

editorial

## Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP)

*Hercília Guimarães<sup>1</sup>*

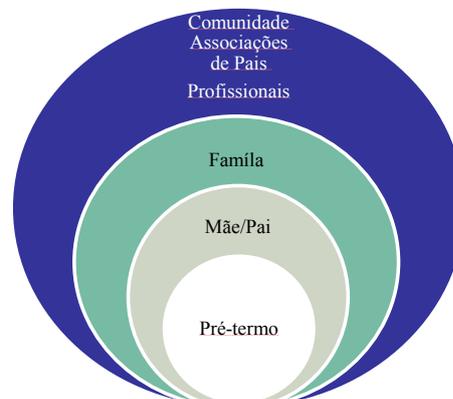
Para nos situarmos nesta filosofia de cuidados gostava que me acompanhassem numa rápida viagem através dos tempos desde que o prematuro começa a ser cuidado. E estou a reportar-me a meados do século XIX, início do século XX, quando surgiram as primeiras incubadoras. Nessa época os recém-nascidos eram colocados nas incubadoras, separados dos pais e famílias e em dias especiais faziam-se exposições para o público, como é do conhecimento dos profissionais da perinatologia.

Provavelmente alguns de nós recordam esta época em que os bebés deixaram de nascer em casa, rodeados de todo o carinho da família, para nascerem nos hospitais e, se necessário, serem tratados em unidades de neonatologia, em que os pais unicamente visitavam os seus filhos. Foi o início da separação do recém-nascido da família.

Eram unidades bem diferentes das actuais. Hoje apesar da alta sofisticação dos cuidados intensivos neonatais, estas unidades permitem a presença, acompanhamento e parceria dos pais nos cuidados diários ao bebé, assistindo-se a um maior envolvimento da família, com crescente participação dos pais nos cuidados aos seus filhos, a partir da segunda metade do século XX.

E assim chegamos aos cuidados centrados no desenvolvimento e na família representado neste diagrama, que coloca o bebé e a família no centro dos cuidados.

Neste Sistema de Cuidar o Bebé estão incluídos os profissionais e a comunidade, com especial relevo para as associações de pais. Temos em Portugal duas associações de pais prematuros (XXS e a Pais Prematuros) que têm feito um excelente trabalho em Portugal, e que fazem parte da EFCNI (European Foundation for the Care of the Newborn), associação que congrega todas as associações de pais dos vários países e que em colaboração com as sociedades científicas internacionais têm, igualmente como objetivo melhorar a qualidade da assistência perinatal nos países europeus, e actualmente mesmo para além da Europa. Integram-na também peritos profissionais de Neonatologia. A sua presidente é Silke Mader uma mãe de um bebé prematuro e também membro do conselho de administração da Federação Internacional de NIDCAP.



<sup>1</sup> Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Serviço de Neonatologia, São João NIDCAP Training Center, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar São João, Porto

E então em que consiste este programa, esta nova filosofia de cuidados?

O NIDCAP é uma forma integrada e holística dos cuidados de desenvolvimento centrados no doente e na família. São também chamados cuidados individualizados para o desenvolvimento, e por isso não obedecem a um protocolo, mas sim a linhas de orientação para cada recém-nascido. Sabemos que o que funciona bem para um bebé pode não funcionar para outro, e o que hoje se adequa a um bebé, pode no dia seguinte não se adequar.

Os profissionais devem a cada momento saber interpretar os sinais dos recém-nascidos para orientar os cuidados, sendo fundamental a formação dos mesmos nesta área do conhecimento, dado que a observação cuidada é a chave para entender o comportamento do bebé, conduzindo à correcta adequação dos cuidados aos sinais que ele apresenta.

No útero o feto espera e recebe estímulos cutâneos e químicos do líquido amniótico, o útero ajuda o feto a manter a sua postura fetal, o saco e líquidos amnióticos facilitam o desenvolvimento motor e o feto tem movimentos mais suaves e mais modulados. Também o ritmo circadiano e o estado emocional da mãe influenciam o comportamento do feto.

Após o nascimento, os prematuros, principalmente os grandes prematuros, estão sujeitos a desafios inesperados para o seu cérebro imaturo durante este período extremamente vulnerável do desenvolvimento cerebral. As experiências sensoriais nas unidades de cuidados intensivos são muito negativas para o desenvolvimento cerebral, nomeadamente no que se refere ao ambiente (exposição à luz, ao ruído) e às intervenções, que frequentemente são dolorosas, factos que se associam à diminuição das experiências positivas, que perderam com o nascimento prematuro. Todos estes conhecimentos devem ser tidos em conta diariamente pelos profissionais de saúde que cuidam estes recém-nascidos nas unidades.

O papel do NIDCAP é minimizar o impacto no cérebro imaturo de todas estas influências negativas, e, ao mesmo tempo, promovendo ou facilitando os aspectos que o influenciam favoravelmente, poder melhorar o desenvolvimento do cérebro e consequentemente os resultados a médio e longo prazo.

O respeito pelo recém-nascido e família, na sua diversidade, salientando os pontos fortes, ser honesto nas informações, colaborar com a família em todos os aspectos que ela necessitar, favorecer o aleitamento materno, o contacto pele com pele e a parceria de cuidados, promover seminários de educação para pais e família, facilitar as atividades de apoio de pais para pais, a presença ilimitada dos pais nas unidades, a participação dos pais nos cuidados e na tomada de decisão, a participação nas visitas médicas, a transição para a alta e os cuidados no domicílio, o apoio de populações específicas, nomeadamente famílias rurais, estrangeiros e mães adolescentes, os cuidados paliativos e, por fim, o acompanhamento no luto, são aspectos que integram a filosofia NIDCAP.

Com a adopção de estratégias baseadas em NIDCAP que reduzem o stress é possível minimizar a dor de forma não farmacológica.

Estudos recentes mostram diminuição no tempo de internamento dos recém-nascidos cuidados com esta metodologia, bem como uma melhoria do prognóstico neurológico dos prematuros aos 18 meses e na idade escolar, que receberam precocemente cuidados individualizados e de suporte ao seu desenvolvimento.

A diminuição da natalidade e o aumento da prematuridade são uma realidade à qual não podemos fugir, pelo que sendo assim, a formação dos profissionais de neonatologia nesta filosofia de cuidar parece-nos cada vez mais oportuna e necessária.

Hoje em dia acreditamos que esta forma de cuidar deve ser otimizada nas unidades de cuidados intensivos neonatais, reconhecendo que cada recém-nascido é um ser humano integrado numa família. O papel da equipa médica torna-se assim mais complexo e desafiador, mas muito mais gratificante.

Atualmente esta filosofia de cuidados constitui uma forma de marketing para as instituições hospitalares, que a adotam.

O sucesso desta filosofia, com uma abordagem multidisciplinar, no cuidado de recém-nascidos internados em cuidados intensivos é essencial para o desenvolvimento dessas crianças, motivo pelo qual o Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar São João iniciou a sua implementação em 2003, e em 1 de Abril de 2015 abriu o 1º Centro de formação de NIDCAP em Portugal, o São João NIDCAP Training Center.

Com a abertura deste centro, o 11º Centro de Formação de NIDCAP na Europa, o serviço pretende garantir a formação interna a todos os profissionais, para que todos os recém-nascidos admitidos no serviço possam beneficiar deste programa, bem como dar formação aos profissionais de outros serviços de neonatologia que o pretendam, quer em Portugal quer no estrangeiro, nomeadamente nos países de língua portuguesa.

---

Nascer e Crescer 2015; 24(3):99-102

---

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Als H. Neurobehavioral development of the premature infant. Avery ME, First LR (Eds.). *Pediatric Medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994:155-60.
2. Wender E, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Supporting the family after the death of a child. *Pediatrics* 2012;130(6):1164
3. Dobbins N, Bohlig C, Sutphen J. Partners in growth: Implementing family-centered changes in the neonatal intensive care unit. *Children's Health Care* 1994; 23(2), 115-26.
4. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family Support and Family-Centered Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Origins, Advances, Impact. *Semin Perinatol*. 2011;35(1):20-8.
5. Calabretta N, Cavanaugh S, Malone M, Swartz BJ. A hospital-based patient and family education center: if you build it, will they come? *Med Ref Serv Q*. 2011;30(1):19-30
6. Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD. Family support and family centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Semin Perinatol*. 2011; 35(1):20-8.
7. Als H, Duffy FH, McAnulty G, Butler SC, Lightbody L, Kosta S, Weisenfeld NI, Robertson R, Parad RB, Ringer SA, Blickman JG, Zurakowski D, Warfield SK. "NIDCAP improves brain function and structure in preterm infants with severe intrauterine growth restriction." *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2012 Oct; 32(10):797-803
8. Legendre V, Burtner PA, Martinez KL, Crowe TK. The evolving practice of developmental care in the neonatal unit: a systematic review. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2011;31(3):315-38
9. McAnulty G, Duffy FH, Kosta S, Weisenfeld NI, Warfield SK, Butler SC, Bernstein JH, Zurakowski D, Als H. School Age Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program for Medically Low-Risk Preterm Infants: Preliminary Findings. *J Clin Neonatol*. 2012;1(4):184-94
10. Milgrom J, Newnham C, Anderson PJ, Doyle LW, Gemmill AW, Lee K, Hunt RW, Bear M, Inder T. Early sensitivity training for parents of preterm infants: impact on the developing brain. *Pediatr Res*. 2010; 67(3):330-5.
11. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, Ewald U, Dykes F. Closeness and separation in neonatal intensive care. Separation and Closeness Experiences in the Neonatal Environment (SCENE) group. *Acta Paediatr*. 2012;101(10):1032-7.
12. Roofthoof DW, Simons SH, Anand KJ, Tibboel D, van Dijk M. Eight years later, are we still hurting newborn infants? *Neonatology*. 2014;105(3):218-26.

13. Björn Westrup. Family-Centered Developmentally Supportive Care. *Neoreviews* 2014;15:e325.
14. Guimarães H, Rocha G, Almeida F, Brites M, Van Goudoever JB, Iacoponi F, Bellieni C, Buonocore G. Ethics in neonatology: a look over Europe. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25(7):984-91.
15. Moura H, Costa V, Rodrigues M, Almeida F, Maia T, Guimarães H. End of life in the neonatal intensive care unit. *Clinics (Sao Paulo).* 2011; 66(9):1569-72.
16. Soares C, Rodrigues M, Rocha G, Martins A, Guimaraes H. End of Life in Neonatology: Palliative Care Integration. *Acta Med Port* 2013;26(4):318-26.
17. Guimarães H, Rocha G, Bellieni C, Buonocore G. Rights of the newborn and end-of-life decisions. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25 Suppl 1:76-8.
18. Donovan LA, Wakefield CE, Russell V, Cohn RJ Hospital-based bereavement services following the death of a child: A mixed study review. *Palliat Med.* 2014 Nov 13. pii: 0269216314556851.
19. <http://www.efcni.org/>
20. <http://www.uenps.com/>.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hercília Guimarães:  
Departamento de Pediatria da FMUP  
S. Neonatologia, Hospital Pediátrico Integrado, Centro Hospitalar São João  
Alameda Professor Hernani Monteiro, 4202-139 Porto.  
e-mail: [herciliaguimaraes@gmail.com](mailto:herciliaguimaraes@gmail.com)

Recebido a 25.05.2015 | Aceite a 22.06.2015