

CUIDADOS NÃO PARENTAIS A CRIANÇAS COM IDADE INFERIOR A TRÊS ANOS – REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

CHILD CARE IN CHILDREN UNDER THREE YEARS OF AGE - AN EVIDENCE-BASED REVIEW

Vitor Portela Cardoso¹, Paula Mendes²

1. Unidade de Saúde Familiar Gualtar, Braga, Portugal

2. Unidade de Saúde Familiar Maxisaúde, Braga, Portugal

Acta Pediatr Port 2014;45:302-309

ABSTRACT

Introduction: The massive and rapid entry of women into the labour market has been associated with greater reliance on child care at increasingly younger ages. The aim of this work was to review the evidence on the effects of child care on cognitive and language development in children under three years old.

Methods: We searched for original studies, clinical practice guidelines, systematic reviews and meta-analyses in the following data sources: National Guideline Clearinghouse, National Library of Guidelines, Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines, Cochrane Library, DARE, Bandolier, MEDLINE, PsycINFO and the Index of Portuguese Medical Journals, published between 1975 and 2012 in Portuguese, English, French and Spanish and using the MeSH terms *child day care center*, *infant*, *cognition* and *language development*. The Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) scale was used to attribute levels of evidence (LE).

Results: Of 89 articles obtained, three prospective studies met the inclusion criteria. The Early Child Care Research Network found that day care was associated with better outcomes in cognitive and language development than other types of care, such as in-home (LE 1). According to Broberg, more time in child care conferred higher levels in verbal and mathematical ability tests at age 8 (LE 2), and as reported by Andersson, day care led to better school performance at 8 and 13 years of age and better school adjustment at age 8 (LE 2).

Conclusions: Child care up to three years of age may be beneficial in terms of cognitive and language development, possibly leading to better future academic performance (SORT B).

Keywords: Child day care centre; Child preschool; Infant; Language development; Cognition.

RESUMO

Introdução: A rápida e massiva ingressão da mulher no mercado de trabalho associou-se a um aumento na dependência de cuidados não parentais das crianças em idades cada vez mais jovens. O objetivo do presente trabalho foi rever a evidência sobre o efeito no desenvolvimento cognitivo e da linguagem dos cuidados não parentais a crianças com menos de 3 anos de idade.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa de estudos originais, normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e metanálises, nas fontes de dados: National Guideline Clearinghouse, Guidelines Finder, Canadian Medical Association Practice Guidelines, Cochrane, DARE, Bandolier, Medline, PsycInfo e Índice de Revistas Médicas Portuguesas, publicados entre 1975 e 2012, nas línguas portuguesa, inglesa, francesa e espanhola e utilizando os termos MeSH: *child day care center*, *infant*, *cognition* e *language development*. Foi utilizada a escala Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) para atribuição dos níveis de evidência (NE).

Resultados: Obtiveram-se 89 artigos, tendo três estudos prospectivos preenchido os critérios de inclusão. Um destes concluiu que os cuidados não parentais numa

creche associaram-se a melhores resultados no desenvolvimento cognitivo e da linguagem do que nos outros locais, como no domicílio (NE1). Segundo outro estudo, mais tempo sob cuidados não parentais conferia níveis mais elevados nos testes de capacidade verbal e matemática aos 8 anos (NE2). O terceiro refere um melhor desempenho escolar aos 8 e 13 anos e melhor adaptação escolar aos 8 anos (NE2).

Conclusões: Os cuidados não parentais até aos 3 anos poderão ser benéficos a nível do desenvolvimento cognitivo e da linguagem, traduzindo-se possivelmente num melhor desempenho escolar (SORT B).

Palavras-chave: Cuidados da criança; Creche; Criança pré-escolar; Lactente; Desenvolvimento da linguagem; Cognição.

INTRODUÇÃO

O processo de industrialização, as guerras, os conflitos e as migrações foram e continuam a ser fatores impulsionadores de mudanças sociais. Inevitavelmente, estas transformações não deixaram de alterar a estrutura familiar e

o papel de cada um dos seus membros. A massiva ingresso da mulher no mercado de trabalho levou a importantes modificações nos cuidados às crianças. Até então, era o seio familiar que acolhia exclusivamente os cuidados à criança no ambiente doméstico. Porém, com o aumento do tempo em que a mulher fica fora do lar, houve a necessidade de confiar os filhos aos cuidados de outros adultos não relacionados familiarmente. O aumento da idade da reforma, contribui igualmente para a ausência dos avós na prestação destes cuidados aos netos. É frequente observar que as famílias cuidam exclusivamente dos filhos apenas nos primeiros meses de vida, durante o período de licença de maternidade remunerada. Após esse período, as creches são uma escolha frequente e em idades cada vez mais precoces da criança¹.

O aumento da procura por cuidados não parentais (CNP) foi naturalmente acompanhado por um aumento no número de instituições prestadoras desses cuidados, algumas com finalidades económicas e outras sem fins lucrativos, como as instituições particulares de solidariedade social. As creches definem-se como espaços destinados ao apoio pedagógico e cuidado de crianças com idades compreendidas entre os 3 meses e os 3 anos². Após essa idade, transitam para a valência de jardim-de-infância. As creches e jardins-de-infância existem em estabelecimentos de ensino de diversas categorias. Em Portugal, as creches não são tuteladas pelo Ministério da Educação, dado que são mais encaradas como prestadores de cuidados de guarda do que propriamente enquanto resposta educativa. Alguns estudos realizados em Portugal investigaram creches e/ou jardins-de-infância e verificaram importantes falhas no espaço físico, no número de crianças por sala, nos recursos humanos e nas condições de segurança e de higiene²⁻⁴. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a primeira infância (do período pré-natal até aos 8 anos de idade) é a fase da vida mais importante para o desenvolvimento global do indivíduo⁵. É por volta dos 3 anos de idade que o cérebro da criança é mais sensível às influências do ambiente externo e atinge o seu pico em termos de ligações sinápticas⁵. Essas conexões são precisamente formadas com base no estímulo disponível do ambiente envolvente, apontando a importância da estimulação adequada e das primeiras vivências na saúde e educação para o resto da vida⁶.

Alguns autores referiram que os CNP não produziam efeitos adversos nem salutareos no desenvolvimento cognitivo da maioria das crianças⁷. Esta conclusão tem vindo a ser refutada e se os efeitos benéficos dos CNP após os 2 ou 3 anos de idade são praticamente consensuais, os iniciados antes dos 3 anos produzem efeitos menos claros. Várias teorias têm surgido, enaltecendo

a influência genética sobre a experiência vivida nos cuidados, alertando que o tempo despendido neste tipo de cuidados pode diminuir o vínculo com os pais; ou ainda que não será a quantidade mas a qualidade dos cuidados não-maternos que afeta o desenvolvimento das crianças⁸. A idade de entrada para os CNP antes dos 3 anos também foi apontada como demasiado precoce, podendo ser prejudicial para o desenvolvimento da criança, independentemente da qualidade desses cuidados⁸. Outras preocupações são a duração dos cuidados e/ou o baixo estímulo cognitivo e da linguagem em instituições com poucos cuidadores⁹.

Adicionalmente, os CNP de elevada qualidade têm vindo a ser relacionados com melhores capacidades de interação social de cooperação interpares e com os adultos e melhor desenvolvimento cognitivo e da linguagem¹⁰⁻²⁴, sendo que para este último resultado grande parte dos estudos teve como amostra crianças entre os 3 e os 5 anos de idade. Por outro lado, mais horas de CNP e cuidados de baixa qualidade foram relacionados com o exacerbamento de problemas comportamentais a partir dos 2 anos de idade²⁵. A relação entre o estímulo da linguagem por parte dos cuidadores e a aquisição inicial do vocabulário está bem documentada^{11,12}. Ambientes familiares em que desde cedo os pais falam mais sobre objetos e eventos no meio envolvente imediato parecem estar associados a uma linguagem mais avançada¹³⁻¹⁷.

A relação entre a qualidade dos cuidados na infância e o desenvolvimento cognitivo e da linguagem tem sido estudada de duas formas: a naturalística (observacional) e a experimental. Nos estudos experimentais têm sido aplicados e avaliados programas educacionais e de intervenção precoce em crianças economicamente desfavorecidas ou com risco de problemas de desenvolvimento (p. ex., prematuros). Os resultados na abordagem experimental têm sido consistentes, demonstrando um efeito positivo no desenvolvimento cognitivo e sucesso escolar até à adolescência¹⁸⁻²³.

Cabe especialmente aos médicos de família e aos pediatras proteger e assegurar todo o potencial social e cognitivo a que a criança tem direito, promovendo a sua saúde e permitindo-lhe crescer sem estar exposta a riscos desnecessários. Sendo cada vez mais as crianças que recebem CNP por rotina e em idades cada vez mais jovens, compreende-se a importância de perceber os possíveis efeitos que este tipo de cuidados acarreta para a saúde e bem-estar das crianças e da sua família. Essa importância torna-se ainda maior quando se fala de CNP abaixo dos 3 anos de idade, grupo em que existem menos dados. A evidência de um benefício claro dos CNP pode sustentar o investimento em políticas que assegurem a eficácia desses cuidados. Assim, o objetivo

da presente revisão foi conhecer o efeito no desenvolvimento cognitivo e da linguagem dos CNP a crianças com menos de 3 anos de idade.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa de estudos originais, normas de orientação clínica, revisões sistemáticas e metanálises, nas fontes de dados: National Guideline Clearinghouse, Guidelines Finder, Canadian Medical Association Practice Guidelines, Cochrane, DARE, Bandolier, Medline, PsycInfo e Índice de Revistas Médicas Portuguesas, publicados entre 1 de janeiro de 1975 e 17 de outubro de 2012, nas línguas portuguesa, inglesa, francesa e espanhola e utilizando os termos MeSH: “child day care center”, “cognition”, “language development”, “infant” e “child, preschool”. Os critérios de inclusão dos artigos consistiram em estudos com uma população constituída por crianças com menos de 3 anos de idade, cuja intervenção fosse receber CNP fora do domicílio, comparativamente a receber os cuidados clássicos no domicílio por parte de um ou ambos os pais ou

pelos avós. Os resultados avaliados foram o desenvolvimento cognitivo e/ou da linguagem. Foram excluídos os estudos que tivessem tido como amostra crianças consideradas em risco de atraso do desenvolvimento, tais como prematuros ou com baixo peso à nascença, portadores de deficiências físicas/mentais, contexto socioeconómico desfavorável ou pertencentes a minorias étnicas em risco social. Foi adotada a escala Strength of Recommendation Taxonomy (SORT) da American Academy of Family Physicians para atribuição de níveis de evidência (NE) e forças de recomendação (FR).

Este estudo decorreu de acordo com os princípios estabelecidos na declaração de Helsínquia.

RESULTADOS

Obtiveram-se 89 artigos, tendo sido selecionados três estudos observacionais longitudinais de coorte. Um destes estudos (NICHD) (Tabela 1) foi publicado em 2000 e os seus autores estudaram uma amostra de 856 crianças de diversos estratos socioeconómicos e etnias

Tabela 1. Estudos prospetivos longitudinais incluídos

Local (Referência)	População	Intervenção	Resultados/ Conclusões	Nível de evidência
NICHD, 2000 ²⁶ Estados Unidos da América	n = 856 Follow-up desde o nascimento até aos 3 anos.	CNP numa instituição. vs CNP no domicílio de um adulto não familiar ou familiar (que não os pais ou avós). vs Cuidados no próprio domicílio pelos pais / avós.	Ajustando-se para a qualidade do cuidado, os cuidados numa instituição associaram-se a melhores resultados no desenvolvimento cognitivo e na linguagem do que nos outros tipos de cuidados.	1
Broberg et al, 1997 ³² Suécia	n = 146 Follow-up de 7 anos (dos 12 meses aos 8 anos de idade).	CNP numa instituição. vs CNP no domicílio de um não-familiar. vs Cuidados parentais no domicílio.	Efeitos significativos favorecendo consistentemente as crianças sob CNP numa instituição, seguidas daquelas em cuidados parentais exclusivos. Crianças que antes dos 40 meses estiveram maior número de meses em CNP numa instituição apresentaram os níveis mais elevados nos testes de capacidade cognitiva (verbal e matemática) aos 8 anos.	2
Andersson, 1992 ³⁸ Suécia	n = 128. Follow-up de 10 anos. Colheita de dados retrospectiva para os 3 primeiros anos.	Idade de entrada em instituição entre 0 - 1 ano. vs Idade de entrada em instituição entre 1 - 2 anos. vs Idade de entrada em instituição depois dos 2 anos. vs Cuidados parentais no domicílio.	Quanto menor a idade de entrada para os CNP fora do domicílio, melhor o desempenho escolar aos 8 e aos 13 anos e melhor a adaptação escolar aos 8 anos. As crianças em cuidados parentais no domicílio estiveram associadas a piores resultados nos resultados avaliados.	2

CNP, Cuidados não parentais.

a partir de hospitais de dez estados norte-americanos, seguidas desde o nascimento até completar 3 anos de idade²⁶. Alguns dos critérios de exclusão foram recém-nascidos que tivessem ficado mais de sete dias internados no pós-parto, filhos de mães com menos de 18 anos, gémeos e filhos de mães com problemas médicos ou que habitassem em bairros inseguros para visitar. As crianças incluídas eram inseridas no estudo quando atingissem 1 mês de idade, iniciando os CNP com uma idade média de 4,3 meses. As famílias foram visitadas nos seus lares aos 1, 6, 15, 24 e 36 meses a fim de efetuar a recolha de dados. O ambiente doméstico foi avaliado através da escala Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)²⁷ e da quantidade de estimulação cognitiva materna observada em gravações de vídeo. A escala HOME consistia na observação direta e numa entrevista semi-estruturada realizada à mãe, com o objetivo de medir a qualidade e quantidade de estimulação e apoio disponível no ambiente domiciliário. Analisaram-se três dimensões dos CNP: a qualidade, o tipo e a quantidade. A qualidade dos cuidados foi determinada através de uma escala delineada especificamente para este estudo, a Observational Record of the Caregiving Environment (ORCE). A ORCE avaliava, através da observação direta, fatores que se consideravam determinantes de qualidade: cuidados atentos e capacidade de resposta, afeto, não ser demasiado restritivo ou intrusivo, entre outros. Foram comparados três tipos de cuidados: numa instituição, no domicílio de um adulto não-familiar ou familiar (que não os pais ou avós) e no próprio domicílio pelos pais ou avós. Qualquer criança que passasse menos que 10 horas por semana em CNP era considerada estar sob cuidados maternos exclusivos. A estimulação do desenvolvimento cognitivo foi avaliada pelo número e qualidade de atividades que presumivelmente aumentam o desenvolvimento cognitivo, linguístico e físico. Aos 15 e 24 meses, o desempenho cognitivo foi avaliado aplicando a escala Bayley Mental Development Index (MDI)²⁸ e aos 36 meses através da School Readiness Subtest of the Bracken Scale of Basic Concepts²⁹. A estimulação da linguagem por parte dos cuidadores foi padronizada em pontos pela frequência de comportamentos estimulantes, tais como fazer perguntas à criança, responder às vocalizações, entre outros. Aos 15 e 24 meses o desenvolvimento da linguagem foi avaliado através da escala The MacArthur Communicative Development Inventory (CDI)³⁰, tendo a informação sido colhida pela mãe; e aos 36 meses através da Reynell Development Language Scales (RDLS)³¹. O estudo NICHD concluiu que ajustando para o nível de vocabulário materno, rendimento familiar, sexo da criança, qualidade do ambiente doméstico e estimula-

ção cognitiva materna observada, a qualidade global do cuidado da criança e a estimulação da linguagem em particular, tinha uma relação consistente mas moderada com o desenvolvimento cognitivo e da linguagem aos 15, 24 e 36 meses. Após o ajuste para a qualidade dos cuidados, a experiência cumulativa obtida com os cuidados numa creche associou-se a melhores resultados (cognitivos/linguagem) do que nos outros tipos de cuidados. A quantidade de tempo que as crianças passavam nos CNP não tinha relação com os resultados. De uma forma global, as crianças em cuidados maternos exclusivos não apresentaram diferenças significativas nas variáveis em estudo comparativamente às crianças em outros tipos de cuidados. As únicas exceções registaram-se aos 24 meses, com uma pior produção de vocabulário e complexidade das frases e aos 36 meses com uma melhor compreensão verbal. Estratificando a qualidade dos cuidados não maternos em quatro níveis, as crianças em cuidados maternos exclusivos apresentaram pior desempenho do que aquelas sob CNP de alta ou media-alta qualidade e melhor do que o das crianças sob cuidados de baixa qualidade. A estimulação da linguagem foi um fator preditivo para o desempenho cognitivo e da linguagem nove a 12 meses depois. As variáveis em estudo não apresentaram uma variação consistente em função do rendimento familiar, qualidade do ambiente doméstico, sexo da criança ou grupo étnico. Tratando-se de um estudo de coorte prospetivo de boa qualidade com um *follow-up* superior a 80% e uma amostra considerável e diversificada, que avaliou resultados orientados para o paciente, é-lhe atribuído um NE1.

O segundo dos três estudos observacionais incluídos foi publicado em 1997 (Tabela 1) e é um estudo longitudinal que incluiu 146 crianças de diferentes estratos socioeconómicos, selecionadas a partir das listas de espera para CNP em instituições públicas na Suécia³². Foram incluídas as crianças que viviam com ambos os pais e que não tivessem usufruído de nenhum tipo de CNP previamente. Excluíram-se as famílias de estrato socioeconómico muito baixo ou com outros problemas médicos ou sociais. Com uma idade média de 19 meses as crianças estavam divididas por tipo de CNP: numa instituição (n = 54), no domicílio de um não-familiar (n = 33) ou em cuidados parentais no domicílio (n = 59). No início do estudo não havia diferenças significativas entre os grupos para a escala HOME ou para a Child Rearing Practices Report (CRPR)³³. As crianças foram acompanhadas durante sete anos, com avaliações periódicas aos 28, 40, 80 e 101 meses. As capacidades verbais foram avaliadas através das escalas Language Subscale of the Griffiths Developmental Scales^{34,35}. Antes de

ingressarem na escola primária foram sujeitas a avaliação usando duas subescalas verbais de leitura. Escalas análogas foram aplicadas no segundo ano do ensino básico, a fim de determinar igualmente a habilidade matemática. O contexto familiar foi avaliado utilizando a escala de pontuação de Hollingshead³⁶, que tem em consideração as habilitações literárias dos pais e a sua profissão. A qualidade dos cuidados foi avaliada usando medidas estruturais (rácio adultos/crianças) e dinâmicas (Spot Observation Checklist)³⁷. Os resultados demonstraram efeitos significativos, favorecendo as crianças sob CNP numa instituição, seguidas daquelas em cuidados parentais exclusivos. As crianças que antes dos 40 meses estiveram mais tempo sob CNP numa instituição apresentaram os níveis mais elevados nos testes de capacidade cognitiva (verbal e matemática) aos 8 anos. Apesar de se tratar de um estudo de coorte prospetivo com um *follow-up* superior a 80%, a amostra era pequena. Perante um estudo de qualidade limitada com resultados orientados para o paciente é-lhe atribuído um NE2.

O terceiro estudo selecionado foi publicado em 1992 e envolveu uma amostra de 128 crianças (Tabela 1), também na Suécia, provenientes de estratos socioeconómicos baixos e médios³⁸. Foram aleatoriamente contactadas famílias com crianças entre os 3 e 4 anos de idade a fim de participar no estudo longitudinal. As informações relativas aos cuidados da criança nos três primeiros anos de vida foram recolhidas retrospectivamente. As crianças foram estudadas em quatro grupos, de acordo com a idade de entrada para os CNP em instituições públicas suecas: entre 0 - 1 ano, entre 1 - 2 anos, depois dos 2 anos e em cuidados parentais no domicílio. As crianças que entravam na creche mais cedo eram provenientes de famílias com um estrato socioeconómico mais elevado, mães solteiras e/ou com habilitações literárias mais elevadas. Os professores avaliaram o desempenho das crianças em várias disciplinas, sendo que aos 13 anos aplicaram um questionário a fim de identificar fatores socioemocionais e competências cognitivas³⁸. O estudo concluiu que as crianças que ingressaram nos CNP mais precocemente, entre os 6 e os 12 meses, tinham um desempenho escolar significativamente melhor aos 8 e aos 13 anos, comparativamente às crianças com idades de entrada mais tardias, ou ao grupo que em cuidados parentais no domicílio. Aos 13 anos, observou-se uma diminuição gradual do desempenho escolar relacionada inversamente com a idade de ingresso nos CNP. Adicionalmente, quanto menor a idade de entrada para os CNP fora do domicílio, melhor a adaptação escolar (crianças mais independentes e com maior facilidade em verbalizar na transferência da

pré-escola para a escola e menor ansiedade no contexto escolar) aos 8 anos, mas não aos 13 anos. A adaptação escolar foi pior nas crianças anteriormente em cuidados parentais no domicílio. As crianças que ingressaram nos CNP fora do domicílio em idades mais jovens, revelaram-se aos 13 anos adolescentes mais criativos, socialmente confiantes, populares, abertos e independentes. Este estudo não identificou efeitos adversos associados à ingresso precoce em CNP. Tratou-se de um estudo prospetivo com um *follow-up* superior a 80% (a partir dos 3 anos de idade), mas retrospectivo para os primeiros anos de vida. Adicionalmente, o tamanho amostral é considerado pequeno pelos autores e a recolha de dados foi executada por terceiros (professores). É-lhe assim atribuído um NE2.

DISCUSSÃO

Para uma situação cada vez mais comum, como são os CNP, e em idades cada vez mais precoces, poucos estudos investigaram os seus efeitos, comparando-os com os cuidados ditos convencionais. A maioria dos estudos parece debruçar-se sobre as crianças com mais de 2 anos de idade e/ou com risco acrescido de atraso do desenvolvimento, critérios de exclusão na presente revisão. Uma revisão da Cochrane de 2009, que incluiu 2203 crianças com idades inferiores a 5 anos, em sete ensaios controlados e aleatorizados e um ensaio quase-aleatorizado, demonstrou um efeito positivo dos CNP no quociente de inteligência da criança, sucesso escolar, comportamento, empregabilidade a longo prazo, diminuição do comportamento criminal e menor taxa de gravidez na adolescência³⁹. Dos artigos incluídos nessa revisão, apenas quatro estudaram crianças com menos de 2 anos na data de início da intervenção e todos eles tiveram como alvo crianças consideradas de “alto risco” (prematuras, contexto social desfavorável). Além disso, a duração dos cuidados foi muito heterogénea, os rácios adultos/crianças eram muito baixos e alguns estudos incluíam os pais na intervenção, confundindo potencialmente os resultados. Com base nesta revisão da Cochrane, a Sociedade Canadense de Pediatria emitiu recomendações relativas aos CNP, sendo uma delas a preocupação com os centros de CNP que devem ser planeados de forma a proporcionar e manter cuidados de elevada qualidade⁴⁰.

Na presente revisão, os estudos selecionados foram indicativos de que os CNP fora do domicílio até aos 3 anos poderão exercer um efeito benéfico a nível do desenvolvimento cognitivo e da linguagem, traduzindo-se possivelmente num melhor desempenho escolar futuro (SORT B). Esta conclusão é limitada pelo facto de

a evidência encontrada ser inconsistente e não recente. Assim, apesar dos resultados dos estudos selecionados mostrarem algum benefício a favor dos CNP fora do domicílio, o tipo de estudo utilizado – observacional – enfraquece a qualidade dos resultados e a sua credibilidade. Os estudos observacionais longitudinais são os que mais frequentemente são realizados sobre a temática dos CNP, dadas as dificuldades na aleatorização e ocultação na investigação desta área. Mesmo realizando modelos de regressão, é virtualmente impossível controlar todas as variáveis de confundimento num estudo observacional dos CNP (contexto familiar e circunstâncias sociais e culturais, por exemplo). Assim, torna-se difícil formular conclusões definitivas e inferências causais. Apenas estudos com um desenho experimental ou a acumulação da evidência ao longo de vários estudos permitirá ultrapassar estas dificuldades.

Os três estudos apresentados obtiveram resultados através de pontuações segundo escalas de avaliação. Apesar de uma escala ser um meio auxiliar de diagnóstico, que avalia um *surrogate end point*, ela acaba neste caso por ser, de facto, o seu *clinical end point*, expressando diretamente, por exemplo, a aquisição da linguagem. Assim sendo, os resultados estudados utilizando este tipo de escalas foram considerados como “orientados para o paciente”.

Para uma melhor compreensão das conclusões, há que analisar criticamente os estudos incluídos. É de referir que o NICHHD é um estudo de boa qualidade²⁶, com uma grande amostra, que procurou estatisticamente controlar inúmeras variáveis propícias a enviesar resultados. Apesar da preocupação que levou à criação de uma escala de avaliação da qualidade dos cuidados especificamente para este estudo (ORCE), pode tornar-se difícil a comparação dos resultados com os de outros trabalhos ou levantarem-se dúvidas sobre a própria validade da (ainda) pouco experimentada escala. Adicionalmente, as escalas de avaliação da linguagem foram aplicadas pela mãe podendo introduzir um viés de informação.

Os outros dois estudos^{32,38} incluíram amostras em número reduzido e foram ambos realizados na Suécia. Nesse país, os estratos socioeconómicos têm uma menor importância preditiva, os CNP são fornecidos em instituições públicas e são subsidiados pelo estado a todas as famílias, independentemente dos seus rendimentos. Adicionalmente, a licença remunerada de parentalidade tem a duração possível de um ano. Um destes estudos³⁸ não avaliou a qualidade dos cuidados prestados, as famílias alteraram o seu ambiente doméstico, houve um considerável número de famílias monoparentais e os dados foram recolhidos por professores. Transversal a todos os artigos foi o facto de muitas das

escalas utilizadas para avaliar os resultados serem antigas ou terem sido elaboradas a partir de populações com características socioeconómicas específicas, o que pode sub ou sobrevalorizar as avaliações.

A aplicação direta dos resultados da presente revisão à realidade portuguesa deve ser feita com extrema cautela. As políticas norte-americana e sueca são muito díspares relativamente a Portugal, especialmente no que concerne às licenças parentais remuneradas e à forma como são encarados os CNP.

Tem vindo a ser reconhecido um potencial benefício dos CNP em creches em crianças com menos de 3 anos, a nível do desenvolvimento cognitivo, da linguagem, socioemotivo e comportamental. Assim, estas instituições não devem ser encaradas como meros depósitos de crianças que ficam a aguardar o regresso dos seus pais do trabalho. A este nível, os autores aludem a necessidade de se assegurarem CNP de elevada qualidade ou pelo menos não prejudiciais, promovendo todo o potencial a que as crianças têm direito.

A necessidade de mais estudos é clara, a fim de se determinar inequivocamente os efeitos dos CNP não só a nível do desenvolvimento cognitivo ou da linguagem mas noutros domínios. Esta revisão pode ser o ponto de partida para futuras investigações, especialmente à luz do contexto português. Terminando e parafraseando o grupo de investigadores do NICHHD: *After all, small effects on many children may be of far greater consequence to society than large effects on just a few*⁴¹.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer à Educadora de Infância Barbara Cardoso, à Dra. Magda Cardoso e à Dra. Cláudia Melo, pela sua colaboração no presente trabalho.

CORRESPONDÊNCIA

Vítor Bruno Portela Lopes Cardoso
muxmail@gmail.com

Recebido: 15/12/2013

Aceite: 01/11/2014

REFERÊNCIAS

1. Howes C. O impacto de cuidados não parentais sobre crianças pequenas (do nascimento até aos 2 anos de idade). *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*; 2011. <http://www.encyclopedia-crianca.com/Pages/PDF/HowesPRTxp1.pdf>
2. Veiga C, Passadouro R. Que creches frequentam as nossas crianças? *Saúde Infantil* 2002;24:37-42.
3. Parada, M. Como vamos de infantários na zona centro de Portugal: análise de três estudos. *Saúde Infantil* 2011;33:15-16.
4. Lobo AL, Castillo MA, Teixeira E. Características dos infantários numa área urbana-rural. *Nascer e Crescer* 2003;12:80-84.
5. World Health Organization. *Early Child Development: A Powerful Equalizer*. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a91213.pdf?ua=1>. Consultado em 12 de outubro de 2012.
6. Elman JL, Bates EA, Johnson MH, Karmiloff-Smith A, Parisi D, Plunkett K. *Rethinking Innateness*. Boston: MIT Press; 1996.
7. Belsky J, Steinberg LD. The effects of day care: A critical review. *Child Dev* 1978; 49: 929-949.
8. Belsky, J. Child care and its impact on young children (0-2). *Encyclopedia on Early Childhood Development*; 2005. http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/BelskyANGxp_rev-Child_care.pdf
9. Barglow P, Vaughn B, Molitor N. Effects of maternal absence due to employment on the quality of infant-mother attachment in a low risk sample. *Child Dev* 1987;58:945-954.
10. Owen, MT. Child care and the development of young children. *Encyclopedia on Early Childhood Development*; 2004. http://www.child-encyclopedia.com/Pages/PDF/child_care.pdf
11. Adamson L. *Communication Development During Infancy*. Madison: WCB Brown & Benchmark; 1995.
12. Messer D. *The Development of Communication: From Social Interaction to Language*. New York: Wiley; 1994.
13. Menyuk P, Liebergott J, Schultz M. Early. *Language Development in Full Term and Premature Infants*. Hillsdale: Erlbaum; 1995.
14. Harris M. *Language Experience and Early Language Development: From Input to Uptake*. London: Erlbaum; 1995.
15. Wells CG, Robinson WP. The role of adult speech in language development. In: Fraser C, Scherer K, editors. *The Social Psychology of Language*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
16. Hoff-Ginsberg E. Mother-child conversation in different social classes and communication settings. *Child Dev* 1991;62:782-796.
17. Hart B, Risley TR. *Meaningful Differences In The Everyday Experience Of Young American Children*. Baltimore: Brookes; 1995.
18. Barnett WS. Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes. *Future of Children* 1995; 5:25-50.
19. Brooks-Gunn J, McCarton GM, Casey PH, McCormick MC, Bauer CR, Bernbaum JL, et al. Early intervention in low-birth-weight premature infants: Results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. *JAMA* 1994; 272:1257-1262.
20. Burchinal MR, Campbell FA, Bryant DM, Wasik BH, Ramey CT. Early intervention and mediating processes in cognitive performance of children in low-income families. *Child Dev* 1997;68:935-954.
21. Lamb ME. Nonparental child care: Context, quality, correlates. In: Damon W, Sigel IE, Renninger KA, editors. *Handbook of Child Psychology, Vol. 4. Child Psychology in Practice*. 5th ed. New York: Wiley; 1997:73-134.
22. McLoyd VC. Children in poverty: development, public policy, and practice In: Damon W, Sigel IE, Renninger KA, editors. *Handbook of Child Psychology, Vol. 4. Child Psychology in Practice*. 5th ed. New York: Wiley; 1997:135-210.
23. Ramey CT, Ramey SL. Early intervention and early experience. *Am Psychol* 1998;58:109-120.
24. Huntsman L. *Determinants of Quality in Child Care: A Review of the Research Evidence*. Centre for Parenting & Research Service System Development Division, NSW Department of Community Services; 2008.
25. McCartney K. Situação atual da pesquisa sobre efeitos de cuidados não parentais. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*; 2011. <http://www.encyclopedia-crianca.com/Pages/PDF/McCartneyPRTxp1.pdf>.
26. Anónimo. The relation of child care to cognitive and language development. National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network. *Child Dev* 2000;71:960-980.
27. Caldwell B, Bradley R. The HOME inventory and family demographics. *Development Psychology* 1984;20:315-320.
28. Bayley N. *Bayley Scales of Infant Development*. San Antonio: The Psychological Corporation; 1969.
29. Bracken BA. *Bracken Basic Concept Scales*. San Antonio: The Psychological Corporation; 1984.
30. Fenson L, Dale PS, Reznick JS, Bates E, Thale DL, Pethick SJ. Variability in early communicative development. *Monogr Soc Res Child Dev* 1994;59:1-173.
31. Reynell J. *Reynell Development Language Scales*, US Edition. Los Angeles: Western Psychological Service; 1991.
32. Broberg AG, Wessels, Lamb ME, Hwang CP. Effects of day care on the development of cognitive abilities in 8-year-olds: a longitudinal study. *Dev Psychol* 1997;33:62-69.
33. Block, JH. *The Child-Rearing Practices Report: A Technique For Evaluating Parental Socialization Orientations*. Berkeley: Institute of Human Development, University of California; 1965.
34. Griffiths, R. *The Abilities Of Babies*. London: London University Press; 1954.
35. Griffiths, R. *The Abilities Of Young Children*. London: London University Press; 1970.
36. Hollingshead, AB. *The Four Factor Index Of Social Position*. New Haven: CT Yale University Department of Sociology; 1975.
37. Belsky J, Walker A. *Infant-Toddler Center Spot Observation System*. Pennsylvania: Pennsylvania State University, Department of Individual and Family Studies; 1980.
38. Andersson, BE. Effects of day-care on cognitive and socio-

motional competence of thirteen-year-old swedish schoolchildren. *Child Dev* 1992;63:20-36.

39. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 (revista em 2009);3:CD000564.

40. Anónimo. Health implications of children in child care centres Part A: Canadian trends in child care, behaviour and developmental outcomes. *Paediatr Child Health* 2008;13: 863-867.

41. Anónimo. Does quality of child-care affect child outcomes at age 4 (1/2)? *Dev Psychol* 2003;39:451-469.