

Filicídio: Incidência e factores associados

ANA CRISTINA FREIRE (*)
BÁRBARA FIGUEIREDO (**)

1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

O filicídio refere-se à morte de uma ou mais crianças por um, ou ambos os pais, independentemente da idade da vítima (Resnick, 1969). Embora exista alguma controvérsia a este respeito, considera-se aqui a definição operacional de filicídio, incluindo o neonaticídio e o infanticídio, e subsequentemente todos os casos em que o filho é morto pelo(s) pai(s). Adoptando a perspectiva de Resnick (1969), diferenciam-se os filicídios de acordo com a idade da vítima, ou seja: neonaticídio se se refere a recém-nascidos (nas primeiras 24 horas de vida), infanticídio para crianças com menos de um ano de idade e filicídio para indivíduos com mais idade; conceptualizando deste modo o autor duas definições de filicídio, uma mais global e outra mais restrita. Outros autores distinguem infanticídio (assassinio de uma criança no primeiro ano de vida), filicídio precoce (morte de uma criança pequena) e filicídio tardio (morte de uma criança mais velha ou de um adulto) (Sadoff, 1995).

Tendo em conta a especificidade do neonaticídio, relativamente aos restantes casos englobados no filicídio, será destacado ao longo do texto. De facto, existe uma distinção clínica marcada entre o neonaticídio

e o filicídio de vítimas mais velhas (Baker, 1902; Hopwood, 1927 in Brozovsky & Falit, 1971). Bonnet (1993) refinou a definição de neonaticídio proposta por Resnick, descrevendo dois tipos: neonaticídio activo (assassinio do recém-nascido como resultado de violência directa, muitas vezes perpetrada após um pânico extremo) e neonaticídio passivo (resultado da negligência do bebé logo após o parto). Esta concepção de Bonnet evidencia ainda a relação estreita que existe entre negligência e neonaticídio.

No que respeita à definição legal do filicídio, esta varia, de país para país. Podem, no entanto, considerar-se duas linhas opostas no enquadramento do fenómeno, que agrupam as diversas posições existentes: o tratamento e a punição. O código penal português considera o infanticídio no Art. 136^o, diferenciando-o de outros tipos de homicídios, a sua tipologia penal é a seguinte “mãe que matar o seu filho durante ou logo após o parto e estando ainda sob a sua influência perturbadora, é punida com pena de prisão de 1 a 5 anos” (p. 100).¹ Deste modo, a legislação portuguesa está algures entre as duas posições referidas anteriormente, ao considerar a influência perturbadora como atenuante e a punição como sanção. Por consequência é algo inconsistente ao considerar a alteração do estado mental da mulher, mas sugerir pena de prisão, em vez de tratamento².

(*) Investigadora no Centro de Investigação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

(**) Departamento de Psicologia da Universidade do Minho. E-mail: bbfi@iep.uminho.pt

¹ J. Dias (1999).

² Note-se que a especificidade da legislação acerca do infanticídio apenas se aplica à mãe, pelo que se um pai matar o seu filho será sempre condenado por homicídio.

Países como a Inglaterra (Bartholomew & Bonnici, 1965), a Áustria (Adelson, 1959), o Canadá (Arboleda-Florez, 1976; Deadman, 1964), a Alemanha (Adelson, 1959) e a Nova Zelândia (Bartholomew & Bonnici, 1965) têm uma legislação que estabelece que todas as mães que matam os seus filhos sofrem de uma perturbação mental grave. De modo oposto, nos Estados Unidos, não é legalmente reconhecido um estatuto especial à mulher filicida, sendo o acto considerado uma forma de homicídio como qualquer outra (Adelson, 1959; Oberman, 1996).

A linha jurídica do tratamento está hoje empiricamente validada. Resnick (1970), por exemplo, indica um diagnóstico de psicose, na altura do crime, em 2/3 das mulheres filicidas. Contrariamente ao que acontece com a depressão, a psicose puerperal pode ser correntemente observada em mulheres que matam os seus filhos recém-nascidos, as quais necessitam de tratamento e não de punição, pois só uma intervenção apropriada previne que voltem a matar (Spinelli, 2004). Dobson e Sales (2000) verificam contudo escassa evidência que as mães neonaticidas sofram de perturbação mental relacionada com o parto; avançam ainda que muitas mulheres que matam os filhos depois das 24 horas de idade não exibem sintomatologia que preencha os requisitos para capacidade diminuída.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL

O infanticídio ocorre quotidianamente na sociedade ocidental contemporânea. Apesar da sua natureza comum, tendemos a perceber cada história como isolada, em ruptura, e não consistente, com o que conhecemos acerca do Homem (Oberman, 2003). Gjerdum (1964) destaca que o amor parental é um dado inquestionável na nossa cultura, pelo que a possibilidade de um pai fazer mal ao seu filho não é geralmente considerada (Harder, 1967). No entanto, a revisão da literatura mostra que o infanticídio é um fenómeno trans-cultural que remonta aos primórdios da humanidade; as suas causas são diversas: controlo populacional, ilegitimidade, incapacidade da mãe para tratar da criança, desejo de poder ou dinheiro, superstição, deficiências congénitas ou sacrifício ritual (Resnick, 1970). Na Roma Antiga, por exemplo, a *patria potestas*, dava aos pais o direito legal de matar os filhos em certas circunstâncias, pois a criança era propriedade dos pais (Stroud, 2005). Assim, historicamente o neonaticídio pode ocorrer

em dois contextos: neonaticídio como prática cultural, que numa perspectiva histórica é a forma mais comum de assassinio, e neonaticídio anómico, em que a mãe mata o bebé secretamente, usualmente quando este tem poucos minutos de vida (Brockington, 1998). Só a partir do ano 300 é que o cristianismo, grandemente influenciado pela lei judaica, começou a ver o filicídio como um crime. É contudo importante compreender que outras culturas desenvolveram outro tipo de atitudes em relação ao assassinio de crianças (Kaye, 2005).

A reacção da comunidade, perante o infanticídio, mudou como uma montanha russa ao longo dos últimos 450 anos; começou por ser indulgente, depois severa e novamente indulgente. A tendência actual indica que a apreciação está a mudar na direcção da severidade (Finkel, Burke, & Chavez, 2000; Sommander & Rammer, 1991; Stroud, 2005).

3. INCIDÊNCIA

De acordo com Jason *et al.* (1983) o homicídio é a principal causa de mortalidade pediátrica. A revisão da literatura permite especificar que a maioria das crianças vítimas de assassinio são mortas pelos seus pais, apenas uma minoria é assassinada por outro tipo de agressores. Dentro desta minoria encontram-se, predominantemente, crianças mais velhas que são vitimadas por homens com um motivo sexual.

No Canadá, os menores de 18 anos representam 17% dos homicídios, dos quais 76% por um membro da família, e dentro destes últimos, 93% casos de filicídio (Dubé & Hodgins, 2001). Entre 1980 e 1989 verifica-se que 2/3 dos homicídios de crianças são casos de filicídio (Marleau, Poulin, Roy, Laporte, & Webanck, 1999). Bourget e Gagné (2002) revendo os casos de filicídio ocorridos no Quebéc, entre 1991-1998, verificam 34 vítimas mortas pelas suas mães, a maioria das quais com menos de 6 anos de idade e muitos casos em que vários irmãos são mortos. Somander e Rammer (1991), analisando uma amostra sueca, verificam igualmente que o padrão de homicídio mais frequente é o intra-familiar, especialmente em ligação com o suicídio do pai-perpetrador, sendo os homicídios extra-familiares raros e geralmente cometidos por indivíduos do sexo masculino. No Reino Unido das 43 crianças mortas, em 1995, a maioria foi vítima dos pais ou outros membros da família (Stroud & Pritchard,

2001). Estes valores resultam numa taxa anual de homicídio de 0.5 por 100.000 crianças, o que corresponde a uma criança morta por ano (Stroud & Pritchard, 2001). Para além disso, os dados da Dinamarca indicam que, entre 1946 e 1960, 49% dos homicídios tiveram crianças como vítimas, sendo que 32% eram recém-nascidos (Harder, 1967).

Os Estados Unidos apresentam a taxa mais elevada de homicídios de crianças com menos de 4 anos (Kaye, 2005). Estudos anteriores, referentes aos anos 70, verificam, no entanto, nos Estados Unidos, que 3% dos homicídios são filicídios, enquanto na Grã-Bretanha esta taxa é de 25%. Esta percentagem terá baixado para 10% na Grã-Bretanha no final de 1980, permanecendo o filicídio nos Estados Unidos em 2-3% do total de homicídios (Almeida, 1999). Taxas menores de homicídio infantil verificam-se em países como a Espanha, a Itália e a Grécia (Briggs & Cutright, 1994). Somander e Rammer (1991) estudaram os casos de homicídio, intra e extra-familiar de crianças entre 1971-1980, na Suécia. Verificaram uma diminuição do número de vítimas ao longo da década, sendo a média anual de 0.6/100.000 crianças. De acordo com os autores, esta diminuição poderá estar relacionada com a legalização do aborto (diminuição do número de neonaticídios), o debate acerca dos maus tratos e a interdição legal do castigo corporal. Contrariamente a esta redução, em Inglaterra e no País de Gales, a taxa de homicídio infantil tem permanecido estável ao longo dos últimos 20 anos (Home Office, 1994). Relativamente a Portugal o único estudo de que temos conhecimento foi realizado em 1990, no Distrito Judicial do Porto. Estes dados apontam a ocorrência de um caso de filicídio sendo a vítima um enteado (Almeida, 1999).

3.1. *Problemas estatísticos*

Entre os casos de mortalidade neonatal (durante o primeiro mês de vida) e pós-natal (durante os doze meses seguintes), um número substancial não tem explicação aparente e corresponde ao síndrome de morte súbita na criança (*SIDS – sudden infant death syndrome*). Emery (1993) assume que uma percentagem significativa (entre 1/5 e 1/10) de mortes atribuídas a SIDS são casos de filicídio. A dificuldade em distinguir entre casos de SIDS que resultam da acção parental ou se devem a causas naturais pode enviesar os dados estatísticos. Por vezes, os pais podem fabricar e/ou induzir doença nos seus filhos, até matá-los (Fitzpatrick, 2004), situação que se designa

por MSBP (*Munchausen's syndrome by proxy*). Sir Roy (1977) constatou que a maioria das vítimas de MSBP são crianças pré-escolares e que em 90% dos casos o perpetrador é a mãe (Emery, 1993).

As estimativas de vários países (EUA, Noruega, Nova Zelândia) apontam uma incidência de 0.7/100.000 crianças com menos de 15 anos, vítimas de filicídio por abuso. É preciso considerar que muitas vezes é difícil provar que a morte resultou do abuso, pelo que estas estimativas podem estar abaixo do valor real (Brockington, 1998). Também Creighton (1995) sustenta que os valores oficiais subestimam os homicídios infantis que se devem a abuso fatal porque é difícil provar legalmente que a morte é consequência do mesmo, ou porque a morte de uma criança por abuso pode facilmente ser mal interpretada como causada por acidente, diagnosticada como SIDS, ou pela falta ou dificuldade de identificação do corpo (Creighton, 1995). As estimativas são também enviesadas pelo facto de muitos neonaticídios não serem detectados.

Pelo exposto devemos ser cuidadosos ao analisar os dados estatísticos, tendo em conta que podem não reflectir a realidade. Assim é plausível considerar que o fenómeno do filicídio esteja a ser subestimado, em termos de incidência, particularmente no nosso país.

4. FACTORES DE RISCO

A investigação sugere vários factores de risco para o filicídio: ambientais, parentais e relacionados com a criança. Para descrever e caracterizar, tanto o agressor como a vítima, baseámo-nos em estudos realizados maioritariamente com amostras ocidentais, uma vez que estes são os mais abundantes na literatura.

4.1. *Factores ambientais*

4.1.1. Factores socio-económicos

Consideram-se como factores stressantes para o filicídio o baixo nível socio-económico (Marleau, Roy, Laporte, Webanck, & Poulin, 1995), o facto de as mães viverem sozinhas, terem poucos contactos sociais, constituindo a criança a única pessoa com quem estabelecem relação (Dubé, Hodgins, Léveillé, & Marleau, 2005). Verifica-se também que os filicidas são tendencialmente desempregados, estando a sua

taxa de ileteracia muito acima da média (Karakus, Ince, Arican, & Sozen, 2003). Circunstâncias como uma habitação inadequada ou sobrelotada, a possibilidade de ficar desalojada, viver com enteados e dificuldades financeiras são as fontes de stress mais comuns entre as mães filicidas maltratantes (d'Orbán, 1979). Smith *et al.* (1974) (d'Orbán, 1979) verificam uma sobre-representação de imigrantes nas suas amostras, o que pode ser compreendido tendo em conta a associação que existe entre a imigração e uma constelação de stressores sociais e psicológicos. Marks (1996) sustenta que a contribuição de problemas sociais para o infanticídio é relevante, tratando-se muitas vezes de pais comuns em circunstâncias extraordinárias. No entanto, os estudos epidemiológicos evidenciam que a conjuntura socio-económica mais alargada tem um impacto mínimo nas taxas de infanticídio. Este dado é igualmente confirmado por não se verificarem diferenças significativas entre estudos realizados em países com diferentes realidades económicas (Marks, 1996).

4.1.2. Factores relacionados com a história familiar

A separação prolongada de um ou de ambos os pais antes dos 15 anos verifica-se em 43% das agressoras filicidas, sendo que entre as mulheres filicidas maltratantes a separação é significativamente mais frequente do que nos restantes grupos (d'Orbán, 1979). Muitas destas mulheres provêm de famílias numerosas, têm história de maus tratos, graves conflitos parentais e história criminal familiar e própria. A característica mais saliente neste grupo de mulheres é a história familiar caótica, muitas vezes violenta e a acumulação de uma variedade de stressores. Verifica-se que taxas elevadas de homicídio de crianças estão associadas a variáveis como a cultura de violência, baixo investimento governamental em programas sociais e falta de recursos disponíveis (Creighton, 1995).

4.2. Caracterização do agressor

Os pais que se podem considerar potenciais filicidas partilham, provavelmente, muitos dos aspectos que caracterizam os pais maltratantes em geral, incluindo a presença de perturbações mentais (Marks, 2001).

Da revisão da literatura emergem diversos factores de risco, em relação ao ofensor como o parentesco e relação com a vítima, a idade, o sexo, o estado

civil, o funcionamento psicológico, o abuso de substâncias e a história criminal.

4.2.1. Parentesco com a vítima

Analisando 400.000 homicídios nos EUA Weekes-Shackelford e Shackelford (2004) verificam que os pais não biológicos cometem mais filicídio do que os pais biológicos. Estes dados replicam conclusões obtidas por Daily e Wilson (1994) em amostras canadianas e britânicas. Estes dois autores sustentam ainda que diferenças motivacionais levam a que pais biológicos e não biológicos utilizem diferentes métodos para matar os filhos. Os pais não biológicos tendem mais do que os biológicos a cometer o filicídio por espancamento, podendo isto revelar sentimentos de rancor e ressentimento, em contraste, os pais biológicos tendem mais a usar o disparo de arma e a asfixia, métodos que produzem uma morte mais rápida e menos dolorosa.

4.2.2. Relação pai-filho

Determinadas características específicas na relação pai-filho podem contribuir para a ocorrência do infanticídio (Marks, 1996). Pais cuja experiência de intimidade na infância foi pautada por discórdia e violência, têm mais tendência a relacionar-se com os seus filhos através da violência (Steele, 1978, in Marks, 1996).

Verifica-se, também, em muitos casos, que anteriormente ao acto, o ofensor demonstra um exagerado sentimento de ligação com a criança, o que pode ser explicado como o resultado de uma formação reactiva: a rejeição primária é camuflada por uma excessiva atenção dedicada à criança (Harder, 1967). Um pré-requisito importante para esta rejeição é a insuficiente capacidade para estabelecer uma relação madura com o filho, o que pode ser observado durante o período de amamentação, por exemplo, no medo de não ser capaz de desempenhar a função materna ou de não ter leite suficiente. Esta relação perturbada pode ainda caracterizar-se por uma inversão de papéis: o pai apoia-se na criança ("Só ela me conforta quando estou infeliz!"), considerando, no entanto, que ela acarreta demasiados encargos (Harder, 1967). A incapacidade para estabelecer uma relação emocional madura com o filho pode revelar um padrão de relacionamento interpessoal muito perturbado, como acontece em muitos pais infanticidas, ou algo que se manifesta particularmente em relação à criança,

como uma dificuldade em desempenhar o papel materno.

4.2.3. Idade

Verifica-se que a maternidade numa idade abaixo da média é comum nas mães filicidas (d'Orbán, 1979). Dados britânicos e canadianos, por exemplo, sugerem que as mulheres que matam os seus filhos geralmente são primíparas, têm menos de 30 anos e actuam sozinhas (McKee & Shea, 1998). Nos casos de criança não desejada constata-se que as mães cujos filhos morrem por negligência são mais jovens do que aquelas que matam através de um acto agressivo (d'Orbán, 1979).

Resnick (1970) verifica que as mães neonaticidas são significativamente mais jovens que as restantes mães filicidas, apresentando as primeiras tendencialmente menos de 25 anos. D'Orbán (1979) corrobora estes dados constando ainda que, as mães maltratantes vêm logo a seguir às neonaticidas em termos de idade.

4.2.4. Sexo

Não existe consenso na literatura relativamente à proporção entre filicidas do sexo masculino e feminino. Os estudos incidem correntemente sobre amostras do sexo feminino, pelo que as mulheres são identificadas como as principais (únicas) perpetradoras. No entanto, alguns autores concluem que o filicídio é mais cometido por pais do que por mães (e.g. Somander & Rammer, 1991). Na Inglaterra, no País de Gales e na Escócia, os pais têm uma probabilidade ligeiramente superior do que as mães para matar um filho com mais de 1 dia e menos de 1 ano (Marks & Kumar, 1993, 1996 in Marks, 1996). Outros dados indicam que o filicídio é cometido por homens e mulheres em percentagens semelhantes (e.g. Jason *et al.*, 1983, in Somander & Rammer, 1991); ao passo que o neonaticídio paternal é geralmente descrito como extremamente raro (Kaye, 2005; Resnick, 1970).

4.2.5. Estado Civil

A literatura diverge ora afirmando que as mulheres filicidas são maioritariamente casadas (McKee & Shea, 1998), ora que não são casadas (Kaye, 2005). Bourget e Bradford (1990) indicam como factores precipitantes do filicídio o stress familiar

e conjugal. Tuteur e Glotzer (1959) demonstram que as mães filicidas experienciam dificuldades conjugais como a rejeição, a desconfiança e a separação ou divórcio. Pelo que Somander e Rammer (1991) alertam que deve ser fornecido apoio preventivo a famílias com stressores psicológicos, caso existam conflitos graves na relação do casal.

Marks (1996) verifica que ao contrário das neonaticidas, as filicidas são maioritariamente casadas (Marks & Kumar, 1993, 1996, in Marks, 1996). Também Resnick (1970) observa que 88% das mães filicidas são casadas, contra apenas 19% das neonaticidas. D'Orbán (1979) constata, relativamente às mães filicidas, que a coabitação é mais comum entre as que apresentam perturbação mental, relativamente às neonaticidas, sendo que nenhuma destas vivia com companheiro.

4.2.6. Funcionamento psicológico

Existe alguma discussão na literatura quanto ao papel da perturbação mental no filicídio. Tal como para os maus tratos, não é possível identificar um tipo específico de diagnóstico psiquiátrico associado ao filicídio, mas constata-se que a maioria dos perpetradores apresenta desordens de personalidade (Marleau *et al.*, 1999).

Mais de metade dos pais filicidas têm um diagnóstico psiquiátrico (Karakus *et al.*, 2003). Também muitas das mulheres que matam, ou tentaram matar os seus filhos, têm história psiquiátrica, traduzida em avaliação e/ou hospitalização (Marleau *et al.*, 1995). A história psiquiátrica é mais comum entre as mães que agem por retaliação e nas que apresentam perturbação psicopatológica, enquanto nas neonaticidas a história de perturbação mental pode não ser tão significativa (d'Orbán, 1979). Para alguns autores, os casos de neonaticídio destacam-se por serem aqueles em que normalmente não existe perturbação psicopatológica, sendo o factor predominante os motivos sociais (e.g., d'Orbán, 1979).

Foi determinado um motivo psiquiátrico para mais de 85% das mulheres filicidas e constatou-se que a maior parte tinha sido tratada, antes do acto, por depressão ou psicose (Bourget & Gagné, 2002). Farooque e Ernst (2003) verificam, do mesmo modo, que a perturbação mental, incluindo sintomatologia psicótica e de humor, é frequentemente encontrada nos perpetradores, tanto masculinos como femininos. Tendo em conta que uma vasta maioria de pais filicidas manifesta sintomatologia

de perturbação mental antes do acto, o diagnóstico destes mesmos sintomas é uma mais valia para a prevenção (Bourget & Bradford, 1987).

Mckee e Shea (1998) mostram que a maioria dos filicidas possuía perturbação psicopatológica diagnosticada e estava a lidar com stressores agudos, sem ter recursos pessoais suficientes ou outro tipo de apoio. O isolamento social e a dificuldade em estabelecer relações bem sucedidas têm também sido apontados como factores de risco no filicídio (Simpson & Stanton, 2000). Rodenburg (1971) indica vários factores que, combinados com a perturbação depressiva, podem aumentar o risco de homicídio: determinados traços de personalidade, dificuldade em modular a agressão e uma relação perturbada com a criança (Bourget & Bradford, 1987). Para além disto, Bourget e Bradford (1987) afirmam que, em indivíduos gravemente deprimidos, é mais provável o filicídio ocorrer quanto maior o risco de suicídio. Os mesmos autores acrescentam que a sintomatologia psicótica em conjunto com a agitação, comportamentos hipocondríacos e delírios relacionados com o pecado, a culpa e o medo, bem como uma atenção exagerada com a integridade física da criança, constituem sinais proeminentes que devem ser avaliados.

Deve-se, contudo, diferenciar entre filicidas claramente psicóticos e aqueles cuja categorização é difícil e apresentam perturbações de personalidade (Marks, 1996). D'Orbán (1979) verifica que o diagnóstico mais comum entre as mães filicidas é a perturbação de personalidade; a depressão reactiva é a segunda categoria mais comum, só se verificando a psicose em 16% dos casos (d'Orbán, 1979). Os dados de Lewis e Bunce (2003) divergem dos encontrados por d'Orbán (1979), pois muitas mulheres (52.7%) apresentam sintomas psicóticos na altura do filicídio. Estas agressoras têm história de abuso de substâncias e de acompanhamento psiquiátrico, são mais velhas, desempregadas, possuem mais habilitações literárias e são divorciadas ou separadas. É também menos provável que sejam primíparas ou que tenham tido contacto anterior com os serviços de protecção de crianças. As filicidas com perturbação psicótica confessam mais frequentemente a ofensa, tentam o suicídio na altura do filicídio, usam armas, matam várias crianças e expressam pensamentos e preocupações homicidas em relação aos seus filhos antes do filicídio (Lewis & Bunce, 2003).

Marleau *et al.* (1999) mostra, com dados de uma amostra masculina, que os pais biológicos filicidas

têm mais problemas de saúde mental do que os padrastos.

Um estudo qualitativo sobre mães filicidas com perturbação psiquiátrica, mostra que os seus diagnósticos compreendem sobretudo depressão major, perturbação esquizo-afectiva e esquizofrenia (Stanton, Simpson, & Woules, 2000). Um investimento intenso na função materna e uma experiência subjectiva de stress extremo foi também observada. A motivação para o filicídio é descrita como altruísta ou como extensão do suicídio, revelando as mães arrependimento em relação às mortes causadas. Praticamente não existe planeamento, nem *insight* relativamente ao impulso, o que mostra a dificuldade de identificar factores de risco e prevenir o filicídio por parte de mães com perturbação psicopatológica. Estes dados podem ser melhor compreendidos à luz das características da perturbação apresentada do que pela presença de stressores externos. Para além das vulnerabilidades, agudas ou crónicas, em termos de saúde mental, existe uma outra constante em todas as situações: na altura do crime as filicidas são as principais, ou exclusivas, prestadoras de cuidados aos filhos. Assim o filicídio evidencia vulnerabilidades em termos da saúde mental do perpetrador mas, também, na estrutura de cuidados à criança. Deste modo, Oberman (2003) destaca que se deve ter em conta a relação entre a saúde mental e o isolamento social das mães, nos casos de filicídio.

Somander e Rammer (1991) alertam para a dificuldade da prevenção do filicídio em mães com perturbações psicopatológicas pois constatam que apesar de na Suécia existir um bom sistema social de apoio à família, este não parece ter impacto em indivíduos com perturbação psicopatológica. Discutem que por isso deve ser dada especial atenção a pais com história de perturbações mentais.

Existe a ideia de que quando uma mãe comete neonaticídio está sob a influência de perturbação mental pós-parto. Esta visão é consubstanciada na legislação do acto de infanticídio existente na Inglaterra, no País de Gales (Marks, 1996) e também em Portugal. Já o estado mental do pai é considerado do mesmo modo que para outros homicídios (Marks, 1996). Delay (1957) não concorda que a presença de sintomas psicóticos explique por si só o filicídio, considerando a decisão de matar como motivada por características psicológicas específicas (Harder, 1967). Harder (1967) assinala que o estado psicótico pode surgir no infanticídio, por exemplo quando

a tendência agressiva em relação à criança é trabalhada de forma psicótica, isto é projectada e constituindo o motivo do crime. A literatura revela que as mulheres estão particularmente vulneráveis a descompensação psicótica nos dias ou semanas que se seguem ao parto (Figueiredo, 2001). Marks (1996) aponta contudo que a maioria das mulheres que apresentam perturbação mental não são perigosas para os seus filhos e muitas das que fazem mal aos filhos não são consideradas perturbadas. Na mesma linha de pensamento, D'Orbán (1990) alerta que, contrariamente ao que supõe a tradição médico-legal, a perturbação psicótica puerperal é uma causa relativamente rara do filicídio materno.

Outros autores referem idiosincrasias no funcionamento psicológico dos filicidas (utilizando dados combinados do Roschach e do *MMPI-2* – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*), não necessariamente perturbações psicopatológicas severas como as descritas acima. Lee-Lau (2001) mostra que as mães filicidas estão perturbadas na altura em que cometem o filicídio, pois apresentam um baixo nível de *insight*, pensamento constringido e uma tendência para reduzir os estímulos ao nível mais básico de compreensão. Os dados indicam ainda que apresentam outras características próprias no pensamento, na necessidade de afeição, na dor psicológica e na forma de experienciar a frustração e o desamparo. As estratégias de *coping* são inadequadas e a impulsividade é elevada, especialmente dada a incapacidade para modular o afecto. Existe, também, pouca necessidade de proximidade interpessoal e propensão para cumprir fantasias. Verificam-se alterações funcionais significativas, na forma de experiências sensoriais bizarras e pensamentos não usuais. Mesmo assim, a maior parte destes indivíduos alcança estabilidade psicológica na sequência de apoio psicológico e recurso a medicação psicotrópica. Verifica-se funcionamento intelectual deficiente em filicidas, argumentando-se que o nível de funcionamento intelectual dos pais tem um papel importante na segurança dos filhos (Farooque & Ernst, 2003). D'Orbán (1979) destaca que um nível de inteligência mais baixo parece relacionar-se sobretudo com o filicídio por maus tratos. Verifica-se com efeito uma relação entre o grau de atraso mental e o facto de a criança ter sido negligenciada, antes do filicídio (Farooque & Ernst, 2003).

4.2.7. Abuso de substâncias

O uso de substâncias ilegais ou legais, como o álcool e as drogas prescritas, é um dos stressores mais relacionados com o filicídio (Wilczynski, 1995). Farooque e Ernst (2003) verificam que o abuso de substâncias é frequente entre os perpetradores de filicídio; Somander e Rammer (1991) quantificam que 1/4 apresentam história de abuso de substâncias. Deste modo, para avaliar o risco de potencial filicídio considera-se importante ajuizar a respeito do abuso de substâncias. No entanto, as mulheres que matam os seus filhos não são geralmente abusadoras de substâncias (McKee & Shea, 1998).

4.2.8. História criminal

D'Orbán (1979) verifica que 20% das mães filicidas apresentam registo criminal. Alerta que as mulheres maltratantes e que agem por retaliação têm mais frequentemente este registo do que as neonaticidas ou as que apresentam perturbação mental, apesar de as diferenças inter-grupo não serem significativas. O autor refere ainda que este registo criminal se relaciona maioritariamente com roubo, assalto ou vadiagem (d'Orbán, 1979).

4.3. Caracterização da vítima

Marks (2001) afirma que as características da vítima que a colocam em risco de homicídio são a idade, o sexo e factores de risco obstétrico. É ainda de notar que as características e causas do homicídio de crianças nas primeiras 24 horas de vida são muito diferentes das que se verificam para crianças mais velhas. Da revisão da literatura realizada emergem essencialmente os seguintes factores de risco relativos à criança: idade, sexo, história de vitimização prévia e perturbações desenvolvimentais.

4.3.1. Idade

De forma geral, considera-se que quanto menor é a idade da criança, maior o risco de filicídio, declinando este risco à medida que a idade avança. Resnick (1969) verifica que os primeiros 6 meses de vida são o período de maior risco, tendo em conta que é um período propício à psicose puerperal. Marks (1996) sustenta ainda que aos 4 anos de

idade o risco de homicídio é semelhante ao que se verifica para a população geral. Também Somander e Rammer (1991) demonstram que as vítimas mais frequentes são as crianças mais novas; as mães filicidas tendem a matar os seus filhos em idade pré-escolar (McKee & Shea, 1998). D'Orbán (1979) constata diferenças significativas na idade das crianças vitimadas por diferentes grupos de mães filicidas: as mães maltratantes tendem a matar crianças mais novas, enquanto que as mães com perturbação mental ou que agem por retaliação estão mais uniformemente distribuídas, mas tendem a vitimar crianças mais velhas. Assim o autor verifica que apenas 1/4 das vítimas com menos de 6 meses tem mãe com perturbação mental, constatando que os 2 maiores tipos de filicídio neste grupo etário se relacionam com mães maltratantes ou com neonaticídios.

Quanto mais nova é a criança mais provavelmente a mãe a percebe como sua propriedade pessoal, se sente inseparável dela, e o suicídio se estende ao filicídio, transformando-se numa situação de filicídio-suicídio (Resnick, 1969). De modo oposto, Delay (1957) sustenta que os filicídios que ocorrem nas primeiras semanas do puerpério são muitas vezes ditados por um desejo de eliminar a criança, sendo a agressão direccionada apenas para esta (Harder, 1967).

4.3.2. Sexo

A maioria dos estudos não verifica diferenças significativas relativamente à proporção do sexo da vítima (e.g. Somander & Rammer, 1991). Existe contudo investigação que sustenta que a incidência do filicídio é maior para os filhos do que para as filhas (Jason *et al.*, 1983). O sexo masculino está associado com um risco aumentado de vitimização quer intencional, quer não intencional (Marks, 1996). Estas diferenças podem relacionar-se com a maior vulnerabilidade física dos rapazes que têm um maior risco de morte independentemente da causa, ou com a forma como os rapazes interagem com o ambiente, dado que, por exemplo, são mais activos (Marks, 1996). Em alternativa hipotetiza-se, também, que este efeito pode dever-se à forma como os pais cuidam e às crenças que têm em relação aos bebés do sexo masculino, que são mais robustos, requerem menos protecção e são mais agressivos ou exigentes (Marks, 1996). É igualmente possível que os bebés do sexo masculino sejam realmente

mais difíceis, podendo potenciar a agressão como resposta. Já Scott (1973) observa que embora seja equivalente a proporção de crianças do sexo masculino e feminino, com menos de 5 anos, mortas pelos seus pais, a percentagem de raparigas aumenta a partir desta idade. Se isto reflecte um motivo sexual, um menor poder de resistência ou a sua presença mais prolongada em casa e estatuto dependente, é algo que a investigação ainda não esclareceu (Scott, 1973).

4.3.3. História de vitimização prévia

Os autores consideram que a morte inesperada, no seio de uma família abusiva, deve levar a que se considere seriamente o filicídio. A investigação mostra que uma em cada duas crianças que morrem por espancamento tem uma história de abuso prévio documentada (Vanamo, Kauppi, Karkola, Merikanto, & Rasanen, 2001). Scott (1973) afirma que é contudo extremamente raro um pai matar uma filha que abusa sexualmente, independentemente da idade da criança; embora esta situação possa ser mais frequente com filhas mais velhas, sendo o motivo silenciar a vítima.

4.3.4. Perturbações desenvolvimentais

A literatura destaca uma associação entre filicídio e deficiências profundas da criança.

A investigação aponta a deficiência como um factor de risco para o filicídio sobretudo de crianças mais velhas (Resnick, 1969). Palermo (2003) alerta que o autismo tem sido associado com um risco aumentado de vitimização, sendo elevado o número de filicídios que envolvem crianças com problemas desenvolvimentais. Em alguns casos a deficiência da criança pode ser um factor de risco para casos de filicídio-suicídio, na medida em que o pai se sente incapaz de modificar uma situação penosa (Tuteur & Glotzer, 1959).

5. SÍNTESE

A revisão da literatura permite concluir que o filicídio apresenta uma incidência significativa, que tem sido subestimada.

Verifica-se ainda que determinados factores parecem estar especialmente associados com o filicídio. Dentro destes destacam-se: o baixo nível socio-económico,

a história familiar marcada por episódios de separação e violência, a parentalidade precoce, a perturbação psicopatológica e outras idiossincrasias ao nível do funcionamento psicológico dos *agressores*; bem como a história anterior de maus tratos, as perturbações desenvolvimentais e a idade menor das *vítimas*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelson, L. (1959). Some medicolegal observations on infanticide. *Journal of the Forensic Sciences*, 4, 60-72.
- Almeida, F. (1999). *Homicidas em Portugal*. Maia: Publismai.
- Bonnet, C. (1993). Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse & Neglect*, 17, 501-513.
- Bourget, D., & Bradford, J. (1987). Affective disorder and homicide: a case of familial filicide. Theoretical and clinical considerations. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 222-225.
- Bourget, D., & Bradford, J. (1990). Homicidal Parents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 3.
- Bourget, D., Gagné, P. (2002). Maternal filicide in Québec. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30 (3), 345-351.
- Briggs, C. M., & Cutright, P. (1994). Structural and cultural determinants of child homicide: a cross-national analysis. *Violence and Victims*, 9, 3-16.
- Brockington, I. (1998). *Motherhood and Mental Health*. New York: Oxford University Press.
- Brozovsky, M., & Falit, H. (1971). Neonaticide: clinical and psychodynamic considerations. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 10, 673-683.
- Creighton, S. (1995). Fatal child abuse – How preventable is it?. *Child Abuse Review*, 4, 318-328.
- Daly, M., & Wilson, M. I. (1994). Step-parenthood and the evolved psychology of discriminative parental solicitude. In S. Parmigiani, & F. S. Vom Saal (Eds.), *Infanticide and parental care* (pp. 121-134). Lausanne: Harwood Academic Publishers.
- Dias, J. (1999). *Comentário Conimbricense do Código Penal, parte especial Tomo I, Artigos 131.º a 201.º*. Coimbra: Coimbra Editora.
- D'Orbán, P. T. (1979). Women who kill their children. *British Journal of Psychiatry*, 134, 560-571.
- Dubé, M., & Hodgins S. (2001). Filicides maternels et paternels maltraitants: facteur de risque et indices comportementaux précurseurs. *Revue Québécoise de Psychologie*, 22, 81-98.
- Dubé, M., Hodgins, S., Léveillé, S., & Marleau, J. D. (2005). Étude comparative de filicides maternels et paternels: facteur associés et indices comportementaux précurseurs. *Psychiatrie & Violence* [on-line].
- Emery, J. (1993). Child abuse, sudden infant death syndrome, and unexpected infant death. *American Journal of Diseases of children*, 147 (10), 1097-1100.
- Farooque, R., & Ernst, F. (2003). Filicide: A review of eight years of clinical experience. *Journal of the National Medical Association*, 95 (1), 90-94.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas do Puerperio. In C. Canavaro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Finkel, N., Burke, J., & Chavez, L. (2000). Commonsense judgments of infanticide: Murder, manslaughter, madness, or miscellaneous?. *Psychology, Public Policy, and the Law*, 6 (4), 1113-1137.
- Fitzpatrick, M. (2004). Why SIDS versus filicide debate could ruin research. *Hospital Doctor*, 2/26/2004, 18-22.
- Harder, T. (1967). The psychopathology of infanticide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43, 196-245.
- HOME OFFICE (1994). *Criminal Statistics England and Wales*. London: HMSO.
- Jason J., Gilliland, J. C., & Tyler, C. W. (1983). Homicide as a cause of pediatric mortality in the United States. *Pediatrics*, 72, 191-197.
- Karakus, M., Ince, H., Ince, N., Arican, N., & Sozen, S. (2003). Filicide cases in Turkey, 1995-2000. *Croatian Medical Journal*, 44 (5), 592-595.
- Kaye, M. D. (2005). *Families, murder, and insanity: A psychiatric review of paternal neonaticide* [on-line].
- Lee-Lau, M. (2001). Female filicide offenders: A descriptive Rorschach and MMPI-2 study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 62 (3-B).
- Lewis, C. F., & Bunce, S. C. (2003). Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31 (4), 459-470.
- Marks, M. (1996). Characteristics and causes of infanticide in Britain. *International Review of Psychiatry*, 8, 99-106.
- Marks, M. (2001). Parents at risk of filicide. In P. Georges-Franck (Eds.), *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions* (pp. 158-180). New York: USsity Press.
- Marleau, J. D., Roy, R., Laporte, L., Webanck, T., & Poulin, B. (1995). Infanticide committed by the mother. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40 (3), 142-149.
- Marleau, J. D., Poulin, B., Roy, R., Laporte, L., & Webanck, T. (1999). Paternal Filicide: A study of 10 men. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 57-63.
- McKee, G., & Shea, S. (1998). Maternal filicide: A cross-national comparison. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (5), 679-687.
- Oberman, M. (1996). Mothers who kill: coming to terms with modern american infanticide. *American Criminal Law Review*, 34 (1), 1-110.
- Oberman, M. (2003). Mothers who kill: Cross-cultural patterns in and perspectives on contemporary maternal filicide. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26 (5), 493-514.

- Palermo, M. T. (2003). Preventing filicide in families with autistic children. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47 (1), 47-57.
- Resnick, P. J. (1969). Child murder by their parents: A psychiatric review of filicide. *American Journal of Psychiatry*, 126, 325-334.
- Resnick, P. J. (1970). Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *American Journal of Psychiatry*, 126, 1414-1420.
- Sadoff, R. L. (1995). Mothers who kill their children. *Psychiatric Annals*, 25 (10), 601-605.
- Scott, P. D. (1973). Parents who kill their children. *Medicine, Science and the Law*, 13, 120-126.
- Simpson, A., & Stanton, J. (2000). Maternal filicide: A reformulation of factors relevant to risk. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 10 (2), 136-147.
- Sommander, L., & Rammer, L. (1991). Intra- and extrafamilial child homicide in Sweden 1971-1980. *Child Abuse & Neglect*, 15, 45-55.
- Spinelli, M. G. (2004). Maternal infanticide associated with mental illness: Prevention and the promise of saved lives. *American Journal of Psychiatry*, 161 (9), 1548-1557.
- Stanton, J., Simpson, A., & Woules, T. (2000). A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse & Neglect*, 24 (11), 1451-1460.
- 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 [On-line].
- Stroud, J., & Pritchard, C. (2001). Child homicide, psychiatric disorder and dangerousness: a review and an empirical approach. *British Journal of Social Work* [para publicação].
- Tuteur, W., & Glotzer, J. (1959). Murdering mothers. *American Journal of Psychiatry*, 116, 447-452.
- Vanamo, T., Kauppi, A., Karkola, K., Merikanto, J., & Rasanen, E. (2001). Intra-familial child homicide in Finland 1970-1994: Incidence, causes of death and demographic characteristics. *Forensic Science International*, 117 (3), 199-204.
- Weekes-Shackelford, V. A., & Shackelford, T. K. (2004). Methods of filicide: Stepparents and genetic parents kill differently. *Violence and Victims*, 19 (1), 75-81.
- Wilczynski, A. (1995). Child killing by parents: A motivational model. *Child Abuse Review*, 4, 365-370.

RESUMO

O presente artigo é uma revisão da literatura sobre o filicídio. Define o filicídio do ponto de vista legal e psicológico e refere a sua incidência em diferentes países. Aborda os factores ambientais, parentais e relacionados com a vítima que são susceptíveis de contribuir para o fenómeno. Dentro do filicídio destaca o neonaticídio por ter características muitas próprias que o distinguem dos outros casos de filicídio.

Palavras-chave: filicídio, neonaticídio, incidência, factores de risco.

ABSTRACT

This article is a review of the literature about filicide. It defines filicide legally and psychologically and refers its incidence in different countries. It also mentions environmental, parental and victim related factors that can contribute to the understanding of this phenomenon. Neonaticide is highlighted for having specific characteristics which distinguishes it from other filicide cases.

Key words: Filicide, neonaticide, incidence, risk factors.

Relações entre idade desenvolvimental, dimensões do comportamento adaptativo e envolvimento observado (*)

*ANA ISABEL PINTO (**)*

*SÍLVIA BARROS (**)*

*CECÍLIA AGUIAR (**)*

*MANUELA PESSANHA (***)*

*JOAQUIM BAIRRÃO (**)*

A observação de actividades de jogo da criança em contextos naturais tem sido utilizada em numerosos estudos como medida do seu funcionamento cognitivo. Segundo Howes e Smith (1995), estes estudos baseiam-se na noção Piagetiana de que o desen-

volvimento cognitivo pode ser avaliado através da observação das actividades desenvolvidas pelas crianças durante as suas interacções com os objectos. De acordo com esta perspectiva, o comportamento das crianças assume níveis de complexidade cognitiva crescente através da sua participação em actividades de jogo e de aprendizagem. É esperado que crianças que passam maiores percentagens de tempo em actividades que são consideradas estimuladoras da criatividade e de pensamento divergente tenham maior probabilidade de demonstrar níveis elevados de actividade cognitiva.

Na última década, a utilização da avaliação baseada no jogo tem sido defendida como um procedimento alternativo a medidas normalizadas do desempenho cognitivo da criança e como uma forma de ultrapassar alguns dos problemas associados a estas medidas. Sendo uma actividade abrangente, o contexto de jogo constitui um procedimento apropriado para avaliar a qualidade da realização da criança em diferentes domínios do desenvolvimento e permite a observação de comportamentos tal como estes ocorrem nos ambientes naturais de socialização (Fewell & Glick, 1993; Linder, 1990).

(*) Este estudo faz parte do projecto de investigação intitulado “A qualidade das interacções da criança em contexto familiar e de creche e o seu impacto no desenvolvimento socio-cognitivo da criança” desenvolvido pelo Centro de Psicologia da Universidade do Porto e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (POCTI / PSI / 35207 / 2000). A segunda e a terceira autoras beneficiam de Bolsa de Doutoramento da FCT (BD/10721/2002 e BD/ 8317/2002).

Qualquer correspondência relativa a este artigo deverá ser remetida para Ana Isabel Pinto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-392 Porto, Portugal. E-mail: ana@fpce.up.pt.

(**) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

(***) Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto.

Embora a literatura indique que a qualidade dos ambientes de prestação de cuidados tem um impacto no desenvolvimento da criança (Bairrão, 2001; Bairrão, Leal, Fontes, & Gamelas, 1999; Cost, Quality, & Child Outcomes Study Team, 1995), diversos autores têm referido a necessidade de investigar as relações entre características físicas e sociais dos contextos, características da criança e resultados desenvolvimentais que estejam mais directamente relacionados com a qualidade dos contextos, tal como o comportamento de envolvimento da criança (McWilliam & Bailey, 1992, 1995; McCormick, Noonan, & Heck, 1998; Raspa, McWilliam, & Ridley, 2001). Centrando-se na criança e nas suas competências interactivas em situações de jogo ou em actividades de rotina, o envolvimento tem sido estudado como um factor de aprendizagem e desenvolvimento que ilustra as experiências diárias da criança (*ibid.*).

ENVOLVIMENTO

O envolvimento foi definido como *a quantidade de tempo que as crianças passam a interagir activa e atentamente com o seu ambiente (adultos, pares ou materiais) de uma forma desenvolvimental e contextualmente adequada em diferentes níveis de competência* (McWilliam & Bailey, 1992, 1995).

A investigação sobre envolvimento, para além de considerar a quantidade de tempo que as crianças passam envolvidas, interessa-se, principalmente, pela determinação da qualidade desse envolvimento, isto é, pela avaliação do *nível e foco* dos comportamentos da criança. O critério de *adequação desenvolvimental* requer que o comportamento seja adequado às capacidades e idade desenvolvimental da criança e o critério de *adequação contextual* requer que o comportamento seja adequado à actividade que está a ser realizada e às expectativas da situação. Estes critérios estiveram na base da definição dos níveis de envolvimento que estão organizados numa hierarquia desenvolvimental, com os comportamentos a variarem de um nível inferior, tal como atenção ocasional e envolvimento indiferenciado, para um nível de envolvimento mais sofisticado, tal como os níveis de envolvimento construtivo, codificado, simbólico e persistente (McWilliam & de Kruif, 1998).

O envolvimento constitui, assim, um conceito abrangente, que não engloba apenas uma dimensão

quantitativa, relativa ao tempo que a criança passa em interacção com diferentes variáveis ambientais (contexto social, tipo de actividade, materiais, ambiente físico...), mas inclui ainda vários descritores relativos à qualidade dos comportamentos interactivos, numa tentativa de identificar diferenças em processos cognitivos que lhes estão subjacentes, relacionando-os com a aprendizagem (Malmskog & McDonnel, 1999). Ao contrário de procedimentos de avaliação que analisam competências desenvolvimentais de domínios específicos demonstradas pela criança em situação de jogo, o envolvimento constitui uma medida da totalidade dos comportamentos da criança, que abrange um largo espectro desenvolvimental e fornece uma imagem holística das suas experiências em contextos naturais (Raspa *et al.*, 2001).

A premissa básica dos estudos sobre envolvimento é a de que o tempo passado pela criança em jogo adequado é uma condição necessária, senão suficiente, para que ocorra aprendizagem e mudança desenvolvimental (McWilliam & Bailey, 1992; McWilliam, Trivette, & Dunst, 1985). Quando o envolvimento é sistematicamente promovido, as probabilidades de as crianças participarem em actividades desenvolvimentalmente adequadas com pares, adultos e materiais aumentam. É com base neste pressuposto que as linhas orientadoras das práticas desenvolvimentalmente adequadas referem a importância de facilitar o envolvimento activo das crianças em programas de educação precoce (NAEYC, 1997; Bredkamp, 1987).

Numerosos estudos referidos por Malmskog e McDonnel (1999), bem como por de Kruif e McWilliam (1999), demonstraram a importância de variáveis ambientais na produção de níveis elevados de envolvimento, nomeadamente o uso de ensino por incidentes críticos, transições suaves entre as actividades, a acessibilidade e oportunidade de escolha dos materiais, a organização do espaço do tipo *sala aberta* e a sequenciação cuidadosa das actividades. A este nível os estudos contribuíram para identificar factores ambientais que influenciam o envolvimento e demonstraram que a quantidade de tempo que as crianças passam em envolvimento adequado está associada à eficácia do ambiente de aprendizagem (McCormick *et al.*, 1998). Com base nesta constatação, a observação do envolvimento da criança tem sido utilizada como indicador da qualidade dos ambientes de prestação de cuidados, na medida em que fornece informação acerca da experiência das crianças bem como acerca das suas