
Avaliação da imputabilidade penal em casos de parricídio e filicídio associados a doença mental e perturbação da saúde mental

Criminal responsibility assessment in cases of parricide and filicide associated with mental illness and mental health disorders

Evaluación de la imputabilidad penal en casos de parricidio y filicidio asociados a enfermedad mental y trastornos de la salud mental

1 Alexandre Martins Valença - [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Jose Brasileiro Dourado Junior  - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Milena Ferreira França Alexandre - [ORCID](#) - [Lattes](#)

4 Antônio Geraldo da Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

5 Antonio Egidio Nardi - [ORCID](#) - [Lattes](#)

6 Lisieux Elaine de Borba Telles - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1** [Professor Associado, Departamento Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense, UFF, Niterói, RJ; Professor do Programa de Pós-Graduação IPUB, Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ; Coordenador do Departamento de Psiquiatria Forense, Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **2** [Psiquiatra Forense, Médico Assistente do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE, Brasil]; **3** [Professora, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco, FCM, UPE, Recife, PE, Brasil]; **4** [Psiquiatra Forense, Pós-Doutor em Medicina Molecular, Professor da Faculdade Paulista de Ciências da Saúde, São Paulo, SP, Brasil; Presidente, Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **5** [Professor Titular, Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil]; **6** [Professora,

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil; Vice-Coordenadora do Departamento de Psiquiatria Forense, Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil].

Editor Chefe responsável pelo artigo: Leandro Fernandes Malloy-Diniz
Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Valença AM [1,2,5,13], Dourado JB Jr, Alexandre MFF, da Silva AG, Nardi AE, Telles LEB [14].

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 29/03/2026

Aprovado em: 30/03/2026

Publicado em: 02/04/2026

Como citar: Valença AM, Dourado JB Jr, Alexandre MFF, da Silva AG, Nardi AE, Telles LEB. Avaliação da imputabilidade penal em casos de parricídio e filicídio associados a doença mental e perturbação da saúde mental. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-16, e1589
<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1589>

Introdução

A relação entre violência e transtornos mentais graves tem recebido atenção contínua de pesquisadores, clínicos e políticas públicas nos últimos anos. Apesar de ser um fenômeno complexo e multifatorial, revisões e análises modernas mostram que a associação entre transtornos mentais graves e atos violentos exige uma compreensão detalhada, na qual fatores clínicos (por exemplo, delírios persecutórios) e contextuais (como abuso de substâncias ou exclusão social) podem influenciar o risco de violência, devendo esta ser interpretada dentro de um contexto clínico e social abrangente [1 - 2].

Tradicionalmente, o índice de homicídios é considerado um “termômetro” do grau de violência. As principais abordagens para estudar esta relação são as pesquisas com indivíduos homicidas, uma vez que o homicídio é considerado uma expressão mais grave da violência encontrada em determinada sociedade.

O homicídio dos pais por seus próprios filhos é denominado de parricídio, sendo uma forma infrequente de violência doméstica, predominantemente cometida por filhos homens [3]. Matricídio ocorre quando a mãe é assassinada, e patricídio, quando o pai é assassinado. Filicídio é o assassinato de filhos pelos pais. Apesar da relativa baixa incidência desses crimes, os profissionais forenses de saúde mental são frequentemente solicitados pela justiça a responder diversas questões legais: insanidade, competência, capacidade diminuída e responsabilidade penal. Os atos parricidas e filicidas, resultando ou não na morte da vítima, induzem a uma ruptura brutal no funcionamento familiar, havendo transgressão dos laços de filiação considerados sagrados em nossa sociedade.

O parricídio é um evento raro. Estatísticas norte-americanas e europeias indicam que o parricídio está relacionado a menos de 4% de todos os homicídios [4]. Entretanto, é importante notar que o parricídio representa 20% a 30% de todos os homicídios cometidos por indivíduos psicóticos [5]. Mais de 80% dos casos de parricídio envolvem um filho que matou seu pai [6]. O parricídio perpetrado por filhas são raros, com taxa de filho para filha de 5 a 10 para 1 [7].

Em estudo canadense sobre parricídio, realizado através de consultas a arquivos e inquéritos policiais de mortes suspeitas e a registros psiquiátricos, Bourget et al [8] encontraram 64 casos, sendo 37(57,8%) de patricídio e 27 (42,1%) de matricídio. Para ambas as ofensas, o transtornos mentais mais frequentes foram a esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (54,2% de matricídios e 46% de patricídios), seguidos de depressão (16,7% de matricídios e 13,9% de patricídios) e intoxicação por substâncias psicoativas (4,2% de matricídios e 5,6% de patricídios). Dos perpetradores, apenas quatro (6,3%) eram mulheres, sendo que três cometeram matricídio. Destas, duas apresentavam transtornos psicóticos e uma intoxicação por substância psicoativa.

Weissman e Sharma [6] estudaram uma amostra de 29 parricidas encaminhados para prisões e 26 parricidas encaminhados para hospitais psiquiátricos dos Estados Unidos. Encontraram que 96% dos indivíduos hospitalizados estiveram agindo sobre domínio de um sistema delirante envolvendo a vítima. Os indivíduos presos tiveram psicose (48%) e depressão (21%) como diagnóstico principal. Nesse estudo, chama atenção o fato de muitos indivíduos psicóticos terem recebido sentença de prisão.

Outro estudo [9] avaliou uma amostra de 39 indivíduos (36 homens e 3 mulheres) internados em centros forenses do Canadá e considerados NGRI. Destes, 23 fizeram parte do grupo parricida e 16 do grupo que tentou praticar o parricídio. Das vítimas, 20 casos eram pais, 17 casos eram mães e em 2 casos, ambos os pais. A maior parte dos ofensores eram solteiros (85%), sem trabalhar à época da ofensa (74%) e viviam a maior parte do tempo com as vítimas (56%). Foi encontrado que muitos pacientes não estavam em uso de medicação psicotrópica antes do delito. Em relação à psicopatologia, 20 pacientes (51%) tinham delírios persecutórios associados ao ato cometido. Alucinações de comando estiveram presentes em 14 (36%) dos casos. O principal diagnóstico da amostra estudada foi de esquizofrenia. Quinze (38%) dos pacientes não tinham sido identificados pelos sistemas de saúde. O perfil da amostra foi de pacientes que viviam com as vítimas, eram desempregados e apresentavam psicopatologia grave.

Em estudo com amostra de parricidas que estavam cumprindo medida de segurança em hospital forense de Porto Alegre-Brasil [10], estes eram homens com idade entre 18 e 48 anos, predominantemente solteiros, desempregados e com baixa escolaridade. Em dez casos, apenas o pai biológico foi assassinado, em um caso o padrasto foi assassinado, em seis casos apenas a mãe biológica foi assassinada e em um caso ambos os pais biológicos foram assassinados. Os diagnósticos psiquiátricos encontrados foram esquizofrenia (n=11), transtorno antissocial de personalidade (n=3), retardo mental moderado (n=2), transtorno bipolar (n=1) e transtorno relacionado ao uso de substâncias (n=1). Onze pacientes apresentaram motivação psicótica para a perpetração do crime, e três cometeram o assassinado sob influência de drogas.

Num extenso estudo [11] realizado durante 24 anos, nos Estados Unidos, observou-se que 55% dos casos de assassinatos de pais foram patricídios, enquanto 45% foram matricídios, todos cometidos, em sua maioria, por indivíduos do sexo masculino. Esse trabalho ilustra o fato de que as mulheres são menos propensas a assassinar os pais.

Quando invertemos a relação agressor-vítima (genitor-filho), temos as seguintes definições da literatura internacional, presentes no artigo pioneiro de Resnick (1969): neonaticídio, assassinato de um recém-nascido dentro das primeiras 24 horas de vida; filicídio, assassinato de criança mais velha. Já o infanticídio representa um termo geral usado para o assassinato de crianças [12].

Numa revisão sistemática recente [13], a incidência de neonaticídio variou de 0,07 (Finlândia, período de 1980 -2000) a 8,5 por 100.000 nascimentos (Áustria, período de 1975 a 2001). Incidências elevadas também foram encontradas na Lituânia e Estônia (acima de cinco neonaticídios por 100.000 nascimentos). A pesquisa sobre esse tema na Tanzânia (África) apresentou grande variação em relação aos países europeus: 27,7 neonaticídios por 100.000 nascimentos. Fatores socioculturais como estigma e religião possuem influência nas diferenças entre países.

Resnick [12] examinou a literatura a psiquiátrica em relação ao assassinato de crianças, estudando 131 casos de filicídio. Os dados foram coletados através de uma variedade de fontes e países ao longo de séculos (1751-1967). Ele descreveu cinco categorias, que permanecem citadas até os dias atuais: 1) Filicídio altruísta, no qual o indivíduo acredita que a criança ou a família está passando por uma situação de onde não é possível escapar ou há uma condenação iminente. Os transtornos mentais mais associados a este grupo são a depressão, incluindo a depressão psicótica, e a esquizofrenia [14]; 2) Filicídio associado a psicose aguda, que envolve o assassinato de crianças por pais que sofrem de transtornos mentais graves no momento da ofensa. A característica principal deste grupo é a ausência de um motivo racional ou compreensível (punição, vingança ou ganho secundário); 3) Filicídio de criança não desejada, frequentemente ocasionado por ilegitimidade, ou a criança foi concebida através de um relacionamento extraconjugal. 4) Filicídio acidental, que pode ser decorrente de abuso ou negligência. A morte da criança é devida a um espancamento, e em muitos casos os pais não tinham intenção de assassinar a criança; 5) Filicídio relacionado à vingança ou retaliação contra o outro cônjuge. Este grupo é caracterizado por transtornos graves de personalidade, relações conjugais caóticas e história prévia de auto-injúria [6].

Os pais biológicos são os autores da maior parte dos casos de filicídio, contrastando com a crença popular que tende a indicar as madrastas e os padrastos como principais perpetradores. Em um estudo retrospectivo na Finlândia, 59% dos filicídios foram cometidos pelas mães, 39% pelos pais e apenas 2% pelos padrastos [15]. Ademais, pais e mães que matam os filhos possuem maiores taxas de tentativas sérias e com sucesso de suicídio, com indicações de que mulheres que cometem esse tipo de homicídio tem maior propensão ao suicídio, após o ato, do que os homens [16].

O objetivo do presente estudo é descrever casos brasileiros de parricídio e filicídio associados à presença de doença mental e perturbação da saúde mental, discutindo a avaliação de imputabilidade penal relacionada a cada caso. O estudo faz parte de uma linha de pesquisa denominada Doença Mental e Comportamento Violento, aprovada por Comitê de Ética e Pesquisa local. Os participantes assinaram termo de consentimento de participação no estudo. O diagnóstico psiquiátrico dos casos foi estabelecido de acordo com os critérios do DSM-IV para transtornos mentais [17] e de personalidade [18].

Caso 1

Maria, 28 anos, natural do Rio de Janeiro, cor branca, solteira, sem profissão, grau de instrução ensino fundamental, residindo com a genitora à época do delito.

No ano de 2006 a examinanda atingiu a sua mãe, com quem vivia, com vários golpes de instrumento cortante, provocando a sua morte. Em sua versão sobre o delito, relatou: "eu estava doente da cabeça, fui no baile e conheci um rapaz e levei lá para minha casa e ele pediu a minha mão em casamento e minha mãe não deixou e ele mandou eu enfiar a faca nela, aí eu fiz isso".

Contava com 04 internações psiquiátricas anteriores, a primeira aos 21 anos de idade, época em que escutava vozes, ficava agitada quebrava objetos de casa, andava nua pelas ruas.

Relatou ainda que quando fazia uso regular de psicofármacos, seu relacionamento com a genitora era bom, porém quando interrompia o uso de medicamentos ficava agressiva com a mesma. Afirma que tinha interrompido uso de medicação um mês antes do delito. Não havia histórico ou relato de uso de álcool e/ou substâncias psicoativas.

Ao exame psiquiátrico apresentou humor exaltado e irritado, premência da fala e aceleração do curso do pensamento. Também relatou escuta de vozes nos dias que antecederam o delito. O diagnóstico psiquiátrico estabelecido foi de doença mental, na forma de Transtorno Bipolar tipo I, episódio maníaco, com características psicóticas.

Caso 2

João, 26 anos, solteiro, sem profissão, grau de instrução ensino fundamental, residindo com os pais à época do delito.

No ano de 2010, após discussão com o pai por motivo fútil, desferiu vários golpes com um pedaço de madeira, na cabeça do mesmo, que faleceu. História de mudança de comportamento oito meses antes do delito, se isolando, falando sozinho e dizendo-se ameaçado por vizinhos e policiais e pelo próprio pai. Não houve relato de agressões prévias ao genitor. Sem história de tratamento psiquiátrico prévio.

No exame psiquiátrico, ele apresentou delírios persecutórios, afirmando que os assassinos do seu pai foram policiais (que na verdade chegaram ao local do crime após esse acontecimento). Afirma que os policiais fizeram uma emboscada para ele e que tentou defender o pai, criando uma nova versão para o crime (delírio imaginativo).

Há referência a alucinações auditivas: “vozes dos policiais”. Apresentou também alteração formal do pensamento, com prejuízo na concatenação de ideias e conceitos (desagregação) e nítido o empobrecimento afetivo, verbalizando esse discurso com pouca variação da mímica facial e da tonalidade da fala. O diagnóstico psiquiátrico estabelecido foi de doença mental, na forma de esquizofrenia.

Caso 3

Ana, 28 anos, grau de instrução ensino médio incompleto, vendedora, residindo com companheiro à época do delito. Acusada de ter envenenado filho de 2 anos, com veneno de matar ratos, que tinha em sua casa. No processo, há relato do crime foi praticado por vingança contra o pai do menino, em represália ao fato do mesmo ter rompido relacionamento amoroso com ela e se relacionar com outra mulher.

Relato de uso de álcool e cocaína. Teve vários empregos de curta duração, mas sempre se desentendendo com chefes e se achando prejudicada pelos mesmos. Histórico de duas tentativas prévias de suicídio, ingerindo medicamentos, após rupturas de relacionamentos anteriores, sempre instáveis e turbulentos.

No exame psiquiátrico apresentando humor irritável, referindo ora sentimentos de vazio, ora sentimentos de muita raiva do ex-companheiro, por estar presa. Referiu que pensou em se suicidar, logo após matar o filho, por estar desesperada, após ter sido abandonada pelo companheiro. Não apresentou delírios ou alucinações.

A instabilidade afetiva e reatividade do humor, padrão de relacionamentos instáveis, tentativas recorrentes de suicídio e impulsividade apontaram

para o diagnóstico psiquiátrico de perturbação da saúde mental, na forma de Transtorno de Personalidade Borderline.

Discussão

No Brasil, o critério adotado pelo código penal [19] para avaliação da responsabilidade penal é o biopsicológico: a responsabilidade só é excluída, se o agente, em razão de doença mental ou desenvolvimento mental retardado, era, no momento do crime, incapaz de entendimento (saber da ilicitude do ato) e ou determinação (ser livre para escolher entre praticar ou não praticar o crime).

O método biopsicológico exige a verificação da existência de um nexo de causalidade entre o estado mental anormal e o crime praticado, isto é, que este estado, contemporâneo à conduta, tenha privado parcial ou completamente o agente de qualquer das mencionadas capacidades psicológicas (seja a intelectual ou a volitiva). É indispensável o exame psiquiátrico pericial, sempre que houver dúvidas em relação à sanidade mental do acusado.

No primeiro caso, a perícia psiquiátrica considerou Maria inimputável e ela foi internada involuntariamente, recebeu medida de segurança. Houve presença de doença mental (transtorno bipolar), cujas alterações do afeto, pensamento e comportamento afetaram inteiramente a capacidade de entendimento e determinação da paciente. O fator precipitante imediato do crime parece ter sido um desentendimento verbal da examinanda com a sua genitora. Para Clark [20], em virtude de probabilidade elevada de indivíduos acusados de matricídio apresentarem transtornos mentais, é fundamental um exame detalhado por psiquiatra forense durante a realização do processo criminal.

Na literatura há poucos estudos de caso sobre mulheres bipolares que cometeram parricídio. Em um deles, Chamberlain [21] descreveu uma mulher de 20 anos que assassinou ambos os pais, quando apresentou episódio maníaco com ideação delirante de conteúdo paranoide e de grandeza. Essa paciente foi considerada NGRI e internada involuntariamente.

Variáveis psicopatológicas parecem também ter importância no comportamento violento ou homicida de indivíduos com transtornos afetivos graves. Pacientes maníacos podem apresentar violência não premeditada, súbita e grave, decorrente de ideação persecutória ou frustração diante da colocação de limites [22], como no caso apresentado.

Apesar de alguns estudos descreverem a importância de uma dinâmica familiar perturbada na causa do matricídio [23] este aspecto não foi ilustrado no presente caso, já que a examinanda afirmou ter bom relacionamento com a vítima, sua genitora. Não podemos deixar de levar em consideração que essa informação foi fornecida apenas pela paciente.

Não surpreende, dada a demografia dos infratores que matam os pais, a maior parte da literatura se concentra em agressores masculinos [4, 5, 9]. No entanto, análises de pais mortos por seus filhos durante um período de 24 anos revelaram que assassinatos por mulheres são também dignos de nota. As filhas constituíram 14,5% dos filhos presos por matarem seus pais de 1976 a 1999 [11]. Mais pesquisas especificamente focadas em mulheres que matam mães são necessárias, para determinar melhor as características psicopatológicas desse grupo.

No que diz respeito ao segundo caso, houvenexo de causalidade entre a doença mental e o parricídio, daí João ter sido considerado inimputável na perícia psiquiátrica. A maioria dos crimes cometidos pelos esquizofrênicos ocorrem no ambiente familiar e na fase inicial da doença, como no caso apresentado. Esse caso ilustra a importância de ideação paranoide no comportamento violento. João apresentou delírios persecutórios em relação a vizinhos e policiais.

Diversos estudos têm evidenciado que o risco de comportamento violento pode ser elevado naqueles pacientes que estejam apresentando ideação paranóide [24]. Outros estudos têm encontrado uma associação entre alucinações auditivas e ideias delirantes persecutórias e motivação para homicídio [25, 26, 27]. Maior gravidade da paranoia está associada ao aumento da agressividade, mesmo quando há controle para fatores como impulsividade, alucinações de comando, tratamento com antipsicóticos, uso indevido de substâncias, idade e gênero [28].

A literatura recente [29] sustenta modelos explicativos como o de “ameaça e perda de controle” (*threat/control-override*), segundo o qual a violência pode emergir quando o indivíduo percebe risco extremo à própria integridade e acredita estar sob influência de forças externas. Assim, uma proporção significativa dos pacientes com esquizofrenia envolvidos em crimes violentos graves apresenta motivação diretamente relacionada a conteúdos delirantes, frequentemente acompanhados de intensa carga emocional e percepção distorcida de perigo imediato, como crenças de

perseguição por membros da própria família O caso de João parece ilustrar a primeira trajetória.

Estudos com amostras juvenis têm sugerido que o ato criminoso é uma resposta a abuso duradouro na infância [30]. Entretanto, é frequente que perpetradores adultos tenham história de doença mental grave e pouca ou nenhuma história de abuso parental [4], como nos casos apresentados. Nestes casos de parricídio, o ato criminoso é perpetrado após uma súbita tensão emocional, sem premeditação ou deliberação.

Transtornos de personalidade também têm sido vistos em infratores parricidas, mas apenas amostras específicas. Em um artigo de Liettu et al. [31], os pesquisadores revisaram retrospectivamente os casos de 86 homens matricidas e 106 homens patricidas na Finlândia, de 1973 a 2004, para determinar a presença de transtornos mentais nesses infratores. Encontraram que os infratores patricidas eram menos propensos a ter um transtorno psicótico, porém mais propensos a apresentar um transtorno de personalidade, especialmente transtorno de personalidade borderline. Estes homens relataram, como motivo, um conflito anterior com a vítima e foram menos frequentemente considerados não responsáveis, comparados aos assassinos matricidas.

Outros estudos encontraram maior risco de comportamento violento em indivíduos com transtorno de personalidade *borderline*, em seguimento de um ano, especialmente em relação a pessoas próximas ou familiares [32].

Em relação ao terceiro caso, Ana foi considerada semi-imputável. A perícia psiquiátrica considerou que houve um prejuízo da volição da paciente e incapacidade de controlar impulsos agressivos, devido a perturbação da saúde mental. Ela também foi internada involuntariamente, recebendo medida de segurança. Um estudo [33] encontrou que mães filicidas, comparadas aos pais, recebem mais sentenças de internação involuntária do que detenção, o que é ilustrado por esse caso.

Há poucos estudos na literatura sobre a associação entre transtorno *borderline* de personalidade e filicídio. Em um estudo de série de casos [34] de 10 pais filicidas, os principais diagnósticos encontrados foram os transtornos do humor. Houve, porém, quatro casos de transtorno de personalidade borderline nessa amostra.

Kauppi et al. [15] realizaram estudo retrospectivo, encontrando 65 filicidas de crianças mais velhas. Psicose ou depressão psicótica foi diagnosticada

em 51% dos filicídios maternos e 20% dos filicídios paternos. Transtornos de personalidade, mais frequentemente com características *borderline*, com presença de imaturidade, impulsividade e controle emocional precário, foi o mais encontrado, como único diagnóstico ou em comorbidade com depressão e alcoolismo, em 67% dos filicídios paternos e 41% dos filicídios maternos.

Alguns casos de transtorno de personalidade nessa amostra tiveram redução da responsabilidade penal. Estresse mental causado por conflito conjugal antecedendo a agressão foi relatado por 74% dessas mães. O sexo da criança foi menino em 58% dos casos. Tem sido sugerido [35] que as mães filicidas mais frequentemente matam meninos, sendo esses super representados entre as vítimas mais velhas de filicídio. O caso de Ana ilustra vários desses aspectos.

Estudos recentes têm demonstrado que a relação entre doença mental e comportamento violento é heterogênea e envolve trajetórias distintas de contato com serviços de saúde mental. Em parte dos casos, observa-se um padrão de descontinuidade ou baixa adesão ao tratamento, o que está associado a maior risco de recaída e comportamento violento. Por outro lado, há evidências de que episódios de violência podem ocorrer precocemente no curso do transtorno, inclusive antes do estabelecimento de vínculo com serviços de saúde mental, especialmente em fases iniciais não tratadas da psicose [36 - 37].

Os parricídios tendem a ser uma conclusão trágica de relações altamente conflituosas de indivíduos com transtornos mentais graves não tratados e seus pais. Estudos qualitativos como esse podem ser interessantes, porque podem enfatizar a fenomenologia dos indivíduos perpetradores desse tipo de delito. A ausência ou não aderência ao tratamento é um importante fator contributivo para o parricídio.

Os profissionais de saúde mental devem aumentar a vigilância a pacientes que apresentam delírios persecutórios em relação aos pais, história de doença com evolução crônica e comportamento violento nas fases agudas, relatos de ameaças em relação a família e amigos e ausência ou recusa de tratamento psiquiátrico. É importante que sejam disponibilizados suporte social e serviços de saúde mental para famílias. Medidas de proteção à criança devem ser ofertadas ativamente quando os pais apresentam estresse e falta de equilíbrio emocional, enquanto precisam cuidar de crianças.

O acesso à internação quando indicado, e aos lares alternativos (lares protegidos, comunidades terapêuticas) para indivíduos com transtornos mentais, quando necessário, poderia ajudar a reduzir a incidência de casos de parricídio e filicídio e melhorar a qualidade de vida dos pais e das crianças em muitas dessas famílias.

A questão da responsabilidade penal dos indivíduos com transtornos mentais é desafiadora para a justiça criminal, a psiquiatria e a sociedade. A determinação da responsabilidade penal é essencial para o encaminhamento adequado de pessoas em qualquer sistema de direito penal, dessa forma protegendo os direitos humanos e encaminhando para tratamento psiquiátrico aqueles que dele precisam.

Referências

1. Tusconi M, Dursun SM. Editorial: violence and mental health: focus on schizophrenia spectrum and psychotic disorders. *Frontiers in Psychiatry*. 2025;16:1618000.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1618000> PMID:40405879
PMCID:PMC12095352
2. Lagerberg T, Lambe S, Paulino A, Yu R, Fazel S. Systematic review of risk factors for violence in psychosis: 10 year update. *Br J Psychiatry*. 2025;226(2):100-07.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2024.120> PMID:40091674
PMCID:PMC7617503
3. Liettu A, Mikkola L, Säävälä H, Räsänen P, Joukamaa M, Hakko H. Mortality Rates of Males Who Commit Parricide or Other Violent Offense Against a Parent. *J Am Acad Psychiatry Law* 2010; 38(2): 212-20. PMID: 20542941
4. Hillbrand M, Alexandre JW, Young, JL, Spitz RT. Parricides: characteristics of offenders and victims, legal factors, and treatment issues. *Aggress Violent Behav*. 1999; 4:179-190.
[https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(97\)00056-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(97)00056-6)
5. Millaud F, Auclair N, Meunier D. Parricide and mental illness: a study of 12 cases. *Int J Law Psychiatry* 1996;19(2):173-82.
[https://doi.org/10.1016/0160-2527\(96\)00003-9](https://doi.org/10.1016/0160-2527(96)00003-9) PMID:8725654

6. Weisman A, Sharma KK. Forensic Analysis and Psycholegal Implications of Parricide and Attempted Parricide. *J Forensic Sci.* 1997;42 (6):1107-13 <https://doi.org/10.1520/JFS14270J> PMID:9397555
7. Straus ML. Domestic violence and homicide antecedentes. *Bull NY Acad Med.* 1986; 62(5): 446-65. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1629266/> PMID: 3488786
8. Bourget D, Gagné P, Labelle ME. Parricide: a comparative study of matricide versus patricide. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2007; 35(3):306-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872550/> PMID: 17872550
9. Marleau J, Millaud F, Auclair N. A comparison of parricide and attempted parricide: a study of 39 psychotic adults. *Int J Law Psychiatry.* 2003; 26(3):269-79. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(03\)00037-2](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(03)00037-2) PMID:12689626
10. Borba-Telles L, Goldfeld PRM, Barros AJS, Schwengber HE, Peres-Day V, Moraes-Costa G. Is parricide a stable phenomenon? An analysis of parricide offenders in a forensic hospital. *Rev Fac Med.* 2017; 6(1): 9-10. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.58829>
11. Heide KM, Petee TA. Parricide: An Empirical Analysis of 24 Years of U.S. Data. *J Interpers Violence.* 2007; 22:1382-99. <https://doi.org/10.1177/0886260507305526> PMID:17925288
12. Resnick PJ. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry.* 1969; 126 (3):325-34. <https://doi.org/10.1176/ajp.126.3.325> PMID:5801251
13. Tanaka CT, Berger W, Valença AM, Coutinho ESF, Jean-Louis G, Fontenelle LF, Mendlowicz MV. The worldwide incidence of neonaticide: a systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2017; 20: 249-56. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0703-8> PMID:28013408
14. Bourget D, Labelle A. Homicide, infanticide, and filicide. *Psychiatr Clin North Am.* 1992; 15:661-73. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30230-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30230-2) PMID:1409027

15. Kauppi A, Kumpulainen K, Korkola K, Vanamo T, Merikanto J. Maternal and paternal filicides: a retrospective review of filicides in Finland. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2010; 38(2): 229-38. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20542944/> PMID: 20542944
16. Bourget D, Gagné P. Maternal Filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2002;30(3):345-51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12380412/> PMID: 12380412
17. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders - clinician version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Press; 1997.
18. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin L. Structured clinical interview for DS-IV axis II personality disorders (SCID-II) (Version 2.0). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1994. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.2.83>
19. Brasil. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm
20. Clark SA. Matricide: the schizophrenic crime? *Med Sci Law*. 1993;33 325328. <https://doi.org/10.1177/002580249303300410> PMid:8264366
21. Chamberlain T. The dynamics of a parricide. *Am J Forensic Psychiatry*. 1986;7(3): 11-23.
22. Tardiff K. Mentally abnormal offenders. Evaluation and management of violence. *Psychiatr Clin North Am*. 1992;15(3):553-67. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30223-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30223-5)
23. Wick R, Mitchell E, Gilbert JD, Byard RW. Matricides in South Australia- a 20-year retrospective review. *J Forensic Leg Med*. 2008;15:168-71. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2008.01.002> PMid:18313012
24. Beck JC. Delusions, substance abuse, and serious violence. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2001;32(2): 69-72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15281419/> PMID: 15281419

- 25. Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. Violence in schizophrenia: role of hallucinations and delusions. *Schizophr Res.* 1997;26:181-90. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00049-2](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00049-2) PMID:9323349
- 26. Coid JW, Ullrich S, Kallis C, Keers R, Barker D, Cowden F, Stamps R. The relationship between delusions and violence. Findings from the east London first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(5):465-71. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.12> PMID:23467760
- 27. Honings S, Drukker M, Ten Have M, Graaf R, Dorsselaer Sv, Os Jv. Psychotic Experiences and Risk of Violence Perpetration and Arrest in the General Population: A Prospective Study. *PLoS One* 2016;11(7):1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159023> PMID:27447190 PMCID:PMC4957763
- 28. Darrell-Berry H, Berry K, Bucci S. The relationship between paranoia and aggression in psychosis: A systematic review. *Schizophr Res.* 2016;172(1-3):169-76. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.009> PMID:26879588
- 29. Feola A, Ciamarra P, Mascolo P, De Simone M, Zangani P, Campobasso CP. Matricide and psychiatric evaluation: An update. *Leg Med (Tokyo).* 2023;63:102258. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2023.102258> PMID:37121195
- 30. Heide KM. Evidence of child maltreatment among adolescent parricide offenders. *Int J Offender Therapy Comparative Crim.* 1994;38:151-62. <https://doi.org/10.1177/0306624X9403800207>
- 31. Liettu A, Säävälä H, Hakko H, Räsänen P, Joukamaa M. Mental Disorders Of Male Parricidal Offenders: A Study Of Offenders In Forensic Psychiatric Examination In Finland During 1973-2004. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(2):96-103. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0419-9> PMID:18661280
- 32. Newhill CE, Eack SM, Mulvey EP. Violent behavior in borderline personality. *J Pers Disord* 2009;23(6):541-54. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.6.541> PMID:20001173
- 33. Amon S, Putkonen H, Weizmann-Henelius G, Fernandez Arias P, Klier CM. Gender differences in legal outcomes of filicide in Austria



and Finland. Arch Womens Ment Health. 2019;22(1):165-72.
<https://doi.org/10.1007/s00737-018-0867-5> PMID:29858928

- 34. Marleau JD, Poulin B, Webanck T, Roy R, L Laporte. Paternal Filicide: A Study of 10 Men. Can J Psychiatry. 1999;44(1):57-63.
<https://doi.org/10.1177/070674379904400107> PMID:10076742
- 35. Yarwood DJ. Child homicide: review of statistics and studies. Windsor (GB): Dewar Research;2004.
<https://silo.tips/download/child-homicide-review-of-statistics-and-studies-david-j-yarwood-june-compiled-by#modals>
- 36. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA, Keri P, McGorry PD, Thornicroft G, Patel V. Violence and schizophrenia: the role of social determinants of health and the need for early intervention. World Psychiatry. 2023;22(2):230-31. <https://doi.org/10.1002/wps.21074>
PMid:37159357 PMCID:PMC10168150
- 37. Lin R, Li Q, Liu Z, Zhong S, Huang Y, Cao H, Zhang X, Zhou J, Wang X. Risk factors for violent crime in patients with schizophrenia: a retrospective study. Peer Journal. 2024;12:e18014.
<https://doi.org/10.7717/peerj.18014> PMID:39308814
PMCID:PMC11416098