

Tecnologia educativa sobre cuidados domiciliares com o recém-nascido de baixo risco

Educational technology on home care with low-risk newborns

Tecnología educativa para el cuidado del hogar con recién nacidos de bajo riesgo

Andressa Silva Torres dos Santos^I; Fernanda Garcia Bezerra Góes^{II}; Beatriz Cabral Ledo^{III};
Liliane Faria da Silva^{IV}; Mayara Pacheco da Conceição Bastos^V; Maria da Anunciação Silva^{VI}

RESUMO

Objetivo: identificar dúvidas de puérperas e familiares sobre cuidados domiciliares com o recém-nascido de baixo risco e analisar a roda de conversa, mediada por simulador realístico de baixa fidelidade, como uma tecnologia educativa para o preparo de famílias no processo de alta da maternidade. **Método:** pesquisa qualitativa, incluindo dezenove familiares de recém-nascidos de baixo risco em um hospital municipal de Rio das Ostras, Rio de Janeiro, de maio a outubro de 2018, por entrevista semiestruturada. Dados submetidos à Análise Temática. **Resultados:** as dúvidas dos familiares versaram sobre cuidados com higiene, alimentação, ambiente, afeto, saúde, sono e doenças. A roda de conversa com simulador de baixa fidelidade foi considerada uma estratégia positiva para mediar o aprendizado. **Conclusão:** a tecnologia educativa revelou-se útil na instrumentalização de famílias no processo de alta da maternidade, visto que o cuidador fortalece suas potencialidades, retira dúvidas e troca informações e experiências no grupo.

Descritores: Recém-nascido; família; alta do paciente; tecnologia educacional.

ABSTRACT

Objective: to identify puerperal and family members' questions about home care with low-risk newborns and to analyze the conversation circle, mediated by a realistic low fidelity simulator, as an educational technology for the preparation of families in the maternity discharge process. **Method:** qualitative research conducted with nineteen relatives of low-risk newborns in the municipal hospital in Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brazil, from May to October 2018, through semi-structured interview. Data submitted to thematic analysis. **Results:** the family members' doubts were about care with hygiene, food, environment, affection, health, sleep and diseases. The conversation wheel with low fidelity simulator was considered a positive strategy to mediate learning. **Conclusion:** the educational technology proved to be useful in the instrumentalization of families in the maternity discharge process, as the caregiver strengthens their potential, removes doubts and exchanges information and experiences in the group.

Descriptors: Infant, newborn; family; patient discharge; educational technology.

RESUMEN

Objetivo: identificar dudas puerperales y familiares sobre atención domiciliar con recién nacidos de bajo riesgo y analizar el círculo de conversación, mediado por simulador realista de baja fidelidad, como una tecnología educativa de preparación de familias en el proceso de alta de la maternidad. **Método:** investigación cualitativa, con diecinueve familiares de recién nacidos de bajo riesgo en un hospital municipal en Río das Ostras, Río de Janeiro, de mayo a octubre de 2018, a través de entrevistas semiestructuradas. Se utilizó a Análisis temático. **Resultados:** las dudas fueron sobre higiene, alimentación, medio ambiente, afecto, salud, sueño y enfermedades. El círculo de conversación con simulador se consideró una estrategia positiva para mediar en el aprendizaje. **Conclusión:** la tecnología educativa demostró ser útil en la instrumentalización de familias en el proceso de alta de la maternidad, porque el cuidador fortalece su potencial, elimina dudas e intercambia información y experiencias en el grupo.

Descriptores: Recién nacido; familia; alta del paciente; tecnología educacional.

INTRODUÇÃO

O processo de alta da maternidade, que inclui o preparo de famílias para os cuidados domiciliares com o recém-nascido de baixo risco, deve ser iniciado na admissão do binômio no Alojamento Conjunto e abarcar orientações sobre higiene, nutrição, manuseio, comportamento, interação, sono, dentre outras¹. Busca-se redução dos níveis de ansiedade e estresse dos familiares e de agravos e reinternações dos bebês, além do desenvolvimento de competências e identificação de recursos comunitários para o acompanhamento após a alta hospitalar^{2,3}.

^IEnfermeira. Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: torresandressa@hotmail.com

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ferbezerra@gmail.com

^{III}Enfermeira. Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: beatriz.cabral.ledo@gmail.com

^{IV}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: lili.05@hotmail.com

^VEnfermeira. Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: mayarabastos@gmail.com

^{VI}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal Fluminense. Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: inaiaask8@terra.com.br

^{VI}Fomento: Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq).

O recém-nascido de baixo risco também demanda atenção especial pela vulnerabilidade e dependência total de cuidados⁴. O profissional de saúde, incluindo o enfermeiro, deve desenvolver ações educativas que articulem saberes e práticas, visando minimizar as dificuldades do período neonatal, contribuindo, assim, para a reorganização familiar e o melhor desenvolvimento infantil^{4,5}.

O preparo de alta precisa ser construído numa perspectiva problematizadora, baseado na realidade concreta das pessoas. É fundamental romper com a verticalidade das relações e a mera transmissão de informações, para estabelecer uma relação transversal e dialógica⁶ entre enfermeiros e famílias.

A roda de conversa é uma tecnologia educativa que possibilita encontros dialógicos, mediada pela produção e ressignificação de sentidos e saberes, oriundos das experiências concretas dos participantes. Intenciona a construção de novas possibilidades de percepção, reflexão, ação e modificação, em que as pessoas podem se reconhecer como condutores de suas próprias escolhas^{7,8}.

A simulação clínica, de alta, média ou baixa fidelidade, tem sido utilizada na área da saúde junto a profissionais, acadêmicos e pacientes⁹⁻¹³. É uma experiência na qual se imita, de forma segura, as singularidades de uma situação real, objetivando praticar, aprender, avaliar, testar ou desenvolver a compreensão dos sistemas ou ações humanas^{11,14,15}.

Pesquisas científicas sobre a roda de conversa com simulação perante esse público-alvo não foram localizados, logo, foram objetivos do estudo identificar dúvidas de puérperas e familiares sobre cuidados domiciliares com o recém-nascido de baixo risco e analisar a roda de conversa, mediada por simulador realístico de baixa fidelidade, como uma tecnologia educativa para o preparo de famílias no processo de alta da maternidade.

REFERENCIAL TEÓRICO

O suporte teórico é Paulo Freire, para o qual o trabalho em grupo possibilita o empoderamento de indivíduos, através do intercâmbio de saberes que extrapola o conceito de capacitação. Pela constante interrogação crítica da realidade, o conhecimento vai sendo construído, vivenciado e articulado coletivamente e interativamente^{6,16}. Cria-se possibilidades para que as pessoas tenham mais autonomia e poder, favorecendo o vínculo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde¹⁷.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa¹⁸ desenvolvida no Alojamento Conjunto de um hospital municipal de Rio das Ostras, Rio de Janeiro. Participaram puérperas e familiares a partir de 18 anos, cujos recém-nascidos estavam em boas condições de saúde e internados no cenário da pesquisa, sendo estes os critérios de inclusão. Foram excluídos: puérperas e familiares com limitação cognitiva e mental; e/ou de recém-nascidos de alto risco; e/ou puérperas com intercorrências clínicas no dia da produção de dados. Delimitou-se o quantitativo de participantes pela saturação dos dados¹⁹.

A produção de dados ocorreu entre maio e outubro de 2018 em três momentos. No primeiro, antes das rodas de conversa, foram realizadas, entrevistas semiestruturadas, gravadas por mídia digital, com perguntas fechadas referentes à caracterização dos participantes e as seguintes questões abertas: 1) Fale sobre os cuidados que você realizará com o bebê em casa; 2) Você tem dúvidas quanto aos cuidados que você realizará com o bebê em casa?

No segundo, foram realizadas rodas de conversa utilizando um roteiro baseado nas dúvidas identificadas na etapa anterior, além de um simulador realístico de baixa fidelidade, um manequim estático de vinil com dimensões similares a um corpo de recém-nascido, adaptado com coto umbilical fictício de plástico e *clamp* preso a ele. O simulador foi manuseado pelos participantes para demonstração dos pretendidos cuidados com o recém-nascido no domicílio e suas incertezas, e pelos pesquisadores para simulação e orientações sobre as dúvidas emergentes.

No terceiro, após cada roda, sucederam-se novas entrevistas para analisar a tecnologia educativa, diante da questão: fale sobre o que você achou da roda de conversa com uso do boneco para orientação dos cuidados que você vai realizar em casa?

Os depoimentos, antes e após as rodas, foram transcritos na íntegra e submetidos à Análise Temática em suas etapas (pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretações)¹⁸ mediante frequência das unidades de registro (UR)²⁰.

Protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 73671517.5.0000.5243; Parecer: 2.297.853) e dados produzidos após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Foram utilizados códigos alfanuméricos (F para familiares e P puérperas) mediante ordem de participação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira etapa, participaram dezenove familiares (100%), destes, treze puérperas (68,4%), três avós (15,8%),

duas tias (10,5%) e um pai (5,3%). A maioria tinha entre 20 e 24 anos (36,8%) e ensino médio completo (42,1%). Foram realizadas nove rodas de conversa com a participação média de três a quatro familiares, contabilizando os que não estavam compondo a amostra. A segunda e a terceira etapas foram concretizadas com dezessete (89,47%) familiares, excluindo-se duas puérperas que não concluíram participação.

A presença majoritária de mulheres (94,7%) remete à perpetuação do legado feminino de cuidado, ideologia socioculturalmente determinada, conforme pesquisas com cuidadores de populações dependentes (crianças e idosos)²¹⁻²³. A mãe é culturalmente cobrada acerca de conhecimentos sobre cuidados básicos com bebê, principalmente em relação à higiene, alimentação e segurança²².

Da análise do corpus textual, 290 (100%) UR foram identificadas, as quais foram agregadas em três categorias analíticas.

Cuidados domiciliares com o recém-nascido na perspectiva de puérperas e familiares

Essa categoria congrega a reflexão dos participantes sobre a realidade a ser vivida por eles no pós-alta da maternidade em relação aos cuidados com o recém-nascido, antes que os mesmos expusessem suas dúvidas. Das unidades de registros, 121 (41,7%) pertencem a esta categoria e incluíram referências relativas à higiene (13,1% UR), alimentação (6,6% UR), ambiente (6,6% UR), afeto (6,2% UR), saúde (5,9% UR), sono (2,1% UR) e doenças (1,4% UR).

Quanto à higiene, dezessete participantes citaram cuidados com o banho, mas também houve menções quanto ao manejo do coto umbilical, troca de fraldas, prevenção de assaduras, corte de unhas, higiene oral, asseio de roupas e utensílios, e lavagem das mãos antes do contato com o bebê.

Banho, [...] limpar linguinha, gengiva, [...] umbigo, pomadinha para não assar, cortar a unha. (P11)

Álcool 70 no umbiguinho. (F4)

Ações relacionadas à amamentação foram identificadas em nove depoimentos como práticas de cuidado domiciliar, especialmente pelas puérperas, considerando fragmentos textuais que abordaram os cuidados antes, durante e após as mamadas.

Amamentação [...], estou aprendendo para em casa ela não ficar faminta, [...] não precisar dar esses leites de fora. (P7)

Sobre os cuidados com o ambiente, nove participantes expuseram suas preocupações em evitar que o recém-nascido permaneça na friagem e a necessidade do ambiente limpo e arejado.

Sempre manter bem aquecido, não ficar pegando friagem, não deixar roupa no varal. (P2)

A qualidade dos cuidados ofertados ao recém-nascido no contexto comunitário e familiar é crucial para seu crescimento e desenvolvimento saudável e até mesmo para sua sobrevivência. Evidências apontam que cuidados básicos como higiene adequada, inclusive do coto umbilical, amamentação exclusiva e oferta de calor, também evidentes nas falas dos participantes, são práticas preventivas simples capazes de reduzir significativamente a morbimortalidade neonatal²⁴. Assim, práticas cuidativas oriundas da realidade concreta das pessoas, como as averiguadas na pesquisa, precisam ser reconhecidas e valorizadas pelos profissionais de saúde durante o processo de alta da maternidade, com orientações contextualizadas, visando cuidados seguros e com qualidade.

Atos de amor, carinho, proteção e educação foram reconhecidos por sete participantes como práticas cuidativas no pós-alta da maternidade. O mesmo quantitativo apontou os cuidados gerais com a saúde, que incluíram consultas ao pediatra, vacinação, agasalhamento e banho de sol. Apenas dois participantes citaram a prevenção de patologias específicas, como gripe.

Cuidar [...], dar amor e carinho para minha filha. (P9)

Muito cuidado por causa de gripe. (F5)

Três participantes sinalizaram cuidados com o sono do recém-nascido, com referências ao local de descanso do bebê. Um familiar demonstrou preocupação com o perigo da criança dormir ao lado da mãe, pelo risco de sufocação. Entretanto, equivocadamente dois participantes sinalizaram que a posição lateralizada é a adequada para o bebê dormir.

Acostumar onde vai dormir, ficar no berço, [...] colocar no carrinho numa posição de lado. (F1)

Esse achado é preocupante, pois as diretrizes atuais indicam a posição dorsal (supina) para os bebês com o intuito de prevenir a morte súbita do lactente, revelando uma lacuna no processo educativo em saúde junto às famílias, também encontrada em outro estudo que verificou recomendações profissionais equivocadas sobre esse cuidado²⁵.

Os achados sobre os cuidados domiciliares assemelham-se a outro estudo realizado em um grupo de acolhimento familiar, no qual também foram discutidas questões sobre higiene, coto umbilical, cólica, banho de sol, amamentação, caderneta da criança, eliminações fisiológicas e sinais de alerta de agravos²³.

Portanto, ressalta-se a importância de maior atenção relacionada às necessidades básicas do recém-nascido em domicílio, ao passo que essa fase da vida envolve inúmeros desafios físicos, emocionais e sociais à mãe e ao bebê, o que afeta diretamente sua sobrevivência e qualidade de vida²⁵.

Dúvidas de puérperas e familiares sobre cuidados domiciliares com o recém-nascido

Os familiares reconheceram cuidados a serem realizados no domicílio com o recém-nascido, contudo, ao refletirem sobre os mesmos, sinalizaram dúvidas para sua concretização em seu contexto de vida. Essa categoria obteve 30,3% das UR, cujos fragmentos textuais sobre dúvidas foram relacionados à higiene (9,7% UR), alimentação (4,8% UR), insegurança (4,1% UR), medo (2,1% UR), doenças (1,7% UR), cuidado com o ambiente (1% UR) e sono (0,3% UR).

Nove entrevistados ressaltaram incertezas quanto ao banho, sua forma de realização e quantidade diária, além do cuidado com o coto umbilical e a retirada da pomada de prevenção de assaduras antes da higienização.

Dúvida de quantos banhos pra recém-nascido tem que dar. (P5)

Na questão da pomada, que quando a gente vai dar banho ainda está com pomada [...]. A gente só tira o excesso? (F1)

Sobre a higiene também foram relatadas dúvidas referentes à limpeza da cavidade oral e ouvido do recém-nascido, além dos cuidados com o corte das unhas.

Da linguinha e da gengiva eu não sei como fazer. [...] Sei que é com uma toalhinha molhada, mas eu não sei em que momento. Limpar ouvidinho, se precisa agora. (P11)

A higiene corporal do recém-nascido necessita ser baseada nas melhores evidências para evitar prejuízos à saúde do bebê, especialmente o banho, que objetiva remover resíduos e reduzir a colonização da pele, e apesar de ser uma prática rotineira de tradição cultural²⁶, não é isento de riscos, reforçando a importância de orientações específicas sobre esse cuidado.

Dúvidas sobre alimentação surgiram quanto à eructação após a mamada, pega correta e se o leite materno conseguirá nutrir suficientemente o bebê.

Amamentação, a pega dela (do bebê). (P1)

A preocupação e a insegurança quanto aos cuidados com o bebê no domicílio foram mencionadas por cinco participantes. A incerteza se às práticas realizadas com o bebê seriam corretas ou se conseguiriam realizá-las, afligia esses familiares.

Banho, se eu vou conseguir. [...] De deixar ele se engasgar de madrugada, de acontecer alguma coisa. De eu não conseguir ter leite. (P3)

O medo foi relatado por quatro participantes, no momento do banho e mediante refluxo, para não broncoaspirar; e no cuidado com a pele, visando evitar complicações no recém-nascido, conforme experiência anterior de um familiar.

Mais medo dessas coisas de refluxo, [...] não saber lidar se ele engasgar. (P12)

A preocupação, a insegurança e o medo, citados anteriormente, advêm boa parte da dificuldade em saber lidar mediante situações inesperadas como a broncoaspiração. Tais receios também estão atrelados a possíveis agravos que a criança pode desenvolver. Ademais, dúvidas em relação à cólica, refluxo, resfriado e outros problemas respiratórios emergiram em quatro entrevistas.

Como realmente eu posso proteger ele de algum resfriado. (P2)

Verifica-se que as famílias enfrentam uma série de obstáculos, dúvidas e receios. De forma similar, em outro estudo com 88 pais, houve relatos de dificuldades sobre pega do mamilo, eructação do bebê, manejo do coto umbilical e atuação perante engasgamento do filho²⁷.

Dois participantes relataram ainda preocupações relativas à possibilidade do bebê sair de casa para outros ambientes.

Se eu vou poder sair com ele, com o tempo assim, não digo no sereno à noite, mas sair assim à tarde. (P2)

Quanto ao sono, apesar da recomendação profissional da posição supina para dormir, uma participante se mostrou contrária, colocando seu filho em decúbito lateral, pelo receio da broncoaspiração.

Agora eles estão recomendando botar pra cima, mas parece que a criança vai engasgar, aí eu boto de lado. Não obedeço. (P6)

Demandas de aprendizagem sobre práticas cuidativas com o recém-nascido podem surgir desde a gestação até o puerpério. Logo, é primordial o preparo de famílias de forma transversal, isto é, ao longo do pré-natal, durante a permanência na maternidade e nas consultas de puerpério e visitas domiciliares na atenção primária, visando retirar dúvidas emergentes para a prestação de um cuidado seguro²⁸.

Apesar desta recomendação, diversas demandas de aprendizagem não sanadas foram presentes nos depoimentos, o que evidencia lacunas no processo de alta, visto que estavam imersos em dúvidas, mesmo com os bebês sob seus cuidados e com a alta hospitalar autorizada, em alguns casos.

Por outro lado, alguns participantes relataram a existência de situações que minimizam tais desafios e dúvidas, como o apoio familiar (3,8% UR), principalmente das avós que mediam o processo de ensino-aprendizagem, e a experiência prévia com a maternidade (2,8% UR), dado que essas mulheres já possuem uma cultura de cuidado estabelecida.

Sempre temos (dúvidas), mas demos sorte porque as duas avós vieram para cá para orientar a gente. [...] Aí o que a gente não pegou ainda, a gente vai para as vovós que vão ensinando. (F1)

Nota-se que a família se configura como a principal rede de apoio nesse processo transicional, incluindo auxílio no cuidado ao bebê, além de participação no esclarecimento das demandas e no compartilhamento de experiências, conforme os achados. Esse apoio familiar é representado, em sua maioria, pela figura feminina, pois o processo de aprendizagem primária nas famílias é permeado pela herança histórico-cultural, na qual a divisão sexual para o cuidado doméstico-familiar é fortalecida pela presença de mulheres²¹, o que também foi apurado nesta análise.

Estudos apontam que, seguido da família, o enfermeiro é a fonte de maior apoio que os pais recorrem para sanar dúvidas sobre os cuidados com o recém-nascido, possuindo um importante papel como mediador no processo de construção da autonomia materna para o cuidar^{1,27,29}, contudo, essa atuação não foi evidente nesse estudo.

Frente às dúvidas sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido são fundamentais ações de educação em saúde inspiradas na educação problematizadora, visando a promoção do cuidado emancipatório. Esse mesmo princípio, que deve ancorar ações voltadas às mães de recém-nascidos prematuros, conforme aponta literatura³⁰, pode ser aplicado junto às famílias de recém-nascidos de baixo risco.

Roda de conversa com simulação de baixa fidelidade como tecnologia educativa na transição da maternidade para casa

A roda de conversa com a utilização da simulação de baixa fidelidade mostrou-se uma tecnologia educativa em saúde significativa para atender às necessidades de aprendizado da família na transição da maternidade para casa, obtendo representatividade de 27,9% das UR. Após a sua realização, a ação educativa obteve um *feedback* positivo entre os 17 (100%) participantes. Todos relataram ter gostado de participar, sendo considerada interessante, importante, produtiva, eficiente, útil e válida na compreensão do cuidado com o bebê.

Achei muito interessante, foi muito útil, explicação, tudo direitinho, gostei bastante. (P2)

Espero que as pessoas levem isso para casa e façam (os cuidados com o bebê). (P3)

A roda de conversa se concretizou numa estratégia de aprendizado para 15 (88,2%) dos entrevistados, por ser um instrumento esclarecedor, que sanou dúvidas mediante a reflexão acerca da situação que estavam vivenciando, favorecendo a construção de um saber próprio sobre determinados cuidados com o recém-nascido mediante a ampliação de conhecimentos anteriores. Os participantes se mostraram desejosos de participar de outras rodas sobre a temática.

Esclareceu muita dúvida que eu tinha. Algumas orientações que eu tinha de um lado, do outro, mas acabou tendo uma própria ideia de como fazer as coisas. (F1)

Tirei todas as minhas dúvidas, acho que seria bom se tivesse mais vezes, pra gente ter um conhecimento melhor. (P5)

A escuta qualificada aos familiares, com a valorização dos seus saberes e práticas de cuidado com o bebê, além de suas percepções sobre a situação vivenciada, é uma importante ferramenta de interação, permitindo uma relação de confiança e respeito entre profissionais de saúde e cuidadores³¹. A utilização de estratégias criativas na comunicação entre profissional-família-paciente facilita a expressão de sentimentos, saberes e vivências importantes, possibilitando ao enfermeiro a sensibilização acerca das melhores práticas de cuidado³².

É preciso aliar o saber científico ao popular, para que os educandos possam ampliar seus conhecimentos prévios, por meio da reflexão crítica de sua realidade. Assim, tornar-se-á possível a construção de uma prática cuidativa segura e saudável, com autonomia da família para decidir e realizar o que for mais adequado no cuidado de seu bebê³¹.

Duas puérperas com experiências prévias de maternidade descreveram a atividade educativa como uma oportunidade de trocas de experiências, pois reconheceram que possuíam conhecimentos prévios e, assim, eram capazes de aprender e ensinar. Portanto, a tecnologia educativa mostrou-se importante tanto para mães primíparas quanto para as múltiparas.

A gente tira dúvidas, tanto nossa como de vocês, vocês aprendem também. [...] Têm muitas meninas de primeira viagem que estão aprendendo e vocês trazem isso pra estar ensinando ou até mesmo a mim mesmo. (P8)

A gente acha que tem mais experiência [...] e a gente acaba trocando também. (P9)

A roda de conversa mostrou-se capaz de promover a transição da consciência ingênua para a crítica, ao facilitar o aprendizado de novos saberes e habilidades, a partir da valorização de conhecimentos prévios e da troca de experiências³³. Ademais, verificou-se a pretensão de multiplicar conhecimentos apreendidos com outras puérperas e de colocá-los em prática no pós-alta. Resultados semelhantes emergiram de estudo que utilizou a mesma tecnologia junto aos familiares de crianças com necessidades especiais. Eles avaliaram positivamente os recursos utilizados, o diálogo entre os participantes e a promoção da segurança no cuidado³⁴.

Eu aprendi e vocês também aprenderam. [...] Compartilhar os exemplos. (F2)

Com essa aprendizagem posso até passar para elas (puérperas que não participaram da roda). (F4)

Os participantes ponderaram que a utilização do simulador de baixa fidelidade para a representação dos cuidados é uma ferramenta de ensino muito interessante e útil, visto que se aproxima ao tamanho de um bebê real.

Ainda mais o tamanho do boneco. Acho que facilita o entendimento da gente, como que fazer as coisas. (F1)

O emprego desta tecnologia facilita a demonstração dos cuidados e compreensão de como realizá-los, favorecendo a reflexão da situação a ser vivida no domicílio, a partir da visualização de um ambiente concreto de cuidado.

Ajudou muito [...] tirou às dúvidas dela (outra puérpera). É bom a apresentação com o boneco, porque não tem outra forma. Pra elas, pra mãe marinha de primeira viagem é bom porque elas entendem melhor [...], fica mais fácil. (F3)

A simulação de baixa fidelidade cria um ambiente de aprendizado seguro, portanto, é uma ferramenta educativa importante para os cuidadores de bebês enquanto se preparam para os cuidados domiciliares¹⁵, o que foi ratificado nos achados. O manuseio do manequim pelos familiares tem potencial para motivar discussão, demonstrações práticas e trocas de experiências que minimizam as dúvidas e os medos³⁴.

O uso de simuladores com pacientes e cuidadores, como nesse estudo, é uma prática que auxilia as pessoas no desenvolvimento de habilidades para o cuidado de si e do outro. Estudo brasileiro que construiu e validou um simulador de baixo custo para capacitação de pacientes com diabetes mellitus e seus cuidadores, revelou que essa estratégia educativa favorece a identificação de pontos críticos relacionados à técnica de aplicação da insulina, permitindo o planejamento de ações educacionais mais diretas e eficazes¹¹.

A limitação do estudo refere-se ao único contexto geográfico, sendo necessários mais estudos em realidades sociais diversas, além de investigações que validem esta tecnologia educativa em uma amostra representativa do público-alvo.

CONCLUSÃO

Os achados apontam diversos cuidados domiciliares a serem realizados pelas famílias com os recém-nascidos de baixo risco. Contudo, muitas dúvidas surgiram para sua concretização no contexto de vida.

A roda de conversa com simulação de baixa fidelidade revelou-se uma tecnologia educativa útil na instrumentalização de famílias no processo de alta da maternidade, visto que o cuidador fortalece suas potencialidades, retira dúvidas e troca experiências no grupo.

Como implicação para a enfermagem tem-se a proposição de uma tecnologia educativa em saúde inovadora capaz de suscitar dúvidas e facilitar o desenvolvimento de orientações contextualizadas e dialógicas sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido.

REFERÊNCIAS

1. Duarte FCP, Góes FGB, Rocha ALA, Ferraz JAN, Moraes JRMM, Silva LF. Preparing for discharge of low-risk newborns to home care. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 08]; 27:385-23. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38523>
2. Alcântara KL, Brito LLMS, Costa DVS, Façanha APM, Ximenes LB, Dóti RCM. Family guidelines needed for a safe hospital of the premature newborn: integrative review. Rev Enferm UFPE online [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 08]; 11(2):645-55. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/1c26/cb3a22a614c6edb245607ec340ee3fb8a4ed.pdf>
3. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 08]; 19(3):847-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
4. Leandro JS, Christoffel MM. Family home care for newborns: an ethnographic case study. Texto & contexto Enferm [Internet]. 2011 [cited 2019 Aug 08]; 20(spe):223-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500028>
5. Paes C, Paixão A. The importance of health education approach: literature review. Rev Bras [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 08]; 6(11):80-90. Available from: <http://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/38>
6. Barros R. Revisiting Knowles and Freire: andragogy versus pedagogy - or the dialogic as the essence of socio-pedagogic

mediation. *Educ Pesqui* [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 08]; 44:e173244. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1678-4634201844173244>

7. Dias ESM, Rodrigues ILA, Miranda HR, Corrêa JA. Conversation wheel as education strategy in health for nursing. *Rev Pesqui Cuid Fundam* (Online). 2018 [cited 2019 Aug 08]; 10(2):379-84. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.379-384>
8. Sampaio J, Santos GC, Agostini M, Salvador AS. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. *Interface* (Botucatu, Online). 2014 [cited 2019 Aug 08]; 18(2 Suppl):1299-311. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>
9. Abreu AG, Freitas JS, Berte M, Ogradowski KRP, Nestor A. The use of realistic simulation as teaching-learning methodology for nursing staff in a child-adolescent hospital: experience report. *Ciênc Saúde* (Porto Alegre) [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 08]; 7(3):162-66. DOI: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2014.3.17874>
10. Rohrs RMS, Santos CF, Barbosa RS, Carvalho MB. Impact of the realistic simulation methodology in nursing undergraduate course. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 08]; 11(12 Suppl):5269-74. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a23005p5269-5274-2017>
11. Silva JP, Pereira Junior GA, Meska MHG, Mazzo A. Construction and validation of a low-cost simulator for training patients with diabetes mellitus and/or their caregivers in insulin administration. *Esc Anna Nery* (Online). 2018 [cited 2019 Aug 08]; 22(3):e20170387. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0387>
12. Trincado-Alonso F, Dimbwadyo-Terrer I, Reyes-Guzmán A, López-Monteaugdo P, Bernal-Sahún A, Gil-Augdo Á. Kinematic metrics based on the virtual reality system Toyra as an assessment of the upper limb rehabilitation in people with spinal cord injury. *Biomed Res Int* [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 08]; 2014:1-11. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/904985>
13. Hegland PA, Aarlie H, Stromme H, Jamtvedt G. Simulation-based training for nurses: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 08]; 54:6-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.004>
14. Akram M, Ismail F. Simulation training in primary care. *InnovAiT* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 08]; 10(12):765-67. DOI: <https://doi.org/10.1177/1755738016654727>
15. Arnold J, Diaz MCG. Simulation training for primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Semin Perinatol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 08]; 40:466-72. DOI: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2016.08.007>
16. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 54ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2013.
17. Melo RHV, Felipe MCP, Cunha ATR, Vilar RLA, Pereira EJS, Carneiro NEA, et al. Round table: a Partnership between Education, Service and Community. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2016 [cited 2019 Aug 08]; 40(2):301-09. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e01692014>
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2014.
19. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Augiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm* (Online). 2018 [cited 2019 Aug 08]; 71(1):228-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
20. Oliveira DS. Theme/category-based content analysis: a proposal for systematization. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2008 [cited 2019 Aug 08]; 16(4):569-76. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>
21. Meira EC, Reis LA, Gonçalves LHT, Rodrigues VP, Philipp PR. Women's experiences in terms of the care provided to dependent elderly: gender orientation for care. *Esc Anna Nery* (Online). 2017 [cited 2019 Aug 08]; 21(2):e20170046. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200217&script=sci_arttext&lng=en
22. Baraldi NG, Praça NS. Newborn care practices based on life context of women in the puerperium. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 08]; 12(2):282-9. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i2.19596>
23. Gomes ALM, Rocha CR, Henrique DM, Santos MA, Silva LR. Family knowledge on newborn care. *Rev Rene* (Online). 2015 [cited 2019 Aug 08]; 16(2):258-65. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200016>
24. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 09]; 384(9940):347-70. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60792-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60792-3)
25. Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV, Santos NCCB, Collet N, Reichert APS. First week of integral health for the newborn: nursing actions of the Family Health Strategy. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 09]; 39:e2017-0068. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0068>
26. Ruschel LM, Pedrini DB, Cunha MLC. Hypothermia and the newborn's bath in the first hours of life. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 09]; 39:e20170263. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170263>
27. Santos R, Cardoso B, Duarte V, Henriques CMG, Jorge S, Alexandre J. Problems parents encounter in caring for the newborn. *Medwave* [Internet]. 2012; 12(4):e5408. DOI: <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.04.5408>
28. Andrade LCO, Santos MS, Aires JS, Joventino ES, Dodt RCM, Ximenes LB. New mothers' knowledge about hygiene for newborns. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2019 Aug 08]; 17(1):99-105. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v17i1.26381>
29. Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 08]; 38(2):e60911. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>
30. Araújo BBM, Rodrigues BMRD, Pacheco STA. Promoting mothers' care for premature neonates: the perspective of problem-based education in health. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 09]; 23(1):128-31. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.14779>
31. Linhares EF, Marta FEF, Dias JA, Santos MCQ. Family management influence in the birth of the newborn and prevention of omphalitis. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2017 [cited 2019 Aug 08]; 11 (11Supl):4678-86. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.14779>



<https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201718>

32. Queiroz MVO, Brito LMMC, Pennafort VPS, Bezerra FSM. Sensitizing children with diabetes to self-care: contributions to educational practice. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2020 Mar 10]; 20(2):337-343. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160046>
33. Menezes MG, Santiago ME. Paulo Freire's thought on the critical emancipatory curriculum paradigm. *Pro-Posições* [Internet]. 2014 [cited 2019 Aug 08]; 25(3):45-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-7307201407503>
34. Viana IS, Silva LF, Cursino EG, Conceição DS, Góes FGB, Moraes JRMM. Educational encounter of nursing and the relatives of children with special health care needs. *Texto & contexto Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 09]; 27(3):e5720016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005720016>