

Pesquisa Multidisciplinar EM SAÚDE

EDIÇÃO XX

Capítulo 3

COMUNICAÇÃO CLÍNICA E SEGURANÇA DO PACIENTE: IMPACTO DAS SAFETY HUDDLES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ENY BARROS CHAGAS TRIPODO¹

THIAGO D'ÁLVIA²

JOHNNY ANDREWS ANTONIO TAKASHI SAKURAMOTO DE CAMARGO³

EDUARDO CHAGAS TRIPODO⁴

¹Especialista - Administração Hospitalar pelo Instituto de Pesquisas Hospitalares (IPH), Pós-graduanda em Acreditação e Gestão de Qualidade pelo Instituto Líbano, Graduada em Direito pela Universidade Mogi das Cruzes (UMC) e Graduada em Biomedicina pela Universidade Santo Amaro.

²Especialista - Clínica Médica - Santa Casa SP/Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Especialista em Medicina de Emergência - ABRAMEDE, Pós-graduado em Direito Médico, Odontológico e da Saúde - Escola Paulista de Direito SP, Qualificação Multiprofissional em Segurança do Paciente - Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente IBSP.

³Diretor - Diretor Técnico do Hospital Municipal Enfermeiro Antônio Policarpo de Oliveira.

⁴Discente - Medicina na Universidade Santo Amaro.

Palavras-chave: Comunicação; Segurança do Paciente; Huddles

DOI

10.59290/0972120212

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

Nos sistemas de saúde, a avaliação da cultura de segurança do paciente é crucial para reconhecer padrões de comportamento, sejam eles individuais ou coletivos, dos profissionais de saúde e como isto impacta no aumento ou diminuição de efeitos adversos (MORAES *et al.*, 2024).

A partir disto, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) tem incorporado, ao longo dos anos, diversas ferramentas destinadas a aperfeiçoar a comunicação entre equipes de saúde, dentre elas, a *daily huddle*, reunião breve, diária e padronizada, realizada ao menos uma vez por dia em ambientes clínicos e hospitalares, com o objetivo de alinhar informações, antecipar riscos e discutir incertezas relacionadas à segurança do paciente. Além disso, a *daily huddle* também serve para facilitar o reconhecimento de questões organizacionais por gestores em saúde (MORAES *et al.*, 2024; LAI *et al.*, 2024).

Outro principal objetivo das *daily huddles* é a interação entre profissionais de saúde, podendo aprimorar relacionamentos e promover a abordagem, de forma aberta, sobre questões de segurança do paciente (ALDAWOOD *et al.*, 2020).

As *safety huddles*, modelo de *daily huddle*, são reuniões de segurança, geralmente em encontros de 15 minutos, com o intuito de compartilhar casos das últimas 24 horas, antecipar efeitos adversos e revisar questões previamente identificadas, mantendo todos da equipe informados, mantendo todos da equipe informados, além de abranger profissionais da linha de frente que possuem dificuldade de participar de reuniões mais longas (RYAN *et al.*, 2019).

A literatura usualmente descreve que as *safety huddles* são lideradas por gerentes de unidade e de equipes de enfermagem, com menor

participação de médicos assistenciais, principalmente por questões de disponibilidade de horários. Todavia, quando viável, é crucial que haja também a participação médica, podendo ser realizadas também *safety huddles* lideradas por estes profissionais (GUO *et al.*, 2022). O objetivo deste estudo foi avaliar a eficiência e o impacto das *safety huddles* na comunicação clínica e na segurança do paciente.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa realizada no período de novembro de 2025 a janeiro de 2026 sustentada por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os descritores: “*safety huddle*”, “*huddles*”, “*impacto*” e “*serviços de saúde*”, “*safety briefings*” combinados com os operadores booleanos *AND* e *OR*. Desta busca, foram encontrados 20 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2014 a 2025 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, estudos randomizados e relatos de experiência disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados exclusivamente na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 11 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados em tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As *safety huddles* auxiliaram na identificação precoce e na resolução de questões relacionadas a segurança do paciente, principalmente

por conta do *feedback* de profissionais mais experientes; houve melhora da comunicação entre membros da equipe multidisciplinar, assim como maior compartilhamento de conhecimentos e experiências de não conformidades, gerando confiança entre profissionais e tornando possível a presunção das *safety huddles* serem ferramentas poderosas (ALDAWOOD *et al.*, 2020).

A fim de estabelecer uma comunicação estruturada, o modelo SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação e Reavaliação) foi um dos modelos mais utilizados (GHOUL *et al.*, 2025). A Tabela 1 apresenta os cinco principais atributos das *Safety Huddles*, onde a comunicação efetiva e estruturada citada encabeça a lista. A fim de estabelecer uma comunicação estruturada, o modelo SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação e Reavaliação) foi um dos modelos mais utilizados (GHOUL *et al.*, 2025). A tabela (Tabela 3.1) apresenta os cinco principais atributos das *Safety Huddles*, onde a comunicação efetiva e estruturada citada encabeça a lista.

Tabela 3.1 Cinco principais atributos das *Safety Huddles*

Atributos
1. Comunicação estruturada (SBAR) S – Situation / Situação B – Background / Antecedentes A – Assessment / Avaliação R – Recommendation / Recomendação
2. Colaboração interdisciplinar
3. Planejamento com prazos definidos e orientado a objetivos
4. Previsão proativa de riscos
5. Adaptabilidade contextual

Fonte: Adaptado de GHOUL *et al.*, 2025

Conforme estudo de Newman *et al* (2016), após intervenção com *safety huddles* diários durante o turno da noite, conectando os residentes e a equipe de enfermagem da ala de cardiologia com o cardiologista assistente que estava de sobreaviso em casa, as transferências definidas

como de alto risco foram reduzidas de 47% para 14%, adequando o fluxo interno de pacientes com maior segurança e confiabilidade. A tabela (Tabela 3.2) demonstra os principais fatores de sucesso para a implementação de *Safety Huddles*.

Tabela 3.2 Principais fatores de sucesso para a implementação de *Safety Huddles*

Fatores
1. Compromisso incansável, paciência, habilidades de melhoria, engajamento e disposição para aprender junto com a equipe;
2. Encontro com a equipe clínica, compreensão de sua realidade e de suas preocupações com a segurança; escuta dos desafios, conexão entre equipes para encontrar soluções e orientação por meio de ciclos PDSA (planejar, fazer, estudar, agir);
3. Aprender a apoiar as equipes no momento certo, e não apenas porque uma enfermagem específica “tem um problema”;
4. Oferecer apoio contínuo e compartilhar novos aprendizados;
5. Ser transparente quanto aos fracassos, compartilhando tanto o que não funciona quanto o que funciona.

Fonte: Adaptado de CRACKNELL, 2017; FOSTER, 2017

No estudo conduzido por Panayiotou *et al* (2020), através de questionários online e entrevistas, as *safety huddles* na atenção secundária são promissoras; entretanto, existem desafios quanto a sua implementação, sendo a disponibilidade de tempo dos profissionais como a principal barreira, além da pressão de carga de trabalho e incertezas sobre quem deveria participar.

O estudo de Poonia *et al* (2021) realizou uma pesquisa para analisar a percepção das *safety huddles* entre residentes, onde foram identificadas três barreiras: a primeira foi que relatar um evento de segurança representava um trabalho adicional, somado às grandes cargas horárias de residência médica; a segunda era relacionada a percepção de que as *safety huddles* são

punitivas; e a terceira era sobre o medo de possível retaliação. Após a aplicação de *safety huddles* e elaboração de uma base educacional, a participação dos residentes na notificação de efeitos adversos aumentou significativamente, além de gerar uma melhor capacitação da próxima geração de médicos. A tabela (**Tabela 3.3**) apresenta essa percepção de pré-conceitos e pós-conceitos.

Tabela 3.3 Pré-conceito das *safety huddles* relatados pelos residentes

Pré-conceitos
Trabalho adicional somado às grandes cargas horárias da residência médica;
Percepção punitiva sobre as <i>safety huddles</i> ;
Medo de possível retaliação.

Fonte: Adaptado a partir de POONIA *et al* 2021

A informatização da metodologia de *Safety Huddle* através de um software específico demonstrou ser uma estratégia promissora para superar as barreiras de comunicação e a falta de padronização nos processos de segurança do paciente. A ferramenta não apenas otimiza o tempo das equipes, mas também garante que as discussões gerem ações mensuráveis e monitoráveis, contribuindo para a criação de uma cultura de segurança mais robusta e proativa nas instituições de saúde (MELLO *et al.*, 2020).

A implementação de *checklist* enquanto ocorriam as *safety huddles* gerou mais objetividade nas informações entre profissionais da saúde (MORAES *et al.*, 2024). A tabela (**Tabela 3.4**) demonstra o *checklist* utilizado no estudo.

No estudo de Lai *et al* (2024), a implementação de *safety huddles* diários demonstrou ser uma estratégia eficaz para melhorar significativamente as atitudes dos profissionais de saúde em relação à segurança do paciente. As reuniões fomentam um melhor clima de trabalho em equipe e de segurança, além de aumentarem a

satisfação no trabalho. O estudo conclui que os *huddles* são uma ferramenta valiosa para fortalecer a cultura de segurança em ambientes clínicos.

Tabela 3.4 Checklist utilizado no estudo de Moraes *et al.* 2024

Checklist Objetivo (S / N)
1. Todos os líderes estão presentes na reunião?
2. As escalas de funcionários estão cobertas?
3. Há insumos suficientes para atender a todos os pacientes internados no dia?
4. O estoque de material e medicamentos estão adequados e sem riscos de ruptura de abastecimento?
5. Todas as entregas de materiais da farmácia e almoxarifado para as unidades foram realizadas no prazo?
6. Todos os equipamentos estão funcionando adequadamente?
7. Há equipamentos suficientes para atender a demanda do dia?
8. Haverá necessidade de aluguel ou empréstimos de equipamentos?
9. A higienização e troca de enxoval atendem ao giro de leitos?
10. Todos estão sendo devidamente identificados na admissão?
11. Houve algum problema de segurança do paciente nas últimas 24 horas?
12. Há pacientes sem identificação?
13. Checklist de cirurgia segura está sendo aplicado?
14. Houve algum erro na prescrição, uso e administração de medicamentos?
15. Houve algum erro na administração de sangue e hemoderivados?
16. Houve alguma queda de pacientes?
17. Houve incidência de lesão por pressão?
18. Houve infecções relacionadas à assistência à saúde?
19. Houve falhas quanto as terapias enteral e parenteral?
20. Houve falha de comunicação entre profissionais e serviços de saúde?
21. Há estímulo a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada?
22. Há algum fator que possa colocar o paciente em risco?
23. Podemos fazer algo hoje para proteger nossos pacientes?

Fonte: Adaptado a partir de MORAES *et al.*, 2024

A disseminação e popularização das *safety huddles* vem apresentando resultados benéficos e, portanto, profissionais da saúde devem cada vez mais valorizar o potencial desta ferramenta

e incorporá-la na prática clínica, objetivando uma maior redução de efeitos adversos na administração clínica, assistencial e gerencial. Tópicos como problemas na passagem de plantão, na transferência do cuidado e nos processos de admissão acrescidos de investigações incompletas, ausentes ou incorretas, erros de diagnóstico e de tratamento devem ser discutidos e corrigidos, trazendo maior segurança ao paciente (RYAN *et al.*, 2019; GUO *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

As *safety huddles* se mostraram como ferramentas eficazes para a redução de efeitos adversos e melhoria na segurança do paciente por atuarem na identificação precoce e resolução de problemas.

O modelo, quando bem aplicado, incorpora segurança na atuação dos profissionais de saúde, qualificando suas condutas, sustentadas pela educação continuada, promovendo qualidade por conta de *feedbacks* constantes e essenciais.

A comunicação estruturada SBAR e os *checklists* são ferramentas complementares eficazes para maior objetividade das *safety huddles*.

Alguns estudos listaram barreiras para aplicação das *safety huddles*, como a falta de tempo e disponibilidade dos profissionais, dentre outras. Vale ressaltar que os esforços necessários para ultrapassar estas dificuldades devem ser empregados, tendo em vista que a segurança do paciente deverá ser sempre soberana em quaisquer escalas de atenção e serviços de saúde nacionais e mundiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDAWOOD, F. *et al.* Enhancing Teamwork Communication and Patient Safety Responsiveness in a Paediatric Intensive Care Unit using the Daily Safety Huddle Tool. *British Medical Journal*, v 9, p. e000753, 2020. DOI: 10.1136/bmj-2019-000753.

CRACKNELL, A. How safety huddles can drive improvement and reduce harm. Health Foundation, 2017.

FOSTER, S. Implementing Safety Huddles. *British Journal of Nursing*, v. 26, p. 953, 2017 DOI: 10.12968/bjon.2017.26.16.953.

GHOUL, I. *et al.* Safety huddle in healthcare settings: a concept analysis. *Biomed Central* v. 25, p. 393, 2025 DOI: 10.1186/s12913-025-12526-x.

GUO, M. *et al.* Protocol for a stepped wedge cluster randomized quality improvement project to evaluate the impact of medical safety huddles on patient safety. *Contemporary Clinical Trials Communications*, v. 30, p. 100996, 2022. DOI: 10.1016/j.conctc.2022.100996.

LAI, Y. H. *et al.* Effectiveness of Huddles in Improving the Patient Safety Attitudes Among Clinical Team Members. *Quality Management in Health Care*, v. 33, n. 4, p.239-245, 2024. DOI:10.1097/QMH.0000000000000455.

MELLO, L. R. G. DE *et al.* Safety Huddle Methodology Development in Patient Safety Software: An Experience Report. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, p. e20190788, 2020.

MORAES, M. V. A. *et al.* Patient Safety Culture Assessment Before and After Safety Huddle Implementation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 57, p. e20230270, 2024. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270en.

NEWMAN, R. E. *et al.* Rates of ICU Transfers After a Scheduled Night-Shift Interprofessional Huddle. *Hospital Pediatrics* v.6, p.234, 2016. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0173.

PANAYIOTOU, H. *et al.* Exploring the feasibility of patient safety huddles in general practice. *Primary Health Care Research & Development*, v. 21, p. 24, 2020. DOI: 10.1017/S1463423620000298.

POONIA, S. K. *et al.* Resident Safety Huddles: Our Department's Experience in Improving Safety Culture. *The Laryngoscope*, v.131, p. 1811. DOI: 10.1002/lary.29384.

RYAN, S. *et al.* Do safety Briefings Improve Patient Safety in the Acute Hospital Setting? A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, v. 75, p. 2085. DOI: 10.1111/jan.13984.