

**Simulação realística na residência multiprofissional, contribuições na formação e
segurança do paciente: relato de experiência**

**Simulation in multidisciplinary health residency, contributions to professional
qualification and patient security: experience report**

**Simulación clínica en residencia multiprofesional, contribuciones en la formación y
seguridad del paciente: informe de una experiencia**

Recebido: 14/06/2020 | Revisado: 14/06/2020 | Aceito: 19/06/2020 | Publicado: 02/07/2020

Raquel Stocker Pérsico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0429-4504>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: raquelpersico8@gmail.com

Luana Matuella Figueira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2620-9382>

Hospital Mãe de Deus, Brasil

E-mail: luanamatuella@gmail.com

Miriane Melo Silveira Moretti

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5365-5997>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: mmoretti@hcpa.edu.br

Rita Gomes Prieb

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8828-9627>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: rprieb@hcpa.edu.br

Isis Marques Severo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9288-0708>

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

E-mail: isevero@hcpa.edu.br

Paula Tasca Vizioli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8566-3927>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: paulatvizioli@gmail.com

Karina de Oliveira Azzolin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2363-2858>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: kazzolin@hcpa.edu.br

Lurdes Busin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3134-4634>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: lbusin@hcpa.edu.br

Resumo

Objetivo: Relatar a experiência em Simulação Realística na Residência Multiprofissional em Saúde e a sua contribuição relacionada à segurança do paciente. **Métodos:** Relato de experiência sobre a utilização da Simulação Realística como método de ensino e aprendizagem para residentes multiprofissionais. **Resultados:** A atividade foi dividida em três etapas, sendo a primeira etapa o *brief*, representada pelo preparo do cenário, a segunda pela execução da atividade de Simulação Realística e a terceira, o momento de *debriefing*, sendo o tempo total de duração da atividade de 48 minutos. **Conclusão:** A Simulação Realística contribuiu para o aprendizado possibilitando maior integração entre conhecimento teórico-prático, desenvolvimento de raciocínio clínico, comunicação efetiva, liderança e trabalho em equipe. A Simulação Realística permitiu o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas, propiciando maior integração entre profissionais de diferentes áreas de atuação e ao instrumentalizar o trabalho em equipe, contribuiu para a melhoria da qualidade e segurança do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Treinamento por simulação; Unidades de Terapia Intensiva; Segurança do paciente; Equipe de assistência ao paciente; Acidente Vascular Cerebral.

Abstract

Objective: This study aimed to report an experience in simulation in Integrated Multidisciplinary Health Residency Program and its contribution to patient safety. **Methods:** Experience report on the use of simulation as a teaching and learning method for a multidisciplinary residents teamwork. **Results:** The activity was divided into three stages, a first stage was the brief, represented by the preparation of the scenario, the second, by the execution of simulation activity and the third, the moment of debriefing, with the total duration of activity of 48 minutes. **Conclusion:** Simulation contributed to learning by

enabling a better integration between theoretical and practical knowledge, clinical reasoning development, effective communication, leadership and teamwork. Simulation allowed the development of technical and non-technical skills, allowing greater integration between professionals from different areas and instrumentalizing teamwork, contributed to improve the quality and safety of health care.

Keywords: Simulation training; Intensive Care Units; Patient safety; Patient care team; Stroke.

Resumen

Objetivo: Informar una experiencia en simulación clínica en la residencia de salud multiprofesional y su contribución relacionada con la seguridad del paciente. **Métodos:** Informe de una experiencia sobre el uso de la simulación clínica como método de enseñanza y aprendizaje para residentes multiprofesionales. **Resultados:** La actividad se divide en tres etapas, la primera, del *brief*, representada por la preparación del escenario, la segunda, es la ejecución de la actividad de simulación clínica y la tercera el momento de *debriefing*, la duración de tiempo total de esa intervención fue de 48 minutos. **Conclusión:** La simulación clínica contribuyó para el aprendizaje al permitir una mayor integración del conocimiento teórico y práctico, el desarrollo del raciocinio clínico, la comunicación eficaz, el liderazgo y el trabajo en equipo. Además, la simulación permitió el desarrollo de habilidades técnicas y no técnicas, permitiendo una mayor integración entre profesionales de diferentes áreas de acción e instrumentalizando el trabajo en equipo, contribuyendo para mejorar la calidad y la seguridad de la atención al paciente.

Palabras clave: Entrenamiento simulado; Unidades de Cuidados Intensivos; Seguridad del paciente; Grupo de atención al paciente; Accidente Cerebrovascular.

1. Introdução

A simulação realística (SR) vem ganhando espaço nos cenários de ensino na área da saúde, visto que constitui um método seguro e efetivo de aprendizado (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017; Dieckmann & Krage, 2013). A SR consiste em uma metodologia de ensino e aprendizado que tem como objetivo “replicar a realidade”, possibilitando uma diversidade de práticas em um cenário controlado e seguro, sem oferecer risco diretamente para o profissional que está participando ativamente do cenário (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017).

O aprendizado é um processo complexo formado por etapas como experiência ativa, experiência concreta, reflexão e conceitualização (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017). Diferentes métodos podem ser utilizados para a realização de atividades de SR, contribuindo para o aprendizado dos participantes (Escher et al., 2017). A realização da atividade de SR inclui fases como o preparo do ambiente para a atividade, sendo ajustado de acordo com o contexto da simulação, níveis tecnológicos disponíveis e a experiência dos participantes; o desenvolvimento da atividade de SR, considerando padrões de comunicação, fluxo e ritmo de trabalho que estão relacionados com a assistência à saúde, sendo esta etapa conduzida por meio das ações dos participantes; e um momento de *debriefing*, permitindo a compreensão e discussão da atividade realizada (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017).

Todas as etapas contribuem de maneira significativa para o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas, no entanto, o momento de *debriefing* pode ser considerado um dos mais importantes. Durante esta etapa ocorre a discussão sobre as ações realizadas durante a atividade, permitindo a integração entre os diferentes saberes profissionais (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017; Dieckmann & Krage, 2013).

Por meio do trabalho em equipe, a SR permite o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas, tais como habilidades de liderança, comunicação efetiva, manejo de crises e maior segurança na realização de procedimentos (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017; Murphy, Curtis, & McCloughen, 2016). A comunicação efetiva é uma das metas internacionais de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) e tem como objetivo minimizar possíveis erros eminentes ao cuidado em saúde. Esta meta propõe que a comunicação seja realizada de maneira oportuna, precisa, completa e sem ambiguidade, para que seja compreendida pelo receptor, reduzindo a ocorrência de erros e contribuindo na melhoria da segurança e na maior qualidade do atendimento (WHO, 2007).

A SR tem sido utilizada como recurso de ensino em unidades de saúde, incluindo unidades de terapia intensiva (UTI), visto que nesses locais cada vez mais a tomada de decisão clínica é realizada em equipe multiprofissional, principalmente com o advento das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (RIMS), a partir de 2005 com base na Lei nº 11.129, sendo direcionadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2005).

Estas práticas pedagógicas auxiliam no processo de formação com resultados positivos relacionados ao desenvolvimento de habilidades pelos profissionais envolvidos e na melhora da qualidade da assistência prestada ao paciente (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017; Casanova, Batista, & Ruiz-Moreno, 2015; Murphy et al., 2016).

Dessa forma, frente à importância na formação do processo de aprendizado e a contribuição deste no cuidado do paciente crítico, este estudo tem como objetivo relatar uma experiência em SR na RIMS e a sua contribuição relacionada à qualidade e segurança do doente crítico.

2. Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização da SR como método de ensino e aprendizagem para residentes multiprofissionais no atendimento de paciente com acidente vascular cerebral (AVC) agudo e sua família no serviço de emergência. A atividade de SR foi capitaneada por profissionais da equipe de enfermagem, sendo desenvolvida em maio de 2018 e realizada em uma UTI de alta complexidade de um hospital universitário de grande porte da região Sul do país. A instituição é responsável pela assistência em saúde em diferentes níveis de complexidade, sendo realizados desde atendimentos clínicos a cirurgias de grande porte e é considerada um centro de referência para o atendimento de indivíduos com AVC.

A atividade de SR foi organizada pela equipe de enfermagem da UTI, sendo a amostragem realizada por conveniência e contando com a participação de quinze indivíduos, dos quais sete residentes do segundo ano do programa de RIMS em Adulto Crítico e os demais participantes, profissionais da UTI, vinculados à RIMS. Os profissionais que participaram do cenário foram: enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, farmacêutico e técnico de enfermagem.

O espaço físico foi previamente preparado, sendo o tempo de execução da atividade cronometrado. Esta atividade foi realizada de acordo com as Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos e baseada nos preceitos das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012, 2016).

3. Resultados e Discussão

A atividade foi dividida em três etapas, sendo a primeira etapa representada pelo *brief*, a segunda etapa pela execução da SR e a terceira etapa pelo momento de *debriefing*, sendo o tempo total de duração da atividade de 48 minutos.

Primeira Etapa: *Brief*

Uma semana antes da atividade, foi realizada a calibração do cenário, com testes nos aparelhos utilizados e organizada a equipe de profissionais envolvidos, ou seja, os atores na condução inicial da SR. Foram realizadas orientações referentes à atuação, comportamentos e falas destes participantes e definidas as responsabilidades de cada membro durante a realização da SR. Os profissionais que participaram como atores foram orientados a responder perguntas durante o processo de SR somente se fossem questionados. Este momento apresentou duração de três minutos.

Os residentes que participaram da SR foram informados sobre a temática da atividade no momento da sua realização, tendo como finalidade não interferir na tomada de decisão.

O objetivo do cenário proposto foi o desenvolvimento de habilidades necessárias ao cuidado de paciente/família com quadro agudo de AVC em equipe multiprofissional, sendo então consideradas as ações de: realizar acolhimento, avaliando as necessidades do paciente e seus familiares; realizar a admissão do paciente na UTI, traçando um plano de cuidados; trabalhar comunicação da equipe multiprofissional; identificar tomada de decisão da equipe e liderança e sua influência na qualidade e segurança do paciente.

Segunda Etapa: Execução da SR

Na segunda etapa ocorreu o desenvolvimento da SR, sendo baseada nas ações dos participantes e com duração de 12 minutos. Inicialmente o cenário foi apresentado para os participantes e contava com a participação de quatro atores (dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem), que interpretaram os papéis, respectivamente, de enfermeiro, técnico de enfermagem, paciente e familiar. Todos os atores foram caracterizados de acordo com o papel a ser desempenhado.

O enfermeiro residente foi convidado para iniciar a atividade, sendo o cenário uma passagem de plantão à beira do leito do paciente em uma UTI, setor de atuação dos residentes durante a RIMS. O enfermeiro residente acompanhado do ator técnico de enfermagem receberam as informações referentes ao caso clínico: paciente do sexo feminino, 59 anos, 80 kg, história prévia de hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemia e tabagista ativa. Encontrou na rua uma de suas filhas em uso de substâncias psicoativas e após uma discussão apresentou cefaleia intensa associada à tontura. A paciente e sua filha foram para a Emergência do Hospital, onde foi realizada a triagem e a anamnese. Na avaliação inicial a paciente

apresentava disartria, fala arrastada, desvio da comissura labial para direita e diminuição de força no hemitorpo direito. Foram aferidos os sinais vitais, realizada punção de acesso venoso periférico e tomografia de crânio com diagnóstico de AVC isquêmico, sendo encaminhada diretamente para a UTI.

Na UTI foi realizada prescrição de trombolítico e iniciado nitroprussiato de sódio por via endovenosa com o objetivo de manter pressão arterial sistólica em torno de 140 mmHg. A filha, única acompanhante, foi chamada para receber as informações referentes à internação da paciente, contudo devido ao uso de substâncias psicoativas apresentava um comportamento agressivo e paranoide.

Após a passagem de plantão pela equipe de enfermagem foi dada continuidade na atividade, sendo o cenário conduzido pelo enfermeiro residente, responsável por identificar e solicitar a participação dos outros componentes da equipe multiprofissional, de acordo com as necessidades identificadas na paciente e familiar. Foram então acionados pelo enfermeiro: farmacêutico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo e nutricionista.

O assistente social e psicólogo realizaram o acolhimento da filha da paciente que estava agitada e emocionalmente instável, sendo realizado o atendimento individual. Durante o atendimento o assistente social buscou informações sobre a rede de saúde e contatos da paciente, tendo em vista a necessidade de suporte familiar durante a internação e após a alta.

Após a prescrição do trombolítico o farmacêutico foi acionado pelo enfermeiro, com o objetivo de em conjunto com a equipe de enfermagem dar suporte para o preparo e administração correta do medicamento. Durante a realização de um exame físico pelo enfermeiro, a paciente referiu muita sede, sendo solicitada avaliação do fonoaudiólogo para averiguar a possibilidade de ingestão de água via oral. Em sua avaliação o fonoaudiólogo identificou sinais clínicos de disfagia, sendo recomendada a utilização de via alternativa para alimentação, contudo a passagem de sonda nasoenteral foi recomendada somente 24 horas após a administração do trombolítico. Posteriormente o nutricionista foi acionado pelo enfermeiro para a realização da avaliação nutricional a fim de estimar as necessidades nutricionais de acordo com o quadro clínico da paciente e iniciar a terapia nutricional enteral.

Durante a encenação, os residentes não incluídos em cena e alguns preceptores do programa participaram como expectadores.

Terceira Etapa: *Debriefing*

Na terceira etapa foi realizado o *debriefing* com duração de 33 minutos, sendo dividido em três momentos: descrição do cenário da SR, pontos positivos e pontos de melhoria.

A descrição das características do cenário e dos atores teve duração de nove minutos, nos quais foram analisados os comportamentos dos participantes e o desenvolvimento do cenário ao longo das decisões tomadas. Conforme representados pela Figura 1 os tópicos discutidos foram comunicação efetiva, conhecimento teórico e prático, habilidades técnicas e não técnicas, raciocínio clínico e sua interface com a segurança do paciente.

Figura 1: Interação entre tópicos discutidos na Simulação Realística.



Fonte: Arquivo pessoal.

A discussão sobre os pontos positivos teve duração de 14 minutos, sendo realizado o relato dos participantes sobre a contribuição da SR como ferramenta para auxiliar o desenvolvimento do raciocínio clínico em momentos de tomada de decisão imediata. O reconhecimento do ambiente e das ferramentas que este local dispõe para o atendimento ao paciente também foi um dos pontos destacados como importante. A comunicação e a identificação da necessidade de atuação de cada um dos profissionais envolvidos, com destaque para o papel do enfermeiro, responsável por acionar os demais membros da equipe, também foram considerados pontos fortes, proporcionando maior confiança e cumplicidade entre a equipe. Todos os participantes ressaltaram a importância da SR como método de ensino e aprendizado.

Os pontos de melhoria destacados pelos participantes foram descritos como sentimentos de insegurança e indecisão sobre a melhor abordagem em situações comportamentais, tanto de familiares, quanto de pacientes. Esta etapa teve duração de 10 minutos.

Este relato mostrou que a experiência de SR com equipe multiprofissional contribui para o desenvolvimento de habilidades/competências e para tomada de decisão em equipe, além de melhorar a qualidade e segurança nos cuidados prestados ao doente crítico.

Estudos sugerem que a SR contribui de maneira importante para o aprendizado, possibilitando maior integração entre o conhecimento teórico-prático e desenvolvimento de raciocínio clínico, melhorando a qualidade do atendimento e a segurança ao paciente (Brasil, 2016; Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017). Segundo Kaneko et al. (2015) a SR permite ao profissional replicar uma técnica previamente estabelecida, minimizando potenciais riscos ao paciente, visto que o profissional está em um ambiente seguro e controlado, permitindo assim uma análise mais ampla do fluxo do cuidado em saúde (Kaneko et al., 2015).

A partir disso é realizado o *debriefing* sobre a contribuição e a atuação de cada profissão, sendo de suma importância para melhores práticas de segurança (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017; Dieckmann & Krage, 2013; Kaneko et al., 2015). Em nosso cenário cada profissional desempenhou o seu papel, mas a SR também permite que os profissionais possam se colocar no lugar de outros membros da equipe.

Ressalta-se que o uso de Protocolos e *Guidelines* já é estabelecido na instituição pesquisada, o que auxiliou o desenvolvimento do raciocínio clínico, direcionando as condutas desde a chegada do paciente no Serviço de Emergência.

A utilização de trombolítico no manejo do paciente após AVC isquêmico inspira cuidados, sendo estes indivíduos submetidos às rotinas de manejo de segurança com o objetivo de evitar possíveis sangramentos e complicações decorrentes desta terapia.

A administração do trombolítico deve seguir os protocolos existentes para segurança do paciente (Powers et al., 2018). Nesse momento a atuação do farmacêutico tem papel fundamental, contribuindo para agilizar a dispensação do medicamento e auxiliando a equipe médica e de enfermagem na adequação e administração da dose do medicamento.

Ainda é preconizado nas primeiras 24 horas após trombólise: solicitar exames, monitorizar os sinais vitais, se possível, evitar a passagem de sondas nasoenterais ou vesicais, iniciar as medicações e profilaxias para tromboembolismo venoso e manter o paciente em repouso sob observação no leito, com destaque para a atuação do enfermeiro, responsável pela incorporação de tais práticas (Powers et al., 2018).

A atuação fonoaudiológica tem como objetivo identificar possíveis distúrbios de linguagem, a fim de orientar o paciente, familiares e equipe multiprofissional sobre a melhor forma de comunicação (Breitenstein et al., 2017). A avaliação funcional da deglutição objetiva verificar a presença de disfagia orofaríngea deve ser realizada, sendo em diversos casos indicada a instituição de medidas alternativas para a alimentação como sondas nasoenterais ou ostomias (Burgos et al., 2018; Powers et al., 2018).

A avaliação nutricional no paciente após AVC inclui a análise de parâmetros alimentares, antropométricos e bioquímicos e tem como objetivo oferecer um suporte nutricional adequado à condição clínica do indivíduo. Deste modo, a detecção precoce da necessidade de suporte nutricional e a instituição de terapia nutricional por via alternativa na presença de disfagia, contribuem para reduzir a incidência de desnutrição, desidratação e pneumonia aspirativa (Burgos et al., 2018). Pelo exposto as atuações do nutricionista e do fonoaudiólogo precisam estar em consonância e integradas à equipe de enfermagem e família.

A presença do psicólogo e assistente social no momento da admissão do paciente na UTI foi essencial, visto que o familiar vivenciava um momento de estresse intenso, no qual foi realizado o acolhimento por esses profissionais. Após a ocorrência de AVC limitações motoras e cognitivas poderão implicar em mudanças relevantes na vida e no cotidiano do indivíduo, sendo importante a identificação de sinais que possam demonstrar o sofrimento emocional do paciente impactando negativamente na sua qualidade de vida (Van Rijsbergen, Mark, Kop, Kort, & Sitskoorn, 2018).

Ressalta-se a importância da organização logística relacionada à rede familiar e de saúde, com destaque para a atuação do assistente social, responsável por realizar a interface entre o paciente e os demais serviços de saúde, baseando suas ações nos princípios e diretrizes do SUS, para que dessa forma o indivíduo possa ter garantido o seu direito de acesso aos serviços de saúde.

Na SR foi possível observar que o fisioterapeuta não foi acionado no momento da atividade, pois o paciente não apresentava demandas respiratórias e a avaliação funcional de mobilidade deveria ser realizada posteriormente.

Estudos prévios realizados com equipes multiprofissionais destacam a contribuição da SR para o desenvolvimento do trabalho em equipe em situações críticas e ressaltam que para um bom desempenho alguns princípios importantes devem ser discutidos, tais como: liderança, conhecimento do papel de cada membro da equipe, comunicação efetiva, prevenção de erros e otimização de recursos (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017).

A SR pode contribuir para a elaboração e aperfeiçoamento de protocolos institucionais, com o objetivo de minimizar erros e possíveis danos ao paciente. Diversas técnicas para realização de procedimentos podem ser aplicadas em simulações antes de serem utilizadas na prática, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades técnicas, qualificando o trabalho e proporcionando um cuidado integral em saúde (Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017).

Além disso, o desenvolvimento de habilidades não técnicas, tais como habilidades cognitivas, sociais e de recursos pessoais, buscando complementar as habilidades técnicas são também importantes (Hagemann et al., 2017). Dentre as habilidades não técnicas utilizadas destacou-se o trabalho em equipe, liderança para tomada de decisão, comunicação e manejo de situações estressoras.

A comunicação como habilidade não técnica representa um dos grandes desafios nas unidades de cuidados críticos e deve ser explorada em momentos de SR, a fim de desenvolver habilidades de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e entre a equipe e o paciente/familiar, proporcionando maior facilidade inclusive durante a comunicação de más notícias. Também destaca-se a importância dos membros da equipe multiprofissional de cuidados intensivos sentirem-se seguros para expressar seus pontos de vista. Desta forma, a SR contribui para aumentar a autoconfiança por meio da reprodução de uma situação real em um ambiente controlado, proporcionando maior segurança e tranquilidade (Brasil, 2016; Brunette & Thibodeau-Jarry, 2017).

4. Considerações Finais

Por meio da SR, como estratégia de ensino e aprendizagem, foi possível concluir que esse tipo de abordagem traz maior segurança e tranquilidade para os diversos membros da equipe no cuidado ao paciente, com destaque para a atuação do enfermeiro como articulador no processo de cuidado em saúde. Esta é capaz de desenvolver e aprimorar as habilidades técnicas e não técnicas e colaborar com a integração entre a equipe, visando a horizontalização do cuidado centrado ao paciente crítico e de forma interprofissional.

A partir da identificação das oportunidades de melhoria no processo de aprendizagem bem como no próprio cuidado em saúde, realizado durante o momento de *debriefing*, foi possível repensar a prática em saúde de maneira mais consolidada. Desta forma a SR mostrou-se fundamental para enfatizar a necessidade do trabalho

multiprofissional e trazer maior segurança, tanto para os pacientes, quanto para os profissionais envolvidos.

Referências

Brasil. (2005). Lei Nº 11.129, de 30 de Junho de 2005. *Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; Cria o Conselho Nacional Da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; Altera as Leis Nº s 10.683, de 28 de Maio de 2003, e 10.429, de 24 de Abril de 2002; e Dá Outras Providências*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

Brasil. (2012). Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Conselho Nacional de Saúde. Ministério Da Saúde. Diário Oficial Da União, Brasília*. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Brasil. (2016). Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. *Conselho Nacional de Saúde. Ministério Da Saúde. Diário Oficial Da União, Brasília*. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581

Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P., ... Ringelstein, E. B. (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *Lancet*, 389(1078), 1528–1538. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30067-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30067-3)

Brunette, V., & Thibodeau-Jarry, N. (2017). Simulation as a Tool to Ensure Competency and Quality of Care in the Cardiac Critical Care Unit. *Canadian Journal of Cardiology*, 33(1), 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.10.015>

Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J. C., Dziewas, R., Genton, L., ... Bischoff, S. C. (2018). ESPEN Guideline clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition*, 37(1), 354–396. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.003>

Casanova, I. A., Batista, N. A., & Ruiz-Moreno, L. (2015). Residência Multiprofissional em Saúde - Percepção dos residentes sobre a Educação Interprofissional nas práticas

colaborativas. *Investigação Qualitativa Em Educação*, 2(0), 368–370. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/277/273>

Dieckmann, P., & Krage, R. (2013). Simulation and psychology: Creating, recognizing and using learning opportunities. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 26(6), 714–720. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000018>

Escher, C., Rystedt, H., Creutzfeldt, J., Meurling, L., Nyström, S., Dahlberg, J., ... Abrandt-Dahlgren, M. (2017). Method matters: impact of in-scenario instruction on simulation-based teamwork training. *Advances in Simulation*, 2(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s41077-017-0059-9>

Hagemann, V., Herbstreit, F., Kehren, C., Chittamadathil, J., Wolfertz, S., Dirkmann, D., ... Peters, J. (2017). Does teaching non-technical skills to medical students improve those skills and simulated patient outcome? *International Journal of Medical Education*, 8, 101–113. <https://doi.org/10.5116/ijme.58c1.9f0d>

Kaneko, R. M. U., Couto, T. B., Coelho, M. M., Taneno, A. K., Barduzzi, N. N., Barreto, J. K. S., ... Carvalho, F. S. de. (2015). Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(2), 286–293. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e00242014>

Murphy, M., Curtis, K., & McCloughen, A. (2016). What is the impact of multidisciplinary team simulation training on team performance and efficiency of patient care? An integrative review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(1), 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.10.001>

Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., ... Tirschwell, D. L. (2018). Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke. *Stroke*, 49(3), 46–99. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>

Van Rijsbergen, M. W. A., Mark, R. E., Kop, W. J., Kort, P. L. M. De, & Sitskoorn, M. M. (2018). Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1441720>

WHO. (2007). Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions. *World Health Organization*, 1(3), 1–4. Retrieved from: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Raquel Stocker Pérsico – 17,8%

Luana Matuella Figueira da Silva – 15,5%

Isis Marques Severo – 13,3%

Rita Gomes Prieb – 13,3%

Miriane Melo Silveira Moretti – 11,1%

Karina De Oliveira Azzolin – 11,1%

Lurdes Busin – 8,8%

Paula Tasca Vizioli – 8,8%