltar a precisar porque recebeu uma má notícia, porque

morreu um familiar, porque foi condenada e não estava à espera, nessa altura a pessoa pode sempre voltar ao acompanhamento. Outras pessoas, pronto, vão logo desde início evidenciando uma necessidade de acompanhamento e ele prolonga-se o tempo que for realmente necessário.

Mas todas as mães que tenho cá, que praticaram homicídio, têm acompanhamento regular.

**Pergunta: considera que existem casos em que nota que houve uma patologia durante a gravidez e o parto?**

Resposta: Não posso afirmar isso, porque, repare, eu trabalho com a verdade que elas me trazem. E, às vezes, a verdade que elas me trazem é uma verdade carregada de subjetividade social. Aquilo que eu sei – até porque já começa a ser muito frequente o pedido de perícia – é que a perícia muitas vezes acaba por constatar que há uma perturbação da personalidade e não uma depressão prévia instalada. E é por aí que talvez exista, por parte dos tribunais e por parte dos magistrados, uma condenação no homicídio qualificado, em que percebem que, de facto, não existia patologia prévia, nem no momento [do parto], mas sim uma perturbação da personalidade, que são coisas diferentes.

No distúrbio de personalidade – uma patologia do âmbito da personalidade – podemos ter uma personalidade narcísica, uma personalidade *borderline*, de *cluster b*, principalmente. Não tem a ver com depressão.

**Pergunta: esta organização é algo que acontece em todas os estabelecimentos prisionais?**

Resposta: A avaliação por parte da equipa de enfermagem e médica, por norma, sim. A parte da psicologia vou-lhe dizer que não, muito claramente, porque são 49 estabelecimentos prisionais e nós psicólogos do quadro da direcção geral somos uns 11. Portanto, só existem 11 estabelecimentos prisionais com psicólogo a tempo inteiro.

Os outros estabelecimentos prisionais têm algumas horas contratualizadas em regime de prestação de serviços, uns com 5 horas, outros com 10 horas, outros com 15 horas,

outros com 20 horas, o que creio que não permita tudo isto. No entanto, em termos femininos, nós temos algumas vagas femininas no estabelecimento prisional da Guarda, que não tem psicólogo do quadro. Em Odemira também não tem psicólogo do quadro, mas também não tem, por exemplo, Casa das Mães (só nós é que temos e Santa Cruz do Bispo). Santa Cruz do Bispo tem uma gestão na área da saúde, que é uma parceria e um protocolo com a Santa Casa da Misericórdia do Porto. Toda a parte médica e clínica é feita nessa parceria e, aí, também acredito que consigam ter um acompanhamento com grande proximidade.

Se bem que Tires é o epicentral feminino e onde temos mais reclusas femininas, mesmo mães com crianças é aqui que temos mais.

**Pergunta: Considera que estas patologias podem ser detetadas a “olho nú” pela pessoa comum? Ou seja, no momento do parto, os médicos obstetras conseguem identificar se uma mulher estiver nesta condição?**

Resposta: No momento do parto em si, não. Agora o médico que acompanha a mulher, seja obstetra a nível privado ou a nível do serviço público – que, infelizmente, é uma especialidade que temos muita carência no nosso país –, se calhar até gostaria de estar com a paciente e explorar mais estas coisas, mas não tem essa capacidade ou essa disponibilidade temporal. Mas nessa fase já se começa a notar. Pode haver aqui, de facto, indícios. Aquela estrutura familiar mais próxima [pode] começar a perceber que há aqui algumas alterações.

O *baby blues* não dá propriamente indícios prévios, é mais no pós-parto. Se existir um início de uma instalação de um quadro de depressão pós-parto, começa-se a perceber que há qualquer coisa que mostra que a mulher não está no seu registo. Se for alguém que já tenha uma pré-disposição, que já tenha tido um episódio depressivo agudo, ou que tenha histórico de doença psiquiátrica de base, aí, de facto, há que estar tudo em alerta e a própria pessoa deverá ser a primeira a alertar o seu médico que a acompanha. Mas lá está, nem toda a gente tem abertura para falar sobre isso, porque a doença mental continua a ser um grande estigma no nosso país e as pessoas, às vezes, sentem-se um pouco retraídas a dizer isto porque “ah não vou dizer ao meu obstetra que já tive uma depressão pós-parto, senão ele vai pensar que eu vou ter uma depressão pós-parto” – e muitas vezes não têm.  
(...)

Agora, que pode haver logo alguns sinais, sim. No momento do parto não é notável porque, principalmente ao nível do hospital público, a mulher só deve ir para o hospital quando rebentam as águas, quando começa com contrações. O médico que lhe vai fazer o parto pode até não ser o médico que a acompanhava, mas somente o assistente. Portanto, mesmo que o parto não seja rápido (reberentaram as águas, está com contrações, mas ainda não tem dilatação suficiente para a expulsão do bebé), o médico vai fazendo a monitorização, vai-lhe dando a medicação na veia, vai passando lá e pergunta como se está a sentir, monitoriza as contrações, mas pouco mais. Naquele momento é muito difícil, até porque a pessoa depois já está embebida e focada no nascimento do bebé.

Agora, previamente, se existir um acompanhamento regular, se realmente fosse aplicado este questionário do próprio Serviço Nacional de Saúde – que até é bastante completo e que nos permite chegar aqui a questões muito intrínsecas (como é que a família recebeu a notícia de que estava grávida? como é que o pai se perspectiva? Como é que a restante família se perspectiva relativamente à gravidez e ao nascimento do bebé? Já preparou o quarto do bebé? Como é que foi feita essa preparação?) –, vamos entrar na esfera íntima da vida deste bebé. E, na consulta, neste acompanhamento, vamos conseguindo perceber, pela forma como a mãe se expressa, as palavras que utiliza, a expressão facial, a linguagem não verbal, como é que o nascimento daquele bebé está perante aquela mãe, na mente daquela mãe e daquela família.

Portanto, dá-nos aqui umas linhas muito orientadoras. Agora, eu tenho pessoas que entram com uma criança de, por exemplo, oito meses, às quais pergunto se teve acompanhamento na gravidez e respondem-me que sim. Depois eu pergunto “olhe, por acaso fez o programa da saúde mental na gravidez?” e respondem-me que não. Eu, até agora, ainda não apanhei ninguém que tenha vindo da rua, que tivesse entrado com um bebé recém-nascido e que tivesse feito o programa. E o programa pode ser feito pelo médico obstetra, pelo enfermeiro da saúde materno-infantil que acompanha a grávida, pelo psiquiatra, pelo psicólogo do próprio Serviço Nacional de Saúde.

Esta é a minha experiência. Eu ainda não tive nenhuma paciente minha, aqui em contexto prisional, que tivesse dito “eu, na rua, no exterior, fiz este acompanhamento a nível da promoção da saúde mental”. Nós, aqui, fazemos imperativamente. Pode-nos acontecer fazer o primeiro questionário, entretanto o bebé nasceu e, quando vou para praticar o segundo questionário, a pessoa saiu em liberdade. Mas enquanto aqui estive, nós tivemos o cuidado de fazer este acompanhamento, esta monitorização.

Para além disto, também fazemos, na Casa das Mães, programas que temos protocolados com entidades externas, ao nível da promoção da parentalidade positiva. Portanto, para ajudar estas mães no desenvolvimento da prática parental positiva – não é castradora, não é castigadora - para lhes dar, de facto, estratégias adaptativas para lidar com algumas situações ao nível do desenvolvimento da criança e da educação.

[Além disso], eu tento dinamizar, mais ou menos uma vez por mês, uma sessão temática na Casa das Mães, em grupo, sobre um tema que é relevante – ou sobre a amamentação, ou sobre o choro do bebé, sobre lidar com birras – para lhes dar mais algumas ferramentas, até porque lhes falta ali aquele suporte por parte da família. Isto é o que nós temos aqui no Estabelecimento Prisional de Tires.

**Pergunta: no caso das psicoses, se uma mulher já for mãe, por exemplo de dois filhos, e desenvolver uma psicose durante a gravidez do terceiro filho, considera que os sentimentos negativos podem abranger não só o filho nascente, mas também o das gravidezes passadas?**

Resposta: Sim. Eu não gosto de utilizar a palavra surto, mas quando há a agudização psicótica, há um período temporal em que a pessoa sai de um contexto de realidade. Portanto, isso pode acontecer até numa projeção de rejeição daquele filho e dos outros ou só daquele e não dos outros. Portanto, pode acontecer não só relativamente àquele bebé, daquela terceira gravidez, mas também relativamente aos outros filhos.

Imagine que uma pessoa ficou grávida, fruto de uma violação, e só detetou a gravidez às 12 semanas. Pode abortar porque é um regime de exceção, mas tem de se comprovar que houve abuso primeiro. E até lá?

Não nos podemos esquecer de uma coisa: o abuso sexual também ocorre, silenciosamente, num casal. Por exemplo, a mulher não quer ter aquela relação sexual e o marido quer, e ela tem de ter para manter os compromissos. Elas dizem muito “eu tenho de honrar o meu casamento”, “eu tenho de honrar os meus compromissos matrimoniais”, mesmo contra a vontade. Eu tenho aqui algumas pessoas - embora não tenha nada a ver com o crime de infanticídio – que dizem “eu não consigo sentir o mesmo amor por este filho como sinto pelos outros, porque neste a minha relação com o meu companheiro já estava completamente desgastada, porque não queria ter aquelas relações sexuais e ele

obrigava-me a ter. Há mães que conseguem ter esta consciencialização de que “eu não consigo sentir o amor por este filho como sinto pelos outros”, ainda que não digam isso ao filho e ainda que não partilhem isso com os companheiros.

Agora, se as crianças estão todas em risco é uma questão que tem de ser avaliada caso a caso. Não há nada que nos diga que sim, que havendo a rejeição deste terceiro bebé, haja a rejeição dos outros. Pode acontecer ou não.

**Pergunta: as patologias têm durações normais associadas?**

Resposta: Aquilo que temos, por exemplo, no desenvolvimento de uma depressão, é um período para aquelas manifestações ocorrerem, que pode ir desde o momento do pós-parto até, mais ou menos, um ano.

Imagine, uma mulher não terá uma depressão pós-parto dois anos depois do bebé ter nascido. Isto já não é depressão pós-parto, pode ser um quadro depressivo, pode ser uma efetiva depressão, mas não pós-parto. A depressão pós-parto pode ir até um ano após o parto. Mais do que isso já não há propriamente um entendimento clínico de que seja uma depressão pós-parto. Pode ser uma depressão, pode ser uma própria doença bipolar, mas não propriamente relacionada com o pós-parto.

**Pergunta: no caso de psicose, por exemplo, que não seja tratada, esta pode ter uma durabilidade variada, pode, por exemplo, manifestar-se muito depois?**

Resposta: Sim, podem existir várias agudizações. Se não for tratada, a probabilidade de existir crises começa a ser cada vez mais frequente, mais intensas e pode escalar para um quadro mais disfuncional, ao nível de uma esquizofrenia. Esta é uma doença que se caracteriza pelo facto de a pessoa estar alienada da realidade, não tem uma consciência total da realidade.

Depois existe um maior agravamento (ou não) da esquizofrenia. Há pessoas com esquizofrenia que conseguem levar a sua vida diária, conseguem trabalhar, tomar medicação, ter uma vida familiar. São pessoas que acabam por ser mais impulsivas, mais desconfiadas - porque uma das características da própria esquizofrenia são os síndromes persecutórios (“andam-me a perseguir”, “mexeram nas minhas coisas, eu tenho a certeza

que meti aqui e já não está”, “mexeram no meu dinheiro”) -, mas até podem levar a sua vida mais ou menos normal.

Mas, portanto, as psicoses e os episódios de agudização vão sendo cada vez mais frequentes, mais intensos, mais prolongados no tempo – o próprio episódio agudo é mais prolongado no tempo -, cada vez com comportamentos de maior risco para o próprio e para os outros. Num episódio psicótico pode existir auto, hétero – ou as duas – agressividade, a pessoa pode-se mutilar-se, tentar o suicídio ou matar outro. Há, de facto, aqui uma perda do contexto-realidade. Normalmente é detetado a partir do momento em que há uma grande agressividade, a família chama a polícia, a mulher vai ao hospital e, depois, vai logo à psiquiatria e começa-se a perceber o que é que ali temos e que é necessário o acompanhamento.

A questão é o cumprimento e a adesão à terapêutica, que é mais complicado. Há uma grande prevalência, até de doentes esquizofrénicos com alguma noção de que têm a patologia, de abandono de terapêutica (“eu sinto-me bem, já não preciso de nada disto, são coisas vossas, que querem entrar na minha mente com esta medicação”). Mas não, um doente que é esquizofrénico vai precisar de medicação, uma pessoa psicótica vai precisar de medicação o resto da vida, nomeadamente os antipsicóticos, para fazer ali controlo para manter a pessoa não tão disruptiva.

#### 4. Transcrição da entrevista com a Doula

**Data da realização da entrevista:** 09/04/2024

**Tempo de duração da entrevista:** 53 minutos

**Idade:** 40 anos

**Tempo na função:** desde 2009

**Enquadramento sobre a função:** A função de doula surgiu muito pelo facto de as mulheres, durante a gravidez, parto e pós-parto, se sentirem não acompanhadas, ou seja, quer por via do sistema e dos protocolos clínicos estabelecidos para o atendimento na gravidez, no parto e no pós-parto, quer pelas dinâmicas sociais.

De facto, a passagem por esta fase perinatal – que vai desde a gravidez até, mais ou menos, os bebés terem um ano ou mais de vida – tornava-se uma experiência pouco positiva para as mulheres. Entretanto, a doula surge não em Portugal, mas nos Estados Unidos, tratando-se de um resgate do apoio contínuo de uma mulher a outras mulheres nesta fase, quase como que por acaso.

Os investigadores norte-americanos, ao fazerem uma investigação no Guatemala acerca da vinculação mãe-bebé e do impacto do parto na vinculação, nomeadamente quanto aos resultados do parto na amamentação, perceberam (durante a própria investigação) que as mulheres que tinham partos mais curtos, menos intervencionados e histórias mais positivas de parto (e que tendiam a ter histórias de amamentação com maior sucesso) tinham sido acompanhadas, por acaso, por uma mulher durante o seu parto. Esta foi uma investigação feita a nível de parto hospitalar. (...)

Descobriram que as mulheres acompanhadas por outra mulher, em presença contínua, tinham histórias de parto mais positivas e isso iria impactar os resultados na amamentação e na própria história do parto. Então, tendo visto isto num *on going*, enquanto investigavam, resolveram criar um grupo de controlo para comprovar se isto era verdade. Deram algumas indicações a mulheres, que não tinham formação prévia na área, para que estas acompanhassem, então, as senhoras parturientes, as senhoras que estavam a parir. Se não me falha a memória, foi em Guatemala.

E foram eles, precisamente, que perceberam o impacto enorme que é ter uma pessoa, sem formação clínica, que esteja ali só para a mulher, independentemente dos turnos, da

rotatividade, da equipa de enfermeiros, dos médicos, enfim. Resgataram esta figura da doula, que também já tinha sido referida por uma antropóloga – Dana Raphael – ao falar de uma função exercida entre mulheres, de apoio, de transmissão destes processos, da vida e da morte (porque aqui também temos de incluir as perdas). Ela falava da doula como esta função de apoio de mulheres entre mulheres. Não necessariamente uma função especializada. Era social.

Em Portugal tínhamos também estas práticas, principalmente nos meios mais pequenos, porque as comunidades, quando sabiam que uma mulher ia parir, juntavam-se para lhe limparem a casa, para cozinharem, para lhe encherem a casa de comida, para apoiarem no processo de pós-parto.

Este é o enquadramento. Obviamente que, hoje em dia, com a passagem dos processos perinatais para hospital, a função da doula teve de ser muito modificada. Hoje em dia, uma doula é aquela figura que acompanha a mulher neste período se a mulher quiser, quando a mulher quiser (na gravidez, parto e pós-parto), mas que já tem como funções a transmissão de informação acerca dos processos fisiológicos; como é que as coisas normalmente acontecem; o que é que pode acontecer que se desvia da norma; informações acerca dos protocolos hospitalares; informações acerca dos atendimentos clínicos; como é que está montado o sistema e quais é que são as possibilidades que cada uma das mulheres, nas suas circunstâncias, tem. Nunca podemos comparar uma mulher que tem o privilégio de escolher o serviço pelo qual vai ser cuidada, de uma mulher que embarca no Sistema Nacional de Saúde.

Nós temos mulheres em circunstâncias muito diferentes, temos protocolos muito variados e a doula é uma mulher hoje em dia com uma formação, que abrange não só informação fisiológica da gravidez, parto e pós-parto, como também protocolar, como até a nível de direito – muitas mulheres não sabem que direitos têm durante a perinatalidade. Hoje em dia uma doula pode facilitar essa informação ou indicar fontes de acesso. Nós também temos advogadas e pessoas ligadas à lei a fazerem um trabalho de esclarecimento de informação muito grande junto das mulheres e das famílias.

Qual é a mais-valia da doula e o que é que distingue a doula de um outro profissional qualquer? É o facto de ela ser um apoio em contínuo, que pode estar a acompanhar a mulher, a conhecê-la e a prestar um apoio não só a nível informativo, como a nível emocional, ser um suporte emocional durante todas estas fases. Caso seja permitido, e

sempre que a mulher e a família querem, a doula poderá estar presente durante o parto e prestar apoio físico na altura, apoio emocional.

Nestes eventos da vida, o que acontece é que todas estas informações de alguma forma se interligam. Uma doula nunca toma a voz da mulher, mas pelo trabalho que é feito e mesmo na construção de um plano de preferências para o parto, conhecendo os valores daquela família, uma doula pode guardar o espaço, ser testemunha e apoiar a mulher e a família no nascimento do bebé e no pós-parto.

Esta característica do apoio contínuo, que inclui muitas vezes a presença durante o parto é uma grande mais-valia nas experiências de parto. Por norma, potencia que essas experiências sejam positivas e o impacto de uma experiência de parto é sempre relevante no pós-parto e no desenvolvimento da relação precoce da mãe, do bebé, da família, enfim.

### **Pergunta: Como é a formação para ser doula?**

Resposta: Nenhuma mulher precisa de uma formação para ser doula – e eu digo isto embora seja formadora -, até porque não existe nenhuma entidade que certifique uma formação de doulas.

O próprio serviço foi evoluindo. Na altura em que fiz a minha formação, foi uma formação de 4 dias. Hoje em dia, a formação onde participo é feita ao longo de 6 meses com um ano de mentoria, em momentos condensados de 4, 3 ou 2 dias. Mas é feita ao longo de 6 meses, em grupo.

Existem diferentes tipos de formação, há várias entidades em Portugal que dão formação de doulas, mas todas elas têm alguns temas centrais: perceber a fisiologia da gravidez, parto e pós-parto, ter alguma noção de saúde e bem-estar mental durante a gravidez, parto e pós-parto, questões do pós-parto como a amamentação, protocolos, direitos, enfim.

Passamos por processos internos muito fortes e todas estas temáticas do nascimento, parto e pós-parto ativam dentro de nós as nossas histórias. Por isso é que é super importante termos tempo para perceber o que é que está a ser impactado aqui dentro. Muitas das mulheres que são doulas já pariram; outras não pariram, mas têm as suas convicções; são filhas, por isso foram bebés, enfim. E, durante estes meses, há, sim, uma possibilidade de auto-observação, de perceber o quão é importante cuidarmos das nossas

histórias para não influenciarmos as histórias das outras... Eu diria que hoje em dia é assim.

Para além de que, desde 2009 até agora, houve muita coisa que se descobriu, o panorama nacional também se modificou muito, temos mulheres cada vez mais informadas. A pandemia, diria eu, - eu fiz uma tese sobre experiências perinatais durante a pandemia – criou um fenómeno social. A mudança de protocolos no atendimento ao nascimento e ao parto e a toda a perinatalidade durante a pandemia revelou, socialmente, a falta de direito ou a violação de direitos das mulheres e das famílias no atendimento perinatal. Aí foi muito visível, e foi visível para homens, para mulheres e para famílias. E, portanto, muita coisa tem vindo a mudar ao longo dos anos.

Quando nós sabemos mais, quando os protocolos estão a mudar, quando as mulheres procuram coisas diferentes, a função da doula vai evoluindo também. Quando eu comecei a atender não havia *instagram*, atendia pessoas da minha idade ou um pouquinho mais velhas. Hoje em dia eu vou atendendo pessoas mais novas que eu, há toda uma evolução.

**Pergunta: Disse-me que a formação tem diferentes componentes. Pode-me explicar um pouco como é a formação da parte psicológica da gravidez e do pós-parto?**

Resposta: Uma doula não é uma terapeuta, e isto, pelo menos na nossa formação, é muito visível e é muitas vezes dito e batalhamos muito nisto. Não somos terapeutas. Uma doula não presta apoio psicológico, pode estar informada dos processos normais e dos sinais de alerta, baseia a passagem de informação em investigação científica, em conhecimento científico, mas não é terapeuta.

O que é que acontece nestas fases? Muitas vezes estas transformações brutais internas têm um impacto muito grande das circunstâncias e dos sistemas em que as mulheres se movimentam. Ou seja, muito daquilo que é violento e que é agressivo vem de fora, não é só o processo pelo qual a mulher está a passar / a família está a passar que pode levar a um desajuste e a um mau estar mental ou mesmo a um quadro patológico.

Muitas das vezes – e isso está provado - a falta de apoio da comunidade potencia muito quadros patológicos. Quanto mais uma mulher for apoiada, escutada, reconhecida no seu

processo, amparada, maior é a prevenção. Ou seja, as doulas atuam muito mais na prevenção do que propriamente em qualquer tipo de tratamento.

Muitas vezes podem dar contactos de clínicas ou de profissionais na área da saúde mental, aos quais a mulher possa recorrer, tal como pode dar contactos de obstetras, de enfermeiros, fisioterapeutas pélvicas. Agora, a grande mais valia é que, quando temos alguém que, sem julgamento, nos apoia nas escolhas que fazemos, que está ao nosso lado independentemente do caminho que a viagem tome, a experiência torna-se muito mais positiva, independentemente de ser dolorosa ou não.

Há aqui quase que uma bolhinha ou uma prevenção do bem-estar mental por causa disto, por haver uma testemunha, uma figura cuidadora que abraça e que não julgue e que não deixe uma mulher sozinha, que a acompanhe. Porque a mulher está a passar internamente por uma grande transformação, as suas referências perdem-se, mas socialmente, quer na família, quer fora da família, há um não reconhecimento de que ela está diferente e que está a passar por todos aqueles processos. E isto é dissociador.

E isto acontece também no trabalho. Hoje em dia sabemos que o sistema nervoso de uma mulher que engravida passa dois anos por uma reconstrução incrível. Ela literalmente perde neurónios, reconstrói sinapses – que são as comunicações entre os neurónios – e tem um sistema nervoso muito diferente, muito semelhante ao da adolescência. Isto fora a sua vulnerabilidade, porque, em termos de identidade, esta mulher – por estar nesta fase -, vai passar por um sistema clínico, vai expor o seu corpo. O seu corpo vai ser impactado pelos clínicos e sistemas que a acolhem em termos laborais: quem é que tem direito a licença de maternidade? Quanto tempo de licença de maternidade? Esta mulher quer ou não quer trabalhar? Tem dificuldades financeiras ou não? Tem apoios para essas dificuldades ou não? Há uma data de processos que impactam a saúde mental.

Não sei se me perdi um pouco na pergunta. Em termos de psicologia, obviamente que aquilo que é importante que as doulas saibam – eu não posso falar pelas outras formações, mas na nossa – é que as doulas não são terapeutas, mas podem atuar ao nível da prevenção primária. E, para isso, têm formação ao nível dos processos esperados ao longo da gravidez, parto e pós-parto, perdas, IVG (interrupções voluntárias da gravidez) e IMG (interrupções médicas da gravidez), Portanto, tal como eu explico ou posso explicar um processo da fisiologia, também o processo ao nível das estruturas psíquicas é explicado, é aprendido. Tudo o que fuja da norma – ou sempre que a mulher quer – é reencaminhado.

**Pergunta: Tendo em conta que fazem esse acompanhamento a nível hospitalar, pode-me dizer se há ou como é que é o acompanhamento psicológico de uma grávida que vai parir em contexto hospitalar?**

Resposta: As doulas da nossa formação – só posso falar delas – seguem um código de ética. Nós acompanhamos a mulher onde ela quer parir, desde que o parto seja planeado com acompanhamento clínico, seja ele domiciliário (por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia, registadas devidamente na Ordem), seja ele hospitalar.

O que é que acontece no sistema? É interessante estarmos a falar porque essa era uma das questões quando escrevi a minha dissertação. Na maior parte dos temas não há uma proposta para encaminhamento em saúde mental, a não ser que haja um diagnóstico anterior. Isto tem muito que ver não só com o protocolo, com a forma como as consultas estão montadas, mas também com a incapacidade do sistema de providenciar psicólogos ou psiquiatras para todas estas pessoas. Eu estou a falar muito da minha experiência na zona de Lisboa, porque os relatos que oiço para o interior do país e para o Algarve são bem diferentes e catastróficos, até.

Nestes anos está a acontecer um projeto piloto de rastreio ao longo da gravidez e no pós-parto de saúde mental num hospital do país, o hospital de Évora. Até agora, o que é que tem acontecido? Ou a mulher tem um mau estar incrivelmente grande ou há um contexto de malformações ou gravidezes a solo, que são mais direcionadas para acompanhamento de saúde mental. Mas nós sabemos que muitas pessoas com quadros negativos ao nível da saúde mental não estão identificadas. Não havendo rastreio não podemos identificar essas pessoas, e, não lhe sendo passada informação, elas também não a podem procurar. Além disso, muitas delas também não podem procurar fora dos circuitos do Sistema Nacional de Saúde, porque não têm capacidade financeira para isso ou conhecimento. Isto sendo que há um risco enorme, durante a perinatalidade, de encontrarmos quadros patológicos.

Claro que há especificidades e há mulheres que têm um risco aumentado, mas uma em cada 5 mulheres, durante a perinatalidade – mais ou menos, estou a dar dados gordos – vai desenvolver um quadro de doença mental. E isto é super impactante ao nível da relação com o bebé, ao nível da relação familiar, enfim. É todo um emaranhado que se prolonga no tempo e na experiência, e que tem um potencial impacto muito negativo ao

nível da saúde mental e física (porque quando estamos com quadros de patologia mental também mais facilmente nos pomos em risco físico, a nós e ao bebé).

Mesmo quando temos partos potencialmente ou evidentemente traumáticos, muitas das mulheres não são reencaminhadas para um apoio ao nível da saúde mental, o que é lamentável. Nós tivemos muitas mulheres a parir durante a pandemia, algumas internadas no início da pandemia, no covidário geral, com separações de mães e bebés, e a estas mulheres nunca lhes foi oferecido um acompanhamento psicológico depois de tais experiências. E é algo que se falou muito, a saúde mental durante a pandemia.

Já começamos a ouvir falar mais da necessidade da prestação de cuidados ao nível da saúde mental durante a perinatalidade, mas efetivamente há muito poucos hospitais – e mesmo hospitais privados – que tenham um sistema que permita rastrear ou que permita até atuar na prevenção.

No Brasil há uma coisa muito gira chamada “pré-natal psicológico”, que é um protocolo de atendimento de mulheres e famílias em grupo, que promove o bem-estar mental e a saúde mental, durante o qual é feito um rastreio e as pessoas que estão em risco ou com quadros patológicos são acompanhadas individualmente. E nós, em Portugal, não temos este sistema montado. Há que dar os parabéns a Évora, que está a experimentar. No Minho também há investigações, mas eu creio que não há a implementação deste sistema.

**Pergunta: Como é que é o acompanhamento enquanto doula no pós-parto? Até quando é que dura?**

Resposta: Vai depender sempre. Nós dividimos um bocadinho as doulas. Existem doulas de gravidez e parto e existem doulas de pós-parto. As doulas de gravidez e de parto normalmente têm 3, 4, 5 sessões no pós-parto, espalhadas no tempo, sendo sempre combinado com a família. Mas existem doulas de pós-parto, que fazem um acompanhamento (a combinar com a família, até porque em Portugal esta é uma função muito pouco utilizada) que pode durar dois meses, com frequência.

O trabalho de uma doula pode ser feito num pós-parto imediato, nos primeiros 15 dias, 1 mês. E aqui estou a falar de acompanhamento presencial embora as doulas normalmente estejam disponíveis para trocar mensagens e dar ali um pouco de acolhimento. Mas,

normalmente, até ao 3º mês de vida de um bebé, o acompanhamento é fechado, a menos que, por via das circunstâncias (e isto acontece às vezes, principalmente quando o parto real é muito diferente do parto idealizado), uma mulher precise de muito tempo para voltar a estar com a doula, por via dos seus próprios processos internos.

Mas sim, quanto às doulas de pós-parto, aquilo que a minha experiência me revela é que estas são procuradas maioritariamente por famílias estrangeiras, que não têm um apoio em Portugal e que têm um poder económico para recorrer aos seus serviços. Porque nós estamos a falar de um serviço que leva tempo e que tem a sua especificidade e o seu valor.

Mas pronto, aí é a combinar. Há doulas que cozinham; há doulas que vão para acolher a mulher, para escutá-la; há doulas que vão verificar e acompanhar o desenvolvimento da amamentação; há doulas que fazem pequenas tarefas domésticas, que limpam e levam o lixo, ou que ficam com o bebé enquanto a mãe vai tomar banho. Há mulheres que, depois de parir, não conseguem sequer tomar banho com as rotinas.

Então, o trabalho de uma doula de pós-parto tem muito que ver com estas tarefas, mas é sempre combinado com a mulher e com a família, e é um ajuste entre as ferramentas que a doula tem para oferecer, os serviços que ela oferece e os serviços dos casais. Há casais que até solicitam acompanhamento noturno, por exemplo. Isto vai depender muito.

Parece que existem muitas doulas de gravidez e parto – e se calhar até existem muitas -, mas a atuar, na verdade, existem muito poucas doulas com uma atuação consistente em Portugal. Nós estamos a falar de cerca 1% das mulheres e das famílias que passam por estes processos, só este 1% é que é acompanhado por doulas. Os outros 99% não são. E, depois, temos as famílias estrangeiras com um grande poder económico – não estou a falar de refugiados, de emigrantes – que procuram, não só porque nos seus países já conhecem estas funções, mas também porque são comunidades que partilham muita informação. Muitas vezes o nosso trabalho gira à volta de recomendações.

**Pergunta: O que é que, para si, pode constituir uma influência perturbadora do parto?**

Resposta: Obviamente que fui ao Código Penal para ver sobre o que é que iríamos estar a falar. E é muito curioso porque fiquei a pensar muito sobre isso. O que é que é esta

influência perturbadora? Este tema é um tema com o qual eu me debato muito, acho que o jargão legal, todo este vocabulário legal, em muitos protocolos até, tem de ser em algumas coisas repensado.

Eu já vi mulheres a assinarem papéis – eu sei que não é esta a pergunta, mas eu já lá chego, só quero partilhar a minha experiência – que autorizam feticídios quando escolhem interromper uma gravidez em caso de malformação grave da criança. Eu acompanhei essas mulheres. Eu já acompanhei mulheres que fizeram interrupções aos 6 meses e assinam papéis a dizer que permitem um feticídio. Este jargão legal pode despoletar sentimentos e pensamentos, ou intensificar muitas culpas e outras questões.

(...) Nós somos uma sociedade a viver com muitos quadros patológicos funcionais, ou seja, uma mulher, mesmo antes de estar grávida, já pode estar ali num quadro patológico, num quadro de perigo da saúde mental. Eu sou doula, mas a minha paixão é a psicologia e o meu retorno à psicologia vem por isto. Quando falamos de quadros patológicos, até que ponto há uma responsabilidade ou não? Até que ponto não somos nós, enquanto sistema, que nos estamos a demitir de fazer um rastreio, de fazer um acompanhamento e de prevenir? Porque todas as evidências científicas e todo o conhecimento científico que nós temos permite-nos construir um sistema de apoio ou de prestação de cuidados ao nível da gravidez, parto e pós-parto para minimizar os quadros de doença mental.

Para mim, em todas as questões perinatais, para além de todas as questões internas, temos, enquanto sociedade, que olhar para a forma como acompanhamos estas mulheres e como criamos sistemas de acompanhamento, porque somos seres humanos mamíferos. Nós somos mamíferos e, portanto, vivemos sempre em vinculação e em relação, ainda para mais quando uma mulher está a passar por processos de transformação muito intensos, que implicam a perda de referências, a construção de novos papéis sociais e lutos de outros papéis.

Agora, o que é que é isto de influência perturbadora? É uma influência interna ou externa? Fiquei sem perceber. Se for uma influência externa, a maior influência externa que eu vejo é a quebra da bioética, e esta, para mim, baseia-se em não haver consentimento informado, não se permitir a autonomia da mulher. Estes dois factos, para mim, são os maiores potenciadores de uma perturbação durante o parto. Eu posso ter um surto durante o parto, uma mulher, principalmente com diagnóstico dentro de certos quadros clínicos, pode sentir-se muito sozinha, muito abandonada, muito rejeitada, e isso

impactar profundamente a sua experiência. E é engraçado que, aí, o acompanhamento contínuo é muito benéfico na prevenção destas crises.

Mas eu diria que mais do que crises internas – até porque podemos atuar muito mais através do exterior -, o sistema de cuidados à mulher durante o parto, de assistência da mulher durante o parto e pós-parto é da responsabilidade da sociedade civil. É necessário rever protocolos, é necessário haver leis específicas para aquilo que é a violência obstétrica, para aquilo que é uma violação de conceitos bioéticos, como o consentimento informado. Muitas mulheres não são informadas, não lhes é pedido consentimento. Eu sei tanta coisa sobre o parto, mas já assisti, em sistema hospitalar, a muita violência. E a violência começa a partir do momento em que eu acho que posso entrar num quarto onde está uma mulher – que passa a ser um espaço privado, como uma casa de banho (...). Já vi muitas mulheres a serem coagidas, já ouvi pessoas a entrar no quarto e a tecer muitos comentários, já vi pessoas a manipular o corpo sem pedir autorização, a ir contra os desejos da mãe sem lhe ser explicada a necessidade para tal (e não estou a falar de casos de urgência, que são os únicos e que ainda assim poderão ser questionados).

O que é curioso, porque aqui há um virar total daquilo que a lei diz. É quase uma chamada de atenção: afinal, no que é que podemos responsabilizar uma mulher que comete um infanticídio durante o parto ou logo após o parto? Em que circunstâncias é que é que ela é responsável? Se tivermos um surto psicótico, é responsável? Se for em decorrência de um mau-trato, de uma violência extrema, é responsável? A violência extrema é uma coisa que se sente cá dentro, o parto é uma experiência da sexualidade, portanto há muitas mulheres em risco, porque há muito abuso sexual anterior e nós não sabemos dessas histórias.

As atuações clínicas muitas vezes são desrespeitosas. Aliás, não há protocolos específicos, nem condenações, nem queixas. Porque, repare uma coisa, uma mulher extremamente vulnerável e frágil tem muito menos possibilidade de fazer uma queixa. (...) Uma mulher em pós-parto não está em condições e não tem apoio para fazer valer os seus direitos.

Todos os meses uma mulher grávida é vista, acontece um parto, que é sempre uma experiência intensa, que mexe sempre, que desorganiza sempre uma mulher, mas a consulta de revisão só acontece às seis semanas. Naquela fase vulnerável, naquela fase de maior risco para a saúde mental – a fase logo após o parto -, a mulher que estiver a ser

acompanhada pelo Sistema Nacional de Saúde não tem previsão de ser acompanhada. Parece que, a partir do momento em que há um bebé, o bebé é visto, tem consultas, é muito seguido, mas o sítio de onde o bebé veio é ignorado.

Precisamos de entender que não podemos falar de maternidade, temos de falar de maternidades e de forma de maternar. E cada família ou cada pessoa, na sua circunstância, tem o direito de exercer este papel e de construir este papel consoante os seus valores, possibilidades, direitos e, até, limitações.

## **Bibliografia consultada:**

- ALBUQUERQUE, P. P. de. (2010). *Comentário do código penal à luz da Constituição da República e da Convenção Europeia dos Direitos do Homem*. Universidade Católica Portuguesa.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais—DSM-5 TR*. 5ª Edição. Artmed.
- ANGELOTTA, C., & WISNER, K. (2017). “Treating Depression during Pregnancy: Are We Asking the Right Questions?”. *Birth Defects Res.* 109 (12), 879–887.
- ANTUNES, M. J. (2022). *Direito Processual Penal*. 4ª Edição. Almedina.
- ANTUNES, M. N. (2022). “A confusão da perturbação pela premeditação”. *Anatomia Do Crime*, 16, 103–159.
- APPLEBY, L. (1991). “Suicide during pregnancy and in the first postnatal year”. *BMJ*. 309 (6789), 137–140.
- ARRÔBE, R. I. B. (2018). *O crime de infanticídio e as perturbações psicológicas pré e pós-parto* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa - Faculdade de Direito.
- ATTIA, E., DOWNEY, J., & OBERMAN, M. (1999). “Postpartum Psychoses”. Em *Postpartum Mood Disorders*. American Psychiatric Press.
- BARNHILL, J. W. (2023). *Transtorno de ansiedade generalizado—Transtornos psiquiátricos*. Manuais MSD edição para profissionais. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiqui%C3%A1tricos/ansiedade-e-transtornos-relacionados-a-estressores/transtorno-de-ansiedade-generalizado-tag> [consultado a 11 de abril de 2024].
- BECK, C. (2001). “Predictors of postpartum depression: An update”. *Nursing Research*. 50 (5), 275–285.
- BECK, C. T. (1991). “Maternity Blues Research: A Critical Review”. *Issues in Mental Health Nursing*. 12 (3), 291–300.
- BELEZA, T. P. (2008). “A Mulher no Código Penal de 1982”. Em *Colectânea de Textos de Parte Especial do Direito Penal*. AAFDL.

- BORN, L., & STEINER, M. (1999). “Irritability: The forgotten dimension of female-specific mood disorders”. *Arch Womens Ment Health*. 2, 153–167.
- BROCKINGTON, I. (2004b). “Diagnosis and management of post-partum disorders: A review”. *World Psychiatry*. 3 (2), 89–95.
- BROCKINGTON, I., WINOKUR, G., & DEAN, C. (1982). “Puerperal psychosis”. Em *Motherhood and Mental Illness*. Academic Press.
- CASTLE, D., KULKARBU, J., & ABEL, K. M. (2006). *Mood and Anxiety Disorders in Women*. Cambridge University Press.
- CEPÊDA, T., BRITO, I., & HEITOR, M. J. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância—Manual de orientação para profissionais de saúde*. Direção-Geral da Saúde.
- CHASE, T. *et al.* (2021). “Psychotic pregnancy denial: A review of the literature and its clinical considerations”. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42 (3), 253–257.
- CHRISLER, J., & JOHNSTON-ROBLEDO, I. (2002). “Raging hormones? Feminist perspectives on premenstrual syndrome and postpartum depression”. Em *Rethinking mental health and disorder: Feminist perspectives* (pp. 174–197).
- Código Penal, aprovado pelo Decreto de 10 de Dezembro de 1852. Disponível em: [1829.pdf \(unl.pt\)](#)
- COHEN, L., & NONACS, R. (2005). *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. American Psychiatric Publishing.
- COHEN, W. R., & FRIEDMAN, E. A. (2021). “Clinical evaluation of labor: An evidence- and experience-based approach”. *Journal of Perinatal Medicine*. 49 (3), 241–253.
- CONLON, C. (sem data). “Concealed Pregnancy: A case-study approach from an Irish setting”. *Crisis Pregnancy Agency*.
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, Lei nº 23/80, de 26 de Julho.

- COOPER, P. *et al.* (1988). “Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth — A prospective study of prevalence, incidence, course and nature”. *British Journal of Psychiatry*. 152, 799–806.
- CORREIA, D. T. *et al.* (2017). *Saúde Mental na Gravidez e Puerpério*. Lidel.
- CORREIA, E. (1966). *Código Penal, Projecto da Parte Especial*. Universidade Católica Portuguesa.
- COSTA, N. G. da. (1989). “Infanticídio privilegiado, contributo para o estudo dos crimes contra a vida no Código Penal”. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*. 30, 101–251.
- CUNHA, M. da C. F. da. (2022). *Os crimes contra as pessoas, Relatório sobre o programa, os conteúdos e os métodos de ensino da disciplina*. 2ª Edição. Universidade Católica Editora.
- DIAS, A. S. (2007). *Direito Penal—Parte especial—Crimes contra a vida e a integridade física*. 2ª Edição. AAFDL.
- DIAS, J. de F. (1995). *Liberdade, Culpa, Direito Penal*. 3ª Edição. Coimbra Editora.
- DIAS, J. de F. (2004). *Direito Processual Penal* (Reimpressão da 1ª Edição de 1974). Coimbra Editora.
- DIAS, J. de F. (2019). *Direito Penal, Parte Geral: Tomo I, Questões Fundamentais - A doutrina geral do crime*. 3ª Edição. Gestlegal.
- DIAS, J. de F., & BRANDÃO, N. (2012). *Comentário Conimbricense do Código Penal: Tomo I*. 2ª Edição. Coimbra Editora.
- ERTAN, D. *et al.* (2021). “Post-traumatic stress disorder following childbirth”. *BMC Psychiatry*. 21, 155.
- FERREIRA, M. C. (1981). *Direito Penal Português—Parte geral: Tomo I*. Verbo.
- FRAGOSO, H. (2018). *Lições de Direito Penal: Vol. I Parte Especial*. 11ª Edição. Forense.
- FRIEDMAN, S. H., REED, E., & ROSS, N. E. (2023). “Postpartum Psychosis”. *Current Psychiatry Reports*. 25 (2), 65–72.

- GARFIELD, P. *et al.* (2004). “Outcome of postpartum disorders: A 10 year follow-up of hospital admissions”. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109 (6), 434–439.
- JESUS, D. de. (2014). *Direito Penal: Vol. II Parte Especial*. 2ª Edição. Saraiva.
- KADRMAS, A., WINOKUR, G., & CROWE, R. (1979). “Postpartum mania”. *Br J Psychiatry*. 135, 551–554.
- KENDELL, R., *et al.* (1981). “Mood changes in the first three weeks after childbirth”. *Journal of Affective Disorders*. 3, 317–326.
- KOYUNCU, A. *et al.* (2019). “Comorbidity in social anxiety disorder: Diagnostic and therapeutic challenges”. *Drugs in Context*, 8.
- Lyssenko, L. *et al.* (2018). “Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale”. *American Journal of Psychiatry*. 175 (1), 37–46.
- MACEDO, A. F. de, *et al.* (2014). *Saúde Mental Perinatal*. Lidel.
- MAINA, G. *et al.* (1999). “Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): The role of pregnancy / deliver”. *Psych Res*. 89, 49–58.
- MCDUGALL, S. (2021). “Introduction: Rethinking the Criminalization of Childbirth: Infanticide in Premodern Europe and the Modern Americas”. *Law and History Review*. 225-228.
- MILLER, L. J. (1990). “Psychotic Denial of Pregnancy: Phenomenology and Clinical Management”. *Psychiatric Services*. 41 (11), 1233–1237.
- Ministério da Justiça. (1993). *Código Penal: Actas e Projecto da Comissão de Revisão*. Rei dos Livros.
- MIRABETE, J. F., & FRABBRINI, R. N. (2021). *Manual de Direito Penal: Vol. II Parte Especial*. Atlas.
- MOTA, N. *et al.* (2008). “The relationship between mental disorders, quality of life, and pregnancy: Findings from a nationally representative sample”. *J Affect Disord*. 109, 300. – 304.

- MOURA, P. B. de A. R. (2021). *O crime de infanticídio, Compreensão de um delito cometido sobre uma vítima silenciosa* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra.
- NEIFERT, P. L., & BOURGEOIS, J. A. (2000). “Denial of Pregnancy: A Case Study and Literature Review”. *Military Medicine*. 165 (7), 566–568.
- OATES, M. (2003). “Perinatal psychiatric disorders: A leading cause of maternal morbidity and mortality”. *British Medical Bulletin*. 67, 219–229.
- O’HARA, M., NEUNABER, D., & ZEKOSKI, E. (1984). “Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors”. *Journal of Abnormal Psychology*. 93, 158–171.
- O’HARA, M., & PHILIPPS, L. (1991). “Prospective study of postpartum depression: 4 1/2-year follow-up of women and children”. *Journal of Abnormal Psychology*. 100, 151–155.
- OLZA, I. *et al.* (2018). “Women’s psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis”. *BMJ Open*. 8 (10).
- PALMA, M. F. (1983). *Direito Penal Parte Especial, Crimes Contra as Pessoas*. 2ª Edição (Reimpressão). AAFDL.
- PALMA, M. F. (1999). *Direito Penal I (parte geral)*, [Concurso para Professor associado]. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.
- PATRÍCIO, R. (2000). *O princípio da presunção da inocência do arguido na fase de julgamento no atual processo português*. Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa.
- PEARLSTEIN, T. (2015). “Depression during Pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*”. 29 (5), 754–764.
- PEREIRA, M. M. S., & FERREIRA, A. J. (1998). *Direito Penal II. Os homicídios*. AAFDL.
- PREMA, M., & AYRES, S. (2015). “Denial and Concealment of Unwanted Pregnancy: «A Film Hollywood Dared Not Do.» *Journal of Civil Rights and Economic Development*”. 26 (2).

- ROSÁRIO, R. A. do. (2019). *A «Imputabilidade Diminuída» no Direito Penal Português*. Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.
- ROXIN, C. (1997). *Derecho Penal, Parte General: Tomo I, Fundamentos. La estructura de la teoria del delito*. Civitas.
- RTP. (2007). *Negar a gravidez para evitar o sofrimento de ser mãe*. RTP Notícias. [Online]. Disponível em: [https://www.rtp.pt/noticias/pais/negar-a-gravidez-para-evitar-o-sofrimento-de-ser-mae\\_n39649](https://www.rtp.pt/noticias/pais/negar-a-gravidez-para-evitar-o-sofrimento-de-ser-mae_n39649) [consultado a 04.03.2024].
- RUÇO, A. A. V. (2019). *Prova e Formação da Convicção do Juiz*. 2ª Edição. Almedina.
- SANTOS, M. S., & LEAL-HENRIQUES, M. (2016). *Código Penal Anotado: Vol. III (arts. 131.º a 235.º)*. 4ª Edição. Rei dos Livros.
- SCALCO, L. M. *et al.* (2013). “Psicose puerperal: Relato de caso”. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 84–89.
- SILVA, G. M. da. (2008). *Curso de Direito Penal, II*. 4ª Edição (revista e actualizada). Verbo.
- SILVA, F. (2011). *Direito Penal Especial, crimes contra as pessoas*. 3ª Edição (actualizada e aumentada). Quid Juris.
- SMITH, M., ROSENHECK, R., & CAVALERI, M. (2004). “Screening for and detection of depression, panic disorder and PTSD in public-sector obstetric clinics”. *Psych Serv*. 55 (4), 407–414.
- STANGLE, H. L. (2008). “Murderous Madonna: Femininity, Violence, and the Myth of Postpartum Mental Disorder in Cases of Maternal Infanticide and Filicide”. *WILLIAM AND MARY LAW REVIEW*. 50, 699–734.
- TOSTO, V. *et al.* (2023). “Maternity Blues: A Narrative Review”. *Journal of Personalized Medicine*. 13 (1), Artigo 1.
- UGUZ, F. *et al.* (2007a). “Postpartum-onset obsessive-compulsive disorder: Incidence, clinical features, and related factors”. *J Clin Psych*. 68, 132–138.
- VELASCO, M. M. *et al.* (2023). “Psychotic denial of pregnancy: Case report and narrative literature review”. *European Psychiatry*. 66 (S1), S1129–S1129.

- WENZEL, A. *et al.* (2005). “Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum”. *J Anxiety Disord.* 19, 295–311.
- WILLIAMS, K., & KORAN, L. (1997). “Obsessive-compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum”. *Journal of Clinical Psychiatry.* 58, 330–334.

**Jurisprudência consultada:**

- Ac. STJ de 26.02.2009 (proc. nº 08P3547), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
- Ac. TRL de 11.03.2010 (proc. nº 1795/07.6GISNT.L1-9), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
- Ac. STJ de 09.09.2010 (proc. nº 1795/07.6GISNT.L1), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
- Ac. TRL de 29.03.2011 (proc. nº 288/09.1GBMTJ.L1-5), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
- Ac. TRP, de 23.10.2013 (proc. nº 423/10.7JAPRT.P1), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
- Ac. STJ de 26.11.2015 (proc. nº 150/11.8JAAVR.P1), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
- Ac. TRP de 10.01.2018 (proc. nº 150/11.8JAAVR.P1), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
- Ac. do STJ de 19.04.2018 (proc. nº 533/16.7PBSTR.E1.S1), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
- Ac. do STJ de 14.07.2021 (proc. nº 1589/19.6PKLSB.L1.S1), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).
- Ac. do STJ de 16.03.2022 (proc. nº 150/11.8JAAVR.P1), disponível em: [www.dgsi.pt](http://www.dgsi.pt).