



FÁTIMA ALEXANDRA SOARES DE ALMEIDA

**PROFILING EM CRIMES VIOLENTOS:  
O PERPETRADOR E A VÍTIMA EM CASOS  
DE FILICÍDIO**

MESTRADO EM  
MEDICINA LEGAL E CIÊNCIAS FORENSES  
2014

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
UNIVERSITY OF COIMBRA

## ***Profiling* em crimes violentos: o perpetrador e a vítima em casos de filicídio**

### **Resumo**

**Contextualização.** Filicídio, o assassinio de uma criança por um dos progenitores, é um fenómeno multifacetado com várias causas e características. Foi efetuada uma revisão da literatura existente para delinear o estado atual de conhecimento sobre o filicídio. O objetivo deste estudo é descrever o homicídio de crianças em Portugal, examinar as diferenças de género nas características das ofensas e variáveis associadas, a fim de estabelecer um perfil comum dos criminosos filicidas e suas vítimas. As limitações do estudo e futuras direções para a investigação serão apresentados.

**Metodologia.** O estudo, de carácter retrospectivo, foi aprovado pelo Comité de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P. O estudo abrangeu todo o país. Foram examinadas as informações relativas aos certificados de óbito de crianças menores de 18 anos com etiologia homicida ou desconhecida/indeterminada, em 23 gabinetes médico-legais e forenses portugueses no período compreendido entre 2004 e 2013. A análise dos dados foi feita com pacote de *software* estatístico SPSS, versão 19.0 .

**Resultados.** A maior parte dos crimes foi cometido pelas progenitoras, jovens solteiras, com idade compreendida entre os 21-30 anos. As vítimas são maioritariamente recém-nascidos em ambientes não hospitalares, resultado de gravidezes indesejadas. Predominam por isso, os crimes de neonaticídio, com o recurso a métodos manuais e impessoais. Os progenitores são mais velhos, casados ou divorciados, que matam recorrendo a métodos mais violentos, por vingança ou retaliação contra a sua companheira. As suas vítimas são também mais velhas.

**Palavras-chave.** *Profiling*, perpetrador, vítima, filicídio, infanticídio, neonaticídio, fatores de risco.

## Profiling in violent crimes: The perpetrator and the victim in cases of filicide

### Abstract

**Background.** Filicide, the murder of a child by a parent, is a multifaceted phenomenon with various causes and characteristics. We reviewed the existing literature to delineate the present state of knowledge regarding filicide. The aim of this study is to describe the homicide of children in Portugal, to examine the gender differences in filicidal offense characteristics and associated variables, in order to establish a common profile of filicidal offenders and victims. Limitations of the current study and future directions for research will be presented.

**Methods.** This retrospective study was approved by the Ethics Committee from Faculty of Medicine of the University of Coimbra and the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences. The material of the present study was register-based, comprehensive and nationwide. We examined the information concerning all deaths certified as homicide or with an undetermined/unknown cause in 29 Portuguese medico-legal and forensic offices, for children under 18 years of age, for the period 2004-2013. Data analyses will be made with SPSS 19.0 statistical software package.

**Results.** Most of the crimes were committed by females, unmarried young women aged between 21-30 years. The victims are mostly new-borns in non-hospital settings, which result from unintended pregnancies. Neonaticide was the most predominant crime with the use of manual and impersonal methods. Males were older, married or divorced, who kill using more violent methods, for revenge or retaliation against his companion. Its victims are also older.

**Keywords.** Profiling, perpetrator, victim, filicide, infanticide, neonaticide, risk factors.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais e ao meu marido, pelos dias difíceis mas repletos de compreensão durante os quais me apoiaram neste trabalho.

Ao Mauro e à Susana, pela paciência e compreensão.

Ao Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira, por tão gentilmente aceitar e orientar este projeto.

À Prof. Doutora Helena Teixeira, pela enorme disponibilidade demonstrada na identificação dos casos nas zonas Norte e Centro incluídos no presente estudo.

À Prof. Doutora Maria Cristina Mendonça, pela enorme disponibilidade, compreensão, apoio e agilização da recolha de dados na zona Sul.

Aos Diretores das Delegações Médico-legais e Forenses, Dr. João Pinheiro (Centro), Dr. Mário João Dias (Sul) e Dr. Rui Guimarães (Norte), pela autorização para a recolha de dados do presente estudo.

Aos Coordenadores dos Gabinetes Médico-legais e Forenses e/ou Diretores dos Serviços de Patologia Forense, nomeadamente Dra. Cláudia Marques (Aveiro), Dra. Sofia Brazão (Braga), Dr. Miguel Resende (Castelo Branco), Dra. Cristina Cordeiro (Coimbra), Dr. Carlos Pereira (Guarda), Dra. Ana Sofia Coelho (Leiria), Dra. Ana Paula Sousa (Portimão), Dr. José Bessa Oliveira (Porto), Dr. Silvino Carvalho (Vila Franca de Xira) e Dra. Beatriz Silva (Viseu), por tão gentil receção e apoio.

<b>Introdução</b> .....	<b>pág. 6</b>
<b>1. O enquadramento histórico</b> .....	<b>pág. 7</b>
1.1. O <i>profiling</i> criminal.....	pág. 7
1.2. O filicídio.....	pág. 8
<b>2. O enquadramento legal</b> .....	<b>pág. 12</b>
<b>3. O enquadramento concetual</b> .....	<b>pág. 15</b>
3.1. O <i>profiling</i> criminal.....	pág. 15
3.2. O filicídio.....	pág. 17
3.3. Sistemas de classificação do filicídio.....	pág. 18
3.4. Incidência, prevalência e problemas estatísticos.....	pág. 22
<b>5. Características criminais e forenses</b> .....	<b>pág. 25</b>
4.1. O perpetrador.....	pág. 25
4.1.1. Características demográficas.....	pág. 26
4.1.2. Características históricas.....	pág. 27
4.1.3. Características situacionais.....	pág. 28
4.1.4. Características clínicas.....	pág. 29
4.1.5. Características relacionadas com a ofensa.....	pág. 32
4.1.6. Fatores protetores.....	pág. 36
4.2. A vítima.....	pág. 36
4.3. O método.....	pág. 38
4.4. As circunstâncias da morte.....	pág. 39
4.5. O motivo.....	pág. 40
4.6. A causa da morte e problemas médico-legais.....	pág. 41
<b>5. Objetivos</b> .....	<b>pág. 42</b>
<b>6. Metodologia</b> .....	<b>pág. 43</b>
6.1. Procedimentos.....	pág. 43
6.2. Caracterização da amostra.....	pág. 45
<b>7. Resultados</b> .....	<b>pág. 46</b>
<b>8. Discussão</b> .....	<b>pág. 53</b>
<b>9. Conclusão</b> .....	<b>pág. 54</b>
9.1. Utilidade, potencialidades e vantagens do estudo.....	pág. 54
9.2. Limitações do estudo e dos resultados obtidos.....	pág. 59
9.3. Sugestões e futuras investigações.....	pág. 60
<b>10. Referências bibliográficas</b> .....	<b>pág. 62</b>

## Introdução

Poucos crimes provocam emoções mais fortes do que aqueles que envolvem a morte de um bebê ou de uma criança. Que um adulto possa causar deliberadamente a morte a uma criança é algo inexplicável, especialmente nos casos em que se mata o seu próprio filho. Quando a morte acontece pelas mãos de um progenitor, é natural que se pergunte o porquê de a tragédia não poder ter sido evitada.

Filicídio, infanticídio e neonaticídio são conceitos distintos de uma mesma realidade que surgem já com alguma frequência na literatura internacional. Este crime pode ser perpetrado pelo pai, pela mãe ou por ambos os progenitores<sup>[1]</sup>. Mas apesar da evolução do conhecimento científico sobre este tipo de crime, em alguns países, o filicídio é ainda um veredicto que se aplica apenas a mortes levadas a cabo pelas mães<sup>[2]</sup>.

Do ponto de vista legal, o enquadramento do filicídio varia de país para país podendo considerar-se dois tipos opostos: tratamento e punição<sup>[3]</sup>. Em muitos casos de filicídio materno, as leis reduzem as penas às mães que matam crianças com menos de um ano, baseando-se no princípio de que uma mulher que comete este tipo de crime, fá-lo porque o equilíbrio da sua mente está perturbado por alguma razão ou porque ainda não recuperou totalmente do facto de ter dado à luz<sup>[4]</sup>. O Código Penal português (2013) situa-se algures entre os dois tipos, considerando a influência perturbadora como atenuante e a punição como sanção.

São ainda escassos os conhecimentos sobre as motivações, as causas, as circunstâncias e os fatores de risco associados a este crime, tornando difícil a sua prevenção<sup>[5]</sup>. Além disso, problemas relacionados com a determinação da etiologia médico-legal limitam o conhecimento sobre a prevalência do filicídio, uma vez que grande parte das mortes de crianças (principalmente as que têm idade inferior a um ano) é classificada como “desconhecida/indeterminada”, ficando por apurar as suas causas reais e se de facto se tratou ou não de um crime cometido pelos progenitores.

Diversos estudos apontam como fatores causais do crime de filicídio os maus tratos à criança (que acabam por ser fatais), motivos altruístas, sintomas psicóticos ou vingança conjugal<sup>[6]</sup>.

O *profiling* é uma ferramenta auxiliar da investigação criminal que pode ser definida como um processo de inferência de características de indivíduos responsáveis por crimes. Embora se trate de um modelo de predição recente e em desenvolvimento, o seu objeto e função supõe a compreensão do criminoso e do crime em si<sup>[7]</sup>. Uma vez que o *profiling* se pode aplicar a toda a situação em que um indivíduo comete uma infração, poderá ser um recurso útil para uma melhor compreensão do crime de filicídio.

## 1. Enquadramento histórico

### 1.1. O *profiling* criminal

Atualmente, existe um interesse público crescente pelo *profiling*, muito em parte devido às várias séries televisivas que se desenrolam em torno do criminoso, do crime e das várias ciências forenses ao dispor do investigador na sua resolução.

Em termos históricos, o *profiling* desde cedo se constituiu como uma arte no seio da criminologia. Os seus caminhos eram pouco científicos e pouco académicos, apesar de perseguirem afincadamente a aplicação criminal.

A primeira referência literária ao *profiling* surge na figura de C. Augusto Dupin, o herói de Edgar Allan Poe na sua obra *The murders in the Rue Morgue*, datada de 1841. Na procura da resolução dos seus crimes, Dupin tentou entrar na mente do ofensor, identificar-se com ele e verificar quais os métodos que o seduziram.

Em 1876, com a publicação do livro *The Criminal Men*, o médico italiano Cesare Lombroso foi talvez o primeiro criminologista a classificar formalmente os criminosos, através da comparação estatística de dados como a afinidade populacional, a idade, o sexo, as características físicas, o nível educacional e a localização geográfica, argumentando que, com estes dados, as origens e as motivações para o comportamento criminal seriam melhor compreendidas e subsequentemente preditas<sup>[8]</sup>.

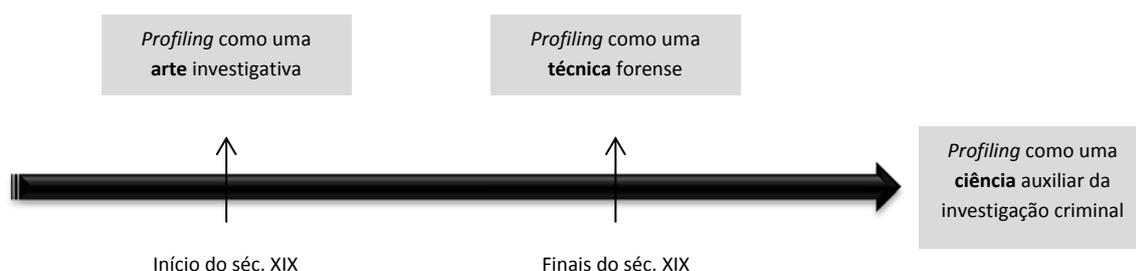
Em finais do século XIX, outros autores seguiram esta corrente literária. *Sir Arthur Conan Doyle*, na obra *Complete Sherlock Holmes* (1892-1927) popularizou definitivamente esta técnica investigativa. Contrariamente aos seus antecessores, Sherlock Holmes era mais *científico* baseando-se na arte inferência e da dedução na resolução dos crimes. Por esta altura e na vida real, uma série de crimes violentos assombrou a cidade de Londres<sup>[9]</sup>.

A noção de que a cena do crime pode providenciar informação válida sobre a personalidade e o comportamento de um criminoso remonta ao início da década de 1880, quando o médico patologista George Phillips tentou desenvolver o perfil do criminoso responsável por uma série de homicídios na zona de Whitechapel, em Londres, através do exame cuidadoso dos ferimentos das vítimas e da respetiva reconstrução dos crimes. O criminoso nunca foi identificado, mas ficou para a história como *Jack, the Ripper*, um dos mais famosos casos não resolvidos da criminologia moderna<sup>[10]</sup>.

Outro marco histórico importante no desenvolvimento do *profiling* situa-se entre 1940 e 1956, na sequência de uma série de explosões em locais públicos (i.e., cinemas, cabines telefónicas e estações de comboio) em Nova Iorque, um caso que ficou conhecido como *The Mad Bomber*. Quando em 1956 se esgotaram as pistas para apanhar o criminoso, a polícia recorreu a James Brussel, um proeminente psiquiatra local, numa tentativa desesperada de encontrar novas linhas de investigação. Brussel fez uma revisão de todas as informações na posse da polícia e direcionou-os na procura de um indivíduo do sexo masculino, solteiro, entre os 40 e os 50 anos, católico romano, de nacionalidade estrangeira, que vivia com um irmão ou uma irmã, padecia de paranoia e que trabalhava ou já tinha trabalhado na empresa *Consolidated Edison*. Apesar do seu perfil levar à detenção de George Metesky, continha muitas imprecisões e apenas serviu para levar a polícia a fazer o trabalho que já deveria ter feito aquando da colocação da primeira bomba, em 1940: procurar quem que se poderia sentir prejudicado na lista de funcionários e ex-funcionários da referida empresa<sup>[11]</sup>.

Uma vez que estes primeiros métodos eram não científicos e intuitivos (e, por conseguinte, apresentavam inúmeras limitações metodológicas e falta de procedimentos claros, fidedignos e validados), no seguimento do programa de *profiling* criminal do agente Howard Tennen, o FBI criou em 1972 a Unidade de Análise Comportamental (BSU; *Behavioural Science Unit*), situada em Quantico, na Virgínia. Esta unidade tinha como objetivo o desenvolvimento de métodos científicos para identificar ofensores desconhecidos em casos não resolvidos e a avaliação da divergência do perfil na população em geral. Curiosamente, na atualidade, as técnicas mais famosas desta unidade aplicam-se a casos que envolvem homicídios em série.

Rapidamente o *profiling* disseminou-se por países como a Austrália, o Canadá, a Finlândia, a Alemanha, a Suécia, a Holanda e Singapura. E na última década do século XX, o *profiling* foi utilizado em mais de 200 investigações policiais inglesas<sup>[12]</sup>. No entanto, a atualidade é marcada pelo debate em torno da afirmação do *profiling* como uma ciência, cujas práticas se baseiem em dados empíricos, exatos e racionais, por forma a legitimar o seu campo de estudo dentro das ciências forenses (cf., Figura 1).



**Figura 1.** Percurso histórico do *profiling* criminal.

## 1.2. O filicídio

O filicídio é um crime que está presente desde os primórdios da história da Humanidade, ocorrendo quotidianamente na sociedade contemporânea. Apesar de pouco ser conhecido acerca das práticas filicidas nas antigas civilizações (i.e., do modo como os pais matavam as crianças e em que circunstâncias), os achados arqueológicos sugerem que este tipo de crime foi considerado legítimo em alguns períodos da História.

Em termos históricos, o filicídio poderia ocorrer se as crianças nascessem fora do casamento (i.e., se fossem ilegítimas ou não desejadas), como meio de controlo populacional (sendo sacrificadas em alturas de escassez de recursos), como forma de limitar o número de crianças do sexo feminino ou de exterminar as crianças fracas e anormais (i.e., portadoras de malformações ou deficiências)<sup>[2]</sup>. A incapacidade da mãe para tratar da criança<sup>[13]</sup>, o desejo de poder ou de dinheiro, a superstição ou sacrifício ritual são também referenciados<sup>[3]</sup>. Já em 7000 a.C. se suspeita da existência de sacrifícios de crianças, sugerindo que o homem primitivo pretendia controlar o crescimento populacional e minimizar as malformações na sociedade<sup>[14]</sup>.

As primeiras referências históricas ao infanticídio chegam-nos da Babilónia, de 4000 a 2000 antes de Cristo. E em 1850 a.C., o livro do Génesis narra a história de Abraão que, a pedido de Deus, deveria matar o seu filho Issac em sinal de obediência, sendo impedido pelos anjos de consumir o ato. Nos momentos de escassez do povo hebreu, a alternativa de comer os filhos mais novos é mencionada na literatura: *“dá cá o teu filho para que hoje o comamos, e amanhã comeremos o meu filho. Cozemos pois o meu filho e o comemos”*<sup>[15]</sup>.

Contudo, os relatos históricos mais ricos chegam-nos da antiguidade romana e grega. Na antiga civilização Romana, o pai (enquanto proprietário) tinha, em certas circunstâncias, o direito legal de matar os seus filhos (*Patria Potestas*)<sup>[16]</sup>. E na antiga Grécia, era permitido aos pais matarem os filhos sempre que estes apresentassem malformações que os fizessem ser considerados como inaptos para a guerra. No ano de 431 a.C., a mitologia grega descreve ainda a história de Medeia que, por ter sido traída pelo esposo Jasão, matou as duas filhas e a sua rival.

Em Esparta, cada recém-nascido era submetido ao juízo da assembleia de anciãos: se o julgassem inútil enviavam-no para o monte Taigeto e aí era abandonado para servir de alimento aos animais<sup>[17]</sup>.

Em Cartago, a prática sistemática do sacrifício de crianças só foi interrompida quando houve um decréscimo populacional, para depois ser retomada por razões económicas relacionadas com a distribuição das heranças.

Na antiga civilização Indiana, era exigido um dote de tamanho razoável à família da noiva por altura do casamento, tornando-o num poderoso incentivo para a morte de bebés do sexo feminino. Ainda hoje o nascimento de uma rapariga despoleta a pressão de reunir esse dote e se uma família não tiver a possibilidade de o juntar arrisca-se ao ostracismo social. Entre as famílias rurais mais pobres, a persistência de infanticídio feminino e de abortos seletivos é, por isso, atribuída ao receio de não conseguir juntar este dote.

Também a cultura chinesa revela um longo historial de infanticídio de crianças do sexo feminino, uma vez que estas são vistas como menos valiosas do que as crianças do sexo masculino. A doutrina de Confúcio (de 551 a 479 a.C.) não permitia sequer que uma mulher possuísse o nome da sua família ou a honra dos seus ancestrais, o que as colocava numa posição extremamente vulnerável.

As práticas relacionadas com a morte de recém-nascidos com anomalias congénitas há muito que são relatadas nas sociedades africanas e esquimós. A explicação para estas mortes é de carácter evolucionário, uma vez que as mulheres filicidas asseguravam, desta forma, a sobrevivência dos mais fortes.

Com a difusão do Cristianismo, no ano 300 d.C., o Imperador Constantino opôs-se à morte de crianças pelos seus pais, considerando o filicídio como crime em 374 d.C. Esta decisão teve uma forte influência da lei judaica, que penalizava o infanticídio e desprezava o aborto.

Consequentemente, por volta de 830 d.C., uma mulher que matasse um recém-nascido ou tentasse abortar deveria ser excomungada, podendo os sacerdotes reduzir o castigo e impor penitência durante uma década<sup>[15]</sup>. Contudo, existem evidências da prevalência do filicídio na Idade Média, associada a fatores como a pobreza ou a falta de recursos económicos. Além disso, a difusão do Cristianismo promoveu uma hostilidade religiosa e cultural em relação às relações sexuais não maritais e consequente nascimento de uma criança, tornando-se um fator relacionado com o filicídio. Como resultado desta condenação, as mulheres eram estigmatizadas e as crianças ilegítimas eram privadas dos direitos legais do Homem.

Entre os Muçulmanos, a morte de crianças do sexo feminino era muito frequente até ao século XVII. Os estudiosos atribuem estes crimes ao estatuto da mulher, que era tida como propriedade do homem. Para que as crianças fossem poupadas de uma vida de miséria, as mães frequentemente descartavam-se dos seus bebés.

A sociedade europeia dos séculos XVI e XVII condenava crimes sexuais tais como a fornicação e a bastardia. As penas para estes crimes eram especialmente duras em Inglaterra, condenando a chicotadas em público ou a reclusão as mães que se recusassem a identificar o pai do seu filho. A ligação

entre ilegitimidade e infanticídio fez também com que nesta altura se considerasse que este crime era apenas cometido por mulheres solteiras<sup>[18]</sup>, podendo culminar numa condenação ao enterramento (ainda em vida), ao afogamento ou mesmo à decapitação.

Contudo, nesta mesma altura, houve uma mudança drástica na opinião acerca da morte de crianças. A Rússia, em 1647, tornou-se no primeiro país a adotar uma postura mais humana ao considerar uma pena mais indulgente para as mulheres que matassem o seu filho. E em 1783, William Hunt, propôs a diferenciação do crime de neonaticídio dos outros tipos de homicídio.

A denominada “*Poor Law*”, criada em 1834 em Inglaterra e no País de Gales para “*fazer as raparigas se darem conta das severas consequências da delinquência sexual e assim preservarem a sua castidade, diminuindo a bastardia*”<sup>[19]</sup>, apenas contribuiu para o aumento do número de neonaticídios. As mães solteiras deixaram de receber assistência por parte das suas paróquias e passaram a ter que viver numa “*casa pobre*”<sup>[19]</sup>.

As distinções legais entre homicídio e infanticídio foram adotadas de forma semelhante, em 1888, por toda a Europa<sup>[13]</sup>. Primeiro a França, e depois a Inglaterra, criaram leis que consideraram o filicídio como um crime punível com a morte<sup>[13]</sup>. Ambos os países presumiam também que, no julgamento pelo crime, as mães seriam culpadas até se provar a sua inocência, significando que eram responsáveis por provar em tribunal que a sua criança não fora vítima de homicídio. Em Inglaterra, este cenário mudou com o estabelecimento das Atas sobre o Infanticídio (*Infanticide Acts*), datadas de 1922 e 1938. Estas leis reconheceram o efeito que o nascimento e o cuidado de uma criança podiam ter na saúde mental da mãe, até 12 meses após o parto<sup>[13]</sup>. Declararam ainda ilegal a pena de morte como punição, de forma similar ao homicídio culposo. Posteriormente, vários países adotaram leis similares, à exceção dos Estados Unidos da América (EUA).

O século XX introduziu uma nova perspetiva sobre o crime, relacionando-o com a doença mental. Dois psiquiatras franceses, Jean-Etienne Esquirol e Victor Marcé, foram os primeiros autores a postular a noção de que pode existir uma relação causal entre a gravidez, o nascimento e a consequente doença mental materna<sup>[18]</sup>. Outros investigadores rapidamente adotaram esta perspetiva e quase de imediato se começou, em todo o mundo, a associar o filicídio à doença mental.

Relativamente à evolução do tratamento jurídico do infanticídio, podemos assim constatar a existência de três períodos distintos ao longo da História: (1) um período de permissão ou indiferença, do século VII a.C. ao século V d.C., (2) um período de reação em favor do filho recém-nascido, do século

---

<sup>1</sup> Esta distinção ainda permanece atual no Código Penal português (2013).

V ao século XVIII d.C. e (3) um período de reação em favor da mulher culposa, do século XVIII à atualidade.

Os motivos para o cometimento do filicídio contemporâneo variam de acordo com a cultura, podendo ser categorizados como<sup>[19]</sup>:

- a) uma forma de aborto pós-parto (i.e., descartar-se de uma criança não desejada devido a negação, medo, ilegitimidade, crenças religiosas, defeitos de nascença, altruísmo, misericórdia, género, incapacidades parentais ou financeiras, retaliação ou vingança);
- b) o resultado não intencional de abusos à criança (MSBP; *Munchausen by Proxy Syndrome*)<sup>2</sup>;
- c) o resultado de uma capacidade parental diminuída, resultante de psicose ou depressão pós-parto.

Em suma, a reação da comunidade perante o filicídio mudou como uma montanha russa, ao longo dos últimos 450 anos, começando pela indulgência, passando para a severidade, para regressar novamente à indulgência.

Atualmente, o homicídio de uma criança provoca manifestações públicas de raiva, horror e repugnância<sup>[3,16]</sup>, apesar de, em algumas culturas continuar a existir a prática de infanticídio seletivo. Por exemplo, a China implementou há bem pouco tempo uma lei que estipula a existência de apenas uma criança por família, no sentido de travar o rápido crescimento populacional, levando ao crescimento sistemático do abandono ou morte destas crianças.

## 2. O enquadramento legal

Apesar do Código Penal português não regulamentar especificamente o crime de filicídio, podemos enquadrá-lo nos crimes contra as pessoas (Título I), concretamente nos crimes contra a vida (Capítulo I) do Livro II (Parte especial).

O **art.º 131º** (homicídio) prevê uma pena de prisão de oito a 16 anos para quem matar outra pessoa. No entanto, se a morte for produzida em circunstâncias que revelem perversidade ou censurabilidade, nomeadamente no caso de (1) ser descendente, (2) praticar facto contra pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e (3) agir com frieza de ânimo ou ter persistido na intenção de matar por mais de 24 horas, o perpetrador deve ser condenado a uma

---

<sup>2</sup>A síndrome de Munchausen por procuração define-se como a produção intencional ou simulação de sinais e sintomas físicos e psicológicos numa pessoa que esteja ao cuidado do sujeito, com o objetivo de indiretamente assumir o papel de doente (tipicamente, a vítima costuma ser uma criança recém-nascida ou em idade pré-escolar e o perpetrador, a própria mãe).

pena de 12 a 25 anos (**art.º 132º** referente ao homicídio qualificado). Acresce ainda que quem matar outra pessoa dominado por compreensível emoção violenta, compaixão ou desespero que diminuam sensivelmente a sua culpa, é punido com pena de prisão de um a cinco anos (**art.º 133º**, referente ao homicídio privilegiado).

O neonaticídio é diferenciado dos outros tipos de homicídio no **art.º 136º** ao considerar que a mãe que matar o seu filho durante ou logo após o parto e estando ainda sob a sua influência perturbadora (e.g., psicose pós parto, depressão pós-parto) é punida com pena de prisão de um a cinco anos. Ou seja, a legislação é específica no que concerne à aplicação do crime apenas à mãe, pelo que se um pai matar o seu filho, será sempre condenado por homicídio<sup>[3]</sup>. Salienta-se, no entanto, que este artigo alude ao **infanticídio**, apesar de o seu conteúdo estar de acordo com a definição de neonaticídio<sup>[21]</sup>, que será apresentada ao longo do presente estudo.

No **art.º 137º** estão englobados os crimes de homicídio por negligência, cuja pena pode variar entre a multa e a pena de prisão de três ou de cinco anos (no caso de negligência grosseira).

O **art.º 138º** (exposição ou abandono) prevê uma pena de prisão de um a cinco anos para quem colocar em perigo a vida de outra pessoa, expondo-a a uma situação em que ela, por si só, não se possa defender, ou abandonando-a sem defesa, sempre que ao agente couber o dever de a guardar, vigiar ou assistir, extensível até 10 anos se do facto resultar a sua morte.

Na legislação nacional, dado o levantamento da hipótese de a mulher poder abortar caso não deseje a criança<sup>3</sup>, convém enfatizar que a mulher grávida que der consentimento ao aborto praticado por terceiro, ou que, por facto próprio ou alheio, se fizer abortar, é punida com pena de prisão até três anos (**art.º 140º**, referente aos crimes contra a vida uterina). A exceção encontra-se enquadrada no **art.º 142º**, que menciona não ser punível a gravidez interrompida (num período de tempo estabelecido) por médico, ou sob sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da grávida, quando (1) houver perigo grave (ou de morte) para a saúde física e psíquica da mulher, (2) se mostrar indicada para evitar o risco de morte ou de lesão irreversível, (3) houver seguros motivos para prever que o nascituro irá sofrer de doença grave ou congénita incurável (excetuando-se as situações de fetos inviáveis, em que a interrupção poderá ser efetuada em qualquer altura) e (4) a gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual. No caso das mulheres com idade inferior a 16 anos ou que sejam psiquicamente incapazes, o consentimento deve ser prestado pelo seu representante legal.

---

<sup>3</sup> Concretamente nos crimes contra a vida intrauterina (Capítulo II) do Livro II (Parte especial).

Atualmente, os pais podem enfrentar penas mais duras por matarem os seus filhos do que as mães uma vez que grande parte dos países tem legislação que considera a influência perturbadora do parto no cometimento do crime. Além disso, muitos juízes podem perceber as mulheres como menos responsáveis pelo crime de filicídio do que os homens, atenuando a sua pena<sup>[38]</sup>. Acresce que a literatura enfatiza o facto de as mulheres terem maior probabilidade de sucesso recorrendo à defesa por inimputabilidade no sentido de evitarem a responsabilização pelo crime<sup>[38]</sup>.

De forma cada vez mais comum, as síndromes pós-parto são, por isso, utilizadas como tentativa para desculpar ou mitigar a responsabilidade das arguidas. De acordo com o **art.º 20º** é inimputável quem, por força de uma anomalia psíquica grave, não acidental e cujos efeitos não domina, sem que por isso possa ser censurado, tiver no momento da prática do facto a capacidade para avaliar a ilicitude deste (i.e., de distinguir o certo ou o errado) ou de se determinar de acordo com essa avaliação<sup>4</sup>.

No caso específico das mulheres psicóticas, apesar da sua condição, podem não preencher a definição legal de inimputabilidade tal como é determinada pelo sistema legal, uma vez que esta inclui outros fatores como a cognição, o *insight* e o julgamento<sup>[22]</sup>. Surgem, por isso, alguns dilemas decorrentes das discrepâncias nas sentenças nos casos de doença mental. Primeiro, não existe nenhum critério de diagnóstico definitivo para as perturbações pós-parto. Depois, esta lacuna é preenchida por ambiguidades legais no que diz respeito às leis da insanidade e às discrepâncias nos critérios para a insanidade. Normalmente quando esta questão é levantada nos tribunais, leva a que haja disputas entre peritos, ora defendendo a sua validade ora encarando-a como critério de desculpabilização para o cometimento do crime<sup>[22]</sup>.

Alemanha, Áustria, Canadá, Inglaterra e Nova Zelândia são exemplos de países que têm legislação que estabelece que todas as mães que matam os seus filhos sofrem de uma perturbação mental grave. Contrariamente, nos EUA, não é reconhecido nenhum estatuto especial à mãe filicida, sendo o ato considerado uma forma de homicídio como qualquer outro. Daqui resulta uma jurisprudência muitas vezes incoerente e arbitrária: as sentenças por crimes equivalentes (e.g., neonaticídio) variam descontroladamente, com mulheres a receberem sentenças que vão desde a liberdade condicional com aconselhamento psiquiátrico ou psicológico até à prisão perpétua<sup>[18]</sup>. Também na Escócia não existe ainda enquadramento legal para o infanticídio<sup>[23]</sup>.

No Canadá, um estudo efetuado por Laporte e colaboradores em 2003 com uma amostra de 32 mulheres filicidas adultas demonstrou que apenas uma baixa percentagem foi condenada (56%). O ve-

---

<sup>4</sup>Livro I (Parte geral), Título II (Do facto), Capítulo I (Pressupostos da punição).

redicto mais comum foi o homicídio culposo, sendo que nenhuma foi condenada por homicídio em primeiro grau.

Em suma, o enquadramento legal do crime de filicídio varia de país para país podendo considerar-se dois tipos opostos: tratamento e punição<sup>[3]</sup>. O Código Penal português (2013) considera a influência perturbadora e diminutiva da autodeterminação (na pessoa do perpetrador do crime) como atenuante e a punição como sanção. A tarefas das sociedades civilizadas e humanas será, por isso, determinar a forma de lidar de forma justa com os perpetradores de crime de filicídio e, mais importante ainda, mobilizar todos os recursos necessários para a prevenção destas mortes no futuro<sup>[18]</sup>.

### 3. O enquadramento concetual

#### 3.1. O *profiling* criminal

O *profiling* atual tem a base da sua fundamentação no estudo do crime e do comportamento criminal (**criminologia**), da saúde mental e da doença (**psicologia e psiquiatria**) e no exame de evidências físicas (**ciências forenses**)<sup>[8]</sup>. Assim, fala-se em **profiling** enquanto dimensão psicológica e psiquiátrica do crime e em **análise criminal** no que diz respeito às sugestões e conselhos de investigação.

O *profiling* criminal é frequentemente associado à inferência de características de um criminoso a partir das suas ações na cena do crime. Pode, por isso, definir-se como uma técnica investigativa<sup>[24]</sup>, auxiliar da investigação criminal, que consiste na inferência da personalidade, do comportamento, da motivação e de características demográficas de um ofensor<sup>[11]</sup>, tendo como base a análise da cena do crime ou de uma série de cenas de crime<sup>[10]</sup>.

Envolve, por isso, um processo lógico de observação, recolha, reflexão e interpretação de informação a partir dos dados disponíveis no local do crime, da(s) vítima(s) e dos relatos de testemunhas, com a finalidade de reduzir a extensão da investigação efetuada pelas forças policiais<sup>[10]</sup>. Embora se trate de um modelo relativamente recente e em desenvolvimento, o seu objeto e função pressupõe a compreensão do criminoso e do crime. No que diz respeito à análise do criminoso, procura responder a três questões fundamentais:

1. o que se passou na cena do crime?
2. porque é que esses acontecimentos tiveram lugar?
3. que tipo de indivíduo pode estar implicado no crime?

Entre os principais **objetivos** do *profiling* citam-se:

- estreitar o campo de possíveis suspeitos, auxiliando na sua detenção;
- orientar as investigações;
- ligar os casos, identificando crimes com as mesmas características (*crime linkage*);
- ajustar estratégias ao perfil do criminoso;
- emitir recomendações em vários domínios da criminologia.

São três as grandes **metas** do *profiling*<sup>[25]</sup>:

1. fornecer uma avaliação social e psicológica do ofensor ao sistema criminal e de justiça;
2. fornecer uma avaliação psicológica dos pertences encontrados na posse do ofensor ao sistema criminal e de justiça;
3. providenciar estratégias e sugestões sobre formas de entrevistar e interrogar suspeitos e vítimas.

Regra geral, pode aplicar-se em (1) **homicídios em série (ou não)**, (2) em violações em série (ou não), (3) em incêndios e explosões (em série ou não), (4) em casos de violência voluntária grave e tentativas de homicídio, (5) em atos sádicos, cruéis ou perversos, incluindo a tortura, (6) em crimes rituais, (7) em assaltos (em série ou não), (8) em situações de reféns, (9) na gestão de crise nos estabelecimentos prisionais, (10) em alcoólicos armados, dementes em crise ou suicidas altruístas, (11) na agressão e desaparecimento de crianças, (12) nos casos de assédio sexual, (13) em reivindicações, denúncias e ameaças, (14) em raptos, (15) em mortes equívocas e autoeróticas, (16) em situações de terrorismo, (17) em ameaças integristas, extremistas ou políticas, (18) na corrupção pública, (19) na criminalidade informática (incluindo cibercrime), (20) na análise da grafia e (21) na localização do agressor (*profiling* geográfico)<sup>[26]</sup>.

Esta técnica assume que ofensores com um comportamento semelhante na cena do crime partilhem características similares. Entre os elementos que podem ser estudados e incluídos num perfil criminal citam-se o sexo, a idade, a afinidade populacional, a escolaridade, o estado civil, os antecedentes criminais, a situação familiar, entre outros, se devidamente fundamentados pelo perito.

Ainda não existe consenso sobre o processo de construção, utilização e avaliação do *profiling*. A literatura enfatiza que tal se deve ao facto de os perfis já elaborados serem muitas vezes vagos, pouco claros e excessivamente intuitivos, uma vez que os peritos não fundamentam devidamente as suas opiniões. Para colmatar esta limitação, é recomendável o acesso e o estudo de vários casos que permitam aos *profilers* o desenvolvimento de modelos mais elaborados, precisos e fidedignos, para que o processo de limitação do número de suspeitos seja mais confiável. Acresce que, após este estudo, os perfis de-

vem ser revistos tendo em conta a resolução e o desfecho dos respetivos casos. Existe ainda a necessidade de estabelecer que outros elementos (para além dos já referidos) podem constar no perfil (e.g., comportamentos, sequências temporais, alvos geográficos, vitimologia) e que são eficientes na identificação precisa das semelhanças entre as ofensas<sup>[3]</sup>.

### 3.2. O filicídio

O **filicídio** é um fenómeno transcultural<sup>[3]</sup> definido como o ato de matar uma ou mais crianças, com idade inferior a 18 anos<sup>[13]</sup>, perpetrado por um ou ambos os pais<sup>[3]</sup>.

Este tipo de homicídio subdivide-se em duas categorias, de acordo com a idade da vítima<sup>[28,32]</sup>: **infanticídio** (morte de uma criança com menos de um ano) e **neonaticídio** (quando a vítima não sobrevive nas primeiras 24 horas de vida)<sup>[2]</sup> (cf., Figura 2). Acresce que a literatura considera ainda a existência do crime de **feticídio**, quando um feto tem morte intrauterina devido a um ato criminoso por parte de um dos progenitores.

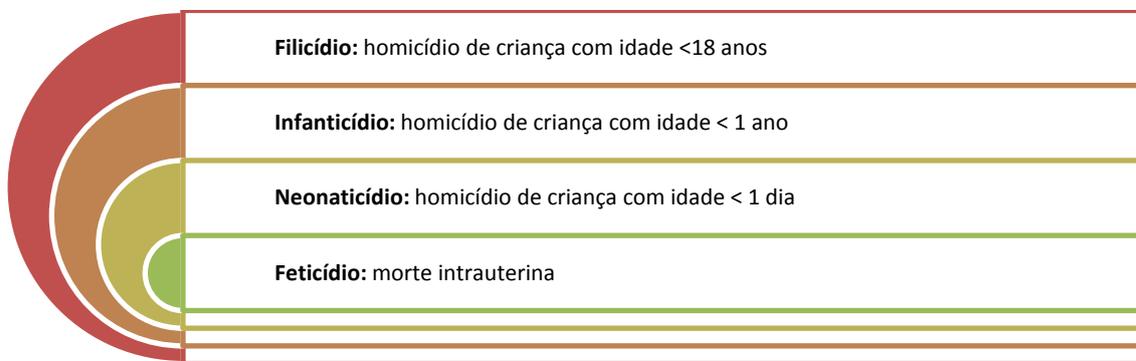


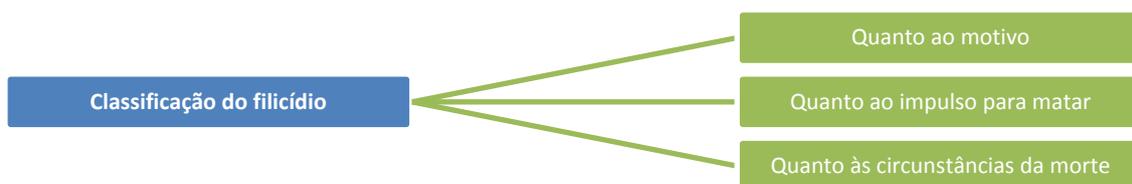
Figura 2. Definição de filicídio.

É de salientar que o termo *filicídio* não exclui a morte de filhos adultos (i.e., com idade superior a 18 anos) nem de crimes cometidos por pais não biológicos das crianças (i.e., padrastos ou madrastas). No entanto, os estudos efetuados até à data tendem a centrar a sua atenção em vítimas menores de idade<sup>[38]</sup> e em crimes cometidos pelos progenitores biológicos, tendo-se por isso optado por seguir esta linha de investigação.

### 3.3. Sistemas de classificação do filicídio

Os progenitores matam os seus filhos por várias razões, sob uma grande variedade de circunstâncias. As reportagens apresentadas pelos meios de comunicação social, o estudo de casos clínicos e as estatísticas criminais têm demonstrado que o filicídio não pode ser explicado por um único constructo, como se as mortes fossem acontecimentos homogêneos<sup>[29]</sup>. Contudo, a investigação científica tem demonstrado padrões comuns neste tipo de crime ao longo das últimas décadas.

Várias tentativas têm vindo a ser feitas no sentido de determinar o **motivo** que leva os pais a matarem os seus filhos<sup>[30,31]</sup>. As primeiras classificações (e.g., Resnick, 1969; Scott, 1973; D’Órban, 1979) baseavam-se exclusivamente no filicídio materno<sup>[32]</sup>, enquanto as tipologias mais recentes (Bourget & Bradford, 1990; Guileyardo, et al., 1999; Bourget & Gagné, 2002) abordam também o filicídio paterno<sup>[2]</sup> (cf., Figura 3).



**Figura 3.** Evolução dos sistemas de classificação do filicídio.

A primeira e a mais influente classificação relativa ao filicídio foi desenvolvida por Resnick, em 1969, através da revisão de 131 casos, num período de tempo compreendido entre 1751 e 1967. O autor classificou o crime em cinco categorias, de acordo com os **motivos aparentes** que levaram à sua perpetração (cf., Quadro 1).

Em 1970, o autor concluiu que a maioria dos filicídios são cometidos por motivos altruístas (49%), enquanto os neonaticídios são perpetrados particularmente porque a criança não é desejada. Além da apresentação da definição, Resnick descreveu ainda dois tipos de neonaticídio: **ativo** (i.e., a morte do recém-nascido é resultado direto de violência, normalmente seguida de pânico intenso) e **passivo** (i.e., a morte do recém-nascido é resultado direto de negligência após o nascimento; e.g., deitar o recém-nascido na sanita, não tomar qualquer medida para prevenir o seu afogamento ou abandoná-lo à morte em locais exteriores).

<b>Quadro 1.</b> Classificação de Resnick (1969) <sup>[33]</sup> .	
<b>Filicídio altruísta</b>	O progenitor mata devido à percepção de que o faz pelo melhor interesse da criança. Inclui: <ol style="list-style-type: none"> <li>atos associados a ideação suicida parental: o progenitor pode acreditar que o mundo é demasiado cruel para deixar a criança para trás após a sua morte;</li> <li>atos que significam o alívio do sofrimento da criança: esta tem uma deficiência, real ou imaginária, que o progenitor considera insuportável.</li> </ol>
<b>Filicídio por psicose aguda</b>	O progenitor, devido ao episódio psicótico, mata a criança sem outro motivo racional (e.g., psicose pós-parto, perturbação bipolar ou esquizofrenia).
<b>Filicídio de criança não desejada</b>	O progenitor mata a criança por não querer mais tomar conta dela ou por a perceber como um embaraço (e.g., ilegitimidade, incerteza quanto à paternidade). Esta categoria inclui os progenitores que beneficiam de alguma forma com a morte da vítima (e.g., casar com um companheiro que não aceita a criança).
<b>Filicídio acidental</b>	O progenitor mata a criança involuntariamente, como resultado de negligência ou de abusos físicos. Esta categoria inclui o MSBP.
<b>Filicídio por vingança</b>	A morte da criança é uma forma de retaliação contra o conjugue, provavelmente secundária a uma infidelidade ou abandono.

Em 1973, **Scott**<sup>[62]</sup> investigou 46 progenitores cometeram filicídio, elaborando um sistema de categorização baseado no **impulso para matar**. Assim, a morte poderia ser consequência (1) da eliminação de uma criança não desejada (por agressão ou negligência), (2) de uma morte misericordiosa, (3) de uma patologia mental grave, (4) de um estímulo externo ou (5) da própria estimulação proveniente da vítima<sup>[32]</sup>.

Em 1979, **D'Orban**<sup>[47]</sup> estudou 89 casos de mulheres condenadas por filicídio, infanticídio e tentativa de homicídio num período de seis anos e, baseando-se também no impulso para matar, identificou cinco tipos de filicídio materno: (1) por espancamento (o mais frequente), (2) por retaliação, (3) por doença mental, (4) por criança não desejada e (5) por misericórdia (cf., Quadro 2)<sup>[32]</sup>.

<b>Quadro 2.</b> Classificação de D'Orban (1979) <sup>[30,47]</sup> .	
<b>Filicídio por espancamento</b>	Ato impulsivo que deriva do comportamento da criança.
<b>Filicídio por retaliação</b>	Ato resultante do deslocamento da agressividade do companheiro para a criança.
<b>Filicídio por doença mental</b>	Ato resultante de episódios de psicose ou de depressão.
<b>Filicídio de criança não desejada</b>	O crime é cometido por negligência passiva ou agressão ativa.
<b>Filicídio por misericórdia</b>	O crime é cometido devido ao sofrimento da criança (físico ou mental), sem existir um proveito secundário aparente para a mãe.

Em 1990, **Bourget e Bradford**<sup>[33]</sup> foram os primeiros autores a reconhecer a importância do sexo do perpetrador para o cometimento do crime<sup>[32]</sup>, subdividindo-o em cinco categorias (cf., Quadro 3). No entanto, a sua classificação baseou-se no estudo de apenas 13 casos de progenitores que cometeram filicídio.

<b>Quadro 3.</b> Classificação de Bourget e Bradford (1990) <sup>[2,32]</sup> .	
<b>Filicídio patológico</b>	Caracterizado pelo papel determinante da psicopatologia severa do perpetrador. Inclui: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. filicídio altruísta: motivado pelo alívio do sofrimento real ou imaginário da criança;</li> <li>b. filicídio psicótico: motivado por sintomatologia psicótica;</li> <li>c. homicídio-suicídio: a criança é considerada como uma parte alargada do Eu que deve ser levada aquando da morte.</li> </ul>
<b>Filicídio acidental</b>	A morte da criança não é a intenção do perpetrador. Em vez disso, é resultado de maltrato físico excessivo ou negligência (e.g., criança batida ou outros intentos não letais).
<b>Filicídio por retaliação</b>	O crime é cometido por vingança contra o companheiro. É frequentemente referido que os perpetradores sofrem do complexo de Medeia.
<b>Neonaticídio</b>	As mulheres tendem a negar a gravidez, têm receio de que esta seja descoberta e/ou assumem que a criança nasceu morta.
<b>Filicídio paterno</b>	A morte da criança é cometida pelo progenitor.

Em 1999, **Guileyardo e colaboradores**<sup>[63]</sup> identificaram 16 subtipos de filicídio, baseando-se no motivo primário ou na causa que levou ao cometimento do crime. Os autores concluíram que cada um destes subtipos é suficientemente característico para justificar uma categorização separada e descreveram detalhadamente cada um deles. Quatro dos subtipos destacam-se por se basearem no sistema de Resnick (1969), nomeadamente o filicídio altruísta, o filicídio por psicose aguda, o filicídio de criança não desejada e o filicídio por vingança.

Em 2001, através da análise de 219 casos de homicídio infantil, **Mayer e Oberman** criaram um sistema para **identificação das causas do crime** perpetrado pelas progenitoras (cf., Quadro 4).

<b>Quadro 4.</b> Classificação de Mayer e Oberman (2001) <sup>[43]</sup> .	
<b>Neonaticídio</b>	Inclui as mortes devidas a (a) negação e dissociação e (b) gravidez encoberta deliberadamente.
<b>Filicídio assistido/coercivo</b>	As mães ajudam ou são forçadas pelo companheiro a cometer o crime.
<b>Filicídio por negligência</b>	As crianças morrem ou devido a falta de alimentação, cuidados de saúde ou de segurança (e.g., deixar a criança morrer por desidratação, dentro de um carro) ou devido a atos irresponsáveis (e.g., abanar com frequência uma criança que chora).
<b>Filicídio relacionado com abusos</b>	O crime é cometido acidentalmente, apesar de existir historial de agressões.
<b>Filicídio propositado</b>	O crime é cometido devido ao sofrimento emocional, a perturbações de personalidade ou a doença mental severa (e.g., psicose pós-parto), antes e na altura do crime.

**Alder e Polk** (2001) analisaram 32 casos de filicídio, tendo encontrado três categorias primárias: (1) filicídio-suicídio (mães que matam os seus filhos e depois cometem suicídio por estarem devastadas pelas circunstâncias familiares), (2) agressão fatal (as mães têm historial de abuso para com a criança, mas não têm intenção de cometer o crime) e (3) neonaticídio (as mães nunca se ajustaram psicologicamente à gravidez e receiam as consequências que advêm do nascimento do bebé)<sup>[29]</sup>.

Em 2002, **Bourget** e **Gagné** desenvolveram um sistema de classificação tendo em conta várias características e circunstâncias associadas ao filicídio, incluindo o motivo, a intenção e a doença psiquiátrica do perpetrador. Todos os tipos de filicídio (i.e., por doença mental, por abuso fatal, por retaliação, por misericórdia ou por outras causas) têm em consideração o facto de o ato ser ou não intencional e de o desejo de matar a criança ser ou não consciente (cf., Quadro 5).

Quadro 5. Classificação de Bourget & Gagné (2002) <sup>[34]</sup> .	
<b>Filicídio por doença mental</b>	Diagnóstico do eixo 1 presente. Existe doença mental ativa na altura do crime (e.g., psicose). O crime pode ser cometido com intenção.
<b>Filicídio por abuso fatal</b>	Inclui casos isolados ou recorrentes de negligência ou síndromes da criança batida ou abandonada. Não está presente doença mental. O crime é cometido sem intenção.
<b>Filicídio por misericórdia</b>	A criança tem uma doença grave e incapacitante. Não está presente doença mental. O crime é cometido com intenção.
<b>Filicídio por retaliação</b>	Associado a raiva e vingança. Não está presente doença mental. O crime é cometido com intenção.
<b>Filicídio por outras causas</b>	Inclui casos em que a informação existente é insuficiente para incluir o perpetrador noutra categoria.
<b>Especificadores:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• grupo A: associado ou não com suicídio;</li> <li>• grupo B: associado ou não com o abuso de substâncias;</li> <li>• grupo C: previsível ou imprevisível.</li> </ul>

Em 2006, **Mckee** agrupou mães filicidas em cinco categorias (cf., Quadro 6): (1) mães desaparegadas (categoria que reflete a motivação subjacente ao crime, subdividindo-se em negação, ambivalência, ressentimento e exaustão), (2) mães abusivas/negligentes (categoria que reflete a natureza da falha parental, subdividindo-se em recorrente, reativa ou inadequada), (3) mães deprimidas/psicóticas (categoria que engloba o diagnóstico ou sintomatologia de doença mental, subdividindo-se em ilusões, impulsos ou comportamentos suicidários), (4) mães retaliatórias (categoria singular, sem subcategorias) e (5) mães psicopatas (categoria que reflete as razões primárias para o seu interesse em relação ao rebento, subdividindo-se em financeiro, adicto ou narcísico). Este modelo foi desenvolvido tendo em consideração dimensões relacionais, contextuais e desenvolvimentais que expliquem as motivações maternas para o cometimento do crime. O nome de cada categoria descreve a natureza e a qualidade da relação entre a mãe e o(s) seu(s) filho(s).

Quadro 6. Classificação de Mckee (2006) <sup>[29]</sup> .	
<b>Mães desaparegadas</b>	A ligação entre mãe e criança ainda não se desenvolveu ou não é pretendida.
<b>Mães abusivas/negligentes</b>	A ligação entre mãe e criança é caracterizada por disciplina excessiva ou inexistente.
<b>Mães deprimidas/psicóticas</b>	Doença mental presente que influencia negativamente a relação com a criança.
<b>Mães retaliatórias</b>	O crime é cometido para punir a interferência de terceiros na relação com a criança.
<b>Mães psicopatas</b>	Mulheres cuja relação com a criança é caracterizada por exploração e autoindulgência.

De acordo com a literatura, várias são as limitações encontradas nos vários sistemas de classificação apresentados: (1) a ausência de um sistema de organização de dados padronizado para a classificação do filicídio, (2) a ausência de critérios rigorosos, que leva a uma sobreposição entre categorias, resultando em dificuldades na atribuição de um caso a uma categoria específica, (3) a exclusão de potenciais fatores e variáveis preditivos do filicídio e (4) a ausência de clareza sobre o papel das diferenças de sexo do perpetrador no cometimento do crime<sup>[34]</sup>.

No entanto, a análise dos vários modelos de classificação do filicídio mostra-nos também algumas semelhanças entre eles, nomeadamente (1) a ênfase na importância da doença mental, (2) a falta de estabelecimento de laços afetivos com a criança e (3) as práticas parentais inadequadas<sup>[29]</sup>. Além disso, os investigadores encontraram frequências idênticas para casos dentro de categorias semelhantes.

Em suma, sendo um constructo multifacetado, multidimensional e dramático, tem havido dificuldade na construção de uma classificação que abranja todas as variáveis envolvidas, que facilite a identificação de subgrupos e que permita uma análise mais precisa dos perpetradores de filicídio<sup>[34]</sup>. Acresce que as divergências nos resultados encontrados nos vários estudos dos vários países tornam difícil a universalização das classificações.

### **3.4. Incidência, prevalência e problemas estatísticos**

Nos últimos 50 anos, têm-se multiplicado os estudos para determinar dados estatísticos sobre o filicídio, nomeadamente a sua incidência e prevalência<sup>[29]</sup>.

Os EUA apresentam a taxa mais elevada de homicídios de crianças com menos de quatro anos. Entre 2001 e 2005, um total de 2042 crianças, com menos de dois anos, morreram por homicídio, com uma taxa de seis homicídios por 100 000 crianças<sup>[35]</sup>. Também na Finlândia, a taxa de homicídio é maior do que em outros países desenvolvidos: 7.31 bebés do sexo feminino e 6.54 em bebés do sexo masculino com menos de um ano de idade por 100.000 nascimentos num estudo efetuado por Gartner entre 1965 e 1980<sup>[32]</sup>.

As taxas mais baixas de homicídio infantil verificam-se em países como Espanha, Itália e Grécia, enquanto em Inglaterra e País de Gales têm permanecido estáveis nos últimos anos<sup>[3]</sup>. Na Suécia, tem-se verificado uma diminuição do número de vítimas ao longo do tempo, podendo este facto estar relacionado com a legalização do aborto (que leva à diminuição do número de neonaticídios), o debate acerca

dos maus-tratos e a interdição legal do castigo corporal a criança<sup>[36]</sup>. No Quadro 7 podemos encontrar informação complementar, de acordo com a revisão de estudos efetuados em vários países.

**Quadro 7. Média de filicídios de crianças (abaixo dos 16-18 anos) apurada nos vários países<sup>[21]</sup>.**

País	Ano/Período	Nº de filicídios apurados	Fonte
Austrália	1996	25	Strang, 1996
Áustria	1995-2005	86	Putkonen et al., 2009
Canadá	2001	69	Yarwood, 2004
Croácia	1980-2004	24	Marcikić et al., 2006
Escócia	2002	10	Yarwood, 2004
Espanha	2010	20	Dados de fontes não oficiais
Finlândia	1995-2005	66	Putkonen et al., 2009
Holanda	2007	9	Nieuwbeerta & Leistra, 2007
Inglaterra e País de Gales	2003	99	Yarwood, 2004
Irlanda do Norte	2002-2007	14	Hall, 2007
Japão	2006	615	Nambu et al., 2010
Québec	1991-1998	34	Bourget & Gagné, 2002
Suécia	1971-1980	96	Somander & Rammer, 1991
Turquia	1995-2000	96	Karaku et al., 2003

Nos países onde o número de nascimentos é baixo, casos isolados de filicídio podem gerar elevadas taxas de crime, como acontece no Luxemburgo. Por isso, deve ter-se muita precaução quando se faz a comparação de dados com os de países com um pequeno número de habitantes.

Em Portugal, segundo as agências noticiosas (dados não oficiais), em 2009 morreram 15 crianças às mãos dos seus pais, seis das quais bebés que foram asfixiados pelas mães logo a seguir ao parto. As mesmas fontes dão indicação que, em 2010, 12 crianças foram mortas nestas circunstâncias<sup>[21]</sup>. Para além destes dados não existe, até à data, nenhum estudo epidemiológico oficial sobre este crime na nossa população.

A revisão da literatura permite concluir que a maioria das vítimas é morta pelos seus pais e que apenas uma minoria são vítimas de outro tipo de agressores (normalmente homens com um motivo sexual)<sup>[3]</sup> (cf., Quadro 8).

É de salientar que a literatura enfatiza o facto de os valores apresentados nestes estudos se encontrarem subestimados e de serem pouco precisos, o que limita o conhecimento sobre a natureza das mortes e da relação entre perpetradores<sup>[31]</sup>. Estes enviesamentos devem-se, por isso, a vários aspetos:

1. variando a fonte, variam os dados aferidos;
2. em termos estatísticos, não são contabilizadas as crianças que sobrevivem a tentativas de filicídio;

3. é desconhecido quer o número de gravidezes encobertas, quer de bebés que são abandonados, cujos corpos foram colocados em contentores do lixo, enterrados em locais remotos ou deixados em moradias desocupadas.

**Quadro 8.** Percentagem de filicídios cometidos pelos progenitores, de acordo com o sexo<sup>[31]</sup>.

País(es)	Período de tempo	% total de filicídios	% filicídios materno	% filicídios paterno
Austrália <sup>[37]</sup>	1989-1993	70%	26%	66%
Áustria	1995-2005	>50%	57%	27%
Canadá <sup>5</sup>	1974-1994	32%	31%	35%
Escócia <sup>6</sup>	2001-2012	57%	*	*
EUA <sup>[38]</sup>	1976-2007	15%	22%	30%
Finlândia	1995-2005	75%	26%	48%
Inglaterra e País de Gales <sup>[39]</sup>	1992-2003	53%	32%	68%
Turquia <sup>[40]</sup>	1995-2000	*	52%	48%

\*percentagem não mencionada nos artigos.

Acrescem as causas que envolvem fatores médicos e legais. Para estabelecer a verdadeira prevalência deste crime, pelo menos quatro condições deveriam ser conhecidas<sup>[29]</sup>:

1. todos os corpos de crianças deveriam ser encontrados e examinados;
2. as causas exatas da morte deveriam ser determinadas;
3. as circunstâncias da morte deveriam ser especificadas (i.e., acidental ou intencional);
4. o progenitor deveria ser condenado por matar o seu filho.

Uma vez que a investigação na área do filicídio se baseia tipicamente em relatórios oficiais (i.e., certidões de óbito e dados das autoridades policiais), muitas vezes é difícil estabelecer as verdadeiras causas da morte, mesmo para os profissionais mais experientes<sup>[29]</sup>:

1. uma percentagem significativa (entre 1/5 e 1/10) de mortes (por exclusão) atribuídas à síndrome de morte súbita infantil (SIDS; *Sudden Infant Dead Syndrome*) são casos de filicídio;
2. os pais podem induzir doenças nos seus filhos que podem culminar na sua morte (MSBP);
3. mesmo que a causa da morte possa ser estabelecida, a investigação pode ser comprometida pelo facto de a morte da criança ser acidental ou intencional;
4. as mortes consideradas acidentais dificilmente são julgadas ou reportadas como consequência de abusos.

<sup>5</sup> Canadian Centre for Justice Statistics, 1995.

<sup>6</sup> The Scottish Government, 2012.

Deve ter-se ainda em consideração a relutância para apontar as responsabilidades num progenitor sofredor<sup>[6]</sup>. Acresce ainda o facto de muitos juízes afirmarem que o sentimento de culpa por ter morto o seu filho é castigo suficiente<sup>[41]</sup>.

Apesar das taxas de prevalência apresentados e consequentes problemas estatísticos, o filicídio parece estar a declinar. As razões para esta descida parecem resultar da combinação de vários fatores, nomeadamente a religião, a (re)moralização da sociedade, uma visão da vida mais humanista, a existência de melhores condições sociais, a legalização do aborto e a adoção de políticas relacionadas com a utilização e a acessibilidade a métodos contraceptivos<sup>[42]</sup>.

#### 4. Características criminais e forenses do filicídio

O filicídio está associado com características do perpetrador, da vítima e com a relação entre ambos. Salienta-se, contudo, que atualmente o filicídio paterno não é ainda bem compreendido devido à pequena quantidade de estudos feitos neste domínio e que existe pouca consistência acerca das variáveis que devem ser ou não medidas e descritas quantitativa ou qualitativamente<sup>[29]</sup>. O primeiro ano de vida da criança representa um período crítico para o cometimento deste crime com um risco acrescido no primeiro dia de vida<sup>[30]</sup>. Tal pode dever-se ao facto de na maior parte dos casos as crianças não frequentarem ainda o infantário, passando grande quantidade de tempo na companhia do progenitor<sup>[6]</sup>. Para descrever e caracterizar o perpetrador, foram utilizados maioritariamente estudos com amostras ocidentais, uma vez que estes são mais abundantes na literatura<sup>[3]</sup>.

##### 4.1. O perpetrador

A maior parte das investigações conclui que o risco de homicídio de uma criança é maior no seio da sua própria família, sendo o crime cometido na maior parte das vezes por um progenitor<sup>[37]</sup>. Até à data, várias características do perpetrador filicida foram já alvo de estudo, que podem contribuir para a aferição do perfil deste criminoso (cf., Quadro 9).

Entre os estudos revistos, foram encontrados fatores de risco relacionados com **características demográficas** (e.g., idade, sexo, estado civil, afinidade populacional, funcionamento intelectual, área de residência, nível educacional, situação profissional e estatuto socioeconómico), **históricas** (e.g., relação familiar, divórcio parental, abusos na infância e na idade adulta, historial de detenções prévias), **situacionais** (e.g., estado da relação marital, condição financeira, condição para cuidar e temperamento da

criança) e **clínicas** (i.e., historial prévio de doença mental, problemas psiquiátricos na família, resultados em testes de avaliação psicológica, diagnóstico psiquiátrico)<sup>[29]</sup>.

#### 4.1.1. Características demográficas

**A idade.** As mulheres que cometem neonaticídio são, normalmente, adolescentes (ou com idades inferiores a 20 anos), solteiras, que negam ou ocultam as suas gravidezes, não tiveram cuidados pré-natais, não realizaram o parto no hospital e não têm planos para cuidar dos seus filhos<sup>[6,13,30]</sup>. A avaliação psiquiátrica subsequente destas raparigas revela que muitas sofrem de estados dissociativos severos, associados a historial de abusos e a uma vida familiar caótica. Devido a várias razões (e.g., religião, cultura, dinheiro, ambivalência e imaturidade), estas não estão dispostas a procurar alternativas como o aborto ou a cedência da criança para adoção<sup>[18]</sup>. Após a exclusão dos casos de neonaticídio, grande parte dos estudos conclui que as mães se encontram na faixa etária dos 20 anos, quando ocorre o crime<sup>[29]</sup>, sendo mais novas do que os homens, que normalmente têm idade acima dos 30 anos.

**O sexo.** A literatura não é consensual quanto à maior frequência de crimes perpetrados pela mãe ou pelo pai, admitindo a possibilidade de as diferenças entre os perpetradores estarem relacionadas com características da vítima, com o método utilizado para matar e com o motivo que leva ao cometimento do crime<sup>[31]</sup>. O facto de a maior parte dos estudos incidirem sobre amostras do sexo feminino, leva a que as mulheres sejam identificadas como as principais e únicas perpetradoras<sup>[3]</sup>. Também a elevada incidência de neonaticídios, que são quase exclusivamente cometidos pelas progenitoras, fazem com que os estudos concluam que este crime é maioritariamente cometido por mulheres<sup>[32]</sup>.

**O estado civil.** A literatura diverge no que diz respeito ao estado civil das filicidas, ora afirmando que as mulheres são maioritariamente casadas ou se encontram numa relação, ora que são solteiras<sup>[29]</sup>. Contudo, nos casos de neonaticídio é improvável que as mães estejam casadas (por serem mais jovens) ou numa relação estável sendo, de facto, solteiras<sup>[43]</sup>. Quanto aos homens, vários estudos concluem que são casados ou que estão em processo de divórcio na altura do crime.

**A afinidade populacional.** Enquanto alguns estudos sugerem que a incidência de homicídio infantil é maior entre as populações negróides, outros concluem que é maior entre os caucasóides. No entanto, quando se tem em consideração o estatuto socioeconómico, não há diferença estatisticamente significativa entre os vários grupos populacionais<sup>[44]</sup>.

**A área de residência.** As poucas investigações que estudaram esta característica referem que o neonaticídio é mais frequente em zonas rurais, onde o aborto não é ainda aceite em termos sociais<sup>[44]</sup>. No entanto, a literatura é escassa no que diz respeito a esta variável e à sua relação com o crime de filicídio.

**O funcionamento intelectual.** A literatura cita frequentemente como característica das mães que cometem filicídio o **funcionamento intelectual** abaixo do normal<sup>[29,43]</sup>.

**O nível educacional.** Especificamente no que diz respeito ao neonaticídio (que normalmente é cometido pelas progenitoras), alguns investigadores indicam como fator de risco a baixa escolaridade (inferior ao ensino secundário) e o abandono dos estudos antes dos 16 anos<sup>[41]</sup>. Contudo, a relação entre o nível de instrução da mãe e o homicídio infantil pode não ser tão linear, uma vez que muitas das mães com menos do que 17 anos ainda não tiveram a oportunidade de completar 12 anos de escolaridade<sup>[41,45]</sup>. A literatura enfatiza ainda que os homens tendem a ser não qualificados ou semiquilificados, apontando a sua baixa escolaridade como fator de risco para o filicídio<sup>[42]</sup>.

**O estatuto socioeconómico.** A maior parte dos estudos enfatiza que os perpetradores são provenientes de meios desfavorecidos e vários investigadores referem a falta de recursos financeiros como característica comum às mulheres que cometem filicídio ou que abandonam os seus recém-nascidos<sup>[29]</sup>.

#### 4.1.2. Características históricas

Muitas das mulheres filicidas provêm de famílias numerosas, têm graves conflitos parentais e história familiar caótica, muitas vezes até violenta<sup>[3]</sup>. Tiveram, por isso, fracas **ligações familiares** (i.e., historial de abandono, perda da mãe na infância, mãe ausente ou perpetradora de abusos, pai negligente com historial de abuso de substâncias ou de doença mental), com separações parentais frequentes e instabilidade financeira<sup>[29]</sup>. Também o historial de vitimação tem sido reportado como fator de risco, nomeadamente o abuso físico ou sexual e a violência doméstica<sup>[18]</sup>. O abuso na infância é uma característica também citada no que diz respeito aos perpetradores masculinos.

De acordo com a literatura, a família da mulher neonaticida é caracterizada pela confusão de papéis, negligência emocional, violação de limites e relações parentais bizarras. O pai é frequentemente intrusivo e ciumento, enquanto a mãe é fria, hostil ou ausente (devido a doença física ou mental ou abuso de substâncias). O facto de a família não notar as alterações corporais típicas da gravidez na mulher ilustra o isolamento que esta sente e a relação que mantém com os membros da sua família ou outros elementos significativos<sup>[43]</sup>.

Os poucos estudos existentes dão-nos indicações de que as mães vivem sozinhas na altura do crime, têm poucos contactos sociais e a criança é a única pessoa com quem estabelecem relação. Este aspeto resulta, normalmente, do historial de abusos sofridos pelas perpetradoras na infância. O isolamento social ou a falta de suporte é transversal também a ambos os perpetradores.

É de salientar ainda que as mães filicidas se encontram muitas das vezes em relações violentas e abusivas na altura em que os seus filhos foram mortos. Também a pertença a famílias com preconceitos religiosos ou culturais contra as relações sexuais (principalmente fora do casamento) ou o facto de as mulheres serem imigrantes ilegais que temem que a sua gravidez ameace a sua residência são frequentemente citados<sup>[43]</sup>.

No que diz respeito a questões legais, estes ofensores normalmente não têm historial de dificuldades com a lei antes da sua detenção por matarem os seus filhos<sup>[43]</sup>.

#### 4.1.3. Características situacionais

De acordo com a literatura, o estado da relação com o marido/companheiro inclui a **natureza** e a **qualidade** da relação com o pai biológico da criança tanto durante a gravidez como depois do parto<sup>[29]</sup>.

Durante a gravidez, poderão ser vários os fatores situacionais de risco para o filicídio materno: a indisposição do companheiro para o uso de métodos contraceptivos (que pode levar a gravidezes não desejadas), a manutenção de relações com outras mulheres (que aumentam a probabilidade de contrair doenças sexualmente transmissíveis que passam para o feto e que comprometem a estabilidade da relação), a indisposição do parceiro para providenciar medidas de cuidado e suporte (que acentuam a sobrecarga emocional da mulher que terá que cuidar da criança sozinha) e a utilização de violência reativa, predatória ou coerciva para intimidação ou subjugação da mulher aos seus desejos. Depois do parto, a infidelidade ou a separação podem também contribuir para o aumento do risco de filicídio.

Relativamente ao **estatuto financeiro**, este é definido em termos de autossuficiência económica por parte da mãe, ou seja, da sua capacidade para providenciar cuidados à criança por ela própria sem recorrer ao pai biológico ou à sua família. O risco surge quando a mãe vive em situação de pobreza (sem possibilidade para aceder a cuidados pré e pós-natais) e depende de medidas públicas de suporte ou de terceiros para a sua subsistência (o que, por conseguinte, aumenta o risco de violência doméstica e de exploração). Tais situações levam à depressão e desespero, aumentando o risco de filicídio-suicídio<sup>[29]</sup>.

A **condição para cuidar** define-se em termos das obrigações para com o recém-nascido ou a criança. Vários estudos indicam que as situações em que as mães têm um ou mais filhos (abaixo dos 17 anos) diminuem a sua resiliência e a capacidade para lhes providenciar um cuidado adequado<sup>[30]</sup>. As mães solteiras que são únicas cuidadoras de várias crianças são mais vulneráveis à exaustão e ao *stress* devido às responsabilidades maternas, o que as coloca em elevado risco de supervisão negligente e abusos impulsivos ou reativos que podem levar ao filicídio accidental. Também o facto de a mãe ter historial de abusos em criança pode ser indicador da tendência para aplicar medidas disciplinares físicas ao seu bebé.

A religião, o meio, a ambivalência, a imaturidade e uma cultura promotora de impulsos auto-destrutivos são também frequentemente citados como fatores de risco<sup>[43]</sup>. Circunstâncias como a habitação inadequada ou sobrelotada, a possibilidade de desalojamento e a coabitação com enteados são fontes de *stress* muito comuns entre as mães filicidas<sup>[3]</sup>.

#### 4.1.4. Características clínicas

Vários estudos apontam a existência de historial prévio de doença mental nos perpetradores de filicídio. No que respeita às mulheres, o historial de problemas psiquiátricos na sua família é mais frequente nos casos de filicídio do que na população em geral (e.g., doenças mentais, alcoolismo e abuso de substâncias)<sup>[46]</sup>.

**Perturbações mentais.** Numerosos estudos referem a associação entre o filicídio e a doença psiquiátrica do perpetrador, principalmente quando este padece de depressão *major* com características psicóticas. Também as perturbações de personalidade, principalmente a personalidade *borderline* têm sido frequentemente encontradas tanto nas mulheres como nos homens filicidas<sup>[1]</sup>. As perturbações psicóticas, a esquizofrenia, a perturbação bipolar, as perturbações de ajustamento, o abuso ou dependência de substâncias e a ideação suicida<sup>[28,33,46,47]</sup> são também citadas. A doença mental pode ser classificada segundo duas tipologias, tendo em conta o seu início: **aguda** (i.e., com início após o nascimento da criança) e **crónica** (i.e., com início prévio ao nascimento da criança)<sup>[42]</sup>.

Especificamente no que concerne ao neonaticídio, a **ocultação** ou **negação da gravidez** e consequente parto fora de instalações hospitalares é um fator de risco acrescido<sup>[6]</sup>. Existem três tipos de negação da gravidez: afetiva, dissimulada e psicótica.

A **negação afetiva** está associada a sentimentos de desprendimento em relação ao bebé<sup>[48]</sup>. Ocorre quando uma mulher tem consciência do seu estado, mas não vivencia nem alterações compor-

tamentais nem emocionais em relação à gravidez. Há, por isso, um embotamento afetivo em vez de um aumento expectável de sensibilidade. As mulheres continuam a pensar, sentir e comportar-se como se não estivessem grávidas. Não fantasiam, nem falam ou interagem com o bebé. Podem não usar roupas diferentes nem alterar o seu estilo de vida, nem fazer nenhum tipo de preparação para a sua chegada. As mulheres que já vivenciaram uma perda perinatal prévia têm maior probabilidade de se distanciarem emocionalmente numa gravidez posterior<sup>[48]</sup>.

A **gravidez dissimulada** caracteriza-se pelo afastamento consciente de toda a experiência da gravidez, tanto em termos cognitivos, como emocionais. As manifestações físicas da gravidez estão ausentes ou são mal interpretadas pelas mulheres. Elas podem continuar a apresentar sinais menstruais, a usar as roupas habituais e a não apresentar sintomas de gravidez (e.g., enjoos matinais). Nos casos de amenorreia, esta pode ser atribuída a condições como o *stress*, a vida agitada ou a menopausa. Os movimentos fetais podem ser atribuídos a gases intestinais.

A **negação psicótica** é rara, podendo ocorrer em mães que têm esquizofrenia. Estas podem considerar a gravidez como uma bênção ou negá-la de forma intermitente. Podem ainda atribuir o seu ganho de peso e alterações físicas a outras causas, provavelmente bizarras. Este tipo de negação tem sido correlacionado com a antecipação da perda da custódia da criança ou com a sua possível perda futura.

Entre os fatores de risco para a negação da gravidez citam-se a juventude (é mais frequente na adolescência), o comportamento passivo (normalmente as mulheres são coagidas a terem relações sexuais), o consumo de substâncias (para casos de negação afetiva), o isolamento social (para casos de negação dissimulada), a esquizofrenia (para casos de negação psicótica), perturbações alimentares e menstruação irregular<sup>[48]</sup>. Mulheres de todas as raças, etnias e classes sociais podem negar a sua gravidez.

Nos casos em que as mães são adolescentes ou jovens adultas (i.e., com idade inferior a 20 anos), a gravidez pode ser resultado de relações ilícitas desconhecidas, incestuosas ou não apoiadas pelos pais. Em alguns países (e.g., Croácia), as mães vivem o terror da vergonha e da culpa que acompanha uma conceção sem o casamento, sendo o medo considerado um fator motivacional para cometer infanticídio<sup>[41]</sup>.

Relativamente à **psicose pós-parto**, comparativamente com mulheres não psicóticas no momento do crime, as mulheres psicóticas tendem a ser mais velhas, divorciadas ou separadas, a ter maior nível de escolaridade, historial de abuso de substâncias, hospitalizações por motivos psiquiátricos, tratamento em curso de doença mental e tentativas prévias de suicídio<sup>[49]</sup>.

A validade da psicose pós-parto enquanto perturbação mental é debatida com frequência, uma vez que os investigadores estão de acordo quanto aos seus sintomas mas têm posições divergentes quanto à sua etiologia<sup>[42]</sup>. Esta é uma perturbação rara, que tem início e evolução rápidos, normalmente nas primeiras semanas após o nascimento do bebé, e que pode surgir em mulheres com historial prévio de doença mental. Existe uma rutura com a realidade, acompanhada por uma capacidade de funcionamento muito debilitada, devido à presença de ilusões e alucinações. As mães podem apresentar mania, depressão, confusão, podem ouvir vozes ou ter alucinações visuais, ter privação de sono e variações rápidas de humor, apresentar comportamentos bizarros, agitação, pensamento desorganizado, delírios e capacidade de julgamento diminuída. Por isso, caso não sejam tratadas, têm elevado risco de cometer suicídio ou filicídio. Tal acontece principalmente quando as crenças ilusórias se focam na criança (e.g., pode ouvir vozes que lhe dizem para sacrificar a criança em nome de Deus, ou que esta é metade humana e metade alienígena). Os fatores de risco para o desenvolvimento da psicose pós-parto incluem privação do sono, alterações hormonais, stressores psicossociais (e.g., problemas conjugais, pressões económicas), perturbação bipolar ou esquizoafetiva, historial familiar de psicose pós-parto, hospitalizações psiquiátricas prévias, menstruação ou cessação da lactação e fatores obstétricos (e.g., complicações no parto, parto prematuro, trabalho de parto longo)<sup>[50]</sup>. Salienta-se ainda que, sendo esta perturbação temporária, os sintomas poderão desaparecer (até sem tratamento), apesar de haver elevado risco de reincidência. Devido aos momentos de completa lucidez seguidos de episódios psicóticos assustadores para as novas mães, a doença pode não ser reconhecida nem tratada<sup>[22]</sup>.

Alguns autores acreditam que o filicídio é um ato psicótico, que em parte é o resultado de uma severa perturbação de personalidade, na qual existem acentuadas regressões no controlo do ego, tornando possível a abertura à expressão primitiva de violência que há muito tinha sido reprimida da consciência. Além disso, para tais indivíduos (já em si vulneráveis ao *stress* devido às características da patologia) a acumulação de *stress* emocional e físico associada à parentalidade desempenha um importante papel na falha súbita e catastrófica no psiquismo de um ego já de si fragilizado. Para cada um destes pacientes, como parte da sua perturbação de personalidade, é a ira reprimida que é violentamente libertada pela sua psicose<sup>[51]</sup>.

Ao longo do primeiro ano após o nascimento da criança, 10 a 25% das mães desenvolvem **depressão pós-parto**. O início desta sintomatologia parece estar relacionado com fatores pessoais e vulnerabilidades como a pobreza ou o conflito conjugal<sup>[50]</sup>. Os sintomas desenvolvem-se gradualmente e incluem humor deprimido (muitas vezes acompanhado por ansiedade), diminuição marcada do interesse ou prazer pelas atividades diárias, perda de apetite acompanhada com perda de peso após o parto, insónias e despertares frequentes mesmo quando o bebé está a dormir, agitação física ou lentificação motora, preocupação excessiva e sentimentos inapropriados de culpa, preocupação, diminuição da

concentração e da capacidade para tomar decisões e pensamentos recorrentes sobre a morte ou ideia suicida. Também sintomas psicóticos, tais como delírios, podem estar presentes.

Algumas mães podem negligenciar a criança devido a estes défices ou esconder os sintomas com medo de serem estigmatizadas ou de perderem a sua custódia<sup>[46]</sup>. Aparentemente matam sem grande violência, tendendo a ser impulsivas e reativas perante um evento stressante. Estas mães têm baixa autoestima, um controlo pobre de impulsos, podendo ainda apresentar ansiedade e comportamento antissocial. Uma vez que a parentalidade requer paciência, maturidade, permanência e energia, não é de surpreender que as mães deprimidas matem os seus filhos em condições bastante energéticas<sup>[42]</sup>. As mulheres que experienciam depressão pós-parto têm predisposição para desenvolver quadros depressivos noutros períodos não associados com o nascimento da criança<sup>[50]</sup>.

As mulheres com **esquizofrenia** ou **perturbação bipolar severa** são frequentemente vítimas de gravidezes não planeadas e desprotegidas. Embora a literatura sobre a gravidez em mulheres com esquizofrenia seja escassa, sabe-se que o aumento de agentes stressores contribuem para a descompensação após o parto<sup>[22]</sup>. As mães com esquizofrenia são mais violentas quando comparadas com as mães que não têm perturbações psicóticas. Existem poucos casos identificados de mães esquizofrénicas que cometeram filicídio, talvez devido ao facto de haver grande vulnerabilidade para a perda da custódia da criança (70 a 80% dos casos) devido à sua incapacidade para cuidar dela ou de terem maior risco de abortamentos espontâneos, nados-mortos e abortos induzidos.

#### 4.1.5. Características relacionadas com a ofensa

**Vulnerabilidades.** De acordo com a literatura, uma das características que distingue os filicidas dos restantes homicidas é o facto de se encontrarem empregados no momento do(s) crime(s)<sup>[31]</sup>. No entanto, uma vez mais não existe consenso relativamente a este fator de risco, já que vários estudos apontam a situação de desemprego do progenitor como fator que potencia o cometimento do crime.

**Fatores precipitantes.** O *stress* familiar e conjugal (e.g., rejeição, desconfiança, separação ou divórcio) é citado por vários autores como fatores que levam ao cometimento do crime.

**O tipo de crime.** Os neonaticídios são quase exclusivamente cometidos pelas mães, enquanto os pais são com maior frequência perpetradores de filicídio no final da infância<sup>[2]</sup>.

**O método.** A literatura enfatiza a existência de diferenças de género nos métodos, nomeadamente a presença de engano/mentira após o ato (i.e., tentar esconder o crime ou ocultar o cadáver) que é mais frequente nas progenitoras e a tentativa de suicídio que é mais frequente nos progenitores. Acresce que

os pais normalmente empregam métodos mais violentos (e.g., espancamento, recurso a arma de fogo, esfaqueamento) enquanto as mães usam métodos menos violentos (e.g., asfixia por sufocamento, afogamento ou estrangulamento, exposição a agentes tóxicos, envenenamento). Estas conclusões estão de acordo com o imaginário social acerca das diferenças de género: os métodos utilizados pelos homens tendem a ser mais violentos, agressivos e impessoais enquanto os métodos utilizados pelas mulheres são mais passivos, menos violentos e mais pessoais. Contudo, como existe maior probabilidade de os progenitores do sexo masculino matarem crianças mais velhas, é necessário empregar mais força porque estas tendem a resistir ao ataque<sup>[31]</sup>.

**O motivo.** Tal como em outros crimes violentos, o motivo que aparentemente levou ao cometimento do crime varia nos casos de filicídio. No entanto, os motivos mais comumente citados incluem ciúmes, suspeita de infidelidade por parte do companheiro, condições económicas precárias, *stress*, falta de suporte emocional ou social, doença mental, gravidez indesejada ou negligência. Vários investigadores concluíram que as mulheres mais jovens que cometem neonaticídio ou infanticídio fazem-no através de abusos fatais, enquanto os crimes por misericórdia, retaliação ou psicose são cometidos por mulheres mais velhas<sup>[50]</sup>.

**O comportamento após o crime.** Normalmente as mães limpam o local do crime e tentam esconder o corpo da criança com maior frequência do que os pais. Isto porque os perpetradores masculinos não têm receio de ser apanhados e as perpetradoras femininas procuram distanciar-se emocionalmente da vítima. Acresce ainda que podem sentir vergonha pelo cometimento do crime fazendo supor que este não se encaixa na autoimagem da perpetradora<sup>[52]</sup>.

**O suicídio.** O suicídio está frequentemente associado ao filicídio, tanto na forma tentada como consumada<sup>[1]</sup>. Os perpetradores filicidas apresentam elevadas taxas de suicídio e estas tentativas são na maioria das vezes sérias e bem-sucedidas. No entanto, os resultados encontrados na literatura são contraditórios no que concerne a quem comete filicídio-suicídio com mais frequência, se as mães ou os pais. O maior acordo entre os investigadores reporta-se ao facto de os progenitores desesperados ou deprimidos poderem tirar a vida aos seus filhos antes da tentativa ou cometimento de suicídio<sup>[53]</sup>. Também a doença mental, principalmente a depressão, é um achado significativo nos casos de filicídio-suicídio<sup>[30]</sup>. Normalmente, o suicídio não se segue ao neonaticídio, ao filicídio de crianças não desejadas, ao filicídio por retaliação e ao filicídio por abuso fatal<sup>[30]</sup>.

**O registo criminal.** Normalmente as mães filicidas não têm historial de detenções prévias à data do crime. A baixa percentagem de mulheres que já cometeram crimes tem historial de roubo, assalto ou prostituição. Por outro lado, foram encontradas referências à existência de historial criminal prévio nos perpetradores do sexo masculino.

**Quadro 9. Perfil do filicida.** <sup>[1,2,6,30,31,32]</sup>

Característica	Mulher	Homem
<b>Idade</b>	Abaixo dos 25 anos	Acima dos 30 anos
<b>Afinidade populacional</b>	De todas as etnias	De todas as etnias
<b>Estado civil</b>	Solteiras, sem estarem envolvidas numa relação com o pai da criança Casadas	Casados Em processo de divórcio
<b>Área de residência</b>	Predominantemente rural	Predominantemente rural
<b>Perturbações mentais</b>	Perturbações de personalidade (e.g., personalidade <i>borderline</i> ), esquizofrenia, psicose, depressão. Podem apresentar amnésia e experiências dissociativas. <b>Nota:</b> <i>a maior parte não tem qualquer perturbação mental à data do crime; as perturbações são mais pronunciadas do que nos homens</i>	Perturbações de personalidade (e.g., personalidade <i>borderline</i> ), abuso de substâncias (álcool ou drogas), depressão <i>major</i> , esquizofrenia ou psicose, distímia.
<b>Características psicológicas</b>	Sobrecarga mental, imaturidade emocional e cognitiva, inteligência limitada, fraca capacidade de resolução de problemas, falta de capacidade de <i>insight</i> para lidar com a sua situação atual e estratégias de <i>coping</i> insuficientes.	Sobrecarga mental, sentimento de inadequação pessoal, estratégias de <i>coping</i> insuficientes, falta de aptidões parentais, impulsividade.
<b>Fatores precipitantes</b>	Desespero, falta de interesse pela parentalidade.	Abuso e influência de substâncias, desespero, <i>stress</i> conjugal.
<b>Vulnerabilidades</b>	Dificuldades económicas Baixo nível de escolaridade Isolamento social ou falta de suporte	Dificuldades económicas Baixo nível de escolaridade Isolamento social ou falta de suporte Situação de desemprego
<b>Experiências de vida</b>	Cuidadoras primárias da vítima, historial de vitimização (e.g., violência doméstica).	historial de abusos (físicos) na infância, processo de divórcio, medo de separação, infidelidade por parte da companheira.
<b>Suicídio</b>	Normalmente não há tentativa de suicídio posterior ao crime. <b>Nota:</b> <i>há maior probabilidade de suicídio nos casos em que as vítimas são mais velhas.</i>	Elevada taxa de tentativas de suicídio, que normalmente são sérias e bem-sucedidas. <b>Nota:</b> <i>há maior probabilidade de suicídio nos casos em que as vítimas são mais velhas.</i>
<b>Crime mais frequente</b>	Neonaticídio Infanticídio	Infanticídio Filicídio
<b>Método</b>	Passivo e pessoal (e.g., negligência, afogamento, estrangulamento, sufocamento, envenenamento).	Violento e impessoal (e.g., recurso a armas de fogo ou armas brancas).
<b>Motivo</b>	Abuso fatal, criança não desejada, altruísmo, vingança.	Retaliação, raiva, abuso fatal.
<b>Características da vítima</b>	Crianças mais novas, normalmente do sexo feminino.	Crianças mais velhas, normalmente do sexo masculino. Maior número de vítimas (homicídio familiar).
<b>Número de vítimas</b>	Normalmente uma, sendo raros os casos em que há mais do que uma vítima.	Mais do que uma, uma vez que é frequente a morte da companheira.
<b>Altura do crime</b>	Durante o dia	De manhã ou à noite
<b>Registo criminal</b>	Sem historial	Historial raro

Na revisão da literatura efetuada, foram encontrados ainda vários fatores comuns às perpetradoras (cf., Quadro 10).

**Quadro 10.** Revisão de estudos sobre o filicídio baseado nas características da mãe filicida<sup>[5,13]</sup>.

Características	Filicídio	Infanticídio	Neonaticídio
Idade	29 anos	23.8 anos	21.2 anos
Sexo	Feminino	Ambos	Feminino
Afinidade populacional	Caucasóide	Caucasóide	Caucasóide
Estado Civil	Casadas	Casadas ou numa relação	Solteiras
Idade da vítima	3.2 anos de idade	5 meses	< 24 horas
Nível de escolaridade	Baixo	Baixo	Baixo
Condição socioeconómica	Baixa	Baixa	Baixa
Perturbações mentais	Comuns	Comuns	Incomuns
Suicídio	36.4%	Desconhecido	Raro
Registo criminal prévio	Ausente	Ausente	Ausente
Outras características		Falta de cuidados pré-natais	Menstruação precoce
	Socialmente isoladas	Anomalias físicas	Ocultação da gravidez
	Desempregadas	Cuidadoras de mais do que uma criança	Inteligência inferior à média
	Cuidadoras primárias	Desempregadas	Residência em casa dos pais
	Historial de abusos	Sem suporte social	Nascimento de uma segunda criança abaixo dos 20 anos

As mães **neonaticidas** são caracterizadas com base em variáveis demográficas e sociais (i.e., são normalmente jovens, solteiras, com baixa escolaridade e baixo estatuto socioeconómico, que vivem com os seus progenitores) e de acordo com características relacionadas com a gravidez (i.e., gravidez não desejada e não vigiada, negação da gravidez, ocultação das manifestações físicas da gravidez). Embora se relacione normalmente o neonaticídio com a presença de doença mental, a taxa de mães que são efetivamente diagnosticadas com doença mental é muito baixa<sup>[52]</sup>. Quando presentes, as perturbações de personalidade são as mais comuns. Acresce a sugestão de que estas mães podem ter dificuldade de comunicação com os seus familiares pela presença de uma educação fundamentalista rigorosa ou de convicções religiosas profundas<sup>[44]</sup>.

As mães **infanticidas** e **filicidas** são normalmente mais velhas (com idade compreendida entre os 25 e os 34 anos), casadas ou numa relação conjugal (mas sem uma relação forte com o marido ou companheiro ou que as preencha completamente). Apesar de poderem não ser abusadas, não sentem suporte afetivo, financeiro (ou ambos) por parte do companheiro. Parece não existir relação entre o infanticídio e o baixo estatuto económico ou a presença de malformações na criança<sup>[44]</sup>. A presença de perturbações psiquiátricas nas mães infanticidas e filicidas parece ser mais relevante do que nas mães neonaticidas<sup>[44]</sup> e incluem psicose pós-parto, perturbações mentais crónicas (e.g., esquizofrenia), perturbações afetivas com início pós parto e abuso de substâncias. O infanticídio ou o filicídio são, muitas das vezes, uma extensão de um ato suicida.

Importa referir que, apesar das semelhanças encontradas pelos investigadores, é difícil definir o tipo de mulheres que cometem filicídio, devido às diferentes populações estudadas, ao local onde a informação foi obtida (i.e., na população em geral, na população psiquiátrica ou em ambiente prisional).

Além disso, alguns estudos são maioritariamente retrospectivos e elaborados com amostras pequenas e a idade da criança altera o risco potencial de filicídio (i.e., quanto mais nova, maior o risco)<sup>[13]</sup>.

#### 4.1.6. Fatores protetores

Além dos fatores de risco para o filicídio materno referidos, é importante salientar a existência de **fatores protetores**, nomeadamente: (1) ter mais do que 25 anos; (2) ter um QI médio ou acima da média; (3) ter completado o ensino secundário; (4) não ter diagnóstico de perturbação mental; (5) não ter historial de traumas prévios; (6) gravidez planeada, atitude positiva face à gravidez e cuidados pré e pós-natais; (7) ligações positivas com a mãe; (8) pai não violento, que proporciona suporte adequado; (9) boas relações familiares; (10) relação marital sem historial de violência; (11) ausência de abuso de substâncias; (12) provisão de recursos e cuidados adequados ao seu bebé e (13) ter uma criança saudável, calma e quieta<sup>[29]</sup>.

#### 4.2. A vítima

A maior parte dos estudos na área do filicídio focam-se apenas nas características do perpetrador, não fazendo referência às características da criança que a colocam em risco de filicídio. A escassa literatura sobre este aspeto salienta a importância de fatores como o sexo, a idade, a afinidade populacional, as circunstâncias do nascimento, o número de vítimas, o historial de vitimação prévia, a presença de cólicas persistentes, as dificuldades de alimentação e o temperamento<sup>[50]</sup> (cf., Quadro 11).

**O sexo.** Vários estudos indicam que as crianças vítimas de filicídio não são predominantemente rapazes ou raparigas<sup>[36]</sup>. Outros concluem que predominam as vítimas do sexo masculino<sup>[2]</sup>. Tal pode dever-se ao facto de os rapazes serem mais vulneráveis fisicamente do que as raparigas (o que os coloca em maior risco de morte, independentemente das causas), ao facto de estes serem percebidos como mais agressivos (sendo requerida uma disciplina mais séria), à forma como interagem com o ambiente (são mais ativos, mais assertivos e mais vocalizadores) e às crenças parentais de que os rapazes são mais robustos, requerem menos proteção, são mais exigentes e mais difíceis (podendo potenciar a agressão como resposta)<sup>[55]</sup>. Outros estudos ainda referem a possibilidade de existir uma relação entre a motivação materna para o filicídio e o sexo da vítima, ou seja, as filhas estão em risco elevado no caso de situações altruístas enquanto os rapazes têm elevado risco em situações retaliatórias contra o companheiro<sup>[55]</sup>. Acresce ainda que parece existir uma relação entre a idade e o sexo da vítima. Por exemplo, dos dez aos 18 anos, é mais provável que rapazes sejam mortos pelos pais durante disputas familiares.

**A idade.** Geralmente considera-se que quanto menor é a idade da criança, maior o risco de filicídio, sendo o primeiro dia de vida o momento em que o risco é mais elevado. Este risco diminui à medida que a idade avança<sup>[3,37]</sup>. De acordo com a literatura, a maioria das crianças mortas tem menos de seis anos, sendo que os primeiros seis meses de vida são o período de maior vulnerabilidade, uma vez que é o período propício à psicose pós-parto<sup>[28]</sup>. Além disso, quanto mais nova é a criança, maior a probabilidade de a mãe a perceber como sua propriedade pessoal, de se sentir inseparável dela e, consequentemente, culminar numa situação de filicídio-suicídio. Existem ainda diferenças estatisticamente significativas na idade das crianças mortas por diferentes grupos de mães: as mães que padecem de doença mental tendem a vitimar crianças mais velhas, enquanto as mães maltratantes tendem a matar crianças mais novas<sup>[47]</sup>. As vítimas de filicídio por abuso fatal são normalmente mais novas e não desejadas<sup>[30]</sup>.

**A afinidade populacional.** Alguns estudos salientam que as minorias são desproporcionalmente afetadas, sendo que mais de metade das vítimas são negróides<sup>[56]</sup>. Outros apontam percentagens maiores de vítimas caucasóides, seguidas de vítimas negróides e outras minorias<sup>[38]</sup>.

**As circunstâncias do nascimento.** Crianças com baixo peso à nascença, baixa idade gestacional (ou prematuridade) e baixos índices de Apgar<sup>[57]</sup> correm maior risco de filicídio. Acresce o risco de morbilidade devido à falta de cuidados pré-natais e as consequências de um parto não assistido<sup>[6]</sup>.

**O número de vítimas.** Muitos dos filicídios envolvem a morte de apenas uma criança, principalmente porque os neonaticídios e infanticídios são cometidos por mulheres que são mães pela primeira vez. Contudo, algumas mulheres matam mais do que uma criança quando cometem filicídio.

**O historial de vitimação prévia.** As crianças que foram vítimas de abusos prévios ou de abusos continuados têm maior risco de filicídio, uma vez que a qualquer momento podem sofrer um abuso fatal<sup>[3]</sup>. A literatura enfatiza o facto de uma em cada duas crianças que morre por espancamento ter uma história de abuso prévio documentado. É, contudo, extremamente raro um pai matar uma filha abusada sexualmente, independentemente da sua idade, embora esta situação possa ser mais frequente com filhas mais velhas com a finalidade de as silenciar.

**A presença de cólicas persistentes.** Um estudo efetuado neste domínio refere que 70% das mães têm pensamentos e fantasias agressivas explícitos, e 26% tem pensamentos infanticidas durante os episódios de cólicas. Com a capacidade de julgamento limitada, a diminuição do controlo dos impulsos, a privação do sono e o desespero por manter o bebé quieto, a mãe poderá ter pensamentos recorrentes para silenciar a criança que chora, mesmo de forma violenta. Muitas das mães com crianças com esta sintomatologia não as tentam magoar ou matar, mas estes achados sugerem que consideram tais ações violentas<sup>[6,58]</sup>.

**O temperamento.** É definido em termos de conduta, humor, atitude e comportamento que pode precipitar o filicídio por parte da mãe. Crianças difíceis de cuidar, desobedientes, com estilos de vinculação evitante ou resistente ou com embotamento afetivo podem precipitar abusos físicos que culminam na sua morte<sup>[29]</sup>. Chama-se a atenção para o facto deste fator de risco não diminuir a culpa da mãe pelo crime, reconhecendo apenas que existem crianças de trato mais fácil do que outras.

A literatura enfatiza ainda a associação entre filicídio e a presença de deficiências profundas na criança (e.g., deficiência mental, autismo)<sup>[59]</sup>. Em alguns casos, esta deficiência pode ser um fator de risco acrescido para os casos de filicídio-suicídio, na medida em que o progenitor se sente incapaz de modificar a situação que lhe causa sofrimento. Também as crianças com alterações desenvolvimentais têm elevado risco de serem maltratadas<sup>[6]</sup>.

**Quadro X.** Características da vítima tendo em consideração o sexo do perpetrador.

Características da vítima	Filicídio materno	Filicídio paterno
Sexo	Frequentemente raparigas	Frequentemente rapazes
Idade	Abaixo dos 5 anos	Média de 15 anos
Afinidade populacional	Caucasóide	Caucasóide
Posição na fratria	Normalmente o primogénito	Normalmente o primogénito
Circunstâncias do nascimento	Parto não vigiado em ambiente não hospitalar	Não relevante

### 4.3. O método

Os métodos mais comuns de **neonaticídio** incluem a asfixia, o afogamento, o estrangulamento, o traumatismo craniano, a exposição a condições extremas (hipotermia ou hipertermia)<sup>[6]</sup> e o esfaqueamento. São também citados casos em que as crianças morrem no seguimento de incêndio, em que bebés são atirados a animais vorazes (e.g., aos porcos) ou enterrados com vida. Métodos menos usuais, como inserir agulhas dentro do crânio são também reportados. A progenitora normalmente usa as suas próprias mãos para asfixiar/sufocar ou afogar o bebé, pois este é incapaz de lhe causar quaisquer danos físicos<sup>[29]</sup>. Normalmente, as mães neonaticidas atuam sozinhas. O sufocamento pode estar relacionado com a tentativa para calar o choro persistente da criança e evitar a deteção do crime.

À medida que aumenta a idade da criança, aumenta o grau de violência associada ao crime. Nos casos de **infanticídio** ou **filicídio** da categoria “perpetração negligente”, quase 60% das crianças são abanadas, agredidas, maltratadas ou lançadas para a morte. Armas (e.g., pistolas ou facas) raramente são utilizadas pelas mães filicidas, enquanto o envenenamento é frequente<sup>[2]</sup> (cf., Quadro 12).

Como referido anteriormente, os pais filicidas empregam métodos mais violentos, que incluem o recurso a arma de fogo ou arma branca, a queda de ravinas ou o trucidamento por comboio.

**Quadro 12.** Métodos empregues pelos perpetradores na morte dos seus filhos<sup>[13]</sup>.

Crime	Mulher	Homem
<b>Neonaticídio</b>	Sufocamento	
	Asfixia	
	Afogamento	Raro
	Exposição a condições extremas	
<b>Infanticídio</b>	Traumatismo craniano	Recurso a arma de fogo
	Maus tratos	Recurso a arma branca
	Agressão	Queda em altura
<b>Filicídio</b>	Traumatismo craniano	
	Afogamento	Recurso a arma de fogo
	Sufocamento	Recurso a arma branca
	Estrangulamento	

#### 4.4. As circunstâncias da morte

Não existe uma forma universal de classificar as circunstâncias das mortes por filicídio. Contudo, como referido anteriormente, é possível traçar cinco cenários principais que vão ao encontro das motivações para o cometimento do crime<sup>[37]</sup>:

1. mortes consequentes a disputas familiares, normalmente por retaliação pelo fim de uma relação entre os progenitores;
2. mortes consequentes a abusos fatais;
3. mortes devidas a doença mental do progenitor (que têm um carácter bizarro);
4. mortes de crianças vítimas de abuso sexual fatal;
5. mortes de crianças recém-nascidas, que foram abandonadas sem nada se saber sobre elas, sobre o perpetrador ou sobre o crime.

O conhecimento do **local do parto**, especialmente nos casos de neonaticídio, é uma característica criminal e forense importante. As mulheres que cometem neonaticídio geralmente dão à luz sozinhas, em casa e demoram a notificar as autoridades sobre a ocorrência (se é que o fazem). Durante o parto fazem pouco ou nenhum barulho e experimentam sentimentos de exaustão e de pânico. Frequentemente, tendem a esconder o corpo deitando-o dentro de um saco plástico, guardando-o dentro de um armário ou de uma gaveta ou colocando-o num contentor do lixo. Quase todas as mães neonaticidas matam os seus filhos em casas-de-banho, quartos ou outros ambientes não hospitalares. Quando fazem o parto sozinhas, a probabilidade de não se detetar o neonaticídio através de uma ação direta ou por negligência (abandono num local remoto) aumenta significativamente. Grandes quantidades de sangue presentes na cama ou na casa de banho indicam o local onde decorreu o parto e a ocultação do cadáver da criança pode ser indicador de ausência de premeditação quando é usado um armário ou um recipiente<sup>[60]</sup>.

No que diz respeito ao **local de eliminação do corpo**, o mais provável é ser deixado no lixo (e.g., em casas-de-banho públicas), abandonado na cama ou em outros locais da casa (e.g., sótãos, alçapões e canteiros de jardim), deixado em aterros, contentores, florestas, matas, beiras da estrada ou celeiros<sup>[35]</sup>, que são locais de fácil acesso. Ocasionalmente, roupas da mãe são dispostas com o corpo para facilitar a sua identificação. Quanto mais longe for largado o corpo e menos itens pessoais tiver junto de si, mais difícil será relacionar a criança com uma mulher em particular, a não ser que surjam problemas associados com o parto que resultem em necessidade de cuidados e tratamentos médicos<sup>[60]</sup>.

Nos casos de **infanticídio** e **filicídio**, normalmente os crimes são cometidos em casa. No caso das perpetradoras, estas normalmente encontram-se sozinhas com a vítima e o crime ocorre por volta do meio-dia, em qualquer dia da semana, com maior frequência no inverno. Mais de metade dos crimes é precipitada pelo choro da criança<sup>[35]</sup>. Relativamente aos perpetradores masculinos, os crimes ocorrem de manhã ou à noite, normalmente ao fim de semana, não tendo sido encontradas referências relativamente a outras características criminais relevantes.

#### 4.5. O motivo

Quando se examinam os motivos que levaram ao cometimento de filicídio, os dois cenários mais comuns que emergem dos relatórios policiais dizem respeito a **disputas familiares** e **abusos fatais**<sup>[37]</sup>.

**Disputas familiares.** Grande parte das crianças são mortas na sequência do termo da relação entre os seus progenitores. No caso dos perpetradores masculinos, a esposa/mãe é normalmente a vítima primária e a criança é apanhada no meio desta violência letal. Outras vezes podem sucumbir no período em que o/a progenitora tem a sua custódia temporária. Este tipo de incidentes é um dos fatores responsáveis pela elevada taxa de suicídio/tentativa de suicídio entre os ofensores.

**Abusos fatais.** Os ataques à criança são súbitos e impulsivos, o ofensor é o cuidador da criança no momento do crime e parece expressar a sua raiva e frustração através da imposição de um castigo ou de disciplina. Estes abusos podem assumir a forma de síndrome da criança abandonada (o comportamento abusivo resulta do *stress* do momento). Outros bebés morrem depois de lhes serem infligidas ofensas durante um longo período de tempo. Os bebés doentes ou prematuros são particularmente vulneráveis a estas situações, especialmente quando os progenitores são novos e vivem isolados.

Os restantes motivos foram já abordados anteriormente, nomeadamente quando se aludiu aos sistemas de classificação do filicídio e aos fatores de risco diretamente relacionados com o perpetrador e são apresentados no Quadro 13.

**Quadro 13.** Motivos mais frequentes dos perpetradores de filicídio<sup>[13]</sup>.

Crime	Mulher	Homem
<b>Neonaticídio</b>	Medo Criança não desejada	Assistência/coerção
<b>Infanticídio</b>	Falta de suporte Relações abusivas Problemas financeiros	Vingança/retaliação Doença mental aguda
<b>Filicídio</b>	Altruísmo Psicose aguda Maus tratos Vingança do conjugue	Vingança/Retaliação Doença mental aguda

#### 4.6. A causa da morte e problemas médico-legais

As causas de morte, a serem registradas na certidão de óbito, são todas as doenças, estados mórbidos ou lesões que produziram a morte ou que contribuíram para ela, bem como as circunstâncias do acidente ou do ato violento que produziu essas lesões. Podem ser classificadas como **naturais, violentas** ou **desconhecidas/indeterminadas**.

As mortes violentas incluem mortes por **homicídio** (e.g., asfixia, queimaduras, envenenamento, traumatismos fatais, negligência, exposição a condições extremas, etc.), **suicídio** ou **acidente**. Nas mortes resultantes por causas externas, o médico legista poderá ainda tentar apurar se foram **intencionais, não intencionais** ou devido a **intenção indeterminada**<sup>[45]</sup>.

Habitualmente, a morte de uma criança cria desafios ao médico patologista relacionados com a causa da morte. Os casos são particularmente complicados quando envolvem a morte de um feto ou de um recém-nascido.

Nos casos de neonaticídio, os achados patológicos tendem a ser inespecíficos, particularmente quando as mortes foram causadas por sufocamento, afogamento, ou falha no suporte e na prestação de cuidados adequados aos recém-nascidos. Os quesitos que carecem de resposta por parte do patologista que lida com um caso de suspeita de neonaticídio incluem<sup>[60]</sup>:

1. a estimativa da idade gestacional da criança;
2. a determinação de indicadores de vida extrauterina ou de morte *in utero*;
3. a presença ou ausência de patologias orgânicas letais subjacentes;

4. a existência de lesões letais e não letais;
5. o auxílio no estabelecimento da identidade da mãe;
6. a causa, o mecanismo e a circunstância da morte, se possível.

É essencial que o médico patologista tenha acesso aos detalhes da cena de crime, às circunstâncias da morte, às manobras de ressuscitação feitas à vítima, ao historial médico e obstétrico da progenitora, e a todos os detalhes que vão surgindo ao longo da investigação criminal antes de iniciar a autópsia<sup>[67]</sup>. Esta informação poderá ser uma mais-valia para o perito se pronunciar sobre a etiologia médico-legal do caso em apreço.

Acresce o facto de o neonaticídio poder ser premeditado ou não: as mulheres podem planear manter a ocultação da gravidez e do parto, ou a passividade e a negação podem ter caracterizado a sua condição, havendo surpresa aquando do parto. Esta premeditação nem sempre é de fácil determinação.

Nos casos de mortes violentas e em qualquer tipo de crime, somam-se as dificuldades na distinção entre uma morte por homicídio ou por acidente e, como referido anteriormente, existe uma percentagem significativa de mortes que são atribuídas por exclusão à síndrome de morte súbita infantil e que podem ser afinal casos de filicídio<sup>[29]</sup>. Também a indução de doenças nos filhos pode culminar na sua morte e esta não ser atribuída a uma causa violenta<sup>[29]</sup>.

## 5. Objetivos

Os principais objetivos do presente estudo são:

1. efetuar uma revisão da literatura acerca dos aspetos fundamentais para a compreensão da importância do *profiling* enquanto ferramenta auxiliar da investigação criminal;
2. efetuar uma revisão da literatura acerca dos aspetos fundamentais para a compreensão do homicídio infantil perpetrado pelos pais biológicos;
3. identificar as características comuns às mulheres que cometem filicídio;
4. identificar as características comuns aos homens que cometem filicídio;
5. analisar e comparar fatores demográficos que estão subjacentes ao crime de filicídio;
6. analisar e comparar fatores relacionados com a ofensa que estão subjacentes ao crime;
7. identificar as características comuns às vítimas de filicídio;
8. discutir estratégias de prevenção que podem ser implementadas com progenitores em risco de cometerem filicídio;
9. delinear estratégias de investigação criminal para este tipo de crimes.

## 6. Metodologia

O estudo, de carácter retrospectivo, foi realizado em 23 Gabinetes Médico-Legais e Forenses e nas três Delegações do Norte, Centro e Sul do INMLCF, IP. (abrangendo todo o território nacional e ilhas), através da consulta de processos de óbito de crianças vítimas de homicídio entre janeiro de 2004 e dezembro de 2013.

A Comissão de Ética e o Gabinete de Estudos Avançados da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra emitiram parecer favorável à realização do estudo. Foi solicitada a devida autorização para o acesso à informação dos processos médico-legais ao INMLCF, I.P., nomeadamente aos diretores das três Delegações (Norte, Centro e Sul), aos respetivos coordenadores dos GMLF sob a sua alçada, à Diretora do Departamento de Investigação, Formação & Documentação e ao Responsável pelo Acesso à Informação, que aprovaram o estudo e respetivos procedimentos.

A recolha e análise dos dados foram efetuadas de forma a garantir o anonimato das vítimas e dos ofensores e a confidencialidade dos respetivos processos consultados.

### 6.1. Procedimentos

Para o enquadramento histórico, concetual e legal do *profiling* e do filicídio, foi realizada uma extensa revisão da literatura, através de pesquisas efetuadas em bases de dados como a PubMed (Medline), a PsychINFO, a *b-on* e a *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Os termos pesquisados foram “*profiling*”, “*criminal profiling*”, “*offender differences*”, “*filicide*”, “*infanticide*”, “*neonaticide*”, “*child homicide*” e “*fatal child maltreatment*”.

Esta revisão foi crucial para a análise preliminar e seleção das variáveis em estudo, que incluem características do perpetrador, da vítima e do crime.

As variáveis relacionadas com o **perpetrador** incluíram apenas características demográficas (i.e., idade, sexo, afinidade populacional, estado civil e área de residência) à semelhança das variáveis relacionadas com a **vítima** (i.e., idade, sexo, afinidade populacional, circunstâncias do nascimento, número de vítimas) (cf., Quadro 14). As variáveis relacionadas com o **crime** foram correlacionadas com o sexo do perpetrador (i.e., tipo de crime, método, motivo, comportamento após o crime, suicídio, altura do crime, dia da semana, estação do ano) (cf., Quadro 15.).

Os **motivos**, os **métodos** e as **circunstâncias** em que o crime foi cometido foram determinados de acordo com a transversalidade encontrada nos vários sistemas de classificação e analisados com base

nos dados disponíveis no relatório de autópsia médico-legal, nos relatórios policiais da ocorrência, nos processos judiciais e através de recolha e cruzamento de informação divulgada pelos meios de comunicação social.

**Quadro 14.** Variáveis demográficas incluídas no presente estudo.

Variáveis relacionada com o perpetrador	Nível	Variáveis relacionadas com a vítima	Nível
<b>Sexo</b>	Masculino Feminino Desconhecido	<b>Sexo</b>	Masculino Feminino Desconhecido
<b>Idade</b>	11-20 anos 21-30 anos 31-40 anos 41-50 anos >50 anos Desconhecido	<b>Idade</b>	<24 horas 1 dia-1 ano 1 ano-5 anos 6 anos-10 anos 11-15 anos 16-18 anos
<b>Afinidade populacional</b>	Caucasóide Negróide Mongolóide Desconhecido	<b>Afinidade populacional</b>	Caucasóide Negróide Mongolóide Desconhecido
<b>Estado civil</b>	Solteiro Numa relação Casado Divorciado Desconhecido	<b>Circunstâncias de nascimento</b>	Baixo peso Baixa idade gestacional Baixo índice de Apgar Parto não assistido Parto assistido no hospital
<b>Área de residência</b>	Predominantemente urbana Moderadamente urbana Predominantemente rural	<b>Número de vítimas</b>	1 vítima 2 vítimas Mais do que duas vítimas

**Quadro 15.** Variáveis criminais incluídas no presente estudo.

Variáveis relacionadas com o crime	Nível
<b>Tipo de crime</b>	Neonaticídio, infanticídio, filicídio.
<b>Método</b>	Recurso a arma de fogo, recurso a arma branca, maus tratamentos/agressões, intoxicação/envenenamento, sufocamento, estrangulamento, afogamento, instrumento contundente (não identificado), carbonização, queda em altura, outro.
<b>Motivo</b>	Doença mental, criança não desejada, vingança/retaliação, negligência, altruísmo, desconhecido.
<b>Comportamento após o crime</b>	Ocultação de cadáver, normal, tentativa de suicídio, tentativa de fuga, desconhecido, não aplicável.
<b>Suicídio</b>	Sim Não
<b>Altura do crime</b>	De manhã, à tarde, à noite, de madrugada.
<b>Dia da semana</b>	2ª feira, 3ª feira, 4ª feira, 5ª feira, 6ª feira, sábado, domingo.
<b>Estação do ano</b>	Primavera, verão, outono, inverno.

Os dados foram recolhidos de acordo com os seguintes **critérios de inclusão**:

1. vítima com idade compreendida entre 1 dia (recém-nascido) e 18 anos (exclusive);
2. etiologia médico-legal homicida ou desconhecida/indeterminada, cuja pesquisa nas fontes judiciais levou a condenação de um dos perpetradores pelo crime;
3. período de tempo compreendido entre 2004 e 2013;
4. crime perpetrado por um progenitor biológico (pai ou mãe).

Foram **excluídos** os casos que preencheram os seguintes critérios:

1. vítimas com idade superior a 18 anos, apesar do crime ter sido cometido por um dos progenitores;
2. vítimas de feticídio, mesmo com etiologia médico-legal homicida;
3. mortes atribuídas a síndrome de morte súbita infantil ou a causas naturais;
4. vítimas com causa de morte indeterminada, cujos processos judiciais e as informações pesquisadas não permitiram concluir acerca do envolvimento do progenitor na sua morte.

## 6.2. Caracterização da amostra

Foram analisados 42 processos, com um total de 39 ofensores e 42 vítimas. Na Tabela 1, encontram-se descritas as características da amostra recolhida.

Tabela 1. Número de vítimas de filicídio contabilizadas por distrito (Fonte: INMLCF, IP.).				
Distrito	Nº de casos de filicídio (%)	Nº de casos de infanticídio (%)	Nº de casos de neonaticídio (%)	n = 42 (%)
Aveiro	0 (0)	0 (0)	1 (5.3)	1 (2.4)
Beja	0 (0)	0 (0)	1 (5.3)	1 (2.4)
Braga	3 (16.7)	1 (20)	2 (10.5)	6 (14.3)
Bragança	1 (5.6)	0 (0)	0 (0)	1 (2.4)
Castelo Branco	1 (5.6)	0 (0)	3 (15.8)	4 (9.5)
Faro	2 (11.1)	0 (0)	1 (5.3)	3 (7.1)
Guarda	0 (0)	0 (0)	1 (2.4)	1 (2.4)
Leiria	1 (5.6)	2 (40)	3 (15.8)	6 (14.3)
Lisboa	6 (33.3)	1 (20)	3 (15.8)	10 (23.8)
Porto	2 (11.1)	0 (0)	2 (10.5)	4 (9.5)
Setúbal	0 (0)	0 (0)	2 (10.5)	2 (4.8)
Vila Real	0 (0)	1 (20)	0 (0)	1 (2.4)
Viseu	2 (11.1)	0 (0)	0 (0)	2 (4.8)

Nos distritos de Coimbra, Évora, Portalegre, Santarém e Viana do Castelo não foram identificados casos de filicídio nas respetivas bases de dados.

Os dados foram analisados através do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc.*) para o Windows (versão 19.0). As variáveis que foram consideradas como fatores de risco para o filicídio foram comparadas uma a uma com o sexo do perpetrador, para procurar obter o seu perfil. Foi utilizada a correlação bivariada, através do coeficiente de correlação de Pearson. A significância estatística situou-se ao nível 0.05.

## 7. Resultados

### 7.1. O perfil do perpetrador

Na amostra recolhida, 33 perpetradores são do sexo feminino (78.6%) e oito do sexo masculino (19%), não tendo sido possível identificar o perpetrador em um dos crimes (2.4%). A maior parte dos perpetradores são casados (38.1%), caucasóides (73.8%), na faixa etária dos 31-40 anos (35.7%) e residentes em meios maioritariamente urbanos (40.5%) (cf., Tabela 2).

<b>Tabela 2. Características da amostra (Fonte: INMLCF, IP.).</b>			
<b>Característica</b>		<b>n = 42</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	8	19.0%
	Feminino	33	78.6%
	Desconhecido	1	2.4%
<b>Idade</b>	11-20 anos	3	7.1%
	21-30 anos	12	28.6%
	31-40 anos	15	35.7%
	41-50 anos	4	9.5%
	>50 anos	1	2.4%
	Desconhecido	7	16.7%
	<b>Estado civil</b>	Solteiro	15
Numa relação		2	4.8%
Casado		16	38.1%
Divorciado		6	9.5%
Desconhecido		5	11.9%
<b>Afinidade populacional</b>	Caucasóide	31	73.8%
	Negróide	6	14.3%
	Mongolóide	1	2.4%
	Desconhecido	4	9.5%
<b>Área de residência</b>	Predominantemente urbana	17	40.5%
	Moderadamente urbana	11	26.2%
	Predominantemente rural	13	31.0%
	Desconhecida	1	2.4%

As mulheres filicidas situam-se maioritariamente nas faixas etárias dos 21-30 anos (40.8%) e dos 31-40 anos (44.4%), são solteiras (44.8%) ou casadas (44.4%) e tendem a ocultar o cadáver após o

crime (48.5%). O suicídio foi pouco frequente depois do crime: apenas 18.8% das mulheres consumaram o ato. Relativamente aos homens, situam-se nas faixas etárias dos 31-40 (37.5%) anos e dos 41-50 anos (37.5%), são casados ou divorciados e mantiveram um comportamento normal após o crime. Metade dos homens cometeu suicídio depois de matar o seu filho. Os crimes foram cometidos em áreas predominantemente urbanas. Enquanto o neonaticídio foi o crime mais frequente entre as mulheres (57.6%), os homens cometeram uma maior percentagem de filicídios (87.5%) (cf., Tabela 3).

**Tabela 3.** Características dos perpetradores de filicídio de acordo com o género (Fonte: INMLCF, IP.).

Variáveis	Filicídio materno		Filicídio paterno		
	n	%	n	%	
Afinidade populacional	Caucasóide	25	86.3%	6	75%
	Negróide	3	10.3%	2	25%
	Mongolóide	1	3.4%	0	0%
Idade	11-20 anos	3	11.1%	0	0%
	21-30 anos	11	40.8%	1	12.5%
	31-40 anos	12	44.4%	3	37.5%
	41-50 anos	1	3.7%	3	37.5%
	>50 anos	0	0%	1	12.5%
Estado civil	Solteiro	13	44.8%	2	25%
	Numa relação	2	6.9%	0	0%
	Casado	13	44.8%	3	37.5%
	Divorciado	1	3.5%	3	37.5%
Área de residência	Predominantemente urbana	12	37.5%	5	62.5%
	Moderadamente urbana	9	28.1%	2	25%
	Predominantemente rural	11	34.4%	1	12.5%
Comportamento após o crime	Ocultação de cadáver	16	48.5%	0	0%
	Normal	6	18.2%	3	37.5%
	Tentativa de suicídio	0	0%	1	12.5%
	Fuga	2	6.1%	0	0%
	Desconhecido	3	9.1%	0	0%
	Não aplicável	6	18.1%	4	50%
Suicídio	Sim	6	18.8%	4	50%
	Não	26	81.2%	4	50%
Tipo de crime	Neonaticídio	19	57.6%	0	0%
	Infanticídio	4	12.1%	1	12.5%
	Filicídio	10	30.3%	7	87.5%

## 7.2. O perfil da vítima

No período de tempo em análise, foram contabilizadas 42 vítimas, 21 do sexo feminino (50%) e 21 do sexo masculino (50%), maioritariamente caucasóides (78.6%). Um igual número de crianças foi vítima de crime nas primeiras 24 horas ou na faixa etária compreendida entre os 6-10 anos. A maior parte dos crimes envolveu a morte de apenas uma criança (81%) (cf., Tabela 4).

**Tabela 4.** Característica das vítimas de filicídio (Fonte: INMLCF, IP.).

Característica		n = 42	%
<b>Sexo</b>	Masculino	21	50%
	Feminino	21	50%
<b>Idade</b>	< 24 horas	17	40.5%
	Entre 1 dia e 1 ano	7	16.7%
	Entre 1 ano e 5 anos	6	14.3%
	Entre 6 anos e 10 anos	7	16.7%
	Entre 11 e 15 anos	5	11.8%
<b>Afinidade populacional</b>	Caucasóide	33	78.6%
	Negróide	5	11.9%
	Mongolóide	1	2.4%
	Desconhecido	3	7.1%
<b>Circunstâncias de nascimento</b>	Baixo peso	1	2.4%
	Baixa idade gestacional	1	2.4%
	Parto não assistido	16	38.1%
	Parto assistido no hospital	24	57.1%
<b>Número de vítimas</b>	Uma vítima	34	81%
	Duas vítimas	7	16.6%
	Mais do que duas vítimas	1	2.4%

No entanto, apenas 41 vítimas estão incluídas na Tabela 5, aquando da correlação dos dados aferidos com o sexo do perpetrados uma vez que em um dos casos este é desconhecido.

**Tabela 5.** Características das vítimas de filicídio (Fonte: INMLCF, IP.).

Características		Filicídio materno		Filicídio paterno	
		n	%	n	%
<b>Sexo</b>	Masculino	15	45.5%	5	62.5%
	Feminino	18	54.5%	3	37.5%
<b>Idade</b>	< 24 horas	17	51.5%	0	0%
	Entre 1 dia e 1 ano	6	18.2%	1	12.5%
	Entre 1 ano e 5 anos	4	12.1%	1	12.5%
	Entre 6 anos e 10 anos	2	6.1%	5	62.5%
	Entre 11 anos e 15 anos	4	12.1%	1	12.5%
<b>Afinidade populacional</b>	Caucasóide	26	86.7%	7	87.5%
	Negróide	3	10.0%	1	12.5%
	Mongolóide	1	3.3%	0	0%
<b>Circunstâncias do nascimento</b>	Baixo peso	1	3%	0	0%
	Baixa IG	1	3%	0	0%
	Parto não assistido	16	48.5%	0	0%
	Normal	15	45.5%	8	100%
<b>Número de vítimas</b>	Uma vítima	25	75.8%	8	100%
	Duas vítimas	7	21.2%	0	0%
	Mais do que duas vítimas	1	3.0%	0	0%

Um maior número de crianças do sexo feminino foi morta pelas progenitoras (54.5%), enquanto que os progenitores mataram maioritariamente crianças do sexo masculino (62.5%). Relativamente à idade, mais de metade das mulheres filicidas cometeram o crime nas primeiras 24 horas de vida do

recém-nascido (51.5%), enquanto os homens mataram crianças mais velhas, na faixa etária dos 6-10 anos (62.5%). As mães filicidas cometeram maioritariamente crimes que envolveram a morte de apenas uma criança (75.8%), à semelhança dos pais filicidas (100%). O parto não assistido foi uma característica frequente nas mães que cometeram o crime (48.5%).

### 7.3. Características criminais

#### 7.3.1. O método de cometimento do crime

As perpetradoras recorreram com maior frequência ao sufocamento e à queda em altura (i.e., saltar pela janela de um apartamento para a via pública ou deixar cair a criança no chão) para matarem os seus filhos (16.1%), enquanto os perpetradores recorreram a armas de fogo (37.5%) (cf., Tabela 6).

**Tabela 6.** Métodos comumente usados no cometimento do crime (Fonte: INMLCF, IP.).

Método	Filicídio materno		Filicídio paterno	
	n	%	n	%
Recurso a arma de fogo	0	0.0%	3	37.5%
Recurso a arma branca	2	6.5%	1	12.5%
Maus tratos/agressões	2	6.5%	1	12.5%
Intoxicação/envenenamento	3	9.7%	0	0.0%
Sufocamento	5	16.1%	0	0.0%
Estrangulamento	3	9.7%	1	12.5%
Afogamento	4	12.9%	0	0.0%
Instrumento contundente (não identificado)	1	3.1%	0	0.0%
Carbonização	2	6.5%	0	0.0%
Queda em altura	5	16.1%	1	12.5%
Outro	4	12.9%	1	12.5%

#### 7.3.2. As circunstâncias da morte

As mulheres neonaticidas tendem a fazer o parto em ambiente não hospitalar (no quarto ou na casa-de-banho da residência) e a abandonar o recém-nascido (51.5%) no quarto (24.2%) ou a escondê-lo dentro de um móvel (15.2%) ou de uma dispensa (6.1%). Os homens filicidas tendem a cometer o crime na sequência de uma disputa familiar (50%). Também a doença mental é frequente em ambos os perpetradores: 27.3% das mulheres e 25% encontravam-se deprimidos no momento do crime (cf., Tabela 7).

**Tabela 7.** Circunstâncias em que é cometido o crime (Fonte: INMLCF, IP.).

Características		Filicídio materno		Filicídio paterno	
		n	%	n	%
<b>Circunstâncias da morte</b>	Disputa familiar	2	6.1%	4	50%
	Abuso fatal	2	6.1%	1	12.5%
	Doença mental aguda	9	27.3%	2	25%
	Abandono de recém-nascido	17	51.5%	0	0%
	Não determinada	3	9.1%	1	12.5%
<b>Local do parto</b>	Ambiente hospitalar	16	48.5%	8	100%
	Ambiente não hospitalar	17	51.5%	0	0%
<b>Local de eliminação do corpo</b>	Lixo	2	6.1%	0	0%
	Mata/floresta	1	3%	0	0%
	Sanita	2	6.1%	0	0%
	Móvel	5	15.2%	0	0%
	Dispensa	2	6.1%	0	0%
	Rio	1	3%	0	0%
	Poço	1	3%	0	0%
	Frigorífico	1	3%	0	0%
	Quarto	8	24.2%	0	0%
	Fossa	1	3%	0	0%
	Não aplicável	9	27.3%	8	100%

As mulheres cometeram os crimes com maior frequência à tarde (39.1%), a meio da semana, ou seja, à quarta-feira (26.7%) e no inverno (30%). Os homens, na maior parte das vezes cometeram os crimes de manhã (75%), durante o fim de semana (32.5%) e na primavera (37.5%) (cf., Tabela 8).

**Tabela 8.** Altura do crime (Fonte: INMLCF, IP.).

Características		Filicídio materno		Filicídio paterno	
		n	%	n	%
<b>Altura do dia</b>	De manhã	2	8.7%	6	75%
	À tarde	9	39.1%	0	0%
	À noite	6	26.1%	2	25%
	De madrugada	6	26.1%	0	0%
<b>Dia da semana</b>	2ª feira	4	13.3%	1	12.5%
	3ª feira	7	23.3%	1	12.5%
	4ª feira	8	26.7%	0	0%
	5ª feira	1	3.3%	2	25%
	6ª feira	2	6.7%	1	12.5%
	Sábado	6	20%	2	25%
	Domingo	2	6.7%	1	12.5%
<b>Estação do ano</b>	Primavera	8	26.7%	3	37.5%
	Verão	8	26.7%	1	12.5%
	Outono	5	16.6%	2	25%
	Inverno	9	30%	2	25%

### 7.3.3. As causas da morte

Mais de metade das mortes foram causadas por asfixias (59.5%) ou por traumatismo craniano (21.9%), nos crimes cometidos pelas mulheres. Relativamente aos homens, predominaram os traumatismos (i.e., cranianos, toraco-abdominais ou ambos) em 87.5% dos crimes (cf., Tabela 9).

**Tabela 9.** Principais causas de morte de crianças vítimas de filicídio (Fonte: INMLCF, IP.).

Causa da morte	Filicídio materno		Filicídio paterno	
	n	%	n	%
Asfixia por estrangulamento	6	18.8%	1	12.5%
Asfixia por sufocação	6	18.8%	0	0%
Asfixia por submersão	4	12.5%	0	0%
Asfixia periparto	1	3.1%	0	0%
Anóxia	2	6.3%	0	0%
Traumatismo craniano	7	21.9%	4	50%
Traumatismo toraco-abdominal	0	0%	3	37.5%
Tóxica	5	15.6%	0	0%
Desidratação por inanição	1	3.1%	0	0%

No que diz respeito à etiologia médico-legal, os peritos concluíram que 36 mortes se deram por homicídio. No entanto não se pronunciaram em seis casos, classificando-os como indeterminados. Estes casos foram incluídos no estudo porque através do cruzamento de dados com os respetivos processos de tribunal, se concluiu que os progenitores foram condenados pelo crime de homicídio ou infanticídio (cf., Tabela 10).

**Tabela 10.** Etiologia médico-legal dos casos de filicídio (Fonte: INMLCF, IP.).

Etiologia	Filicídio materno		Filicídio paterno	
	n	%	n	%
Homicida	27	81.8%	8	100%
Indeterminada	6	18.2%	0	0%

### 7.3.4. O motivo

O móbil que levou ao cometimento do crime variou consoante o perpetrador. Enquanto as mulheres mataram os seus filhos por nascerem na sequência de gravidezes indesejadas (57.6%) ou de doença mental prévia (27.3%), os homens cometeram o crime como forma de vingança ou retaliação contra a (ex)companheira (62.5%) (cf., Tabela 11).

**Tabela 11.** Móbil para o cometimento do crime de filicídio (Fonte: INMLCF, IP.).

Motivo da morte	Filicídio materno		Filicídio paterno	
	n	%	n	%
Doença mental	9	27.3%	1	12.5%
Criança não desejada	19	57.6%	0	0%
Vingança/retaliação	2	6.1%	5	62.5%
Negligência	1	3.0%	0	0%
Altruísmo	1	3.0%	1	12.5%
Desconhecido	1	3.0%	1	12.5%

#### 7.4. O perfil do filicida

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo do perpetrador e o comportamento após o crime ( $r=.383$ ), o método ( $r=-.323$ ) e as circunstâncias do nascimento da criança ( $r=.394$ ) para um nível de significância de 0.05 (cf., Tabela 12).

**Tabela 12.** Correlações significativas entre o género do perpetrador e o crime de filicídio.

Variável	Pearson correlation	Sign. (2-tailed)	n
Comportamento após o crime	.383*	.013	41
Método	-.323*	.045	39
Circunstâncias do nascimento	.394*	.011	41

\* $p<0.05$

Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o sexo do perpetrador e a idade ( $r=.514$ ), a ocultação da gravidez ( $r=-.436$ ), o tipo de crime cometido ( $r=-.486$ ), as circunstâncias em que o crime ocorreu ( $r=-.458$ ), a altura do crime ( $r=-.490$ ), o local do parto ( $r=-.414$ ) e a idade da vítima ( $r=.449$ ) para  $p<0.01$  (cf., Tabela 13).

**Tabela 13.** Correlações significativas entre o género do perpetrador e o crime de filicídio.

Variável	Pearson correlation	Sign. (2-tailed)	n
Idade	.514**	.002	35
Ocultação de gravidez	-.436**	.004	41
Crime	-.486**	.001	41
Circunstâncias do crime	-.458**	.003	41
Altura do crime	-.490**	.005	31
Local do parto	-.414**	.007	41
Idade da vítima	.449**	.003	41

\*\* $p<0.01$

Todas estas diferenças foram encontradas ao nível dos crimes cometidos pelas progenitoras, não sendo possível tirar conclusões relativamente ao perfil do perpetrador masculino português.

## 8. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo proceder a uma primeira caracterização do perfil do perpetrador e da vítima de filicídio em Portugal. Procurou-se encontrar diferenças de seio estatisticamente significativas que levassem ao cometimento do crime, tanto ao nível do motivo, como do método e das circunstâncias em que ocorreu.

Na amostra recolhida, a maior parte dos crimes foi cometido pelas progenitoras, jovens caucasóides com idade compreendida entre os 21-30 anos, solteiras, principalmente porque o maior número de vítimas eram recém-nascidas em ambientes não hospitalares, resultado de gravidezes indesejadas. Predominam por isso, os crimes de neonaticídio, com o recurso a métodos manuais, como o sufocamento, o estrangulamento e a submersão, predominando por isso a asfixia como a principal causa de morte das vítimas deste tipo de crime. Após o cometimento do crime, as perpetradoras tendem a ocultar o cadáver na residência, escondendo-o no quarto dentro de um móvel ou debaixo da cama, na dispensa ou dentro do frigorífico. O suicídio não é um comportamento frequente entre as mulheres neonaticidas.

Foram encontrados casos de filicídio em que as mães se suicidaram, cujas mortes das crianças resultaram de graves lesões crânio-meningo-encefálicas e toraco-abdominais, resultantes de queda em altura. As mulheres que cometeram estes crimes eram casadas ou encontravam-se numa relação no momento do crime e suicidaram-se no seu seguimento.

Os progenitores que cometeram crime de filicídio são mais velhos, ou seja, a têm uma idade compreendida entre os 31-40 anos, são casados ou divorciados (ou estão a passar por um processo de divórcio) e tendem a cometer suicídio no seguimento do crime. Daí que não haja tentativa de encobrimento do crime nem da responsabilização pelo mesmo.

Os métodos empregues são mais violentos, havendo recurso a arma de fogo ou armas brancas, que provocam a morte por traumatismos crânio-meningo-encefálicos ou toraco-abdominais (em um dos casos, o perpetrador saltou com o seu filho para uma linha férrea, sendo vítimas de trucidamento de comboio). Metade dos crimes cometidos pelos homens envolveu também a morte da companheira ou ex-companheira, tendo como móbil a vingança ou retaliação pelo fim da relação, o ciúme ou a doença mental. Foram cometidos maioritariamente de manhã ou à noite, durante o fim-de-semana, na primavera.

Estes dados vão encontro dos dados disponíveis na literatura, havendo apenas diferença na área de residência (enquanto os estudos internacionais apontam como fator de risco a residência em meios rurais e no presente estudo a maior parte dos crimes foi cometido em meios urbanos) e na idade das mães neonaticidas (os dados internacionais sugerem uma idade compreendida entre os 15-20 anos, enquanto os dados obtidos apontam para mulheres de uma faixa etária superior).

## 9. Conclusão

O filicídio é um crime desproporcional em termos de magnitude e cujas circunstâncias são diferentes relativamente aos outros tipos de homicídio<sup>[35]</sup>. A escassez de investigação nacional e internacional, os problemas metodológicos levantados nas investigações já efetuadas e a falta de progresso teórico são alguns dos entraves ao sucesso da compreensão deste crime. No que diz respeito ao *profiling*, salienta-se a sua pouca aceitação entre as forças policiais e os académicos, devido à ausência de estudos que comprovem efetivamente a sua validade e eficácia no auxílio à resolução de crimes.

Em Portugal, foi publicado um número limitado de estudos originais tanto sobre o *profiling* como sobre o filicídio. À data, apenas se conhecem cinco estudos científicos que procuraram aferir o perfil do incendiário, do violador, do abusador sexual de crianças, do corrupto e do homicida português<sup>[21]</sup> e a validade e utilidade das suas conclusões são questionadas entre as forças policiais.

No que diz respeito ao filicídio, a literatura tem enfatizado as características das perpetradoras femininas, relegando para segundo plano os perpetradores masculinos. A identificação do perfil do perpetrador, dos fatores que colocam a vítima em risco de filicídio, dos motivos e das circunstâncias em que o crime ocorre e a formação de profissionais nesta área pode aumentar a eficácia da prevenção e respetiva investigação criminal neste domínio.

A opinião da sociedade acerca dos progenitores que cometem filicídio são normalmente firmes, mas ambivalentes. Por um lado, considera-se que a justiça deve punir a perda de vidas inocentes e, por outro, apesar de se desconhecer a complexidade da doença mental, acredita-se que algo de muito errado se deve passar com alguém que assassina o seu próprio filho.

### 9.1. Utilidade, potencialidades e vantagens do estudo e dos resultados obtidos

O filicídio é um crime complexo e multifatorial. Dada a sua natureza, é difícil encontrar traços que se apliquem de forma consistente quer aos perpetradores, quer às vítimas<sup>[13]</sup>. Contudo, uma revisão

cuidada da literatura existente ajuda-nos a identificar algumas tendências e, por isso, alguns caminhos de atuação. Especificamente no domínio da investigação criminal e forense, o facto de uma criança morrer maioritariamente às mãos dos progenitores é um dado estatístico importante na delineação do círculo de suspeitos pela prática de um homicídio infantil.

Para além da identificação, do julgamento e da condenação destes criminosos, apenas a prevenção surge como área de atuação de excelência. Isto porque o filicídio é um ato irreversível e tendo em consideração todas as variáveis que podem conduzir à sua prática, não existe um tratamento que possa ser proposto a estes progenitores<sup>[13]</sup>.

Importa realçar que a investigação na área do filicídio não se encontra presentemente focada no tratamento das mulheres homicidas, uma vez que muitas delas não são ofensoras crónicas nem repetem o crime (i.e., matam apenas uma vez). Em vez disso, a literatura foca-se na prevenção. Para prevenir o filicídio, é importante conhecer quer as características do perpetrador, quer as circunstâncias do crime<sup>[35]</sup>.

As **intervenções primárias**<sup>7</sup>, efetuadas em mulheres que não evidenciam sinais imediatos ou indicações de estão presentemente em risco, servem para<sup>[4]</sup>:

- informar sobre os riscos futuros e as consequências derivadas do crime;
- elucidar sobre os riscos das relações sexuais sem utilização de métodos contraceptivos;
- dotar de conhecimentos sobre a prática sexual;
- possibilita o acesso a métodos contraceptivos;
- criar um ambiente seguro (em casa, na escola, ou na unidade de saúde) e propício à discussão acerca da sexualidade.

As **intervenções secundárias**<sup>8</sup> na área do filicídio materno deverão incluir programas para adolescentes e jovens adultas que engravidaram ou deram à luz recentemente (deverão, por isso, ser implementados durante a gravidez, imediatamente antes ou depois do parto, ou durante a infância)<sup>[4]</sup>. Nos EUA, estas medidas passam por encorajar as mães de recém-nascidos que irão abandonar ou descartar-se dos seus bebés a fazerem-no em hospitais ou agências públicas similares sem punição legal, se não existirem sinais de negligência ou de abusos. Podem incluir ainda:

- educação e aconselhamento (na escola e na comunidade), no sentido de ajudar as mães a adiar uma segunda gravidez;

---

<sup>7</sup> Um programa de intervenção primária deve ser implementado em indivíduos (ou grupos) em que existe a possibilidade de manifestar um determinado tipo de comportamento (por exemplo, cometer neonaticídio), em algum momento da sua vida.

<sup>8</sup> Um programa de intervenção secundária deve ser implementado antes da ocorrência de determinado comportamento, sendo por isso centrado em pessoas que estão em risco eminente de cometer um crime.

- tratamento de perturbações de humor desenvolvidas no pós-parto (e.g., psicoterapia, medicação com antidepressivos, grupos de apoio);
- ajuda no estabelecimento de laços afetivos com a criança.

As **intervenções terciárias**<sup>9</sup> poderão servir para<sup>[4]</sup>:

- remoção temporária da criança vulnerável, combinada com a frequência de sessões de educação parental ordenadas pelo tribunal;
- aconselhamento obrigatório na área da saúde mental;
- proteção e desenvolvimento de planos de reunificação familiar.

A prevenção, nos casos de neonaticídio, está seriamente comprometida pelo facto de muitas das mulheres raramente procurarem algum tipo de ajuda<sup>[30]</sup>. Acresce que os psiquiatras deveriam avaliar o risco de filicídio de uma forma sistemática, tal como o fazem para o suicídio<sup>[4]</sup>. Seria, por isso, importante determinar qual o papel da doença mental neste contexto.

Quando a grávida vai às consultas, deve avaliar-se o seu estado de ânimo, detetar se apresentam depressão ou psicose e, em caso positivo, admitir a possibilidade de internamento. A entrevista a uma grávida é útil para obter uma ideia geral acerca dos seus pensamentos relativamente à gravidez e ao bebé. Há que questioná-la especificamente sobre os planos que tem para a chegada da criança, procurando descobrir sentimentos de ambivalência, raiva ou ressentimento.

Sem um suporte adequado, muitas mulheres jovens que estão em risco de negação da gravidez não têm o suporte pré-natal adequado. Quando as contrações começam e o parto ocorre, elas não podem continuar a esconder ou a negar o seu estado. Algumas dão entrada no hospital para darem à luz, ou em certos casos, a queixarem-se de dores abdominais (contrações); outras fazem o parto em casa, para evitar a sua detação. Os riscos para a criança incluem não só o neonaticídio mas a morbilidade associada à falta de cuidados pré-natais, que levam ao aumento das taxas de prematuridade. Quanto mais cedo a negação da gravidez for identificada, mais oportunidades existem para prevenir complicações. O suporte para as jovens mães deve incluir educação acerca das suas opções, incluindo a adoção e o aborto, a importância dos cuidados pré-natais; a forma como devem abordar o assunto com os seus pais; e a possibilidade de frequência de aulas sobre parentalidade. Em contexto de urgência, é importante incluir a gravidez no diagnóstico diferencial quando existem sintomas abdominais e pélvicos. A farmacoterapia pode aliviar a negação apesar de, na maioria dos casos, não ser suficiente. Na intervenção, é ainda necessário ter em conta:

---

<sup>9</sup> Um programa de intervenção terciária deve ser implementado para reabilitar, prevenir a recorrência de um determinado comportamento e reinserir a pessoa na sociedade.

- ter uma atitude aberta, sem julgamento;
- tentar compreender o pressuposto psicológico para a negação;
- escutar atentamente;
- elaborar um guião para a abordagem da relação mãe-bebé após o nascimento;
- cuidados pré-natais e visitas de *follow-up* e de suporte (*outreach*);
- desaconselhar o uso da ultrassonografia (poderá aumentar o impacto emocional, os níveis de ansiedade e o risco de traumas);
- avaliar o comportamento parental e prever a possibilidade de reabilitação (*coaching* parental, aulas sobre parentalidade ou grupos de suporte);
- existindo risco de abuso, as agências de proteção de menores devem ser notificadas (no sentido de proteger a criança) e deve ser providenciado suporte à mãe;
- avaliar de forma realista o suporte social da mulher (família, amigos, estruturas de suporte comunitário)
- a combinação de psicoeducação (da sexualidade) e psicoterapia pode ajudar algumas mulheres a ultrapassarem perdas anteriores e a sentirem-se capazes de fazer escolhas ativas acerca do planeamento familiar.

As mulheres com **depressão pós-parto** têm significativamente mais pensamentos obsessivos e agressivos. Estas mulheres têm pensamentos violentos (e.g., pôr o bebé dentro do micro-ondas, afogá-lo ou esfaqueá-lo) que consideram abomináveis. A intervenção na depressão pós-parto deve abordar:

- o historial clínico (para procurar possíveis contribuições orgânicas para a depressão);
- a investigação sobre medicações prescritas (particularmente para a dor), medicação excessiva, e consumo de substâncias (droga e álcool);
- a contagem tiróidea após o parto;
- a contagem de hemoglobina e despiste de hipercalcemia;
- a aplicação da Escala de Depressão pós-parto de Edimburgo<sup>[61]</sup>;
- a psicoterapia interpessoal (IPT);
- a prescrição de antidepressivos (e.g., fluoxetina, paroxetina), tendo sempre em atenção que os lactentes estarão expostos à medicação.

As mulheres com pensamentos suicidas devem ser encaminhadas de emergência para os serviços de saúde mental, sendo assistidas de imediato. Todas as ameaças de magoar a criança devem ser levadas a sério, devem ser notificados os serviços de proteção de menores e os serviços psiquiátricos.

Nos casos em que a mulher apresenta **psicose pós-parto**<sup>[6]</sup>:

- deve ser considerada uma emergência psiquiátrica (tal como a ideação suicida), pelo que a mãe deve ser imediatamente avaliada;
- poderá ser necessária a hospitalização ou internamento para tratamento e monitorização;
- deve ser avaliada a ligação mãe-bebé;
- deve ser abordada a educação sobre sintomas de perturbação mental e os tratamentos disponíveis;
- a decisão de contactar os serviços de proteção de menores pode ser tomada em conjunto com o psiquiatra.

É importante que as mulheres sintam que se encontram num ambiente seguro, que não são estigmatizadas, que podem revelar todos os seus sintomas e que terão ajuda disponível.

As mães com **perturbação obsessivo-compulsiva pós-parto** podem experimentar medos intensos ou preocupações constantes acerca de magoar o seu filho<sup>[6]</sup>. Os serviços de saúde mental devem ser notificados, uma vez que os sintomas são perturbadores e o tratamento psiquiátrico pode conduzir ao melhoramento da sintomatologia.

Relativamente aos **bebés com cólicas**, dever-se-á<sup>[6]</sup>:

- avaliar o impacto que as cólicas têm na mãe;
- trabalhar estratégias de "como lidar com a criança que chora", em vez de focar "aquilo que não deve fazer";
- intervir no sentido de normalizar o choro;
- procurar apoio/suporte familiar.

Quanto às mães de **crianças com perturbações desenvolvimentais**, e no sentido de prevenir a morte da criança, poder-se-á<sup>[6]</sup>:

- discutir a possibilidade da prestação de cuidados paliativos ou o internamento hospitalar;
- avaliar a existência de problemas parentais, nomeadamente o sentimento de sobrecarga no cuidar;
- identificar problemas relacionais, financeiros e sociais;
- promover o aumento das estratégias de *coping*.

Também a psicopatia é um constructo importante para a explicação do comportamento criminal, estando especialmente relacionado com a criminalidade violenta. A psicopatia apresenta um padrão particular de traços de personalidade, sintomas afetivos e relações comportamentais e interpessoais, que inclui o egocentrismo e a impulsividade, a falta de empatia e de remorso e afetos superficiais e

lábéis, conjuntamente com a violação de normas sociais. Deixa-se assim como sugestão para investigação futura, a aplicação da *Hare Psychopathy Checklist*<sup>10</sup>, um instrumento frequentemente utilizado para a operacionalização da psicopatia, por forma a estabelecer uma comparação entre as mães filicidas e grupos de controlos, no que concerne à presença de perturbações mentais. Apesar de não existir ainda nenhum estudo sobre a relação entre a psicopatia e o filicídio, a presença de traços psicopáticos (e.g., egocentrismo e falta de empatia) está já documentada nos perpetradores deste crime<sup>[1]</sup>.

## 10.2. Limitações do estudo e dos resultados obtidos

A maior parte das limitações deste estudo prendem-se com questões metodológicas. Por um lado, os estudos prospetivos são mais fortes no estabelecimento de relações entre fatores de risco do que os estudos retrospectivos<sup>[5]</sup>. No entanto, o filicídio é um fenómeno raro, o que pode tornar inviável a realização deste tipo de estudos.

O facto de o estudo ser baseado maioritariamente em registos constantes na base de dados do INMLCF, IP., limitou também o acesso a um maior número de casos, uma vez que:

1. nem todos os peritos registam os seus casos na base de dados (logo o número de casos analisado não coincide com a amostra total de casos de filicídio no período de tempo proposto);
2. a própria base de dados só contém registos posteriores a 2009, o que levou a que o acesso aos dados fosse limitado no período de tempo compreendido entre 2004 e 2008, dependendo da informação fornecida nos respetivos Gabinetes sobre a (in)existência de crianças vítimas de homicídio;
3. os relatórios de autópsia variam na quantidade e em qualidade de informação: contêm, na maior parte dos casos, pouca (ou nenhuma) informação acerca do perpetrador e do crime, centrando-se apenas no exame do hábito externo e interno da vítima e da respetiva resposta a quesitos sobre o mesmo, ou então quando esta informação existe, os meios de comunicação são citados como fonte.

Estas limitações são, aliás, comuns às encontradas noutros países, como a Finlândia<sup>[32]</sup>, os EUA<sup>[5]</sup>.

Acresce que o filicídio é um crime cuja investigação é desafiante devido à existência de poucos dados para análise<sup>[1]</sup>. Mesmo durante a consulta dos Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça respei-

<sup>10</sup> A Escala de Psicopatia de Hare Revista é um instrumento constituído por 20 itens, cotados numa escala de 0 a 2, de acordo com o grau no qual o comportamento e a personalidade correspondem à descrição. A escala revista contém uma estrutura de dois fatores (desvio afetivo/interpessoal e desvio social), e quatro facetas (interpessoal, afetividade, estilo de vida e antissocial).

tantes aos casos já julgados surgiram factos que foram dados como provados e outros que não ficaram provados e que seriam de extrema importância na compreensão do crime e principalmente do criminoso.

Relativamente à informação recolhida nos meios de comunicação social, esta nem sempre é a mais fidedigna, variando consoante a fonte consultada. Outra das limitações do presente estudo que decorreu da consulta dos *media* está relacionada também com o número de casos de filicídio no período de tempo analisado: foram encontrados pelo menos mais 11 casos que não surgiram na base de dados do INMLCF, IP., mesmo posteriores a 2009, e é possível que muitos outros não tenham sido detetados (cf., Quadro 14).

Quadro 14. Casos não incluídos no estudo.		
Ano	Perpetrador	Informação
2004	Mãe	Criança de oito anos, do sexo feminino, desaparecida em Portimão. A progenitora foi condenada a 16 anos de prisão pelo homicídio da filha.
2005	Pai	Criança de cinco anos, do sexo feminino, exposta a condições extremas e agressões na residência. O corpo foi lançado ao rio pela avó.
2006	Mãe	Criança de dois anos, do sexo feminino, agredida a murro e a pontapé no dia da sua morte por alegadamente ter entornado leite na roupa.
2008	Mãe	Recém-nascido morto por estrangulamento, encontrado dentro de um congelador em Vilar de Andorinho, Vila Nova de Gaia.
2011	Mãe	Recém-nascido, do sexo masculino, foi asfixiado, embrulhado num lençol e colocado num balde no tanque da vizinha. A irmã de 13 anos presenciou o crime.
2012	Mãe	Duas crianças do sexo feminino, de um mês e de quatro anos, morrem carbonizadas com a mãe, que atirou o carro onde seguiam de uma ravina.
2013	Mãe	Recém-nascido abandonado dentro de uma sanita depois de a progenitora, de 24 anos, ter dado à luz.
2013	Mãe	Duas crianças, de 12 e 13 anos, do sexo masculino foram encontradas mortas por suposto envenenamento, dentro de um carro na Cruz Quebrada. A progenitora suicidou-se.
2013	Pai	Criança de 14 anos, do sexo masculino, morta a tiro em Beja, ao tentar defender a mãe.

Também a natureza do crime varia dentro das populações em estudo, pelo que estudos futuros deverão incluir comparações entre grupos, comparações entre subpopulações específicas e amostras da população nacional<sup>[1]</sup>.

### 10.3. Sugestões e futuras investigações

Apesar do presente estudo não focar as características clínicas dos perpetradores de filicídio à data do crime, os processos consultados permitiram verificar a existência de perturbações depressivas e de personalidade aquando da morte das crianças. À semelhança das conclusões de outros estudos neste domínio, seria importante a avaliação psicológica dos progenitores para melhor compreender o papel

da doença mental neste tipo de crime. Seria também importante analisar a relação entre a doença mental à data do crime e o procedimento legal aplicado aos perpetradores, uma vez que em muitos países, incluindo em Portugal, a pena (principalmente das mães) é atenuada devido a imputabilidade diminuída ou inimputabilidade.

Estudos transversais bem conceptualizados, com investigação contemporânea das circunstâncias que envolvem todas as mortes de crianças numa determinada área de abrangência, são viáveis, podendo analisar fatores associados com diferentes tipos de filicídio (i.e., resultante de negligência, imprudência ou de atos intencionais)<sup>[5]</sup>.

Além disso, os casos de filicídio cujos progenitores já tinham sido denunciados por abusos aos serviços de proteção de menores podem ser comparados com os casos de crianças cujos abusos não culminaram na sua morte. Os resultados destes estudos poderiam revelar características que permitam identificar os progenitores que têm elevado risco de matar os seus filhos<sup>[5]</sup>.

Também o estudo comparativo entre perpetradores com presença de fatores de risco e de fatores protetores que cometeram filicídio poderá dar uma indicação mais precisa sobre o perfil do filicida. Acrescem estudos mais aprofundados sobre esses mesmos fatores de risco, uma vez que alguns dos fatores já identificados (e.g., depressão major e problemas sociais) têm uma grande incidência na população em geral.

Finalmente, uma importante área de investigação será a do filicídio-suicídio, através da análise dos relatórios de autópsia dos progenitores filicidas e da reconstrução do crime fornecida pelas autoridades policiais.

Também a construção de uma base de dados mais completa, de fácil manuseamento e pesquisa poderá estar disponível para estudos futuros, incluindo para estudos epidemiológicos mais precisos.

## 11. Referências bibliográficas

1. Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G., Lindberg, N., Eronen, M., & Häkkinen, H. (2009). Differences between homicide and filicide offenders; results of a nationwide register-based case-control study. *BioMed Central Psychiatry, 9* (27). DOI: 10.1186/471-244X-9-27.
2. Liam, M., & Koenraadt, F. (2008). Filicide: A comparative study of maternal versus paternal child homicide. *Criminal Behavior and Mental Health, 18*, 166-176. DOI: 10.1002/cbm.695.
3. Freire, A., & Figueiredo, B. (2006). Filicídio: incidência e factores associados. *Análise Psicológica, 4* (XXIV), 437-446.
4. Friedman, S., & Resnick, P. (2007). Child murder by mothers: Patterns and prevention. *World Psychiatry, 6*, 137-141.
5. Friedman, S., Horwitz, S., & Resnick, P. (2005). Child Murder by mothers: A critical analysis of the current state of knowledge and research agenda. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1578-1587.
6. Friedman, S., & Friedman, J. (2010). Parents who kill their children. *Pediatrics in Review, 31* (2), 10-16. DOI: 10.1542/pir.31-2-e10.
7. Correia, E., Lucas, S., & Lamia, A. (2007). Profiling: Uma técnica auxiliar de investigação criminal. *Análise Psicológica, 4* (XXV), 595-601.
8. Turvey, B. (2012). *Criminal profiling: An introduction to behavioural evidence analysis* (4<sup>th</sup> Ed.). Oxford: Elsevier.
9. Hicks, S.J., & Sales, B.D. (2006). *Criminal profiling: Developing an effective science and practice*. Washington: APA.
10. Crighton, D. (2009). Offender profiling. In D. Canter & D. Youngs (Coords.), *Investigative psychology: Offender profiling and the analysis of criminal action* (3<sup>rd</sup> Ed., pp. 148-159). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
11. Constanzo, C.M., & Krauss, D. (2012). *Forensic and legal psychology: Psychological science applied to law*. Hampshire: BFW/Worth Publishers.
12. Woodhams, J. (2012). Offender profiling and crime linkage. In G. Davies & A. Beech (Eds.), *Forensic psychology: Crime, justice, law and interventions* (pp. 171-188). Chichester, UK: Wiley.
13. West, S. (2007). An overview of filicide. *Psychiatry, 2*, 48-57.
14. Warren, J., & Kovnick, J. (1999). Women who kill. In V. Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological approaches with violent offenders: Contemporary strategies and issues* (pp. 189-204). New York: Springer.
15. Assis, S. (1994). Crianças e adolescentes violentados: Passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública, 10* (1), 126-134.
16. Stroud, J. (2005). European child homicide studies: Quantitative studies and a preliminary report on a complementary qualitative research approach. *Social Work in Europe, 7* (3), 31-37.
17. Cruz, A. (1994). *Maus tratados à criança*. Porto: Porto Editora.
18. Oberman, M. (2002). A brief history of infanticide and the law. In M. Spinelli (Ed.), *Infanticide: psychological and legal perspectives on mothers who kill* (pp. 03-18). Washington: Washington DC American Psychiatric Publishing.
19. Schwartz, L., & Isser, N. (2000). *Child homicide: Parents who kill*. Florida: CRC Press.
20. Ferguson, C.J., & Negy, C. (2004). The influence of gender and ethnicity on judgments of culpability in a domestic violence scenario. *Violence and Victims, 19*, 203-220.
21. Almeida, F. (2012). Mães filicidas: Contextualização e fundamentação. In F. Almeida & M. Paulino (Coords.), *Profiling, vitimologia e ciências forenses: Perspetivas atuais* (pp. 315-343). Lisboa: Pactor.
22. Meyer, C., & Spinelli, M. (2002). Medical and legal dilemmas of postpartum psychiatric disorders. In M. Spinelli (Ed.), *Infanticide: psychological and legal perspectives on mothers who kill* (pp. 167-183). Washington: Washington DC American Psychiatric Publishing.

23. Laporte, L., Poulin, B., Marleau, J., Roy, R., & Webanck T. (2003). Filicidal women: Jail or psychiatric ward?. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (2), 94-98.
24. Alison, L., Smith, M., & Morgan, K. (2003). Interpreting the accuracy of offender profiles. *Psychology, Crime & Law*, 9 (2), 185-195.
25. Holmes, R.M. & Holmes, S.T. (2002). *Profiling violent crimes: An investigative tool* (3<sup>rd</sup> Ed.). California: SAGE Publications.
26. Correia, E., Lucas, S., & Lamia, A. (2007). Profiling: Uma técnica auxiliar de investigação criminal. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 595-601.
27. Alison, L., Goodwill, A., & Alison, A. (2011). Guidelines for profilers. In L. Alison (Ed.), *The forensic psychologist's casebook: Psychological profiling and criminal investigation* (pp. 235-277). Oxon: Willan Publishing.
28. Resnick, P.J. (1969). Child murder by parents: A psychiatric review of filicide. *The American Journal of Psychiatry*, 126, 325-334.
29. Mckee, G. (2006). *Why mothers kill*. Oxford: Oxford University Press.
30. Bourget, D., Grace, J., & Whitehurst, L. (2007). A review of maternal and paternal filicide. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 35, 74-82.
31. Putkonen, H., Anos, S., Eronen, M., Klier, C., Almiron, M., Cederwall, J., & Weizmann-Henelius, G. (2011). Gender differences in filicide offense characteristics: A comprehensive register-based study of child murder in two European countries. *Child, Abuse & Neglect*, 35, 319-328.
32. Kauppi, A., Kumpulainen, K., Karkola, K., Vanamo, T., & Merikanto, J. (2010). Maternal and paternal filicides: A retrospective review of filicides in Finland. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38, 229-238.
33. Bourget, D., & Bradford, J.M. (1990). Homicidal parents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35 (3), 233-238.
34. Bourget, D., & Gagné, P. (2005). Paternal filicide in Québec. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33, 354-360.
35. Fujiwara, T., Barber, C., Schaechter, J., & Hemenway, D. (2009). Characteristics of infant homicides: Findings from a US multisite Reporting System. *Pediatrics*, 124 (2), e210-e217.
36. Somander, L., & Rammer, L. (1991). Intra and extrafamilial child homicide in Sweden 1971-1980. *Child Abuse & Neglect*, 15, 45-55.
37. Strang, H. (1996). Childre as victims of homicide. *Australian Institute of Criminology*, 53, 1-6.
38. Mariano, T.Y., Chan, H.C., & Meyers, W.C. (2014). Toward a more holistic understanding of filicide: A multidisciplinary analysis of 32 years of U.S. arrest data. *Forensic Science International*, 236, 46-53.
39. Yarwood, D. (2004). Child homicide: Reviewed of statistics and studies. *Dewar Research*, 6, 1-22.
40. Karakus, M., Ince, H., Ince, N., Arican, N., & Sozen, S. (2003). Filicide cases in Turkey, 1995-2000. *Croatian Medical Journal*, 44 (5), 592-595.
41. Marcikić, M., Dumencić, B., Matuzalem, E., Marjanović, K., Pozgain, I., & Ugljarević, M. (2006). Infanticide in Eastern Croatia. *Collegium Antropologicum*, 30 (2), 437-442.
42. Smith, J. (2006). Infanticide. In D. Mackenzie, L. O'Neill, W. Povitsky & S. Acevedo (Coord.), *Different crimes, different criminals: Understanding, treating and preventing criminal behavior* (pp. 11-32). Maryland: Matthew Bender & Company.
43. Oberman, M., & Meyer, C.L. (2008). *When Mothers Kill: Interviews from Prison*. New York: NYU Press.
44. Craig, M. (2004). Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: Can we identify those at risk?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 57-61.
45. Overpeck, M. (2002). Epidemiology of infanticide. In M. Spinelli (Ed.). *Infanticide: psychological and legal perspectives on mothers who kill* (pp. 19-30). Washington: Washington DC American Psychiatric Publishing.
46. Mckee, G., & Shea, S. (1998). Maternal filicide: A cross-national comparison. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (5), 679-687.
47. D'Orban, P.T. (1979). Women who kill their children. *British Journal of Psychiatry*, 134, 560-571.

48. Miller, L. (2002). Denial of pregnancy. In M. Spinelli (Ed.), *Infanticide: Psychological and legal perspectives on mothers who kill* (pp. 81-102). Washington: Washington DC American Psychiatric Publishing.
49. Lewis, C., & Bunce, S. (2003). Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31, 459-470.
50. De Bortoli, L., Coles, J., & Dolan, M. (2012). Maternal infanticide in Australia: Mental disturbance during the postpartum period. *Psychiatry, Psychology and Law, iFirst article*, 1-11.
51. Papapietro, D., & Barbo, I. (2005). Commentary: Toward a psychodynamic understanding of filicide – Beyond psychosis and into the heart of darkness. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33 (4), 505-508.
52. Häkkänen-Nyholmemail, H., Putkonen, H., Lindberg, N., Holi, M., Rovamo, T., & Weizmann-Henelius, G. (2009). Gender differences in Finnish homicide offence characteristics. *Forensic Science International*, 186 (1-3), 75-80.
53. Hon, K.L. (2011). Dying with parents: An extreme form of child abuse. *World Journal of Pediatrics*, 7 (3), 266-268.
54. Amon, S., Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G., Almiron, M.P., Formann, A., Voracek, M., et al. (2012). Potential predictors in neonaticide: The impact of the circumstances of pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 167-174. DOI: 10.1007/s00737-012-0268-0.
55. Marleau, J., & Laporte, L. (1999). Gender of victims and motivation of filicidal parents: Is there a relationship?. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 924-925.
56. Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2001). Homicides of children and youth. *OJJDP Juvenile Justice Bulletin*.
57. Kilsztajn, S., Lopes, E., Carmo, M., & Reyes, A.M. (2007). Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (8), 1886-1892.
58. Levitzky, S., & Cooper, R. (2000). Infant colic syndrome: Maternal fantasies of aggression and infanticide. *Clinical Pediatrics*, 39, 395-400.
59. Palermo, M. (2003). Preventing filicide with autistic children. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 47-57.
60. Byard, R.W. (2004). Medicolegal problems with neonaticide. In M. Tsokos (Ed.), *Forensic pathology reviews* (Vol. 1, pp. 171-185). New York: Humana Press.
61. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
62. Scott, P.D. (1973). Parents who kill their children. *Medicine, Science and the Law*, 13, 120-126.
63. Guileyardo, J.M., Prahlow, J.A., & Barnar, J.J. (1999). Familial filicide and filicide classification. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 20 (3), 286-292.
64. Alder, C., & Polk, K. (2001). *Child victims of homicide*. Cambridge: Cambridge University Press.
65. Nieuwbeerta, P., & Leistra, G. (2007). *Fatal violence*. Amsterdam: Prometheus.
66. Rocha, I. (Coord.) (2013). *Código penal* (3ª Ed.). Porto: Porto Editora.
67. Howatson, A.G. (2006). The autopsy for sudden unexpected death in infancy. *Current Diagnostic Pathology*, 12, 173-183.