UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

FERNANDA DIB FERREIRA DE CAMPOS

PRODUÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COM FOCO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

UBERABA
2025

FERNANDA DIB FERREIRA DE CAMPOS

PRODUÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COM FOCO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações
Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.
Orientadora: Profa. Dra. Divanice Contim

UBERABA
2025

Catalogação na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

C212p

Campos, Fernanda Dib Ferreira de
Produção de um vídeo educativo como estratégia de educação permanente sobre referência e contrarreferência com foco na atenção terciária / Fernanda Dib Ferreira de Campos. -- 2025.
93 f.: il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2025
Orientadora: Profa. Dra. Divanice Contim

1. Atenção terciária à saúde. 2. Continuidade da assistência ao paciente. 3. Tecnologia educacional. 4. Filme e vídeo educativo. I. Contim, Divanice. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.39

Júlio Ferreira Gomes - Bibliotecário - CRB-6/3227

FERNANDA DIB FERREIRA DE CAMPOS

PRODUÇÃO DE UM VÍDEO EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COM FOCO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Uberaba, 21 de fevereiro de 2025.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
gov.br
DIVANICE CONTIM
Data: 28/07/2025 16:01:01-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª Drª Divanice Contim- Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
gov.br
ALVARO DA SILVA SANTOS
Data: 28/07/2025 16:19:15-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
gov.br
MARIA CRISTINA TRALDI
Data: 30/07/2025 10:05:08-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª Drª Maria Cristina Traldi
Universidade de Medicina de Jundiaí

Dedico esse trabalho ao meu marido Matheus Xavier de Campos, pelo apoio incondicional e compreensão, a minha mãe Maria Fernanda Dib Ferreira e ao meu pai Nilton Cesar Ferreira, pelos conselhos e por serem meu exemplo de força e resiliencia durante esta jornada, aos meus filhos Bernardo Dib Ferreira de Campos e Maria Eduarda Dib Ferreira de Campos, pelo incetivo, compreensão e paciencia.

AGRADECIMENTO

À **Deus**, pela vida, saúde, por me proporcionar essa oportunidade e me guiar durante toda essa trajetória.

A **Professora Dra Divanice contim**, orientadora deste estudo, pela confiança, paciência e disponibilidade por me auxiliar em meu crescimento profissional.

Ao **Professor Doutor Álvaro da Silva Santos**, pela amizade, apoio, disponibilidade incentivo e auxílio no desenvolvimento deste estudo.

À doutoranda **Paula Miranda Camasmie**, pela parceria, amizade e apoio durante o desenvolviento do projeto.

À mestranda **Érica Beatriz Oliveira Borges** e a Enfermeira **Angélica Domingas de Castro**, pela amizade, palavras de incentivo e motivação, por todo apoio e força nos momentos mais difíceis.

Aos componentes da Banca de Defesa, **Profª Drª Divanice Contim**, **Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos e Profª Drª Maria Cristina Traldi**, pela disponibilidade, sugestões e recomendações pertinentes à pesquisa.

Aos **Juízes** que participaram das etapas de validação do instrumento de coleta de dados e do vídeo educativo.

Aos **Docentes do Programa de Pós-Graduação** *stricto sensu* em Atenção à Saúde, pelas contribuições para minha formação acadêmica e profissional.

Ao **Grupo de Pesquisa Ciclos de Vida, Família e Contexto Social** pelo acolhimento e apoio; aos colegas de turma do mestrado, pelo companheirismo e; aos colaboradores da PPGAS, por toda atenção e solicitude.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte desta jornada, dando apoio, incentivo, otimismo e que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

“Nenhum vento sopra a favor para quem não sabe para onde ir.”

Lúcio Aneu Séneca

CAMPOS, Fernanda Dib Ferreira de. **Produção de um vídeo educativo como estratégia de educação permanente sobre referência e contrarreferência com foco na atenção terciária.** 2025. 93f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2025.

RESUMO

A referência e a contrarreferência funcionam como ferramentas organizacionais que orientam a prática das equipes de saúde. Essas ferramentas possibilitam o encaminhamento estruturado dos usuários entre os diversos pontos de atendimento da RAS, facilitando o acesso aos serviços conforme a complexidade de cada situação e garantindo a continuidade e integralidade do cuidado. O estudo objetivou em construir um vídeo como estratégia de intervenção para educação permanente em saúde na atenção terciária, com foco no processo de referência e contrarreferência para enfermeiros e médicos. Constituiu-se de uma pesquisa com multimétodos, desenvolvido em três etapas: levantamento das necessidades e percepções de enfermeiros e médicos sobre referência e contrarreferência no cotidiano profissional, associada a uma revisão integrativa da produção científica, elaboração e validação do roteiro e storyboard, de vídeo educativo, acerca de referência e contrarreferência, e a construção do vídeo estratégia de intervenção para educação permanente em saúde na atenção terciária. Foram entrevistados 45 profissionais (33 enfermeiros e 12 médicos). A caracterização dos participantes revelou predominância de mulheres (73,3%), com idade entre 30 e 49 anos (75,7%). A experiência profissional predominante foi de 21 anos ou mais (37%), e 51,1% dos participantes possuem especialização. O tempo de atuação, 33,3% dos profissionais possuem entre 6 a 10 anos de experiência. Os resultados qualitativos foram apresentados por evidências extraídas por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, apresentadas pelas ideias centrais, acerca da necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e atividades de Educação Permanente sobre ações de Referência e Contrarreferência. As percepções e sugestões apontadas pelos profissionais incluem a capacitação contínua dos profissionais, visando o entendimento dos fluxos e dos conceitos de referência e contrarreferência, a implementação de programas de educação permanente que incorporam simulações de casos clínicos e treinamentos práticos por meio de palestras, vídeos educativos e cursos de curta duração. A continuidade do cuidado requer um processo de aprimoramento que envolva

profissionais capacitados, empoderados, confiantes e motivados, além de uma gestão ativa e comprometida. Torna-se, portanto, relevante a construção de um vídeo como estratégia educativa, configurando-se como um recurso tecnológico capaz de melhorar o conhecimento dos profissionais com foco na transformação das práticas assistenciais.
Palavras-chave: vídeo educativo; tecnologia educacional; transição do cuidado; continuidade do cuidado.

CAMPOS, Fernanda Dib Ferreira de. **Production of an educational video as a continuing education strategy on referral and counter-referral with a focus on tertiary care.** 2025. 93f. Dissertation (master's degree in health care) – Universiade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2025.

ABSTRACT

Reference and counter-reference function as organizational tools that guide the practice of healthcare teams. These tools enable the structured referral of users between the various service points of the Healthcare Network (RAS), facilitating access to services according to the complexity of each situation and ensuring continuity and comprehensiveness of care. This study aimed to develop a video as an intervention strategy for continuing health education in tertiary care, focusing on the reference and counter-reference process for nurses and physicians. It consisted of a multimethod research approach, developed in three stages: identifying the needs and perceptions of nurses and physicians regarding reference and counter-reference in their professional routines, combined with an integrative review of the scientific literature; designing and validating the script and storyboard for an educational video on reference and counter-reference; and producing the video as an intervention strategy for continuing health education in tertiary care. A total of 45 professionals (33 nurses and 12 physicians) were interviewed. The characterization of participants revealed a predominance of women (73.3%), with ages ranging from 30 to 49 years (75.7%). The most prevalent professional experience was 21 years or more (37%), and 51.1% of participants held a specialization. Regarding work experience, 33.3% of professionals had between 6 and 10 years of experience. The qualitative results were presented through evidence extracted using the Collective Subject Discourse (CSD) method, highlighting central ideas related to the need for changes in reference and counter-reference actions and the importance of continuing education activities on these processes. The perceptions and suggestions provided by professionals included continuous training to enhance the understanding of reference and counter-reference flows and concepts, the implementation of continuing education programs incorporating clinical case simulations, and practical training through lectures, educational videos, and short courses. Ensuring continuity of care requires an improvement process involving trained, empowered, confident, and motivated professionals, along with active and committed management. Therefore, the

development of a video as an educational strategy is relevant, as it serves as a technological resource capable of enhancing professionals' knowledge with a focus on transforming healthcare practices.
Keywords: educational video; educational technology; care transition; continuity of care.

CAMPOS, Fernanda Dib Ferreira de. **Producción de un video educativo como estrategia de educación continua sobre derivación y contrarreferencia con enfoque en atención terciaria**. 2025. 93f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2025.

RESUMÉN

La referencia y la contrarreferencia funcionan como herramientas organizacionales que orientan la práctica de los equipos de salud. Estas herramientas permiten la derivación estructurada de los usuarios entre los diversos puntos de atención de la Red de Atención en Salud (RAS), facilitando el acceso a los servicios según la complejidad de cada situación y garantizando la continuidad e integralidad del cuidado. Este estudio tuvo como objetivo desarrollar un video como estrategia de intervención para la educación permanente en salud en la atención terciaria, con enfoque en el proceso de referencia y contrarreferencia para enfermeros y médicos. Se trató de una investigación con enfoque multimétodo, desarrollada en tres etapas: levantamiento de necesidades y percepciones de enfermeros y médicos sobre la referencia y contrarreferencia en su rutina profesional, combinado con una revisión integrativa de la producción científica; elaboración y validación de lo guione y storyboard para un video educativo sobre referencia y contrarreferencia; y construcción del video como estrategia de intervención para la educación permanente en salud en la atención terciaria. Se entrevistó a un total de 45 profesionales (33 enfermeros y 12 médicos). La caracterización de los participantes reveló un predominio de mujeres (73,3%), con edades entre 30 y 49 años (75,7%). La experiencia profesional predominante fue de 21 años o más (37%), y el 51,1% de los participantes tenía una especialización. En cuanto a la experiencia laboral, el 33,3% de los profesionales tenía entre 6 y 10 años de experiencia. Los resultados cualitativos fueron presentados a través de evidencias extraídas mediante el método del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), destacando ideas centrales sobre la necesidad de cambios en las acciones de referencia y contrarreferencia, así como actividades de educación permanente relacionadas con estos procesos. Las percepciones y sugerencias señaladas por los profesionales incluyen la capacitación continua para mejorar la comprensión de los flujos y conceptos de referencia y contrarreferencia, la implementación de programas de educación permanente que incorporen simulaciones de casos clínicos y entrenamientos prácticos a través de conferencias, videos

educativos y cursos de corta duración. La continuidad del cuidado requiere un proceso de mejora que involucre a profesionales capacitados, empoderados, seguros y motivados, además de una gestión activa y comprometida. Por lo tanto, es relevante la construcción de un video como estrategia educativa, configurándose como un recurso tecnológico capaz de mejorar el conocimiento de los profesionales con un enfoque en la transformación de las prácticas asistenciales.
Palabras clave: video educativo; tecnología educativa; transición del cuidado; continuidad del cuidado.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 33

Quadro 2 - Critérios adaptados de Fehring (1994), para seleção dos juízes da comunicação visual para validação técnica, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 37

Quadro 3 - Discursos dos Enfermeiros acerca da necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 45

Quadro 4 - Discursos dos Médicos acerca da necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 46

Quadro 5 - Discursos dos Enfermeiros acerca de atividades a necessidade de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 47

Quadro 6 - Discursos dos Médicos acerca de atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 48

Quadro 7 - Estratégia de busca por bases, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 50

Quadro 8 - Concordância dos especialistas acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do (IVC) e (IVC total), Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 52

Quadro 9 - Concordância dos juízes acerca da validação do storyboard do roteiro do vídeo educativo, por meio do (IVC) e (IVC total), Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 53

Quadro 10 - Conteúdo do Roteiro e Storyboard do vídeo educativo após validação dos juízes, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 54

Quadro 11 - Imagens, conteúdos abordados e conformidade com os princípios da TCAM, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 61

Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos estudos acerca do enfermeiro e a continuidade do cuidado com foco na contrarreferência para a alta hospitalar, considerando o período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025 51

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e laborais de Enfermeiros e Médicos atuantes na Atenção Terciaria à Saúde no município de Uberaba, Uberaba, Minas Gerais, 2025 43

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Atenção Terciária à Saúde
CBPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EPS	Educação Permanente em Saúde
CIFACS	Grupo de Pesquisa Ciclos de Vida, Família e Saúde no Contexto Social
HC/UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IVCE	Instrumento de Validação de Conteúdo Educacional
LGPD	Lei de Proteção de Dados
MRSD	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Representações Sociais
RI	Revisão Integrativa
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	*Software Statistical Package for Social Sciences*
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TCAM	Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
VE	Vídeo Educativo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 22
1.1.1 Elaboração de vídeos educativos para aprendizagem 22
1.1.2 Política nacional de educação permanente em saúde 23
2 JUSTIFICATIVA 25
3 OBJETIVOS 27
3.1 OBJETIVO GERAL 27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 27
4 MÉTODO 28
4.1 TIPO DE ESTUDO 28
4.2 LOCAL DO ESTUDO 29
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 29
4.4 COLETA DE DADOS 29
4.5 ANÁLISE DE DADOS 30
4.5.1 Pré-produção do vídeo educativo 34
4.5.2 Produção 38
4.5.3 Pós-Produção 40
4.6 LOCAL DO ESTUDO 40
4.7 ANÁLISE DE DADOS 41
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 41
5 RESULTADOS 43
5.1 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO 43
5.1.1 Caracterização dos profissionais 43
5.1.2 Discurso do sujeito coletivo 45
5.1.3 Revisão da literatura 49
5.2 SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DO ROTEIRO E PRODUÇÃO DO VÍDEO 51
5.2.1 Pré-produção: validação do conteúdo do roteiro e do storyboard do vídeo educativo 51
5.2.2 Produção: construção do vídeo educativo 60
6 DISCUSSÃO 62
6.1 EXPLORAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS 62

6.2 PERSPECTIVAS DO CENÁRIO DE MUDANÇAS SOBRE AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS 63
6.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇAS 64
6.4 AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS PARA RESSIGNIFICAR PRÁTICAS E PROMOVER A CONTINUIDADE DO CUIDADO 66
7 CONCLUSÃO 69
REFERÊNCIAS 70
APÊNDICE A - Questionário sobre ações de referência e contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde 80
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido 81
APÊNDICE C - Carta convite a juízes para validação do conteúdo e storyboard do roteiro do vídeo educativo 84
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido aos juízes para a validação do conteúdo e storyboard do vídeo educativo..... 85
APÊNDICE E - Carta convite a juízes para validação do conteúdo e storyboard do roteiro do vídeo educativo 87
APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido aos juízes para a validação do conteúdo e storyboard do vídeo educativo..... 88
ANEXO A - Instrumento de validação de conteúdo educacional (IVCE) (LEITE *ET AL*., 2018) 90
ANEXO B - Questionário de avaliação de tecnologia assistiva (GUIMARÃES, 2014) 91
ANEXO C - Parecer do comitê de ética e pesquisa..... 93

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios doutrinários, a universalidade, a equidade, a integralidade; e como princípios organizativos, a regionalização e hierarquização, a descentralização, comando único, e a participação popular (Gonzaga; Ferreira, 2017). É considerado como o maior programa de saúde pública do mundo, atende diariamente aproximadamente 200 milhões de pessoas nos diversos tipos de atenção à saúde, isso equivale a 80% da população brasileira atendida pelos mais diversos serviços (Duarte; Eble; Garcia, 2018).

A criação do SUS foi gradual e oriundo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que aconteceu no início da década de 70, e lutava contra a ditadura militar, postulando, entre outras reivindicações, a democratização da saúde, e melhoria das condições de vida da população (Souto; Oliveira, 2016). Apesar das dificuldades o SUS tem permanecido como referência para outras democracias, promovendo orientação, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde, cujo foco principal é o atendimento de forma universal, integral e com equidade em todos os níveis de atenção (Sales *et al*., 2019).

A organização dos atendimentos em saúde demanda ações integradas entre os diferentes níveis de atenção, garantindo o encaminhamento adequado dos pacientes conforme a complexidade e a necessidade tecnológica de cada caso. Dessa forma, o funcionamento eficiente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é essencial para que os fluxos assistenciais estejam sistematizados, promovendo o acesso e a continuidade do cuidado de maneira integral e resolutiva (Mauro; Cucolo; Perroca, 2021).

A Atenção Terciária, voltada para tratamentos de maior complexidade, precisa atuar em parceria com os demais níveis, como a Atenção Primária, que se concentra na promoção da saúde e na prevenção de agravos, promovendo a efetiva transição dos cuidados em um ciclo de assistência completo e seguro (Freitas, 2022).

No Brasil, foi criada a RAS na tentativa de integrar os diferentes serviços de saúde, de forma horizontal, com todos os pontos da rede, com um cuidado contínuo, integral e de qualidade. A melhoria da qualidade dos serviços contribui para a redução dos custos e de hospitalizações evitáveis, além da superação da fragmentação da assistência e da continuidade do cuidado, as quais dependem de fatores como comunicação e troca de informações entre profissionais e pacientes;

interdisciplinaridade; articulação entre os pontos da RAS; coordenação do cuidado e corresponsabilização do paciente acerca da sua saúde (Oliveira *et al*., 2021a).

A referência e a contrarreferência funcionam como ferramentas organizacionais que orientam a prática das equipes de saúde. Essas ferramentas possibilitam o encaminhamento estruturado dos usuários entre os diversos pontos de atendimento da RAS, facilitando o acesso aos serviços conforme a complexidade de cada situação e garantindo a continuidade e integralidade do cuidado (Vaz *et al*., 2020).

A referência pode ser entendida como o direcionamento do paciente da Atenção Primária para níveis de maior complexidade, seja média ou alta, enquanto a contrarreferência representa seu retorno para a atenção primária, garantindo a continuidade do cuidado quando necessário (Silva; Sena; Castro, 2017).

Este conceito evoluiu historicamente, a partir da ideia de encaminhamento, antes do SUS, na qual um paciente era redirecionado entre níveis de atenção através de uma comunicação escrita (Wåhlberg *et al*., 2015). Assim, reconhece-se que um único nível não pode atender plenamente todas as necessidades do paciente (Jjaccoud; Vieira, 2020).

A transição do cuidado, expressão atualmente muito utilizada para se referir ao processo referência/contrarreferência, é definida como um conjunto de ações que visam a coordenação e a continuidade do cuidado, ou ainda, como a transferência do usuário entre os diferentes locais ou níveis de cuidado dentro da RAS.

Essa transição envolve o paciente, familiares, cuidadores e os profissionais que realizam a assistência, buscando a integralidade do cuidado. Portanto, é um processo complexo que exige dos profissionais adequada comunicação, conhecimento, experiência, competência e habilidades. A transição realizada de forma adequada resulta em qualidade na assistência e na vida dos pacientes, além de contribuir para a prevenção de novas internações e redução de custos hospitalares (Costa *et al*., 2019).

Os profissionais enfermeiro e médico têm funções essenciais em todos os níveis da RAS. O médico assume a responsabilidade clínica, realizando solicitações de exames, avaliações e encaminhamentos para internação, quando necessário (Fittipaldi Neto; Braccialli; Correa, 2018; Rocha, Calheiros, Wyszomirska; 2022). O enfermeiro, por sua vez, desempenha um papel importante no acolhimento nos diversos níveis da RAS e, por meio da consulta de enfermagem, faz a avaliação clínica e social da população atendida, coordenando as práticas de cuidado. Além disso, é

responsável por ações de vigilância em saúde (Silva *et al*., 2018). Ambos promovem a integração entre as ações de referência e contrarreferência. Conforme a estrutura organizacional da RAS, outros profissionais podem colaborar nesse processo, contando com sistemas de apoio como regulação e filas eletrônicas, entre outros, para facilitar essas práticas (Fittipaldi Neto; Braccialli; Correa, 2018).

A compreensão do sistema de referência e contrarreferência é indispensável para a transformação das práticas nos setores de saúde, considerando que se trata de um processo ainda incipiente, com experiências de implementação esparsas, isoladas e muitas vezes frágeis. Além disso, há uma notável escassez de produções científicas que abordem o tema de forma ampla e consistente, o que limita o desenvolvimento de estratégias mais robustas e integradas (Mauro; Cucolo; Perroca, 2021). Essa combinação de fatores resulta em uma RAS caracterizada por fragilidades estruturais e baixa efetividade, dificultando a promoção de melhorias significativas no sistema.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída pelo Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), está pautada na aprendizagem e qualificação dos profissionais de saúde da rede do SUS, com foco na transformação das práticas assistenciais. Enquanto facilitadora, a EPS cria oportunidades para uma prática reflexiva, tratando-se de uma política relevante, que coloca os profissionais de saúde como protagonistas no rompimento da fragmentação do cuidado, aprimorando a assistência ofertada e fortalecendo o elo entre profissionais e usuários (Oliveira *et al*., 2021a).

O cuidado coordenado entre o hospital e o domicílio pode ser dificultado pela sobrecarga de trabalho, limitações no envolvimento de uma equipe multidisciplinar de profissionais e ausência de uma estratégia sistemática para educação e orientação permanente. No âmbito hospitalar, o mecanismo de contrarreferência pode ser capaz de viabilizar a continuidade do cuidado após a alta no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), contribuindo para a integralidade da assistência ao usuário do SUS. Para a operacionalização da contrarreferência, são necessárias estratégias, as quais precisam ser executadas e coordenadas por profissionais, de modo a ultrapassar o simples ato de encaminhar (Costa *et al*., 2019).

A EPS nas instituições hospitalares pode auxiliar os profissionais a realizarem o atendimento sistematizado e padronizado, garantindo a continuidade do cuidado e a redução das reinternações (Goulart *et al*., 2021).

A qualidade do cuidado depende de fatores como competência técnica, habilidade de interação e comunicação dos profissionais com os pacientes e familiares e comunicação entre os profissionais da equipe multiprofissional. A continuidade do cuidado vem sendo cada vez mais abordada na literatura, entretanto, na prática, ainda existem muitos obstáculos que interferem na continuidade do cuidado do hospital para a APS, comprometendo a integralidade do cuidado, uma das diretrizes do SUS (Goulart *et al*., 2021).

O serviço de contrarreferência de um hospital quaternário do Sul de Minas Gerais, implementado em 2017, sinalizou o desafio de manter um sistema integrado e efetivo. Para melhorar essa realidade, julgam-se, como necessárias, a reestruturação dos serviços de referência e contrarreferência, ações de EPS sobre a temática e a criação de um prontuário único entre todos os níveis de atenção e em todo o Brasil (Oliveira *et al*., 2021).

Verifica-se ainda que a necessidade de capacitação de médicos e enfermeiros para coordenar os casos mais complexos que requerem a continuidade do cuidado. A qualificação desses profissionais é essencial para promover uma assistência de qualidade, atingir a proposta da gestão do cuidado e proporcionar um cuidado integral. (Oliveira *et al*., 2021).

As tecnologias em saúde direcionadas à aprendizagem, é considerado uma estratégia educativa capaz de fornecer informações e sensibilizar o indivíduo para uma mudança de comportamento quanto às práticas que se deseja alcançar (Maniva *et al*., 2018).

Segundo os postulados clássicos de Merhy, as tecnologias em saúde podem ser divididas em: leves, que se referem às relações interpessoais para implementação dos cuidados; leves-duras, que utilizam o conhecimento por meio de saberes estruturados; e duras, que utilizam recursos materiais, por exemplo, os softwares (Merhy, 2002). Tais tecnologias têm sido objeto de estudo entre pesquisadores da área de enfermagem em diversos cenários de aplicação (Joventino *et al*., 2011; Lima *et al*., 2018).

Nesse contexto, o vídeo educativo tem se destacado como uma tecnologia em saúde utilizada na capacitação, melhora do conhecimento e envolvimento do paciente com as práticas seguras em saúde (Davis *et al*., 2012). O vídeo educativo possibilita a criatividade, a rápida transmissão da informação e, sobretudo, o alcance de diferentes indivíduos, independentemente da classe social ou da escolaridade, além

de promover pensamento crítico e estimular a aprendizagem (Nascimento *et al*., 2014).

Dessa forma, o vídeo educativo pode se tornar uma opção de estratégia de ensino a ser utilizada para capacitar enfermeiros e médicos para coordenar os casos mais complexos que requerem a continuidade do cuidado. A qualificação desses profissionais é essencial para promover uma assistência de qualidade, atingir a proposta da gestão do cuidado e proporcionar um cuidado integral (Oliveira *et al*., 2021).

1.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1.1 Elaboração de vídeos educativos para aprendizagem

O uso de tecnologias educacionais para mediar o processo de educação permanente em saúde, favorece o acesso à informação, facilita o processo ensino-aprendizagem, propicia a difusão de conhecimentos, por meio de dispositivos que propiciam perspectivas positivas no sistema de referência e contrarreferência na melhoria de padrões da gestão em saúde (Stina; Zamarioli; Carvalho, 2015).

Desse modo o vídeo educativo (VE) tem sido utilizado como uma ferramenta rica, interessante e complexa, que contribui para a promoção da educação (Luiz *et al.*, 2024). Quando desenvolvido adequadamente, o VE pode servir como uma base sólida para o suporte à compreensão e reflexão eficaz. Entretanto, sua elaboração requer cuidados especiais em relação à estruturação e organização das informações. Essa ferramenta educacional é utilizada de diversas maneiras em ambientes de ensino-aprendizagem para apresentar conceitos ou experiências motivacionais, transmitir informações e outras aplicações (Silva *et al*.; 2023).

Destaca-se ainda que o acesso ao VE, ao ser disponibilizado em plataformas digitais, contribui para o alcance do público-alvo, independentemente da sua localização geográfica e tempo, e possibilita a atualização dos profissionais de enfermagem sobre a temática desenvolvida, com possibilidade de reflexos positivos nos processos de intervenção da assistência em saúde (Alves *et al*.; 2019).

Nesse contexto, o VE como estratégia de ensino-aprendizagem para educação permanente em saúde facilita o processo educativo refletindo na melhoria da qualidade da assistência (Ferreira *et al*.; 2015). A elaboração de um vídeo educativo

sobre o sistema de referência e contrarreferência estruturado adequadamente, seguindo os passos metodológicos pode se tornar uma ferramenta poderosa para a construção do conhecimento e aprimoramento da educação permanente. Além disso, devido ao seu potencial como meio de comunicação visual atraente, tem despertado grande interesse por parte dos gestores de serviços de saúde (Cogo; Perry; Santos, 2015; Barbosa *et al.,* 2022).

Ressalta-se que sua utilização é amplamente apoiada por melhorar o conhecimento de trabalhadores em saúde e seus usos no desenvolvimento do pensamento criativo e reflexivo (Kahbi *et al*., 2018). Por se tratar de uma ferramenta de recurso prático, que proporciona acessibilidade por vários momentos de forma repetida quantas vezes o indivíduo quiser, ainda é uma ferramenta versátil utilizada em vário contexto de aprendizagem (Barbosa *et al*., 2022; Luiz *et al*., 2024; Silva *et al*., 2023).

1.1.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A PNEPS, que visa assegurar a qualificação contínua dos profissionais de saúde, propõe um modelo de formação que vai além da capacitação técnica, incorporando elementos essenciais como a reflexão crítica sobre as práticas, a interprofissionalidade, a integralidade do cuidado e a promoção de mudanças nos processos de trabalho (Brasil, 2004).

A educação permanente é entendida como um processo contínuo de aprendizado, que deve estar alinhado com as necessidades de saúde da população e com os princípios do SUS, sendo um componente fundamental para a melhoria da qualidade do atendimento e da gestão do cuidado (Lima *et al*., 2019).

A implementação de ações baseadas na PNEPS busca não apenas qualificar os profissionais, mas também promover um ambiente de trabalho mais colaborativo e eficiente, favorecendo a construção de um cuidado integral e humanizado (Oliveira, 2017). Além disso, a formação permanente está intimamente relacionada à gestão do conhecimento e ao estímulo à autonomia dos trabalhadores, permitindo que se adaptem continuamente às novas demandas e desafios do contexto da saúde pública, garantindo, assim, uma assistência de qualidade e efetiva para a sociedade (Pereira, 2021).

Para a transformação e qualificação da atenção à saúde, processos formativos

e práticas de educação na saúde, baseados na PNEPS, que busca garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade com efetiva participação popular (Brasil, 2004; Brasil, 2013; Brasil, 2017), são necessárias vivências experimentadas durante formação de profissionais de saúde adequadas à realidade atual (Barcellos *et al*., 2020).

Vale ressaltar que o planejamento dos recursos humanos na área da saúde, vem se desenvolvendo, a partir da publicação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1958, difundido como uma prioridade, sendo denominado como “Educação Permanente do Pessoal da Saúde”. As ações referentes ao planejamento visavam fortalecer o desenvolvimento dos sistemas de saúde na América Latina, considerando a complexidade dos serviços de saúde e a aprendizagem significativa para se obter a adesão dos trabalhadores de saúde (Haubrich *et al*., 2015).

O impacto das metodologias colaborativas na definição de ações efetivas dentro do sistema de saúde está inserido na PNEPS, que demanda uma abordagem crítica, com resgate da corresponsabilidade e abarque os envolvidos no processo como sujeitos proativos e não somente receptores de informações. Desse modo o emprego de recursos visuais é essencial nas ações realizadas para transformações reais das práticas em saúde, onde as atividades educativas são construídas a partir da análise coletiva nos processos de trabalho, a partir de estratégias contextualizadas e participativas.

Diante do exposto, a efetivação da PNEPS, possibilitando que profissionais de saúde reflitam sobre suas práticas e experiências vividas em seus ambientes de saúde, relacionando a teoria com a sua realidade, resultando em ações transformadora a partir do processo prática-reflexão-ação, baseada nessa política.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo fundamenta-se na premissa de que o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da transição de cuidados, incluindo referência e contrarreferência, apresenta déficits significativos. Essa limitação de entendimento afeta diretamente o desempenho profissional de enfermeiros e médicos, prejudicando a eficiência e a efetividade do processo de cuidado aos usuários do sistema de saúde. Além disso, essas falhas têm repercussões econômicas importantes, contribuindo para o aumento dos gastos públicos devido à má gestão de recursos e à ineficiência no acompanhamento dos pacientes.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível identificar as lacunas no conhecimento e na prática desses profissionais, implementar intervenções direcionadas para corrigir tais deficiências, buscando aprimorar a qualidade da assistência prestada e a sustentabilidade do sistema de saúde (Couto *et al.,* 2018).

O primeiro passo para promover mudanças nos processos de formação é reconhecer que as propostas não podem ser elaboradas de maneira isolada ou de forma autoritária e hierárquica. Essas devem integrar uma estratégia ampla, estar interconectadas entre si e ser formuladas com base na identificação e análise das realidades locais, envolvendo diversos grupos e setores (Couto; Corvino; Mascarenhas, 2020).

As ações de EPS propõem o desafio de realizar uma análise coletiva e reflexão crítica sobre o processo de trabalho em saúde, identificando os problemas reais e buscando soluções, adotando uma abordagem colaborativa e horizontal, que considere as especificidades das pessoas, dos lugares e dos conhecimentos (Couto; Corvino; Mascarenhas, 2020).

Diante do exposto, torna-se relevante a realização deste estudo, com o intuito de desvelar estratégias educativas, para o desenvolvimento de enfermeiros e médicos, voltados para efetivação no processo de continuidade do cuidado aos usuários do sistema de saúde. Os recursos tecnológicos, como o VE, merecem destaque pelo efeito positivo no processo ensino-aprendizagem e bom custo-benefício da sua utilização.

Acredita-se que a elaboração de um VE, para ser utilizado em programas de educação permanente sobre o sistema de referência e contrarreferência poderá configurar em uma estratégia para melhor alcançar a compreensão deste processo

entre profissionais de saúde, especialmente para enfermeiros e médicos, permitindo que visualizem todas as etapas desse sistema favorecendo a troca de informações, o trânsito do usuário no sistema e a continuidade do cuidado. Diante do exposto, surgiram os questionamentos: Qual conteúdo, roteiro e storyboard, pode ser contemplado na elaboração de VE sobre o sistema de referência e contrarreferência para ser utilizado em programas de educação permanente em saúde? Os VE sobre o sistema de referência e contrarreferência são válidos quando ao conteúdo e aparência para serem utilizados como tecnologia educacional em saúde?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Construir um vídeo como estratégia de intervenção para educação permanente em saúde na atenção terciária, com foco no processo de referência e contrarreferência para enfermeiros e médicos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar por meio de um diagnostico situacional as necessidades e percepções de enfermeiros e médicos sobre referência e contrarreferência no cotidiano profissional;
- Identificar e analisar as produções científicas sobre referência e contrarreferência no cotidiano profissional de enfermeiros e médicos na atenção terciaria;
- Construir o roteiro e storyboard, de vídeo educativo, acerca de referência e contrarreferência;
- Validar o conteúdo do roteiro e storyboard do vídeo junto à especialistas na temática;
- Descrever o processo de desenvolvimento do vídeo educativo.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado como “Referência e Contrarreferência na Prática de Enfermeiros e Médicos: da Compreensão Conceitual à Implantação das Ações entre a Atenção Primária a Saúde e o Hospital Público de Ensino”, destaca-se que um dos objetivos do referido projeto é a elaboração de um VE como estratégia de intervenção para educação permanente em saúde na atenção terciária, com foco no sistema de referência e contrarreferência para enfermeiros e médicos.

Trata-se de um estudo multimétodos, desenvolvido em três etapas: levantamento das necessidades e percepções de enfermeiros e médicos sobre referência e contrarreferência no cotidiano profissional e a associada de uma revisão integrativa da produção científica, elaboração e validação do roteiro e storyboard, de vídeo educativo, acerca de referência e contrarreferência, e a construção do vídeo (Polit; Beck, 2019).

Etapa 1 - trata-se de um estudo quantiqualitativo de pesquisa com interface em extensão (pesquisa-ação). A abordagem qualitativa, pode ser entendida como aquela capaz de absorver as questões do significado e da intenção dos atos inerentes à relação e à estrutura social como um todo, advindas de construções humanas. Mesmo que um estudo utilize de dados quantitativos ele gera questões para aprofundamento de abordagem qualitativa, e o inverso também é verdadeiro (Minayo, 2018).

A pesquisa-ação, segundo Thiollent (2018), é modalidade de pesquisa que tem a intenção de fazer com que os participantes se conscientizem da realidade, identifiquem dificuldades, e solucionem problemas por meio de uma ação, além de produzirem conhecimento. Didaticamente, Thiollent (2018) propõe um roteiro de organização da pesquisa-ação em quatro grandes fases:

- Fase exploratória: Atividades com o intuito de levantar as necessidades e percepções de enfermeiros e médicos sobre R e CR no cotidiano profissional.

- Fase de pesquisa aprofundada: Visa o conhecimento sobre a atividade definida e elaborar propostas de ação.

- Fase de ação: Divulgar os resultados encontrados, buscando informar os membros, socializar experiências e legitimar as propostas, bem como produzir um

vídeo educativo como estratégia de intervenção para educação permanente em saúde na atenção terciária, com foco no processo de referência e contrarreferência para enfermeiros e médicos, conforme necessidades apontadas.

Nessa etapa foi realiza uma revisão integrativa da literatura apresentada conforme *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA) (Page *et al*., 2020). A questão norteadora foi elaborada por intermédio do acrônimo PICo (P= População; I= Interesse; Co= Contexto). A escolha dos descritores levou em conta o levantamento do diagnostico situacional considerando as ideias explicitas para a construção da pergunta a ser respondida nessa revisão da literatura (The Joanna Briggs Institute, 2025).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Essa etapa foi realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC/UFTM), na cidade de Uberaba, Minas Gerais. Essa instituição é um hospital geral, de ensino e público, de alta complexidade, que possui 302 leitos ativos, e cinco anexos, sendo três ambulatórios, um centro de reabilitação e uma central de quimioterapia. Esse hospital atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do estado de Minas Gerais (Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – HC/UFTM, 2022).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este estudo teve como participantes enfermeiros e médicos do HC/UFTM, para tanto utilizou-se amostra intencional, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em setembro, outubro e novembro de 2023 e foi utilizado um instrumento semiestruturado criado pelo Grupo de Pesquisa Ciclos de Vida, Família e Saúde no Contexto Social (CIFACS) (APÊNDICE A), com nove perguntas objetivas para os dados sociodemográficos e laborais e seis questões abertas, para informações relativas à referência e contrarreferência na atenção

terciaria.

Para este estudo, foram selecionadas as seguintes questões abertas do instrumento semiestruturado de coleta de dados: “Você acha que devem ocorrer mudanças na prática de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões” e “Você acha que devem ser realizadas atividades de Educação Permanente sobre ações de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões” (questões 13 e 14) (APÊNDICE A).

O instrumento semiestruturado foi enviado acompanhado do TCLE com os objetivos do estudo e um documento descritivo das atividades solicitadas aos participantes. O termo de consentimento e o instrumento semiestruturado (Apêndice A) foram enviados por meio do formulário eletrônico do Google Forms®. O TCLE esclareceu os objetivos do estudo e forneceu instruções de preenchimento e, ao final da página inicial o participante poderia assinalar as opções: 1 – li e aceito participar; 2 – li e não aceito participar. Os participantes eram redirecionados para instrumento semiestruturado apenas se clicassem na opção 1 – li e aceito participar. Os participantes que que não devolveram o instrumento após o prazo de 15 dias do seu recebimento foram incluídos. As respostas dos itens que fossem incompletas consistiram, igualmente, em critério de exclusão (APÊNDICE A).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos foram organizados e analisados de forma descritiva, com cálculo das frequências absolutas e percentuais. Para isso, as informações obtidas foram digitadas, tabuladas e consolidadas no Microsoft Excel, utilizando a técnica de dupla entrada e digitadores independentes, a fim de minimizar erros durante a inserção no banco de dados. Em seguida, os bancos de dados foram importados para o *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 para a realização da análise estatística.

Para análise do material apreendido nessa fase qualitativa dos dados, com base na percepção dos profissionais entrevistados sobre o processo de referência e contrarreferência, as respostas às questões abertas foram transcritas, digitadas e consolidadas no Microsoft Word. Posteriormente, foram submetidas ao método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que trata-se de uma técnica de organização e tabulação de dados qualitativos proposta por Lefevre e Lefevre na

década de 1990 e atualizada em 2012, fundamentada na teoria das Representações Sociais (Lefevre; Lefevre, 2012).

O DSC parte do pressuposto de que o pensamento coletivo reflete um conjunto de representações presentes em um contexto histórico-social, que as pessoas utilizam para expressar suas opiniões sobre temas debatidos na sociedade. Nessa análise, busca-se reconstruir discursivamente as representações sociais dessa coletividade, considerando o emissor do discurso (Lefevre; Lefevre, 2012).

Para a construção dos discursos, levou-se em consideração a frequência com que cada entrevistado expressou suas ideias, permitindo identificar o grau de compartilhamento das representações sociais. Foi avaliada a intensidade (a força com que as expressões-chave foram expostas) e a amplitude (a extensão de uma ideia ou representação) (Lefevre; Lefevre, 2012).

A sequência numérica dos discursos de cada questão segue a intensidade das ideias expostas pelos entrevistados. As porções de discurso selecionadas para refletir a essência das respostas foram determinadas como expressões-chave, com o objetivo de extrair o que é relevante, equilibrando a seleção de praticamente todo o conteúdo ou apenas uma parte, evitando assim distorções na análise, como a perda de significado ao selecionar apenas pequenas porções ou o excesso de material que dificultaria a identificação das ideias centrais (Lefevre; Lefevre, 2012).

Para auxiliar no processamento dos depoimentos e na construção dos DSCs, foi utilizado o programa Qualiquantisoft® versão 1.3c, desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo por Lefevre e Lefevre, em parceria com a Sales & Paschoal Informática. O Qualiquantisoft® facilita a organização e o armazenamento dos depoimentos, mas não substitui a função do pesquisador na análise dos dados.

Após o agrupamento dos dados qualiquantitativos, foram abordados os referenciais teóricos a partir do conceito de triangulação, já que as concepções trazidas pelos referenciais multimétodo e métodos mistos se limitam, em sua maioria, a realização da analise por meio da interação entre quantitativo e ou qualitativo (Paranhos *et al.*, 2016).

Nesse estudo a triangulação de dados se deu pelas seleções das seguintes questões abertas do instrumento semiestruturado de coleta de dados: “Você acha que devem ocorrer mudanças na prática de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões” e “Você acha que devem ser realizadas atividades de

Educação Permanente sobre ações de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões" (questões 13 e 14) (Apêndice A). Para complementar essa etapa foi incluído artigos científicos da revisão integrativa com a finalidade de oferecer sustentação ao estudo. A utilização da triangulação de dados possibilitou registrar as percepções de enfermeiros e médicos no sistema de referência e contrarreferência na atenção terciaria.

Etapa 2 - Elaboração de roteiro e storyboard, de vídeo educativo, acerca de referência e contrarreferência

Realizou-se uma pesquisa metodológica aplicada de produção tecnológica que abrange a elaboração de vídeo educativo sobre o sistema de referência e contrarreferência. Essa modalidade de pesquisa consiste na descoberta de soluções para problemas existentes na prática de gestão em saúde (Polit; Beck, 2019), sendo uma variedade de pesquisa quantitativa, que visa obter um novo olhar na interpretação de diversos fenômenos relacionados como o desenvolvimento e avaliação de ferramentas para a sistematização de gestão em saúde (Lobiondo-Wood; Haber, 2021).

Esse método caracteriza-se pela aplicação dos conceitos da psicometria como formas de medir o construto de um fenômeno, para comprovar a confiabilidade e a validação. Cabe apontar que a pesquisa metodológica difere de outros desenhos porque integra à metodologia os conceitos psicométricos para conseguir fazer de uma abstração, um instrumento ou um objeto virtual (Lobiondo-Wood; Haber, 2021).

A pesquisa metodológica, conforme Lobiondo-Wood e Haber (2021), compreende as seguintes etapas: (I) definição do construto ou fenômeno sobre o sistema de referência e contrarreferência com foco na atenção terciária; (II) elaboração e validação do roteiro e storyboard, de vídeo educativo, acerca de referência e contrarreferência e (III) produção do vídeo sobre a temática.

A produção do vídeo educativo foi baseada no referencial teórico da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM), que contempla 12 princípios. Esse referencial foi escolhido por orientar a utilização de recursos multimídias no processo educativo e defender a utilização de imagens e vídeos como recurso pedagógico (Mayer, 2005), conforme Quadro 1:

Quadro 1 - Princípios da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Princípios do referencial teórico	**Aplicabilidade da TCAM no vídeo educativo**
1) Coerência: suprimir palavras, imagens, sons estranhos/ dispensáveis.	Utilização de gravador de voz em ambiente com ausência de ruídos.
2) Sinalização: sinais que demonstram organização.	Presença de slide de apresentação para cada tema abordado, para melhor entendimento quanto à troca dos temas.
3) Contiguidade espacial: palavras e imagens correspondentes estarem próximas.	Emprego de palavras auxiliares para designar imagens/destacar a ilustração/fonte de apoio ao desenho.
4) Redundância: optar por utilizar animação + narração em vez de animação + narração + texto).	Optou-se por utilizar animação e narração.
5) Contiguidade temporal: palavras e imagens correspondentes apresentadas simultaneamente.	Utilização de palavras para designar imagens no momento em que são apresentadas no vídeo.
6) Segmentação: informações apresentadas em blocos e não de forma contínua.	O vídeo foi dividido em oito conceitos: encaminhamento, referência, contrarreferência, continuidade do cuidado, transição do cuidado, resumo de alta, interconsulta e política nacional de regulação.
7) Pré-treinamento: apresentação geral do tema, antes de entrar nos assuntos específicos.	Foi realizada uma apresentação geral do vídeo e, antes de cada assunto, uma breve introdução.
8) Modalidade: utilizar animação + narração no lugar de animação e texto escrito.	Utilização de animação e narração.
9) Personalização: utilizar palavras acessíveis ao espectador em vez de terminologia formal.	Emprego de linguagem acessível e de fácil entendimento.
10) Voz: utilizar narração com voz humana em vez de robôs computadorizados.	Narração realizada pela própria pesquisadora
11) Imagem: a imagem do orador não é imprescindível.	Optou-se por não utilizar a imagem do narrador.
12) Multimídia: utilizar palavras e imagens no lugar de apenas palavras.	As palavras que aparecem no vídeo são acompanhadas de imagens.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

A criação de um vídeo educativo envolveu três etapas principais: pré-produção, que consiste na elaboração do roteiro e o storyboard, que detalharam a estrutura e o

conteúdo do vídeo; produção, na qual será realizada a construção do vídeo educativo; e a fase de pós produção em que o vídeo poderá sofrer edições, para adequação às sugestões pertinentes, bem como à sequência de imagens e sons (Kindem; Musberguer, 2009).

4.5.1 Pré-produção do vídeo educativo

A produção do VE teve início com a primeira fase, conhecida como pré-produção. Essa etapa consiste no planejamento e na preparação de todos os elementos necessários para a execução do vídeo, abrangendo desde a concepção inicial do projeto até a organização das filmagens e a construção das cenas. De acordo com especialistas, a pré-produção divide-se em quatro etapas principais: sinopse, argumento, roteiro e storyboard (Filatro; Cairo, 2015; Kinden; Musburger, 2009).

A sinopse, que representa a primeira dessas etapas, pode ser definida como um resumo do vídeo. Ela descreve de forma geral a narrativa, explicando como a história será conduzida e a maneira como os fatos serão apresentados ao longo do conteúdo (Filatro; Cairo, 2015; Kinden; Musburger, 2009).

Para a pergunta norteadora uma das sugestões do público-alvo foi a produção de vídeos curtos e explicativo sobre a temática que pudessem ser visualizados quando necessário. O VE aborda os conceitos de referência e contrarreferência e termos análogos, construído a partir de oito conceitos: encaminhamento, referência, contrarreferência, continuidade do cuidado, transição do cuidado, resumo de alta, interconsulta e política nacional de regulação. Esse vídeo se direciona, sensibilizar os profissionais enfermeiros e médicos da atenção terciaria, acerca do processo de referência e contrarreferência.

O segundo item, o argumento, descreve mais detalhadamente o que acontecerá no VE, como e por que isso ocorrerá, como será a narrativa, quais serão as características do vídeo, dos personagens e do cenário escolhido (Filatro; Cairo, 2015; Kinden; Musburger, 2009).

Na presente pesquisa, o argumento foi construído da seguinte maneira: o vídeo educativo consistiu de uma animação gravada com avatares animados no ambiente hospitalar. Inicialmente, o avatar 1 narra a apresentação do grupo de pesquisa (CIFACS) e explica o projeto que está sendo desenvolvido e a finalidade do VE.

Posteriormente, o avatar 2 apresenta uma das sugestões do público alvo, que

foi a produção de vídeos curtos e explicativo sobre a temática que pudessem ser visualizados quando necessário, abordando os conceitos de referência e contrarreferência e termos análogos. Em seguida cada cena será construída a partir de 8 conceitos, encaminhamento, referência, contrarreferência, continuidade do cuidado, transição do cuidado, resumo de alta, interconsulta e política nacional de regulação, tópicos advindos dos resultados da pesquisa nas questões 13 e 14.

Sendo assim, o avatar 1 narrara a síntese do conceito de encaminhamento enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente e Imagem de um paciente sendo encaminhado para atenção especializada. Na próxima cena, o avatar 2 narrara a síntese do conceito de referência enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente e Imagem de um paciente sendo direcionado da atenção primaria para a atenção terciaria.

Em seguida o avatar 3 narrara a síntese do conceito de contrarreferência enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente e Imagem de um paciente recuperado sendo direcionado da atenção terciário para a atenção primaria. Na cena seguinte, o avatar 4 narrara a síntese do conceito de continuidade de cuidado enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente e Imagem de uma linha do tempo com diferentes pontos de atendimento.

No próximo assunto, o avatar 1 narrara a síntese do conceito de transição de cuidado enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente e Imagem de um paciente recebendo educação em saúde na alta hospitalar. Posteriormente, o avatar 2 narrara a síntese do conceito de resumo de alta enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos dois autores simultaneamente e Imagem de um profissional de saúde preenchendo um documento no computador e o paciente aguardando o preenchimento.

Na próxima cena, o avatar 3 narrara a síntese do conceito de interconsulta enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente e Imagem de dois profissionais de saúde da equipe multiprofissional discutindo o caso de um paciente. Na cena seguinte, o avatar 4 narrara a síntese do conceito de política nacional de regulação enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente e Imagem de uma sala de aula de graduação com o professor apresentando um fluxograma sobre o tema.

Por último, O VE encerra-se com o avatar 1 ao lado dos avatares profissionais

de saúde felizes e animados agradecendo aos espectadores.

Após a construção da sinopse e do argumento, elaborou-se o roteiro, terceiro item da etapa de pré-produção. O roteiro é considerado um guia para a equipe responsável pela produção do vídeo, por detalhar todas as cenas que serão gravadas (Filatro; Cairo, 2015; Kinden; Musburger, 2009).

A última fase de pré-produção incluiu o desenvolvimento do storyboard, que buscou apresentar o roteiro gráfico e os desenhos sequenciais, facilitando a visualização do layout do vídeo e oferecendo suporte para sua criação. O storyboard descreve cenas e imagens que serão utilizadas no VE, além de fornecer detalhamentos referentes ao áudio, como a narração, efeitos de som ou músicas (Filatro; Cairo, 2015; Kinden; Musburger, 2009).

Na presente pesquisa, optou-se por elaborar o storyboard utilizando-se uma sequência de imagens, figuras ou ilustrações adaptadas ao roteiro do vídeo. Assim, para cada cena do roteiro foi sugerida uma ilustração correspondente à narração. Por exemplo: na segunda cena, em que foi abordado o conceito de referência, foi sugerido, como imagem no storyboard, de um paciente sendo direcionado da atenção primaria para a atenção terciaria.

A sequência de imagens e ilustrações que foram utilizadas dependeram do contexto em que as cenas seriam produzidas e da escolha do programa utilizado para produzir o vídeo e/ou do banco de imagens disponível oferecido pelo software a ser utilizado na etapa de produção.

Após a construção do roteiro do vídeo educativo, este foi submetido à validação por especialistas na temática “Referência”, “Contrarreferência” e termos análogos, para avaliação do conteúdo.

Os participantes da validação dos roteiros/scripts foram doutores, selecionados de acordo com os critérios de inclusão propostos por Fering (1987), adaptados para este estudo. A verificação para a inclusão desses especialistas foi realizada por meio da plataforma do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), considerando-se: titulação de mestre (4 pontos), titulação de mestre com dissertação na área de interesse do estudo (1 ponto), tese de doutorado na área de estudo (2 pontos), prática de pelo menos um ano na área de interesse (Fehring,1994).

Ressalta-se que as etapas de validade de conteúdo do roteiro foram fundamentais para verificar se cada elemento do material é relevante e representativo (Pasquali, 2010). Ressalta-se que dos treze especialistas aos quais foi enviada a

carta-convite, nove aceitaram participar dessa etapa de validação do conteúdo. O processo de validação de conteúdo do roteiro ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2024.

O convite foi enviado, eletronicamente, para a participação na pesquisa (APÊNDICE C); no e-mail foi disponibilizado um link de acesso ao formulário eletrônico, construído por meio do Google Forms, contendo TCLE (APÊNDICE D), o roteiro do vídeo educativo para ser avaliado e o Instrumento de Validação de Conteúdo Educacional (IVCE), construído e validado por Leite *et al*. 2018 (ANEXO A). Esse instrumento é composto por 18 questões que contemplam tópicos sobre o objetivo, estrutura, apresentação e relevância do conteúdo proposto.

Para cada questão do IVCE, os juízes puderam julgar os domínios do roteiro, mediante uma escala tipo *likert* contendo as opções: discordo totalmente; discordo parcialmente; concordo; concordo parcialmente; concordo totalmente. Foi destinado, também, um espaço para registro de sugestões, críticas ou informações que julgassem necessárias.

A avaliação dessa etapa foi realizada por meio do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e IVC total, para cada item analisado, considerando estatisticamente significativos valores igual ou maiores a 0,80 (Polit; Beck, 2011; Alexandre; Coluci, 2011).

Após a validação do roteiro do vídeo, o storyboard foi submetido à análise a avaliação dos aspectos técnicos por juízes da comunicação visual. Para a seleção desses profissionais também foi utilizada uma adaptação dos critérios de Fehring (1994), conforme quadro 2.

Quadro 2 - Critérios adaptados de Fehring (1994), para seleção dos juízes da comunicação visual para validação técnica, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Critérios	**Pontuação**
Titulação de doutor com tese na área de produção audiovisual	4
Titulação de Doutor na área de comunicação visual	3
Titulação de mestre com dissertação na área de produção audiovisual	3
Titulação de mestre na área de comunicação visual	2
Publicação de artigo em periódico de referência na área de produção de vídeos/ produção audiovisual	2

Experiência profissional na produção de vídeos de, no mínimo dois anos	2

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Dessa forma, a captação dos juízes, em comunicação visual, também foi realizada por meio da busca dos currículos disponibilizados na Plataforma Lattes do CNPq. No campo “modo de busca”, o assunto pesquisado foi “produção audiovisual” e, nas bases, foram selecionados os campos “Doutores e Demais pesquisadores” com nacionalidade brasileira ou estrangeira. Os filtros utilizados foram “Atuação profissional” contemplando as áreas Ciências Sociais Aplicadas/Comunicação e Comunicação Visual. Foram selecionados 13 juízes que atenderam aos critérios mencionados acima e que obtiveram escore mínimo de cinco pontos nos critérios adaptados de Fehring (1994).

Após, foi enviada por e-mail uma carta-convite (APÊNDICE E), aos treze juízes, esclarecendo a proposta do estudo e apresentando informações sobre o material a ser avaliado. No e-mail, também foi disponibilizado um link de acesso ao formulário eletrônico, construído por meio do Google Forms, contendo: o TCLE (APÊNDICE F) e o storyboard do vídeo educativo para avaliação, por meio do Questionário de Avaliação de Tecnologia Assistiva, construído e validado por Guimarães (2014) (ANEXO B).

Este questionário é composto por 14 questões que avaliam a interatividade, os objetivos, a relevância, a eficácia e a clareza do storyboard proposto para produção do vídeo educativo. Para cada questão os juízes puderam julgar como: Discordo totalmente; Discordo parcialmente; Concordo; Concordo parcialmente; Concordo totalmente. Havia também espaço para que o profissional pudesse registrar seus comentários, críticas ou sugestões positivas ou negativas relacionadas a cada item avaliado. Ressalta-se que dos treze especialistas aos quais foi enviada a carta-convite, quatro aceitaram participar dessa etapa de validação do storyboard.

Foram consideradas válidas as questões cujo (IVC) e (IVC) total apontaram proporção de concordância dos especialistas igual ou superior a 80% (Polit; Beck, 2006).

4.5.2 Produção

Após a validação do roteiro e do storyboard pelos especialistas, iniciou-se a etapa de produção do vídeo educativo, que consistiu em operacionalizar o roteiro e o storyboard por meio da gravação das cenas utilizando insumos que favorecessem a comunicação (Filatro; Cairo, 2015).

Para a produção do vídeo educativo e considerando a população do estudo, optou-se pela utilização de avatares para a narração e animações gráficas para representar os fatos narrados no roteiro e viabilizar a proposta do storyboard.

As animações gráficas são consideradas uma representação visual por meio de uma sequência de imagens escolhidas para ilustrar objetos, cenários, personagens, entre outros. Elas oferecem uma importante ferramenta pedagógica pela capacidade de modelar a narração de fatos e de ilustrar a explicação de procedimentos e informações (Filatro; Cairo, 2015).

Estes recursos visuais, instigam a criatividade e podem sensibilizar o receptor com a mensagem que se deseja transmitir, demandando menores custos financeiros, humanos e materiais; podem ainda ser associadas a outros recursos, como textos e efeitos sonoros (Americo, 2010; Penteado, 2011).

A produção do VE foi operacionalizada utilizando-se o software Videoscribe®, da Sparkol Company, versão PRO. Esse programa, também conhecido como “animação de quadro branco”, permite a criação de vídeos com funções de inclusão animada de texto e imagens, além de inserção de música ou narração. Existe a possibilidade da criação dos vídeos com as próprias imagens disponíveis na biblioteca do programa ou por meio da importação de imagens externas provenientes de outros domínios (Sparkol, 2019).

Embora o software possa ser utilizado de forma gratuita, optou-se por adquirir a licença, com recursos próprios da pesquisadora, durante 1 ano, para obter maior acesso às ferramentas disponibilizadas pelo programa.

A sequência de imagens foi desenvolvida de acordo com o roteiro e storyboard previamente validados e buscou a construção de uma identidade visual que se relacionava com a temática proposta. Conforme a disponibilidade do banco de imagens do software, foram selecionados ilustrações, cenários e personagens voltados ao ambiente hospitalar, profissionais de saúde e pacientes. Também foram utilizados textos auxiliares, balões, setas e recursos ilustrativos coerentes com a narração do roteiro.

A narração do roteiro do vídeo foi realizada por meio de uma locução

informativa leve, gravada em ambiente silencioso utilizando um gravador de voz, tal como prevê o primeiro princípio da TCAM, o da coerência. Após, o áudio foi convertido no formato mp4 e exportado para o software Videoscribe®, sendo realizados os ajustes necessários para sincronização com as imagens gráficas.

4.5.3 Pós-produção

Nesta etapa o VE passou pela primeira edição para adequação da contiguidade espacial e temporal, bem como para ajustes entre as sequências de imagens, áudio e ajustando os cenários de acordo com os 12 princípios da TCAM, apresentando a composição de todos os elementos dos *storyboards*, em uma sequência contínua de cenas com a inclusão de textos.

O VE, foi submetido a Critérios da validação quanto a funcionalidade, usabilidade, eficiência, técnica audiovisual, ambiente e procedimento (Ferreira *et al*., 2015).

4.6 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), que é uma instituição pública de ensino superior localizada no interior de Minas Gerais, fundada em 1953. A pesquisa foi realizada via remota, através de formulário eletrônico construído por meio do Google Forms. A universidade tem como missão oferecer educação de qualidade, pesquisa e extensão, contribuindo para o desenvolvimento acadêmico, científico e social da região e do país (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, 2023).

A UFTM abriga diversos cursos de graduação e pós-graduação em áreas como Ciências da Saúde, Ciências Exatas e Tecnológicas, Ciências Humanas e Sociais, entre outras. Além disso, a universidade está envolvida em atividades de pesquisa e extensão, promovendo a integração entre o conhecimento acadêmico e as demandas da comunidade (UFTM, 2023).

Essa etapa foi realizada em ambiente virtual para validar o conteúdo do roteiro e storyboard do VE por especialistas na temática “Referência”, “Contrarreferência” e em comunicação visual ocorreu entre os meses de novembro e dezembro de 2024.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados do Google Forms® foram transferidos para um banco de dados no formato Excel 23 para análise. Esse processo envolveu a dupla digitação por dois pesquisadores distintos para assegurar a fidedignidade dos registros. A análise da caracterização dos juízes utilizou estatística descritiva, incluindo frequência, percentagem e média. Para avaliar a concordância interavaliadores, foram empregados o IVC por critério e o IVC total dos constructos, conforme proposto por Polit e Beck (2006).

A fórmula utilizada para a análise do IVC por critério foi a seguinte (Polit; Beck, 2006; Vakili; Jahangiri, 2018):

$$IVC = \frac{\text{número de respostas “3” e “4”}}{\text{Número total de respostas}}$$

Itens pontuados com 1 ou 2 seriam revisados, e as respostas marcadas como "não sei" seriam eliminadas. Posteriormente, o IVC total do constructo seria calculado somando-se cada valor de IVC e dividindo o resultado pelo número de critérios que compõem cada ferramenta. Para obter o IVC total do constructo, somam-se os valores de IVC para cada item da ferramenta, conforme determinado na fórmula anterior, e divide-se o resultado pelo número total de itens que compõem esse constructo (Polit; Beck, 2006; Vakili; Jahangiri, 2018).

Os resultados do IVC total de cada ferramenta foram interpretados da seguinte maneira: um resultado <0,00 indicava pobre concordância; de 0,00 a 0,20, leve concordância; de 0,21 a 0,40, concordância aceitável; de 0,41 a 0,60, concordância moderada; de 0,61 a 0,80, concordância considerável; e de 0,81 a 1,00, concordância quase perfeita. Para esta pesquisa, estabeleceu-se um IVC superior a 0,80 como indicativo de validade para os constructos propostos (Silveira *et al*., 2018).

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado: “Referência e Contrarreferência na Prática de Enfermeiros e Médicos: da compreensão conceitual à implantação das ações entre atenção primária à saúde e hospital público de ensino”

e foi submetido e aprovado sob o parecer número 6.221.773 do Comitê de Ética e Pesquisa da UFTM em observância às diretrizes das Resoluções 466/12 (Brasil, 2012) e 510/16 (Brasil, 2016), que tratam de pesquisas com seres humanos. Todos os entrevistados que consentiram em participar do estudo receberam informações sobre os objetivos da pesquisa, destino e guarda dos dados coletados e contribuições dos resultados obtidos.

Todos os participantes assinaram o TCLE, para a garantia do sigilo das informações prestadas e sobre o respeito da liberdade de retirada de consentimento em participação e/ou desistência em participar da pesquisa a qualquer momento. Os dados serão mantidos sob a guarda do pesquisador responsável, por um período de três anos, conforme presente na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), sendo garantido o sigilo e confidencialidade do participante.

5 RESULTADOS

5.1 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

5.1.1 Caracterização dos profissionais

A pesquisa foi realizada com 45 profissionais (12 médicos e 33 enfermeiros), das quais atuam diretamente na assistência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A caracterização dos sujeitos da pesquisa com variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais (enfermeiros e médicos) que atuam na atenção terciária de saúde no município de Uberaba.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e laborais de Enfermeiros e Médicos atuantes na Atenção Terciaria à Saúde no município de Uberaba, Uberaba, Minas Gerais, 2025.

Variável	Frequência Enfermeiros	% do Total Enfermeiros	Frequência Médicos	% do Total Médicos
Sexo				
Feminino	27	81,8%	06	50,0%
Masculino	06	18,2%	06	50,0%
Idade				
20 a 29 anos	02	6,1%	00	0,0%
30 a 39 anos	14	42,4%	04	33,3%
40 a 49 anos	13	39,4%	04	33,3%
50 a 59 anos	03	9,1%	03	25,0%
60 ou mais	01	3,0%	01	8,3%
Tempo de Formado				
Até 2 anos	00	0,0%	00	0,0%
2 a 5 anos	01	3,0%	00	0,0%
6 a 10 anos	04	12,1%	02	16,7%
11 a 15 anos	12	36,4%	03	25,0%
16 a 20 anos	05	15,2%	02	16,7%
21 ou mais	11	33,3%	05	41,7%
Titulação				
Graduação	00	0,0%	04	33,3%
Especialização/Residência	18	54,5%	05	41,7%
Residência	08	24,2%	03	25,0%
Mestrado	07	21,2%	00	0,0%
Doutorado	00	0,0%	00	0,0%
Pós-doutorado	00	0,0%	00	0,0%
Tempo de Atuação				
Até 2 anos	08	24,2%	01	8,3%

2 a 5 anos	04	12,1%	02	16,7%
6 a 10 anos	12	36,4%	03	25,0%
11 a 15 anos	01	3,0%	01	8,3%
16 a 20 anos	06	18,2%	03	25,0%
21 ou mais	02	6,1%	02	16,7%
Especialidades				
Administração Hospitalar	05	15,2%	-	-
Dermatologista	01	3,0%	-	-
Enfermagem do trabalho	02	6,1%	-	-
Terapia intensiva	08	24,2%	-	-
Enfermagem obstétrica	06	18,2%	-	-
Saúde Pública e da Família	04	12,1%	-	-
Auditoria em Enfermagem	02	6,1%	-	-
Gestão Pública em Saúde	03	9,1%	-	-
Neonatologia	01	3,0%	-	-
Oncologia	01	3,0%	-	-
Pesquisa Clínica	01	3,0%	-	-
Preceptoria em Saúde	01	3,0%	-	-
Processamento de material	01	3,0%	-	-
Educação em saúde	01	3,0%	-	-
Segurança do paciente	01	3,0%	-	-
Sistematização da assistência em enfermagem	01	3,0%	-	-
Terapia Infusional	01	3,0%	-	-
Cirurgia Plástica	-	-	01	8,3%
Cirurgia Vascular	-	-	01	8,3%
Cirurgia e Traumatologia	-	-	01	8,3%
Clínica Médica	-	-	02	16,7%
Endocrinologia	-	-	01	8,3%
Infectologia	-	-	03	25,0%
Medicina de família e comunidade	-	-	01	8,3%
Oftalmologia	-	-	01	8,3%
Psiquiatria	-	-	01	8,3%
Local de trabalho				
Ambulatório	04	12,1%	02	16,7%
BC	01	3,0%	00	0,0%
Clínica Cirúrgica	02	6,1%	03	25,0%
CPC	01	3,0%	00	0,0%
GO	01	3,0%	00	0,0%
HC	14	42,4%	04	33,3%
Hotelaria	02	6,1%	00	0,0%

Neurologia	01	3,0%	00	0,0%
Nuve	01	3,0%	00	0,0%
Pediatria	01	3,0%	00	0,0%
PSinfantil	01	3,0%	00	0,0%
UDIP	01	3,0%	00	0,0%
UTI	03	9,1%	00	0,0%
Clínica Médica	00	0,0%	03	25,0%

Fonte: CIFACS, 2024

5.1.2 Discurso do sujeito coletivo

Os discursos construídos estão dispostos de acordo com a intensidade com que cada expressão-chave foi colocada, buscando transparecer as ideias captadas, concretizando um total de 33 discursos para enfermeiros e 12 discursos de médicos.

Para a questão *"Você acha que devem acontecer mudanças nas práticas de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões."* (Questão 13), foram construídos oito discursos para os enfermeiros entrevistados (Quadro 3) e quatro voltados aos médicos (Quadro 4).

Quadro 3 - Discursos dos Enfermeiros acerca da necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Discurso	**Título dos Discursos**	**Discurso do Sujeito Coletivo**
DSC 1	Melhoria da referência pela regulação e resolutividade da APS	*No caso da referência: melhora na regulação, para conhecimento dos diversos pontos de atenção da rede pelos diferentes atores; maior resolutividade na origem para encaminhamentos necessários e oportunos, bem como, receber o paciente vindo da CR, aumentando a disponibilidade de recursos tecnológicos e materiais na APS.*
DSC 2	Adequar respostas da Contrarreferência e resolutividade da APS	*No caso da contrarreferência: é a devolutiva da referência com suporte/ retaguarda da especialidade nos casos de intercorrências; mas, o especialista deve entender que o paciente compensado pode seguir na origem (devidamente orientado e localizado), e retornar a especialidade somente se necessário; a APS deve ser resolutiva.*
DSC 3	Instituir o protocolo de Referência e Contrarreferência	*Instituir protocolo de referência e contrarreferência nas unidades de saúde, especialmente a hospitalar.*

DSC 4	Criar sistema informatizado e interligado	*Uma sugestão seria um sistema através de meio eletrônico, informatizado, único e efetivo, com acesso ao prontuário. O mesmo usado em todos os serviços/rede – interligados, para que os profissionais pudessem visualizar todo histórico de saúde do paciente, a fim de evitar consultas e exames desnecessários e que proporcionasse o cuidado integral do paciente.*
DSC 5	EPS para conceitos e fluxos com o envolvimento da gestão	*Capacitação dos funcionários/profissionais em primeira mão, com definição e reflexão acerca dos termos, orientação de como fazer, mapeamento para onde encaminhar, de modo contínuo e trimestral; alcançando a gestão para que essa prática seja de fato implementada com garantia.*
DSC 6	Reorganização de fluxos e sua divulgação	*Maior divulgação e esclarecimento na mídia para a comunidade externa sobre os serviços de atendimento, sobre os pontos da RAS para os quais poderíamos realizar o fluxo e, no caso das unidades ambulatoriais especializadas, como acontece conosco, o fluxo de atendimentos entre os prestadores de serviço municipal devem ser melhor definidos e publicizados.*
DSC 7	A comunicação e articulação da RAS para melhor resposta profissional e resolutividade ao paciente	*Precisa melhorar a comunicação e articulação entre os profissionais dos hospitais de referência e a rede municipal de unidades básicas e ESF. Isto buscando na referência e contrarreferência evitar que o paciente fique perdido e que o profissional que o atenderá entenda o motivo do encaminhamento, sobretudo acerca do histórico e tratamentos que o paciente já realizou.*
DSC 8	Classificação de situações para referência e contrarreferência como uma política	*Definição de uma política do município ou do estado para classificação das situações que envolvem as possibilidades de referência e contrarreferência, com retorno direcionado para melhor acompanhamento dos pacientes.*

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Quadro 4 - Discursos dos Médicos acerca da necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Discurso	**Título dos Discursos**	**Discurso do Sujeito Coletivo**
DSC 1	Fluxo integrado e melhoria das Tecnologias de Informação e Comunicação na RAS	*Sim. Deve acontecer uma maior integração e articulação da atenção primária, secundária e terciária, com fluxos melhor definidos e facilitação na troca de informações, incluídas de forma adequada, enérgica, ou seja, obrigatória. O uso de prontuário eletrônico unificado, favoreceria os acessos à uma rede mais integrada, desburocratizada, com a melhoria do acesso dos pacientes.*

DSC 2	Melhoria na resolutividade da APS, revisão das linhas de cuidado e da regulação	*Sim, a APS deveria absorver e resolver um número maior de casos, encaminhando para os níveis secundários casos específicos. Por sua vez, as linhas de cuidados devem ser melhor definidas na RAS, com cada instância executando suas funções de fato, bem como, a melhora da resposta da regulação.*
DSC 3	Maior gerenciamento da SMS, EPS e integração de equipes	*Sim, com orientação aos profissionais, maior integração de equipes e, melhor gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde.*

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Sobre a questão *"Você acha que devem ocorrer atividades de Educação Permanente sobre ações de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões.*" (Questão 14), foram construídos quatro discursos para ambas categorias, ilustrados nos quadros 5 e 6, respectivamente.

Quadro 5 - Discursos dos Enfermeiros acerca de atividades a necessidade de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Discurso	**Título dos Discursos**	**Discurso do Sujeito Coletivo**
DSC 1	Necessidade conjunta de estruturação da rede	*Sim; mas juntamente com esforços em prol de estruturação da rede, possibilitando que efetivamente se tenham serviços para onde realizar a referência e contrarreferência. Normalmente não há como contrarreferenciar o paciente ou está se torna apenas burocrática, não sendo utilizada.*
DSC 2	Tópicos para EPS	*Sim, informando os pontos da RAS para referenciamento; a relação custo efetividade do processo; o fluxo padrão do município para a referência e contrarreferência; a abordagem dos aspectos conceituais; importância do uso; cuidados pós alta hospitalar; e, sobre a elaboração de protocolos /instrumentos*
DSC 3	EPS de modo multiprofissional, intersetorial e regional	*Sim, através do treinamento continuado, em especial de novos membros da equipe; multiprofissional e intersetorial; com gestores de todas unidades assistenciais dos municípios da região envolvendo a secretaria municipal de saúde da cidade polo.*
DSC 4	Estratégias para a realização da EPS	*Sim, através de curso EaD, banners informativos, vídeos educativos, simpósios, palestras e panfletos, com o uso de estudos de caso e simulação.*

DSC 5	A EPS na integralidade do cuidado	*Sim, os profissionais precisam se conscientizar da importância dessas ações para a integralidade do cuidado. Para isto é preciso estabelecer uma frequência de treinamentos para capacitação de profissionais de saúde, o que instrumentalizaria a equipe possibilitando uma melhor assistência a um número maior de pacientes.*
DSC 6	O uso da simulação clínica na EPS	*Sim. Através da simulação de casos clínicos que envolvam a referência de um paciente da atenção primária / secundária para a terciária, e que após tratamento e estabilidade é contrarreferenciado para continuidade na atenção primária. Treinamentos abordando situações reais com demonstração de fluxos e de atendimentos possíveis, que mostrem a importância e os benefícios para a população assistida. Os treinamentos devem ser in loco, pontuais e específicos para levantar as dificuldades e trabalhar planos de melhoria.*
DSC 7	A abordagem da referência e contrarreferência na formação curricular	*Sim. O tema deveria ser apresentado aos residentes médicos no período de integração e inserido nas grades curriculares das graduações.*

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Quadro 6 - Discursos dos Médicos acerca de atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Discurso	**Título dos Discursos**	**Discurso do Sujeito Coletivo**
DSC 1	Estratégias para a EPS	*Sim; através de palestras, vídeos rápidos explicativos e cursos de curta duração on-line.*
DSC 2	EPS abordando a Política Nacional de Regulação na formação curricular	*Sim. Todo o conteúdo relacionado a Política Nacional de Regulação deveria ser inserido na grade curricular dos cursos e programas de residências médicas, com estágios curriculares nas diversas áreas de regulação.*
DSC 3	Temáticas para a EPS na Referência e Contrarreferência	*Sim. Educação permanente englobando desde temas básicos, que podem ser mantidos no nível primário, até fluxos de referência e contrarreferência.*
DSC 4	A necessidade de estruturação em Tecnologias de Informação e Comunicação	*Sim. São necessários formulários detalhados de referência e contrarreferência que podem contribuir com a continuidade do tratamento; bem como, a prática do contrarreferenciamento pelos profissionais de saúde através de relatórios que permitam o melhor*

		manejo dos casos clínicos. É preciso padronização de ações.

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

5.1.3 Revisão da literatura

Inicialmente foi realizada uma Revisão Integrativa (RI) que se propôs a sintetizar resultados obtidos sobre um tema ou questão de maneira sistemática, organizada e abrangente, garantindo uma visão ampla do atual cenário investigado com a intenção de proporcionar a elucidação de lacunas do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2019).

A RI busca a análise e interpretação dos dados organizada conforme as etapas seguintes: 1) identificação da questão norteadora da pesquisa – os pesquisadores elaboraram um questionamento de forma clara e objetiva, seguido pela busca dos descritores ou palavras-chave; 2) definição dos critérios de inclusão/exclusão para a selecionar a amostra; 3) categorização dos estudos selecionados – as informações extraídas dos artigos selecionados foram sumarizadas; 4) avaliação dos estudos – os dados extraídos foram analisados criticamente; 5) discussão e interpretação dos resultados – os resultados foram fundamentados conforme os conhecimentos teóricos; 6) apresentação da revisão integrativa – o conhecimento foi sintetizado através das informações de cada artigo revisado, de forma sucinta para ratificar as evidências apresentadas (Cieto *et al*., 2014).

A construção da questão norteadora utilizou a estratégia PICO (Galvão; Pereira, 2014), a qual “P” se refere a pacientes, “I” a intervenção, “C” a comparação/controle e “O” o desfecho (*outcomes*), sendo definida a pergunta: *Quais os conhecimentos produzidos sobre o enfermeiro e a continuidade do cuidado com foco na contrarreferência para a alta hospitalar?*

Foram consultadas as bases de dados: BDENF (Base de Dados de Enfermagem), IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), nos idiomas português, inglês e espanhol. Para o levantamento considerou-se os descritores controlados presentes no MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), assim como seus sinônimos

combinados com operadores *booleanos* (AND e OR), resultando a composição a descrita no Quadro 7.

Quadro 7 - Estratégia de busca por bases, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Bases	Descritores
BDENF **IBECS** **LILACS** **SciELO**	("encaminhamento e consulta" OR "referral and consultation" OR "derivación y consulta" OR encaminhamento* OR referral* OR reenvío* OR "alta do paciente" OR "patient discharge" OR "alta del paciente" OR "alta hospitalar" OR "hospital discharge" OR "alta hospitalaria" OR "planejamento da alta" OR "discharge planning" OR "planificación del alta") AND (enfermagem OR nursing OR enfermería)
PubMed	("referral and consultation"[Mesh] OR referral* OR reference OR "patient discharge"[Mesh] OR "hospital discharge" OR "discharge planning") AND (nursing[Mesh]).

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

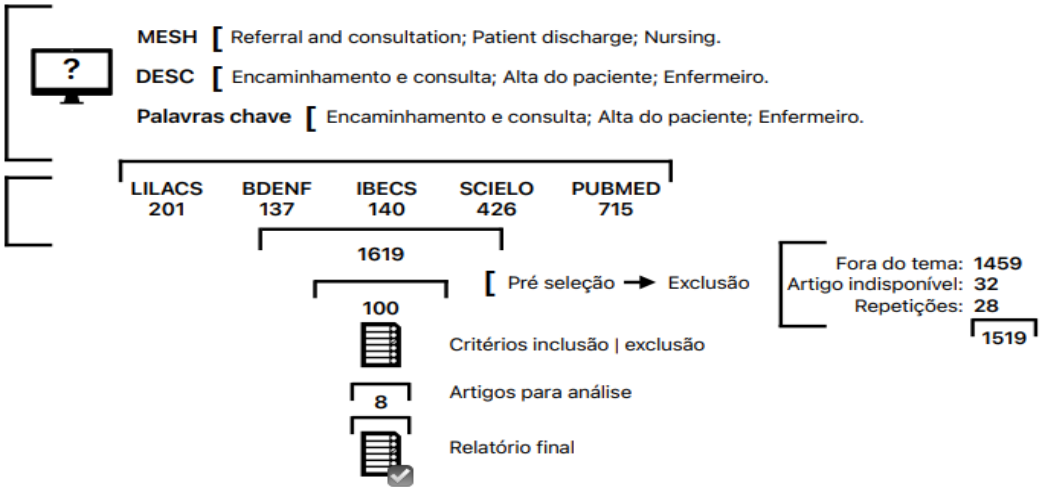
A busca e a seleção de artigos ocorreram em três etapas. Na primeira, houve a busca de acordo com descritores, período e bases definidas; bem como a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Após esta seleção procedeu-se à leitura dos títulos e resumos. Na segunda etapa, observaram-se dados como: ano de publicação, título, autores, tipo/abordagem do estudo, região da publicação, nacionalidade e principais aspectos ou resultados. Na terceira, os estudos foram lidos na íntegra e categorizados por semelhança temática. Quanto aos aspectos éticos, foram respeitados os direitos autorais e o conteúdo, não havendo modificação destes em benefício da revisão.

As publicações incluídas neste estudo foram artigos disponíveis eletronicamente na íntegra; em português, espanhol e inglês; sobre o tema proposto, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023. Foram incluídos estudos primários e excluídos os duplicados por meio do *software EndNote*^{TM}. Além disso, foram excluídas as modalidades: revisão, reflexões, editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, notas prévias, livros, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações e manuais; assim como, aqueles com acesso indisponível na íntegra e que não respondessem à questão norteadora. Para a estruturação das informações, foi utilizada a estratégia PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page *et al.,* 2020).

Inicialmente identificou-se 1.619 artigos, destes 1459 não possuíam aderência à temática, 28 encontravam-se repetidos e 32 não estavam disponíveis na íntegra.

Assim, considerou-se 100 que, após submissão aos critérios de inclusão e de exclusão, resultaram em oito artigos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção dos estudos acerca do enfermeiro e a continuidade do cuidado com foco na contrarreferência para a alta hospitalar, considerando o período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Considerando os oito (8) estudos elencados, sete (7) estavam disponibilizados na *SciELO* e um (1) na BDENF, sendo que este encontrava-se também na LILACS. As bases de dados *IBECS* e *PubMed* não obtiveram produções; e, quanto ao tipo de pesquisa, sete (7) eram qualitativas e uma (1) quantitativa.

Os oito trabalhos foram publicados em revistas brasileiras catalogadas para os conteúdos de Enfermagem, sendo considerada a abordagem temática direcionada às ferramentas de contrarreferenciamento no âmbito da Atenção Terciária à Saúde. Com relação à nacionalidade, quatro periódicos eram nacionais; tendo sido realizados nas regiões Sul – três (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina) e Sudeste – um (São Paulo), e quatro estudos foram internacionais; realizados no Canadá (dois), na Espanha (um) e no Chile (um).

5.2 SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO DO ROTEIRO E PRODUÇÃO DO VIDEO

5.2.1 Pré-produção: validação do conteúdo do roteiro e do storyboard do vídeo educativo

Após a elaboração do roteiro do VE, foram enviados convites aos 13 juízes que atenderam aos critérios mencionados acima e que obtiveram escore mínimo de cinco pontos nos critérios adaptados de Fehring (1994). Desses, nove juízes aceitaram avaliar o conteúdo do roteiro do VE, utilizando o IVCE (Leite *et al*., 2018).

A validação do conteúdo do roteiro do VE foi considerada válido, pois todas as questões apresentaram concordância de 0,94% pelos especialistas.

Quadro 8 - Concordância dos especialistas acerca da validação de conteúdo do roteiro do vídeo educativo, por meio do (IVC) e (IVC total), Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Pergunta	**0 (Não sei)**	**1 (Discordo Fortemente)**	**2 (Discordo)**	**3 (Concordo)**	**4 (Concordo Fortemente)**	**Número de Respostas (3 e 4)**	**IVC**
O conteúdo da informação está adequado às suas necessidades			1	3	6	9	1,00
Oferece interação, envolvimento ativo no processo educativo	1			1	7	8	0,88
Possibilita acessar sem dificuldades os tópicos apresentados				2	7	9	1,00
Fornece autonomia ao usuário em relação a sua operação	1			1	6	8	0.88
Estimula a aprendizagem sobre o conteúdo abordado				1	8	9	1,00
Estimula a aprendizagem de novos conceitos				0	8	8	0,88
Permite-lhe buscar informações sem dificuldades				2	7	9	1,00
Possui estratégia de				1	7	8	0,88

apresentação atrativa							
Disponibiliza os recursos adequados e necessários para a sua utilização				1	8	9	1,00
IVC Total	**0,94**						

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Após a validação do conteúdo do roteiro do VE por especialistas da área, o storyboard foi enviado para avaliação por juízes especializados em comunicação visual. Foram enviados convites a 13 juízes, dos quais 4 aceitaram participar e avaliaram o storyboard utilizando o Questionário de Avaliação de Tecnologia Assistiva (Guimarães, 2014).

O *storyboard* do roteiro do VE foi considerado válido, pois todos os itens apresentaram concordância de 0,94% pelos juízes.

Quadro 9 - Concordância dos juízes acerca da validação do storyboard do roteiro do vídeo educativo, por meio do (IVC) e (IVC total), Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Pergunta	**0 (Não sei)**	**1 (Discordo Fortemente)**	**2 (Discordo)**	**3 (Concordo)**	**4 (Concordo Fortemente)**	**Número de Respostas (3 e 4)**	**IVC**
O conteúdo da informação está adequado às suas necessidades				2	2	4	1,00
Oferece interação, envolvimento ativo no processo educativo	1			1	2	3	0,75
Possibilita acessar sem dificuldades os tópicos apresentados	1			1	2	3	1,00
Fornece autonomia ao usuário em relação a sua operação	1			2	1	3	0.75
Estimula a aprendizagem sobre o				1	3	4	1,00

conteúdo abordado							
Estimula a aprendizagem de novos conceitos				0	4	4	1,00
Permite-lhe buscar informações sem dificuldades	1			2	1	3	1,00
Possui estratégia de apresentação atrativa				1	3	4	1,00
Disponibiliza os recursos adequados e necessários para a sua utilização				1	3	4	1,00
IVC Total	**0,94**						

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Quadro 10 - Conteúdo do Roteiro e Storyboard do vídeo educativo após validação dos juízes, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

PRÉ PRODUÇÃO – VÍDEO EDUCATIVO **Título:** Produção de vídeo educativo como estratégia de Educação Permanente sobre Referência e Contrarreferência com foco na Atenção Terciária. **Tema Proposto:** Encaminhamento, Referência, Contrarreferência, Continuidade do Cuidado, Transição do Cuidado, Resumo de Alta, Interconsulta e Política Nacional de Regulação. **Objetivo:** Sensibilizar os profissionais Médicos e Enfermeiros da atenção terciária acerca do processo de Referência e Contrarreferência. **Público-Alvo:** Enfermeiros e Médicos da atenção terciária.	
LOCUÇÃO	**ANIMAÇÃO (Storyboard)**
APRESENTAÇÃO 1. Você sabia que na Universidade Federal do Triângulo Mineiro há um grupo de pesquisa chamado CIFACS (Grupo de Pesquisa: Ciclos de vida, Família e Saúde no Contexto Social) este grupo está desenvolvendo o projeto “Referência e contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos: da compreensão conceitual à implantação das ações entre a atenção primária à saúde e os hospitais públicos de ensino”	APRESENTAÇÃO 1. Imagem de 3 avatares representando a equipe CIFACS e logo do grupo. E em segundo plano com imagens da Rede de Atenção à Saúde Lettering: Título do projeto de pesquisa- “Referência e contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos: da compreensão conceitual à implantação das ações entre a atenção primária à saúde e os hospitais públicos de ensino”
2. O Foco do vídeo será conceitual e priorizara a abordagem em um hospital de ensino de Uberaba a partir das necessidades levantadas	2. Narração e transcrição de texto pelo avatar 1 trazendo a fala.

pelo questionário por meio da pergunta: **Você acha que deve acontecer mudanças nas práticas de Referência e Contrarreferência?**	Lettering: O foco do vídeo será conceitual e referente ao setor hospitalar. Em sequência o avatar 2 apresentara o balão contendo a pergunta. Lettering: **Você acha que deve acontecer mudanças nas práticas de Referência e Contrarreferência?**
3. Para a pergunta norteadora uma das sugestões do público-alvo foi a produção de vídeos curtos e explicativo sobre a temática que pudessem ser visualizados quando necessário 4. O vídeo educativo abordará os conceitos de referência e contrarreferência e termos análogos. Será construído a partir de oito conceitos: encaminhamento, referência, contrarreferência, continuidade do cuidado, transição do cuidado, resumo de alta, interconsulta e política nacional de regulação.	3/4. O avatar 3 apresentara os oitos conceitos por meio de balões. Lettering: encaminhamento, referência, contrarreferência, continuidade do cuidado, transição do cuidado, resumo de alta, interconsulta e política nacional de regulação. Cada conceito em um balão.
Conceito 1 ***Encaminhamento*** Corresponde ao direcionamento do paciente para serviços que solucionem suas necessidades, os quais a fonte solicitante não está preparada para fornecer (Bernardino Júnior *et al.*, 2020; DECS, 2011)	**Cena 1:** O avatar 1 narrara a síntese do conceito de encaminhamento enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente. **Cena 2:** Imagem de um paciente sendo encaminhado para atenção especializada. Lettering: Segundo o dicionário: conduzir, guiar, orientar; ato de mostrar ou indicar o caminho; ato de fazer seguir os trâmites estabelecidos. É o documento que conduz os usuários para serviços especializados, sendo direcionamentos precisos de várias condições clínicas de diferentes especialidades médicas (Bernardino Júnior *et al.*, 2020). Consiste na prática de enviar um paciente para outro programa ou médico para provisão de serviços ou aconselhamento, os quais a fonte da referência não está preparada para fornecer (DECS, 2011).
Conceito 2 ***Referência*** É parte de um processo de organização e articulação dos pontos da rede de atenção à saúde, no qual o conjunto de atividades administrativas e assistenciais que o compõe	**Cena 1:** O avatar 2 narrara a síntese do conceito de referência enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente. **Cena 2:** Imagem de um paciente sendo direcionado da atenção primaria para a atenção terciaria.

direciona o usuário de um local de menor densidade tecnológica para outro de maior capacidade de resolução (Silva; Sena; Castro, 2017; Silva *et al*., 2021)	Lettering: Encaminhamento do indivíduo da Atenção Primária a Saúde para os níveis de média e alta complexidade (Silva; Sena; Castro, 2017). Conjunto de atividades administrativas e assistenciais que define o direcionamento do usuário de um estabelecimento de saúde de menor densidade tecnológica para outro de maior capacidade de resolução (Silva *et al*., 2021). Processo de organização e articulação dos pontos da rede de atenção à saúde, com fluxo do menor para o maior nível tecnológico, constituindo um processo sistêmico e hierarquizado dos encaminhamentos e percursos dos usuários (Santos *et al.*, 2021).
Conceito 3 **<u>Contrarreferência</u>** É uma estratégia que reúne um conjunto de atividades administrativas e assistenciais, na qual o usuário em um estabelecimento de saúde de maior densidade tecnológica retorna ao serviço de origem, com informações e condutas adotadas para se garantir a continuidade do cuidado e a integralidade (Andrade; Francischetti, 2020; Oliveira; Silva; Souza, 2021; Lima *et al.*, 2023).	**Cena 1:** O avatar 3 narrara a síntese do conceito de contrarreferência enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente. **Cena 2:** Imagem de um paciente recuperado sendo direcionado da atenção terciário para a atenção primaria. Lettering: Representa a orientação para o retorno do usuário à Atenção Primária à Saúde, garantindo a continuidade do cuidado (Andrade; Francischetti, 2020). É efetivada através do preenchimento de formulário específico e consolida informações relevantes do usuário, as quais permitem que a unidade que referenciou compreenda quais condutas foram adotadas na perspectiva de dar continuidade a assistência e promover a integralidade (Oliveira; Silva; Souza, 2021). É uma estratégia que reúne um conjunto de atividades administrativas e assistenciais pela qual o usuário em um estabelecimento de saúde de maior densidade tecnológica retorna ao serviço de origem, para garantir a continuidade do cuidado (Lima *et al*, 2023).
Conceito 4 **<u>Continuidade do Cuidado</u>**	**Cena 1:** O avatar 1 narrara a síntese do conceito de continuidade de cuidado enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente.

Pode ser compreendida como modalidade terapêutica que proporciona tratamento e autonomia ao usuário, proveniente da experiência vivenciada no serviço de saúde, conservação da assistência e vínculo entre a Rede de Atenção à Saúde. Apresenta quatro dimensões: interpessoal, longitudinal, informacional e gerencial (Azevedo *et al*., 2016; Roldan-Chicano *et al*., 2018; Gallo *et al*., 2022).	**Cena 2:** Imagem de uma linha do tempo com diferentes pontos de atendimento. Lettering: É uma perspectiva terapêutica que incentiva a autonomia do usuário, desenvolvendo suas habilidades funcionais no contexto domiciliar e inter-relacionando os diferentes níveis de complexidade (Azevedo *et al*., 2016). É um seguimento da experiência que o paciente vivencia sobre a inter-relação entre os serviços de saúde. Bem como, é apresentado pela articulação do vínculo e a conservação da assistência no deslocamento entre os diferentes níveis de cuidados (Roldan-Chicano *et al*., 2018). É a conexão e/ou a sucessão de cuidados e atendimentos necessários ao usuário ao longo do tempo na Rede de Atenção à Saúde (Gallo *et al*., 2022).
Conceito 4.1 Deeny *et al*. (2017) revisou modelos anteriores e atualizou a CONTINUIDADE DO CUIDADO para quatro domínios: interpessoal, longitudinal, gerencial e informacional.	Lettering: Deeny *et al*. (2017) revisou modelos anteriores e atualizou a CONTINUIDADE DO CUIDADO para quatro domínios: interpessoal, longitudinal, gerencial e informacional. **Continuidade interpessoal** - envolve a subjetividade na relação de cuidado entre paciente e profissional de saúde; **Continuidade longitudinal** - refere-se a um histórico de interações com o mesmo profissional em uma série de acontecimentos; **Continuidade informacional** - trata da disponibilidade de informações clínicas e psicossociais em todos os atendimentos. **Continuidade gerencial** - traduz-se nos processos de coordenação, na colaboração efetiva entre as equipes e serviços de saúde de diferentes níveis para prestação de um cuidado coeso.
Conceito 5 **<u>Transição do Cuidado</u>** Ações que visam à coordenação e o planejamento para continuidade do cuidado, educação em saúde do paciente e da família, articulação entre os serviços de saúde e a comunicação entre as equipes (Acosta *et al*.,	**Cena 1:** O avatar 2 narrara a síntese do conceito de transição de cuidado enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente. **Cena 2:** Imagem de um paciente recebendo educação em saúde na alta hospitalar. Lettering:

2018; Shahsavari *et al*., 2019; Acosta, *et al.*, 2020).	Conjunto de ações que visam à coordenação e à continuidade do cuidado, como a transferência entre diferentes locais ou entre diferentes níveis de cuidado (Acosta *et al*., 2018). Intervenções que coordenam o cuidado ao paciente ao longo do seu atendimento nos serviços de saúde. Cada vez que o paciente é transferido de equipe, setor ou ambiente de saúde considera-se uma transição, ou seja, ela pode acontecer entre as equipes de um mesmo hospital, de hospitais diferentes e entre as equipes do hospital e a Atenção Primária à Saúde (APS) ou atenção domiciliar (Shahsavari *et al*., 2019). A transição do cuidado inclui ações de planejamento para continuidade do cuidado, educação em saúde do paciente e da família, articulação entre os serviços de saúde e comunicação entre as equipes (Acosta *et al.*, 2020).
Conceito 6 **<u>Resumo de Alta</u>** Informações dos principais registros realizados durante a permanência do paciente em atendimento hospitalar no momento da alta. O conteúdo precisa evidenciar: identificação do paciente, período de permanência, histórico dos antecedentes, motivo da internação, prescrição, evolução clínica, procedimentos e principais exames complementares realizados, condutas terapêuticas adotadas, diagnósticos da admissão e da alta hospitalar, orientação e conduta pós-alta. (Resolução CFM nº 1.638/2002; Pistoria, 2021).	**Cena 1:** O avatar 3 narrara a síntese do conceito de resumo de alta enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos dois autores simultaneamente. **Cena 2:** Imagem de um profissional de saúde preenchendo um documento no computador e o paciente aguardando o preenchimento. Lettering: O conjunto dos principais registros realizados durante a permanência do paciente em atendimento, representados pela identificação do paciente, período de permanência, histórico dos antecedentes, motivo da internação, prescrição, evolução clínica, procedimentos e principais exames complementares realizados, condutas terapêuticas adotadas, diagnósticos da admissão e da alta hospitalar, orientação e conduta pós-alta. O conjunto de dados ou conteúdo apresentado deve ser conciso, preciso e adequado para a comunicação entre profissionais de saúde, paciente ou seus responsáveis legais (Resolução CFM nº 1.638/2002). Processo em que o paciente, que estiver recuperado o suficiente ou puder ser adequadamente tratado em algum outro lugar,

	receberá alta hospitalar. O médico avalia o risco da permanência em relação aos benefícios de continuar sendo tratado no hospital e elabora o RESUMO DE ALTA. Se o tratamento pode ser realizado apropriadamente fora deste ambiente, normalmente, é melhor para o paciente estar em casa, mesmo que a doença não tenha sido solucionada completamente (Pistoria, 2021).
Conceito 7 **<u>Interconsulta</u>** É uma forma de atendimento compartilhado entre os profissionais de saúde com o intuito de atender o paciente dentro de uma assistência conjunta. Assim, o caráter multidisciplinar segue acompanhado de ações de saúde coparticipativas. O ponto chave para interconsulta é um trabalho em equipe no qual o diálogo é a ferramenta fundamental para a assistência. (Carvalho, 2008; Bortagarai *et al*., 2015; Gomes; Barbosa, 2023).	**Cena 1:** O avatar 1 narrara a síntese do conceito de interconsulta enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente. **Cena 2:** Imagem de dois profissionais de saúde da equipe multiprofissional discutindo o caso de um paciente. Lettering: Consiste na presença de um profissional de saúde em uma unidade ou serviço atendendo à solicitação de outro profissional em relação a necessidade de um paciente (Carvalho, 2008). Apresenta-se como uma ferramenta que garante o atendimento multidisciplinar compartilhado, a troca de saberes e a responsabilização mútua (Bortagarai *et al.*, 2015). Circunscreve uma prática vital, potente no aperfeiçoamento da qualidade da assistência, que garante uma abordagem holística ao cuidado, a exaltação do diálogo e do trabalho articulado em equipe multiprofissional de saúde (Gomes; Barbosa, 2023).
Conceito 8 **<u>Política Nacional de Regulação</u>** Visa estruturar e integrar as ações dentro dos princípios da regionalização em saúde. O monitoramento, controle e avaliação da assistência devem ser ampliados dentro de uma produção direta das ações. Direciona-se a qualificar o *acesso à assistência, a atenção à saúde e aos sistemas de saúde* (Brasil, 2008; Albieri; Cecilio, 2015).	**Cena 1:** O avatar 2 narrara a síntese do conceito de política nacional de regulação enquanto na tela vai mostrar os conceitos dos três autores simultaneamente. **Cena 2:** Imagem de uma sala de aula de graduação com o professor apresentando um fluxograma sobre o tema. Lettering: Tem como direção: estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no SUS, fortalecer a regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços, integrar e aprimorar os processos de trabalho e fortalecer os mecanismos e estratégias de gestão. As

	ações foram organizadas em três dimensões, que devem funcionar de maneira integrada: a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência (Brasil, 2008). Associa e articula as ações de regulação em saúde ao monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS com o conceito ampliado de regulação a partir de três eixos: segundo a sua atuação nos sistemas de saúde (regulação sobre sistemas), sobre a produção direta das ações e serviços de saúde (regulação da atenção) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (regulação do acesso) (Albieri; Cecilio, 2015).
Agradecimentos	**Cena 1:** O avatar 1 agradecendo aos espectadores **Cena 2:** O avatar 2 agradecendo aos espectadores **Cena 3:** O avatar 3 agradecendo aos espectadores

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

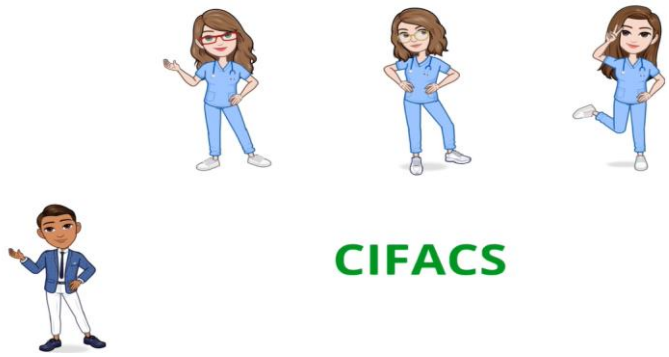
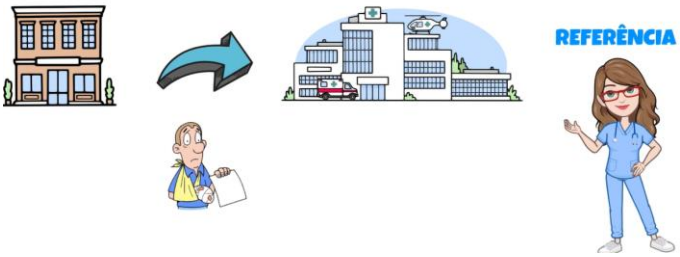
5.2.2 Produção: construção do vídeo educativo

A versão final do VE, desenvolvido com o software Videoscribe®, foi intitulada como “Perspectivas conceituais sobre Referência e Contrarreferência na Atenção Terciária - Produção de Vídeo Educativo” tem uma duração de 6 minutos e 54 segundos e foi exportado no formato MP4, com resolução Full HD (1920x1080 pixels).

O vídeo foi composto pelas animações fornecidas pelo software, após aprovação do storyboard pelos especialistas. A narração foi feita pela própria pesquisadora, conforme recomenda o décimo princípio da TCAM, que trata da utilização da voz, seguindo o roteiro do VE elaborado e validado para esse propósito.

A organização dos conteúdos textuais e das imagens foi operacionalizada conforme referencial teórico da Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM). As imagens, os conteúdos abordados e as conformidades com a TCAM encontram-se dispostos a seguir, no quadro 11.

Quadro 11 - Imagens, conteúdos abordados e conformidade com os princípios da TCAM, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025.

Imagens	Conteúdo abordado
	Capa: Apresentação do grupo de pesquisa – Ciclo de vida, familia e saúde no contexto social. Utilizou-se um gravador de voz em ambiente silencioso para reforçar o recomendado no **primeiro e décimo princípios** da TCAM (coerência). Além disso, o vídeo foi dividido em doze partes, tal como previsto no **sexto princípio** da TCAM (segmentação).
	Apresentação: Referência Apresentação geral do tema e a síntese da definição de referência para 3 autores. Corroborando com o **sétimo princípio** da TCAM (segmentação).
	Parte 1: Conceitos e Termos análogos. Corrobora com o **segundo princípio** da TCAM (sinalização): Presença de slide de apresentação para cada tema abordado, para melhor entendimento do público alvo quanto à troca dos temas.

6 DISCUSSÃO

6.1 EXPLORAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A grande maioria dos profissionais da enfermagem é composta por mulheres (81,8%), o que está em consonância com outros estudos, como os de Verçosa (2020); Da Silva (2021) e Menegaz (2023). Entretanto, nossos resultados mostram que houve um equilíbrio entre os gêneros, sendo a amostra composta por 50% do gênero masculino o que corrobora com os dados do Conselho Federal de Medicina, onde em 2023, os homens ainda eram uma ligeira maioria entre os médicos com até 80 anos, correspondendo a 50,08% do total, enquanto as mulheres representavam 49,92%. Para 2024, a previsão é que o número de médicas supere o de médicos (Agência Brasil, 2024).

A predominância de profissionais enfermeiros e médicos na faixa etária de 30 a 49 anos (77,8%), encontra-se um pouco acima da média nacional, identificada pelo Ministério da Saúde (66,62%) (Oliveira *et al*., 2023). Em uma pesquisa realizada em 2008 com médicos do município de São Paulo, Campos e Malik (2008) identificaram que 52,1% dos profissionais tinham até 40 anos e que apenas 3,3% estavam acima de 59 anos. No presente estudo os médicos entrevistados entre 50 a 59 anos apresenta um percentual de (25,0%), indo em concordância com o estudo de Franco *et al*. (2023) e Oliveira *et al*. (2023). Apenas 9,1% dos enfermeiros estão nessa faixa etária.

Quanto ao tempo de formação e titulação acadêmica, todos os enfermeiros possuem mais de cinco anos de formação, com 36,4% tendo entre 11 e 15 anos de carreira. A maioria dos enfermeiros (54,5%) possui especialização ou residência. Entre os médicos, 41,7% têm mais de 21 anos de formação, e o mesmo percentual possui residência ou especialização. Apesar de 21,2% dos enfermeiros possuírem titulação de mestrado, nenhum dos médicos entrevistados possui pós-graduação stricto sensu. A ausência de titulação acadêmica avançada entre os médicos pode estar relacionada à falta de incentivo e valorização da pesquisa no ambiente prático, como apontado por Müller *et al*. (2023).

6.2. NECESSIDADE DE MUDANÇAS NAS AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

Sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência, os discursos "02", "04" e "07" da categoria enfermeiros, assim como o discurso "01" da categoria médicos, convergem na necessidade de uma maior integração entre os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário), como pode ser observado no discurso "01" da categoria médicos, que está alinhado de maneira direta com as normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como o retorno dos usuários ao serviço de origem da atenção especializada, também são abordados nos discursos “01”, “02” e “03” da categoria enfermeiros, respectivamente.

A articulação da RAS e a otimização dos fluxos assistenciais são essenciais para a eficácia do SUS. A Política Nacional de Atenção Básica ressalta o papel da Atenção Primária como organizadora da rede, sublinhando a importância da coordenação entre os diferentes níveis de atendimento para assegurar a integralidade do cuidado (Brasil, 2017).

A organização do fluxo entre os diversos níveis de atenção à saúde é essencial para assegurar a continuidade do cuidado e evitar a fragmentação no atendimento. A implementação de sistemas informatizados e fluxos bem estruturados, como os prontuários eletrônicos integrados, facilita o compartilhamento de informações e a coordenação entre os pontos da RAS, favorecendo um cuidado mais eficiente e centrado no paciente (Brasil, 2022).

Embora seja reconhecida a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como responsável pela coordenação do cuidado, os discursos "03", "05" e "06" da categoria enfermeiros destacam, respectivamente, a necessidade de protocolos e de gestão.

Os discursos indicam falhas ou ineficiência nos protocolos de referência e contrarreferência, como exemplo observa-se a necessidade de compartilhamento das informações de forma informatizada dispondo de tecnologias de comunicação e informação, por meio de prontuários eletrônicos. Essa informatização poderia melhorar a troca de informações entre os níveis de atenção com foco na comunicação entre profissionais, para evitar que o paciente fique sem orientações e garantir seu

histórico de saúde, esboçados nos discursos “04” e “07" da categoria enfermeiros e discurso “03” da categoria médicos.

A implementação de sistemas informatizados e fluxos bem estruturados, como os prontuários eletrônicos unificados, facilita o compartilhamento de informações e a coordenação entre os diferentes pontos da RAS, promovendo um cuidado mais eficiente e centrado no paciente (Brasil, 2022).

A capacitação contínua dos profissionais, visando o entendimento dos fluxos e dos conceitos de referência e contrarreferência, é considerada uma ferramenta essencial para o desenvolvimento ativo da gestão, com o objetivo de reorganizar fluxos e implementar mudanças (discursos “05” e “06” da categoria enfermeiros).

A capacitação contínua dos profissionais é crucial para que compreendam e implementem adequadamente os fluxos e protocolos da RAS, garantindo a efetividade dos encaminhamentos e o retorno adequado nos processos de referência e contrarreferência. O estudo também destaca que ações de comunicação eficiente entre as equipes de saúde podem reduzir a duplicidade de procedimentos e melhorar a coordenação do cuidado (Gallo *et al*., 2022).

A acessibilidade às informações clínicas é outro aspecto relevante. Nesse sentido, sistemas informatizados e interligados desempenham um papel essencial no fortalecimento da continuidade do cuidado, permitindo que os profissionais tenham acesso ao histórico completo do paciente, o que facilita decisões mais precisas e seguras (Gama, 2023).

A palavra "gestão" efetiva evidencia a necessidade de um papel fundamental na garantia do funcionamento resolutivo da RAS, articulando de maneira eficaz os diferentes níveis de atenção, assegurando a disponibilidade de recursos e a implementação adequada dos protocolos de referência e contrarreferência, promovendo, assim, a integralidade do cuidado (Brasil, 2023).

6.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇAS

Na importância e sugestões sobre as atividades de EPS acerca do tema referência e contrarreferência, destaca-se que 100% dos entrevistados compreendem

a sua necessidade, mostrando preocupação com sua qualificação profissional e melhoria da qualidade do serviço prestado à população.

Os discursos "02", "03", "05" e "07" da categoria enfermeiros, os discursos “01” e “02 e “03”, da categoria médicos, destacam, respectivamente, a Educação Permanente e a Capacitação como prioridades, além da importância da conscientização dos profissionais por meio de treinamentos, palestras, VE e cursos de curta duração.

A EPS constitui um instrumento essencial para a construção de espaços coletivos, pautados na possibilidade de transformar as práticas dos indivíduos dentro de uma equipe. Ela promove uma cultura de aprendizagem contínua e colaborativa, indispensável em todos os níveis de atenção à saúde. Ademais, as ações voltadas para o acompanhamento da população proporcionam experiências significativas e reflexões no âmbito da equipe multiprofissional, possibilitando a troca de informações com a comunidade. Quando bem conduzidas, essas iniciativas se destacam pelo interesse e entusiasmo que despertam. (Marques *et al*., 2021).

O discurso “06” da categoria de enfermeiros destaca a importância da simulação de casos clínicos e do uso de ferramentas práticas, como formulários e protocolos padronizados, como estratégias para capacitar as equipes no manejo eficiente dos fluxos de referência e contrarreferência.

A implementação de programas de EPS que incorporam simulações de casos clínicos e treinamentos práticos tem demonstrado eficácia na capacitação de equipes de saúde. Essas metodologias ativas permitem o desenvolvimento de habilidades técnicas e comportamentais em um ambiente controlado, contribuindo para a segurança do paciente e a melhoria da qualidade do atendimento. Pesquisas apontam que essa abordagem fortalece as competências clínicas e aprimora a comunicação e a colaboração entre os membros da equipe. (Schmidt, 2020).

Outro aspecto relevante é a abordagem curricular da temática, mencionada nos discursos “07”, da categoria de enfermeiros, e “02”, da categoria de médicos. Ambos ressaltam a importância de incluir a referência e contrarreferência nos programas acadêmicos e de residência, contribuindo para a formação de profissionais mais capacitados para lidar com os desafios da gestão do cuidado na RAS.

Incluir disciplinas teóricas e práticas que abordem o fluxo de referência e contrarreferência, com foco nas políticas de regulação em saúde, é fundamental para

promover a compreensão do impacto desses processos no cuidado integral ao paciente. A aprendizagem dos estudantes ocorre por meio de um processo construtivo, que resgata conhecimentos prévios e os articula com experiências vivenciadas, potencializando o saber-fazer na vida profissional. Esse entendimento é fundamentado na visão de que saúde e cuidado não são privilégios ou atos de caridade, mas sim direitos (Frank; Snell; Sherbino, 2015; Freitas; Ribeiro; Barata, 2018).

O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para padronização e melhoria na comunicação são sugeridas nos discursos “04”, da categoria enfermeiros e “03", da categoria médicos, respectivamente, apontam a necessidade de implementar sistemas informatizados e interligados que facilitem a continuidade do cuidado, incluindo o uso de formulários detalhados e relatórios padronizados.

O uso das TIC tem se mostrado eficaz para aprimorar a coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A aplicação dessas tecnologias contribui significativamente para a precisão e agilidade dos profissionais, além de impactar positivamente a geração, processamento, armazenamento e uso das informações. Esse avanço fortalece os processos de trabalho, gestão e suporte tecnológico, resultando em uma assistência mais qualificada e eficiente para a população (Cardoso; Silva; Santos, 2020; Ribeiro; Cavalcante, 2020).

O vídeo educativo baseia-se em uma apresentação multimídia, criativa, com associação de sons, gráficos, textos e animações. A sua utilização é apoiada pelo sistema educacional por melhorar o conhecimento compartilhado e estimular os indivíduos a pensarem de forma criativa (Kahbi *et al*., 2018). Trata-se de um recurso prático, de fácil utilização, que pode ser assistido em vários momentos e quantas vezes o indivíduo quiser, com baixos custos operacionais (Kam *et al*., 2016).

6.4 AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIAS PARA RESSIGNIFICAR PRÁTICAS E PROMOVER A CONTINUIDADE DO CUIDADO

No contexto contemporâneo, as TIC emergem como pilares fundamentais na transformação das práticas em saúde. A integração dessas tecnologias tem potencializado a eficiência dos serviços, aprimorado a comunicação entre

profissionais e pacientes e facilitado o acesso a informações essenciais para a tomada de decisão clínica (Cirne *et al*., 2023).

Na presente pesquisa, a estratégia educativa utilizada foi o vídeo, que teve seu conteúdo validado e considerado ao público-alvo. Sugere-se que VE sejam produzidos com base em um referencial metodológico apropriado e que passem por um processo de validação realizado por especialistas, com o objetivo de avaliar a qualidade e a veracidade do conteúdo (Şan, 2022; Uprak; Ergenç, 2022).

O roteiro/script e storyboard seguiu a estrutura recomendada e utilizada em outros estudos (Campos *et al*., 2021; Nascimento *et al*., 2021; Silva *et al*., 2021). O planejamento das cenas exige criatividade para imaginar como aquela cena acontecerá na gravação, deve-se pensar nos detalhes e linguagem adequada de acordo com público-alvo e contexto (Sousa *et al*., 2021).

Os conteúdos abordados no vídeo foram relevantes diante das necessidades apontadas pelos DSC, com intuito de capacitar os profissionais de saúde, levar a reflexão e ressignificação da prática. Notadamente, tanto enfermeiros e médicos, sugerem ações de EPS, justificando sua prática insuficiente pela falta de conhecimento e aperfeiçoamento sobre o tema.

O conteúdo do VE, contendo as informações necessárias acerca da temática, foi considerado adequado pelos juízes que participaram do processo de validação. Resultados semelhantes foram obtidos em estudo brasileiro, o qual desenvolveu um VE baseado nas notificações de eventos adversos relacionados ao cuidado seguro em uma instituição de saúde e nas diretrizes de Segurança do Paciente da OMS. O vídeo produzido com o auxílio do software de animação 2D denominado Animaker foi avaliado pelos especialistas, os quais também concordaram em relação à qualidade e à quantidade do conteúdo (Peixoto, 2019).

O vídeo educativo produzido tem uma duração de 6 minutos e 54 segundos, utilizando uma sequência de imagens, figuras e ilustrações adaptadas ao roteiro do vídeo. A duração não deve ultrapassar 8 a 12 minutos, com cenas curtas e dinâmicas explorando recursos de filmagem e edição, vídeos extensos dispersam a atenção de quem assiste (Forbes *et al*., 2016). Uma das vantagens na utilização de vídeos mais curtos é estimular que o conteúdo seja visto por completo, evitando que o mesmo se torne cansativo, além de reforçar o entendimento por parte dos espectadores, sem que sejam interrompidos ou desistam de assisti-lo por quaisquer que sejam os motivos (Amaral; Meira, 2017; Ramos; Pereira; Silva, 2019).

Diante do exposto, faz-se necessário que o referencial teórico utilizado em estudos metodológicos seja adequado e capaz de nortear a utilização dos recursos tecnológicos para educação em saúde, considerando as particularidades e especificidades do público-alvo.

7 CONCLUSÃO

Este estudo contou com a colaboração de 45 profissionais do município de Uberaba-MG, sendo 33 enfermeiros e 12 médicos que atuam diretamente na assistência de usuários do um hospital público de alta complexidade, pertencente à Rede de Atenção de Saúde.

A organização do processo de referência e contrarreferência, concebida como uma continuidade do cuidado, oferece a possibilidade de maior resolutividade nas condições de saúde da população. Além disso, pode otimizar custos para o sistema e para os pacientes, reduzir o tempo necessário para sua execução, ampliar o acesso aos serviços de saúde e elevar a satisfação de usuários e profissionais envolvidos.

Essa continuidade requer profissionais capacitados, empoderados e motivados, assim como uma gestão ativa e eficiente. Nesse cenário, o uso de TIC, associado a ações de educação permanente em saúde, desempenha um papel essencial. As TICs facilitam a integração entre os diferentes níveis de atenção, promovem a troca de informações em tempo real e apoiam uma gestão eficiente dos fluxos de pacientes. Por sua vez, a educação permanente contribui para o aprimoramento contínuo dos profissionais, abrangendo desde o entendimento conceitual até a aplicação prática de melhorias no processo de referência e contrarreferência.

A elaboração e validação de roteiro e storyboard, de VE, acerca de referência e contrarreferência na atenção terciaria de saúde; poderão contribuir com a formação acadêmica de forma efetiva nos programas de educação permanente e capacitação profissional no âmbito das redes de atenção. Dessa forma, a adoção de VE nas práticas de ensino e saúde fortalecerá a comunicação entre pesquisadores, profissionais assistencias e familiares. O processo de desenvolvimento descrito poderá fornecer subsídios para outras pesquisas que poderão avaliar a efetividade e o impacto do vídeo nas práticas educativas com esses públicos.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; CÂMARA, C. E.; WEBER, L. A. F.; FONTENELE, R. M. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 12, p. 3190-3197, 2018. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S.; PINTO, I. C.; WEBER, L. A. F. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, esp, p. e20190155, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1983- 1447.2020.20190155

AGÊNCIA BRASIL. **Brasil tem 575.930 médicos ativos:** 2,81 por mil habitantes - Demografia Médica 2024 foi divulgada nesta segunda pelo CFM. Brasília, DF: Agência Brasil, 2024. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-04/brasil-tem-575930-medicos-ativos-281-por-mil-habitantes. Acesso em: 20 nov. 2024.

ALBIERI, F. A. O.; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde Debate**, v. 39, p. 184-195, 2015. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005231

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006

ALVES, M. G.; BATISTA, D. F. G.; CORDEIRO, A. L. P. C.; SILVA, M. D.; CANOVA, J. C. M.; DALRI, M. C. B. Production and validation of a video lesson on cardiopulmonary resuscitation. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e201900122019, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190012.

AMARAL, T. S. do.; MEIRA, P. R. dos S. Jornalismo em vídeo para web: o modelo da agência senado. **E-Legis − Revista Eletrônica Do Programa De Pós-Graduação Da Câmara Dos Deputados**, v. *10, n.* 22, p. 83–98, 2017. DOI: https://doi.org/10.51206/e-legis.v10i22.272

AMÉRICO, M. **TV Digital:** Propostas Para o Desenvolvimento de Conteúdos em Animação Para o Ensino de Ciências. 2010. 213p. Tese (Doutorado em Educação para a Ciência) - Universidade Estadual Paulista, 2010. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/entities/publication/1464e1b9-db84-4119-904e-fc3322770608. Acesso em: 20 nov. 2024.

ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social**, v. 10, n. 1/2/3, p. 054–064, 2020. Disponível em: https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281. Acesso em: 20 mar. 2025.

AZEVEDO, C.; MIRANDA, L.; GRABOIS, V.; MATTA, G.C.; CUNHA, M.; SÁ, M. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, p. 1991-2002, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.13312016

BARBOSA, R. F. M.; PINTO, F. A. J.; SAWADA, N. O.; GONZAGA, A. K. L. L.; MENDES, K. D. S. Methodologies used by nurses in the production of educational videos: an integrative literature. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e3951, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.6690.3951

BARCELLOS, R. M. D. S.; MELO, L. M.; CARNEIRO, A.; SOUZA, A. C.; LIMA, D. M.; RASSI, L. T. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 2, p. e0026092, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1981- 7746-sol00260

BERNARDINO JUNIOR, S. V.; MEDEIROS, C. R. G.; SOUZA, C. F.; KICH, J.; ALVES, A. M.; CASTRO, L. C. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 44, n. 126, p. 694-707, 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012608

BORTAGARAI, F. M.; PERUZZOLO, D. L.; AMBRÓS, T. M. B.; SOUZA, A. P. R. de. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. **Distúrbios da Comunicação**, v. 27, n. 2, 2015. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/20851. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS n°. 529 de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 88 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_monitoramento_politica_nacional_educacao_saude.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 17 de janeiro de 2017. Estabelece o Plano Operativo para implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0011_17_01_2017_rep.html. Acesso em: 20 nov. 2024.

CAMPOS, B. L.; GÓES, F. G. B.; SILVA, L. F.; SILVA, A. C. S. S.; SILVA, M. A.; SILVA, L. J. Elaboração e validação de vídeo educativo sobre o banho domiciliar do recém-nascido a termo. **Enfermagem em Foco**. v. 12, n. 5, p. 1033-9, 2021. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.4684

CAMPOS, C. V.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Revista de Administração Pública, v. 42, n. 2, p. 347-68, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007

CARDOSO, R. N.; SILVA, R. S.; SANTOS, D. M. S. Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 2691-2706, 2021. DOI: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-216

CIETO, B. B.; GARBUIO, D.C.; CAMARGO, V.B.; NAPOLEÃO, A. A. Nursing resources and innovations for hospital discharge: an integrative review. **Revista Mineira de Enfermage,** v. 18, n. 3, p. 758-763, 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140055

CIRNE, M. R.; CYRINO, C. M. S.; MARTINS, M. R.; FRANZINI, O. R. da S.; CONSORTI, E. M.; JULIANI, C. M. C. M. Conhecimento de médicos residentes sobre aplicativo no processo de referenciamento. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 13, n. 41, p. 926-936, 2023. DOI: 10.24276/rrecien2023.13.41.926-936

COGO, L. A.; PERRY, G.; SANTOS, M. B. Produção de material digital para o ensino de enfermagem. **Renote,** v. 13, n. 2, 2015. DOI: https://doi.org/10.22456/1679-1916.61460

COSTA, M. F. B. N. A.; ANDRADE, S. R.; SOARES, C. F.; BALLESTEROS PÉREZ,

E. I.; CAPILLA TOMÁS, S.; BERNARDINO, E. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03477, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477

COUTO, R. F.; CORVINO, M. P. F.; MASCARENHAS, M. T. M. A educação permanente na saúde em hospital de ensino: um desafio na perspectiva de Morin. **Debates em Educação**, v. 12, n. 27, p. 80–93, 2020. DOI: https://doi.org/10.28998/2175-6600.2020v12n27p80-93

COUTO, V. B. M.; SANTOS, C. M. B.; SAMPAIO, B. P.; ALMEIDA, I. S. de.; MEDEIROS, S. C.; SANTOS, N. G. S. *et al*. Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS. **Revista Brasileira de Educação Medica**, v. 42, n. 2, p. 4-14, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB2016107

DAVIS, R. E.; PINTO, A.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C.; MASSEY, R.; DARZI, A. Patients' and health care professionals' attitudes towards the PINK patient safety video. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 18, n. 4, p. 848–853, 2012. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01688.x

DEENY, S.; GARDNER, T.; AL-ZAIDY, S.; BARKER, I.; STEVENTON, A. **Briefing:** reducing hospital admissions by improving continuity of care in general practice. London: The Health Foundation, 2017. Disponível em: https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/briefings/reducing-hospital-admissions-by-improving-continuity-of-care-in. Acesso em: 20 mar. 2025.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. Editorial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100018

FEHRING, R. J. Symposium on validation models: the Fehring model. *In:* CARROLL JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Ed.). **Classification of Nursing Diagnoses** - Proceedings of the Tenth Conference. North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia: Lippincott, 1994. p. 55-62.

FERREIRA, M. V. F.; GODOY, S.; GÓES, F. S. N.; ROSSINI, F. P.; ANDRADE, D. Lights, camera and action in the implementation of central venous catheter dressing. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1181-1186, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-1169.0711.2664.

FILATRO, A; CAIRO, S. **Produção de Conteúdos Educacionais**. 1. ed. São Paulo, SP: Saraiva, 2015.

FITTIPALDI NETO, J.; BRACCIALLI, L. A. D.; CORREA, M. E. S. H. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. *In*: **Atas do 7º Congresso Íbero-Americano em Investigação Qualitativa**. Fortaleza, CE: CIAIQ, 2018. Disponível em: https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1769. Acesso em: 19 mar. 2024.

FRANK, J. R.; SNELL, L.; SHERBINO, J. **Canmeds 2015 Physician Competency Framework.** Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015. 30 p.

FREITAS, G. B. L. de. **Pesquisas e Ações em Saúde Pública**. 3. ed. Irati, PR: Pasteur, 2022. 222 p.

FREITAS, L. S.; RIBEIRO, M. F.; BARATA, J. L. M. O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar com as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. **Revista médica de Minas Gerais**, v. 28, p. e-1949, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180039

GALLO, V. C. L. .; HAMMERSCHMIDT, K. S. de A. .; KHALAF, D. K. .; LOURENÇO, R. G. .; BERNARDINO, E. . Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 38, p. 173–182, 2022. DOI: 10.24276/rrecien2022.12.38.173-182

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 183-184, 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018

GOMES, K. H. da S.; BARBOSA, V. R. A. Sistematização da interconsulta psicológica no hospital geral: experiência em Maternidade-Escola de alta complexidade. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 6, 2023. DOI: https://doi.org/10.25248/REAS.e13121.2023

GONZAGA, C. B.; FERREIRA, G. N. Redes de Atenção à Saúde: Um Caminho na Garantia da Integralidade da Atenção no SUS. **Revista Internacional de Debates da Administração & PúblicaRIDAP**, v. 2, n. 1, p. 12-26, 2017. Disponível em: https://periodicos.unifesp.br/index.php/RIDAP/article/view/1270. Acesso em: 19 mar. 2025.

GOULARTE, A. F.; LANZONI, G. M. M.; CECHINEL-PEITER, C.; KOERICH, C.; MAGALHÃES, A. L. P.; COSTA, M. F. B. N. A. continuidade do cuidado: atuação do enfermeiro hospitalar na transição do paciente com ferida. **Revista Mineira de Enferm**agem, v. 25, p. e-1403, 2021. DOI: 10.5935/1415-2762-20210051

GUIMARÃES, F. J. **Validação de tecnologia assistiva sobre substâncias psicoativas para pessoas com deficiência visual**. 2014. 113 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/9568. Acesso em: 20 nov. 2024.

HAUBRICH, P. L. G.; SILVA, C. T. Da.; KRUSE, M. H. L.; ROCHA, C. M. F.Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como lócus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 47-56, 2015. DOI: https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p47-56

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Reviewers' Manual 2015**: Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide: JBI, 2015. 24 p. Disponível em: https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

JACCOUD, L. B.; VIEIRA, F. S. Autonomia, integralidade e desafios de coordenação no SUS. *In:* JACCOUD, L. **Coordenação e relações intergovernamentais.** Brasília, DF: IPEA, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap2

JOVENTINO E. S.; DODT, R. C. M.; ARAUJO, T. L.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; SILVA, V. M.; XIMENES, L. B. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 176-84, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5sRmxNQj8Tqc6szZCTbjGvx/abstract/?lang=pt. Acesso em: 04 out. 2023.

KAPI@KAHBI, A. Y.; OSMAN, N.; RAMLI, R. Z.; MOHD TAIB, J. Multimedia Education Tools for Effective Teaching and Learning. **Journal of Telecommunication, Electronic and Computer Engineering (JTEC)**, v. 9, n. 2-8, p. 143–146, 2017. Disponível em: https://jtec.utem.edu.my/jtec/article/view/2645. Acesso em: 19 mar. 2024.

KAM, J.; AINSWORTH, H.; HANDMER, M.; LOUIE-JOHNSUN, M.; WINTER, M. Portable Video Media Versus Standard Verbal Communication in Surgical Information Delivery to Nurses: A Prospective Multicenter, Randomized Controlled Crossover Trial. **Worldviews on evidence-based nursing**, v. 13, n. 5, p. 363–370, 2016. DOI: https://doi.org/10.1111/wvn.12162

KINDEM, G.; MUSBURGUER, R. **Introduction to media production:** the path to digital media production. 4. ed. Boston: Focal Press, 2009.

LEFEVRE, F.; LEVEFRE, A. M. **Pesquisa de representação social:** um enfoque qualiquantitativo. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2012. 224 p.

LEITE, S. S.; ÁFIO, A. C. E.; CARVALHO, L. V. de.; SILVA, J. M. da.; ALMEIDA, P. C. de.; PUGLIUCA, L. M. F. *et al*. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 7, supl. 4, p. 1732-1738, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648

LIMA, A. C. M. A. C. C. BEZERRA, K. C.; SOUSA, D. M. N.; VASCONCELOS, C. T. M.; COUTINHO, J. F. V.; OUIÁ, M. O. B. Educational technologies and practices for prevention of vertical HIV transmission. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl .4, p. 1759-1767, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0333

LIMA, A. P. E.; CASTRAL, T. C.; LEAL, L. P.; JAVORSKI, M.; SETTE, G. C. S.; SCOCHI, C. G. S.; VASCONCELOS, M. G. L. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20180406, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1983- 1447.2019.20180406

LIMA, L. S.; BERNARDINO, E.; SILVA, O. B. M. da.; PERES, A. M.; TRIGUEIRO, T. H. Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 25, p. 73154, 2023. DOI: https://doi.org/10.5216/ree.v25.73154
LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research**: Métodos e Avaliação Crítica para Prática Baseada em Evidências. Amsterdã: Elsevier Health Sciences, 2021.

LUIZ, R. B.; RAPONI, M. B. G.; PIRES, P. S.; CANTARINO, M. S. G.; BARBOSA, M. H. Educational video for teaching safe practices Available from: in the perioperative period: randomized controlled trial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 32, p. e4152, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.6878.4152

MANIVA, S. J. C. F.; CARVALHO, Z. M. F.; GOMES, R. K. G.; CARVALHO, R. E. F. L.; XIMENES, L. B.; FREITAS, C. H. A. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, sup. 4, p. 1824-1832, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0041

MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Articulação hospital-atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 55, p. e20210145, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145

MAYER, R. E. Cognitive theory of multimedia learning. *In:* MAYER, R. E. **O manual de Cambridge de aprendizagem multimídia.** Cambridge: Cambridge University Press, 2005. p. 31–48. DOI: https://doi.org/10.1017/CBO9780511816819.004

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO C. M. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. **Texto & Contexto - Enfermagem,** v. 28, p. e20170204, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204

MENEGAZ, J. C.; BOLINA, A. F.; AMARAL, T. M. O.; PONTES, E. S.; TRINDADE, L. L. Desafios e potencialidades do empreendedorismo de negócios na enfermagem: analogias à atividade empreendedora brasileira. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 32, p. e20220274, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0274pt

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. *In:* MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-50.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, v. 40, n. 40, p. 11-20, 2018. DOI: https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle40.01

MULLER, J. H; SCHRÖEDER, C. S. Demandas e Desejos de Pós-Graduandos Stricto Sensu em uma Universidade Federal do Sul do Brasil. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 24, n. 1, p. 63-69, 2023. DOI: https://doi.org/10.17921/2447-8733.2023v24n1p63-69

NASCIMENTO, L. A.; JOVENTINO, E. S.; ANDRADE, L. C. de O.; GOMES, A. L. A.; XIMENES, L. B. Evaluation of educational videos produced in Brazil about infant diarrhea: a documental study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 3, p. 311-320, 2014. DOI: https://doi.org/10.5935/1676-4285.20144702

NASCIMENTO, T. S.; SOUZA NETO, V. L.; BARROS, A. L.; LOPES, C. T.; LIMA LOPES, J. Development and validation of an educational video on nasopharyngeal and oropharyngeal suctioning. **Nurse education in practice**, v. 56, p. 103217, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103217

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B de. Referral and counter-referral for the integrality of care in the Health Care Network. **Physis,** v. 31, n, 1, p. e310105, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105

OLIVEIRA, L. S.; COSTA, M. F. B. N. A.; HERMIDA, P. M. V.; ANDRADE, S. R.; DEBETIO, J. O.; LIMA, L. M. N. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 5, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0530

OLIVEIRA, P. A.; SANTOS, P. M. F. dos.; ALVES, F. R.; GARCIA, L. A. A.; MALAQUIAS, B. S. S.; SANTOS, Á. da S. Educação permanente e práticas educativas para o idoso: revisão integrativa. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 11, n. 36, p. 626–647, 2021. DOI: 10.24276/rrecien2021.11.36.626-647

PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T. C.; MULROW, C. D. *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ,** v. 372, n. 71, p. 1-9, 2021. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

PARANHOS, R.; FIGUEIREDO, F. D. B.; ROCHA, E. C. D. A.; SILVA J. J. A. D. A.; FREITAS, D. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, v. 18, n. 42, p. 384-411, 2016. DOI: 10.1590/15174522-018004221

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica:** fundamentos e práticas. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010.

PENTEADO, A. L. O. **Cinema de animação:** uma proposta de trabalho para o ensino fundamental. 2011. 55p. Monografia (Especialização em Artes Visuais: Práticas Pedagógicas e Linguagens Contemporâneas) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba (Paraná), 2011. Disponível em: https://tcconline.utp.br/cinema-de-animacao-uma-proposta-de-trabalho-para-o-ensino-fundamental/cinema-de-animacao-uma-proposta-de-trabalho-para-o-ensino-fundamental/. Acesso em: 19 mar. 2024.

PEREIRA, A. C. L.; KHALAF, D. K.; LOURENÇO, R. G.; VENDRUSCOLO, C.; BOLLER, S. Desenvolvimento de tecnologia educativa na Atenção Básica: continuidade e transição do cuidado à pessoa idosa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e387101623390, 2021. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23390

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006. DOI: https://doi.org/10.1002/nur.20147

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem:** Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011.

RAMOS, L. da L.; PEREIRA, A. C.; SILVA, M. A. D. da. Vídeo como ferramenta de ensino em cursos de saúde. Journal of Health informatics, v. 11, n. 2, p. 35-39, 2019. Disponível em: https://jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/601. Acesso em: 20 mar. 2025.

ROCHA, M. T.; CALHEIROS, D. S.; WYSZOMIRSKA, R. M. A. F. O sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e50211427458, 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27458

ROLDAN-CHICANO, M. T.; BERENGUER-GARCÍA, N.; RODRÍGUEZ-TELLO, J.; GARCÍA-LÓPEZ, M. M.; DÁVILA-MARTÍNEZ, R.; BUENO-GARCÍA, M. J. Validação do questionário CTM-3-modificado sobre satisfação com a continuidade dos cuidados: um estudo de coortes. **Aquichan**, v. 18, n. 1, p. 9-19, 2018. DOI: https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.2

SALES, O. P.; VIEIRA, A. F. B.; MARTINS, A. M.; GARCIA, L. G.; FERREIRA, R. K. A. O sistema único de saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação**. v. 6, n. 17, 2019. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045. Acesso em: 19 mar. 2024.

SILVA, G. F. da. ROCHA, D. O.; CAPELETE, A. I. G. B.; SILVA, C. P. da. Subnotificações de acidentes de trabalho com material biológico de profissionais da enfermagem de um hospital do Paraná. **Varia Scientia - Ciências da Saúde**, v. 6, n. 2, p. 101–111, 2021. DOI: https://doi.org/10.48075/vscs.v6i2.26238

SILVA, K. A. B.; JULIANI, C. M. C. M.; SPAGNUOLO, R. S.; MORI, N. L. R.; BAPTISTA, S. C. P. D.; MARTIN, L. B. Desafios no Processo de Referenciamento de Usuários nas Redes de Atenção À Saúde: Perspectiva Multiprofissional. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 17, n. 3, p. e43568, 2018. DOI: https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i3.43568

SILVA, K. L., SENA, R. R., CASTRO, W. S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 4, p. e67762, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762

SILVA, M. P. C.; TEIXEIRA, C. L. S. B.; NASCIMENTO, J. S. G.; NASCIMENTO, K. G.; BAPTISTA, R. C. N.; FONSECA, L. M. M.; CONTIM, D. Development of educational videos about bathing in bed newborns admitted to a neonatal unit. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 76, supl. 2, p. e20220778, 2023. DOI:

https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0778p

SOUSA, L. B.; BRAGA, H. F.; ALENCASTRO, A. S.; SILVA, M. J.; OLIVEIRA, B. S.; SANTOS, L. V. *et al.* Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 75, supl. 2, p. e20201371, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1371

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017

SPARKOL. Videoscribe. **Make your own whiteboard video fast**. Bristol: Sparkol Inc, 2019. Disponível em: https://www.videoscribe.co/en/. Acesso em: 29 nov. 2024.

STINA, A. P. N.; ZAMARIOLI, C. M.; CARVALHO, E. C. Effect of educational video on the student's knowledge about oral hygiene of patients undergoing chemotherapy. **Escola Anna Nery,** v. 19, n. 2, p. 220-225, 2015. DOI: https://doi.org/10.5935/1414 8145.20150028 1-2.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo,SP: Cortez, 2018. 136 p.

VAZ, E. M. C.; BRITO, T. S.; SANTOS, M. C. S.; LIMA, P. M. V. M.; PIMENTA, E. A. G.; COLLET, N. Referência e contrarreferência de crianças em condição crônica: percepção de mães e profissionais da atenção secundária. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e51186, 2020.
DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51186

VERÇOSA, R. C. M.; DA SILVA LIMA, L. V. Características gerais dos egressos deum programa de residência de de enfermagem. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 2, p. 1446-1454, 2020. **DOI:**
https://doi.org/10.28998/rpss.v5i2.10089

WAHLBERG, H.; VALLE, P. C.; MALM, S.; BRODERSTAD. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 353, 2015. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-015-1017-7

APÊNDICE A – Questionário sobre ações de Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos da Atenção Terciaria à Saúde

Título do Projeto: Produção de um vídeo educativo como estratégia de Educação Permanente sobre Referência e Contrarreferência com foco na Atenção Terciária.

1- Sexo: **1.1** ( ) Feminino **1.2** ( ) Masculino

2- Idade (em anos completos): **2.1** ( ) 20 a 29 anos **2.2** ( ) 30 a 39 anos **2.3** ( ) 40 a 49 anos **2.4** ( ) 50 a 59 anos **2.5** ( ) 60 anos ou mais

3- Profissão: **3.1** Enfermeiro ( ) **3.2** Médico ( )

4- Tempo de formado (graduação) em anos completos: **4.1** até 2 anos ( ) **4.2** 2 a 5 anos ( ) **4.3** 6 a 10 anos ( ) **4.4** 11 a 15 anos ( ) **4.5** de 16 a 20 anos ( ) **4.6** 21 anos ou mais

5- Titulação completa (escolher a maior titulação): ( ) **5.1** Graduação ( ) **5.2** Especialização / Residência ( ) **5.3** Mestre ( ) **5.4** ( ) Doutor **5.5** ( ) Pós Doutor

6- Especialidade (s) (para ambas profissões):

7- Local de trabalho:

HC (Clínica)_____
PS (Unidade)_____

8- Atuação neste local de trabalho, em anos completos: **8.1** até 2 anos ( ) **8.2** 3 a 5 anos ( ) **8.3** 6 a 10 anos ( ) **8.4** 11 a 15 anos ( ) **8.5** de 16 a 20 anos ( ) **8.6** 21 anos ou mais ( )

9- Os termos Referência e Contrarreferência ou similares foram trabalhados em sua formação? ( ) **1.1** Sim ( ) **1.2** Não

10- O que você entende por ações Referência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)?

11- O que você entende por ações Contrarreferência na RAS?

12- Você aplica alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática?
12.1 ( ) Se sim, quais?

12.2 ( ) Não / Porque?

13- Você acha que deve acontecer mudanças na prática de Referência e Contrarreferências?

13.1 ( ) Sim **13.2** ( ) Não
Se sim, fale sobre suas sugestões

14- Você acha que deve ocorrer atividades de Educação Permanente sobre ações de Referência e Contrarreferência?
14.1 ( ) Sim **14.2** ( ) Não
Se sim, fale sobre suas sugestões

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido universidade federal do triângulo mineiro

Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Praça Manoel Terra, nº 330 – Centro – CEP 38015-040 – Uberaba MG
Fone: (34) 37006710

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos você a participar da pesquisa: Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos: da compreensão conceitual à implantação das ações entre atenção primária à saúde e hospital público de ensino. O objetivo desta pesquisa é avaliar o sistema de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária à Saúde de Uberaba e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC UFTM) e, a partir disto, construir de modo conjunto uma nova proposta de ações de Referência e Contrarreferência de pacientes/usuários na Rede de Atenção à Saúde. Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um questionário e atender a uma entrevista coletiva, nas Unidades da RAS de Uberaba MG, nas instalações de domínio da Secretaria de Saúde de Uberaba ou Hospital de Clínicas da UFTM; com tempo estimado de 30 minutos, em datas e horários a definir de acordo com a disponibilidade dos participantes. Espera-se que de sua participação na pesquisa seja possível desenvolver tecnologias, capacitar e sanar as lacunas relacionadas ao processo de R e CR na RAS, assim como contribuir com o enriquecimento da literatura científica já disponibilizada. Esta pesquisa oferecerá risco mínimo ao participante, e este está relacionado ao desconforto em relação ao tempo dispensado para responder os questionários e participar das atividades de EPS. Para minimizar esse eventual desconforto, como o questionário será autoaplicável, o participante poderá responder o instrumento em momento que julgar oportuno e confortável, e na ocorrência de danos ao participante do estudo, fica garantido o direito à indenização conforme as leis vigentes no país, pelo pesquisador e instituição envolvida.

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

Além do risco supracitado, existe ainda o risco característico do ambiente virtual em função das limitações das tecnologias utilizadas. Sendo assim, há limitações do pesquisador para assegurar total confidencialidade dos participantes e potencial risco de sua violação, sendo importante que o participante do estudo arquive uma cópia do documento eletrônico. Para minimizar esse risco, ao término da pesquisa, será feito o download das informações coletadas para um dispositivo com senha pessoal e acesso exclusivo ao pesquisador, e as informações contidas na plataforma virtual serão excluídas. A participação dos profissionais nesta pesquisa não trará benefício pessoal, porém os possíveis benefícios serão para a população a médio e a longo prazo, pois os resultados da pesquisa poderão trazer melhorias para a prática das ações de R e CR, corroborando na ampliação do cuidado e da assistência à saúde da população do município de Uberaba. Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo; bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade.

Pesquisador(es):

Nome: Álvaro da Silva Santos
E-mail: alvaroenf@hotmail.com
Telefone: (34) 99905-2831
Endereço: Av. Getúlio Guaritá, n°159,
Centro Educacional, Uberaba, MG.

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo "Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos: da compreensão conceitual à implantação das ações entre atenção primária à saúde e hospital público de ensino" e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba ...../...../.....

_____

Assinatura do Participante

_____ _____

Assinatura do pesquisador Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Pesquisador Responsável	**Pesquisador responsável assistente**	**Pesquisador responsável assistente**
Nome: Álvaro da Silva Santos	Nome:	Nome:
Telefone: (34) 99905-2831	Telefone:	Telefone:

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

APÊNDICE C - Carta convite a juízes para validação do conteúdo e storyboard do roteiro do vídeo educativo

Prezado (a) Sr. (a).

Meu nome é Fernanda Dib Ferreira de Campos, aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba, MG, sob orientação do Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos. Estamos desenvolvendo o trabalho intitulado “Produção de vídeo educativo como estratégia de Educação Permanente sobre Referência e Contrarreferência com foco na Atenção Terciária”, cujo objetivo é sensibilizar os profissionais médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional da Atenção Terciária, acerca do processo de Referência e Contrarreferência. Dessa forma, você está sendo convidado a participar da Validação de Conteúdo/Storyboard (no caso de juízes de comunicação visual) no roteiro do vídeo educativo sobre Referência e Contrarreferência na rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Terciária. Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, você responderá um questionário referente a informações sobre sua formação e experiência. O segundo questionário será para avaliar os itens referentes ao conteúdo do roteiro do vídeo educativo. Para cada questão você poderá julgar como: Adequada; Parcialmente Adequada ou Inadequada. Além disso, está destinado um espaço para que você possa acrescentar sugestões ou críticas pertinentes. Sua contribuição é muito importante para nós. O tempo estimado para responder aos questionários é de aproximadamente 10 minutos e muito importante. Abaixo o link para acesso ao formulário para validação: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdBS0_DVqQIhwYcSg-gYxldKhYaXHYEnZJQ9nQRxRRmOQ-CSg/viewform?usp=sf_link

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido aos juízes para a validação do conteúdo e storyboard do vídeo educativo

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Produção de vídeo educativo como estratégia de Educação Permanente sobre Referência e Contrarreferência com foco na Atenção Terciária”, coordenado pelo Professor Dr. Álvaro da Silva Santos. O objetivo dessa pesquisa é sensibilizar os profissionais médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional da Atenção Terciária, acerca do processo de Referência e Contrarreferência. Gostaria de contar com sua participação, por sua experiência, para julgar a adequação do conteúdo que constará no roteiro do vídeo educativo. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este com o intuito de aperfeiçoar o conhecimento e sensibilizar os profissionais sobre a temática. Caso aceite participar da pesquisa será necessário que leia o roteiro do vídeo educativo, sobre o processo de Referência e Contrarreferência na rede de Atenção à Saúde e preencha dois questionários: um referente a informações sobre sua formação e experiência. O segundo questionário será para avaliar os itens referentes ao conteúdo do roteiro do vídeo educativo. Esse questionário possui 18 itens que avaliarão o roteiro do vídeo quanto aos objetivos, estrutura, apresentação e relevância com as opções de resposta: adequado, parcialmente adequado ou inadequado. O roteiro do vídeo, submetido à sua avaliação, juntamente com os questionários a serem respondidos, serão enviados para seu e-mail, por um membro da equipe de pesquisa devidamente capacitado e você poderá realizar a avaliação em qualquer local que julgar adequado. O tempo estimado para responder aos questionários é de aproximadamente 10 minutos.

O risco previsto de sua participação nessa pesquisa é a perda de confidencialidade dos seus dados (vazamento de informações pessoais). Como medida para minimizar este risco, os participantes serão identificados por números e iniciais do nome. Em momento algum, os dados pessoais ou quaisquer informações que possam identificar os participantes serão reveladas. Além disso, todos os arquivos ficarão sob responsabilidade do pesquisador por cinco anos e após este período serão incinerados. Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se a produção e a multiplicação de evidências científicas sobre a temática. Sua

participação é voluntária e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar neste estudo e poderá se recusar a participar ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo, para isso basta comunicar ao pesquisador. Em qualquer momento, você pode obter informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores. Sua identidade não será revelada a ninguém, sendo de conhecimento somente dos pesquisadores. Seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Os dados obtidos (avaliação do conteúdo/storyboard roteiro do vídeo educativo) serão utilizados somente para os objetivos da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato:

Álvaro da Silva Santos
Telefone: (34) 99905-2831
E-mail: alvaro.santos@uftm.edu.br
Endereço: Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde-PPGAS. Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM. Instituto de Ciências da Saúde-ICS. Av. Getúlio Guaritá nº 107. Bairro Abadia - Uberaba-MG. Telefone: (34)3700-6607.

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC/UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br ou telefone (34) 3318-5319.

APÊNDICE E - Carta convite a juízes para validação do conteúdo e storyboard do roteiro do vídeo educativo

Prezado (a) Sr. (a).

Meu nome é Fernanda Dib Ferreira de Campos, aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação *Strictu Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba, MG, sob orientação do Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos. Estamos desenvolvendo o trabalho intitulado "Produção de vídeo educativo como estratégia de Educação Permanente sobre Referência e Contrarreferência com foco na Atenção Terciária", cujo objetivo é sensibilizar os profissionais médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional da Atenção Terciária, acerca do processo de Referência e Contrarreferência. Dessa forma, você está sendo convidado a participar da Validação do Storyboard no roteiro do vídeo educativo sobre Referência e Contrarreferência na rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Terciária. Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, você responderá um questionário referente a informações sobre sua formação e experiência. O segundo questionário será para avaliar os itens referentes ao Storyboard no roteiro do vídeo educativo. Para cada questão você poderá julgar como: Adequada; Parcialmente Adequada ou Inadequada. Além disso, está destinado um espaço para que você possa acrescentar sugestões ou críticas pertinentes. Sua contribuição é muito importante para nós. O tempo estimado para responder aos questionários é de aproximadamente 10 minutos. Abaixo o link para acesso ao formulário para validação:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScYFyyVAetq8gOrclv5F9B6pA8kclJEuULsIcwanZ9wczvjcw/viewform?usp=sf_link

APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido aos juízes para a validação do conteúdo e storyboard do vídeo educativo

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar da validação de um Storyboard para "Produção de um vídeo educativo como estratégia de Educação Permanente sobre Referência e Contrarreferência com foco na Atenção Terciária", coordenado pelo Professor Dr. Álvaro da Silva Santos. O objetivo deste vídeo é direcionado a sensibilizar os profissionais médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional da Atenção Terciária, acerca do processo de Referência e Contrarreferência. Gostaria de contar com sua participação, por sua experiência, para julgar o Storyboard para produção do vídeo educativo. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este com o intuito de aperfeiçoar o conhecimento e sensibilizar os profissionais sobre a temática. Caso aceite participar da pesquisa será necessário que leia o roteiro do vídeo educativo, sobre o processo de Referência e Contrarreferência na rede de Atenção à Saúde e preencha o questionário que será para avaliar os itens referentes ao conteúdo do Storyboard. Esse questionário possui 14 itens que avaliarão o roteiro do vídeo quanto a interatividade, objetivos, relevância e eficácia e clareza, com as opções de resposta: adequado, parcialmente adequado ou inadequado. O roteiro do vídeo, submetido à sua avaliação, juntamente com o questionário a ser respondidos, serão enviados para seu e-mail, por um membro da equipe de pesquisa devidamente capacitado e você poderá realizar a avaliação em qualquer local que julgar adequado. O tempo estimado para responder aos questionários é de aproximadamente 10 minutos.

O risco previsto de sua participação nessa pesquisa é nulo visto que em nenhum momento seus dados serão solicitados. Além disso, todos os arquivos ficarão sob responsabilidade do pesquisador por cinco anos e após este período serão incinerados. Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se a produção e a multiplicação de evidências científicas sobre a temática. Sua participação é voluntária e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar neste estudo e poderá se recusar a participar ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo, para isso basta comunicar ao pesquisador. Em qualquer momento, você pode obter

informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores. Os dados obtidos (avaliação do conteúdo/storyboard roteiro do vídeo educativo) serão utilizados somente para os objetivos da pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato:

Álvaro da Silva Santos
Telefone: (34) 99905-2831
E-mail: alvaro.santos@uftm.edu.br
Endereço: Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde-PPGAS. Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM. Instituto de Ciências da Saúde-ICS. Av. Getúlio Guaritá nº 107. Bairro Abadia - Uberaba-MG. Telefone: (34)3700-6607.

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC/UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br ou telefone (34) 3318-5319.

ANEXO A - Instrumento de validação de conteúdo educacional (IVCE) (LEITE *ET AL.*, 2018)

Instruções e itens de avaliação do conteúdo

Leia os itens e pontue com a valoração: **2 Adequado; 1 Parcialmente adequado; 0 Inadequado**. Há espaço para sugestões e críticas. Se atribuir notas 0 e 1, por favor, justifique e contribua para melhoria do material.

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	**0**	**1**	**2**
1. Contempla tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	**0**	**1**	**2**
6. Linguagem adequada ao público-alvo			
7. Linguagem apropriada ao material educativo			
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
9. Informações corretas			
10. Informações objetivas			
11. Informações esclarecedoras			
12. Informações necessárias			
13. Sequência lógica das ideias			
14. Tema atual			
15. Tamanho do texto adequado			
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	**0**	**1**	**2**
16. Estimula o aprendizado			
17. Contribui para o conhecimento na área			
18. Desperta interesse pelo tema			

Nota: Valoração dos itens: 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente.

Sugestões/críticas para respostas atribuídas como 0 ou 1:

.....

.....

.....

.....

ANEXO B - Questionário de avaliação de tecnologia assistiva (GUIMARÃES, 2014)

Este instrumento tem por objetivo registrar a sua avaliação em relação à Tecnologia Assistiva (TA). Para cada atributo, você deverá atribuir notas de 0 a 2, como desejar, de acordo com a legenda abaixo:

0 Inadequado: A Tecnologia Assistiva não atende à definição do item.

1 Parcialmente adequado: A Tecnologia atende parcialmente a definição do item.

2 Adequado: A Tecnologia atende a definição do item.

Há espaço para sugestões e críticas. Se atribuir notas 0 e 1, por favor, justifique e contribua para melhoria do material.

Atributos	**Item**		**0**	**1**	**2**
1 Interatividade	1	O conteúdo da informação está adequado às suas necessidades			
	2	Oferece interação, envolvimento ativo no processo educativo			
	3	Possibilita acessar sem dificuldades os tópicos apresentados			
	4	Fornece autonomia ao usuário em relação a sua operação			
2 Objetivos	5	Estimula a aprendizagem sobre o conteúdo abordado			
	6	Estimula a aprendizagem de novos conceitos			
	7	Permite-lhe buscar informações sem dificuldades			
	8	Possui estratégia de apresentação atrativa			
3 Relevância e Eficácia	9	Disponibiliza os recursos adequados e necessários para a sua utilização			
	10	Desperta o seu interesse para utilizá-la			
	11	Estimula mudança de comportamento em você			

	12	Reproduz o conteúdo abordado em diferentes contextos			
4 Clareza	13	Apresenta as informações de modo simples			
	14	Permite-lhe refletir sobre o conteúdo apresentado			

Sugestões/críticas para respostas atribuídas como 0 ou 1:

.....

.....

.....

.....

ANEXO C - Parecer do comitê de ética e pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS: DA COMPREENSÃO CONCEITUAL À IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Pesquisador: Álvaro da Silva Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68408023.5.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.221.773

Apresentação do Projeto:

O projeto está sendo reapresentado com o objetivo de atender pendência(s) apontada(s) no parecer nº 6.061.352.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2082352.pdf de 26/06/2023) e do Projeto Detalhado (Projeto_Molde_CEP.docx, de 26/06/2023).