

**SAFETY HUDDLE COMO FERRAMENTA PARA COORDENAÇÃO DO CUIDADO DE  
ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**THE SAFETY HUDDLE AS A TOOL FOR COORDINATING NURSING CARE IN THE  
INTENSIVE CARE UNIT**

**LA REUNIÓN DE SEGURIDAD COMO HERRAMIENTA PARA COORDINAR LA  
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**



10.56238/revgeov17n1-029

**Marianna Victoriano Martins Rial**

Enfermeira Residente no programa de Atenção em Terapia Intensiva  
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ)

E-mail: mariannarial@gmail.com

Lattes: 3106285284119783

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-2777-8014>

**Katiane Lessia Dias dos Santos**

Enfermeira Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde  
Instituição: Universidade Federal Fluminense (UFF/RJ)

E-mail: me.katiane.riosauade@gmail.com

Lattes: 1640367072691642

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4451-4308>

**Mariana Tavares da Silva**

Enfermeira Residente no programa de Atenção em Terapia Intensiva  
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ)

E-mail: tavaresmariana@id.uff.br

Lattes: 0622056267717966

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8862-2474>

**Priscilla Alfradique de Souza**

Enfermeira Doutora em Enfermagem  
Instituição: University of Texas Health Science Center at San Antonio (USA), Universidade  
Federal do Estado do Rio de Janeiro

E-mail: priscilla.alfradique@unirio.br

Lattes: 9738709190307614

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4625-7552>



**Allyevison Ulisses Alves Cavalcanti**

Fisioterapeuta Doutor em Epidemiologia em Saúde Pública

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/FIOCRUZ), Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG)

E-mail: auacavalcanti@gmail.com

Lattes: 5762853198879020

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7153-8578>**Thayna da Graça Rodrigues**

Enfermeira Residente no programa de Atenção em Terapia Intensiva

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ)

E-mail: enfthaynagr@gmail.com

Lattes: 1325834677193290

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-1359-7957>

---

**RESUMO**

O estudo teve como objetivo analisar a percepção de enfermeiros sobre a aplicabilidade, efetividade e os impactos do *Safety Huddle* na coordenação e promoção do cuidado de enfermagem seguro nas Unidades de Terapia Intensiva. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Retrutada por entrevistas semiestruturadas gravadas com 29 enfermeiros, no período de setembro a novembro de 2025, em um Hospital do Rio de Janeiro, Brasil. Os dados obtidos foram processados no *software IRAMUTEQ*, versão 8.0, *alpha 7*. Tal processamento se deu por meio da Classificação Hierárquica Descendente de forma a resultar em quatro classes inter-relacionadas e interdependentes. Essas enfatizam o *Safety Huddle* como estrutura proponente para a base de um cuidado de enfermagem seguro e o gerenciamento de riscos à saúde. Sendo a aplicabilidade e eficiência pautadas no comprometimento da equipe multiprofissional e liderança eficaz do enfermeiro intensivista. Os achados, portanto, enfatizam o *Safety Huddle* como instrumento capaz de gerar aprendizados e conhecimentos com potencialidade para agregar qualidade e segurança à prática assistencial da enfermagem.

**Palavras-chave:** Unidades de Terapia Intensiva. Segurança do Paciente. Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Protocolos Clínicos.

**ABSTRACT**

The study aimed to analyze nurses' perceptions of the applicability, effectiveness, and impacts of the Safety Huddle in coordinating and promoting safe nursing care in Intensive Care Units. This is a descriptive study with a qualitative approach. Depicted through semi-structured interviews recorded with 29 nurses between September and November 2025 at a hospital in Rio de Janeiro, Brazil. The data obtained were processed using IRAMUTEQ software, version 8.0, alpha 7. This processing was carried out using Descending Hierarchical Classification, resulting in four interrelated and interdependent classes. These emphasize the Safety Huddle as a proposed framework for the foundation of safe nursing care and health risk management. The applicability and efficiency are based on the commitment of the multidisciplinary team and the effective leadership of the intensive care nurse. The findings, therefore, emphasize the Safety Huddle as a tool capable of generating learning and knowledge with the potential to add quality and safety to nursing care practice.



**Keywords:** Intensive Care Units. Patient Safety. Nursing. Nursing Care. Clinical Protocols.

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar las percepciones de las enfermeras sobre la aplicabilidad, la eficacia y los impactos del Safety Huddle en la coordinación y promoción de la atención de enfermería segura en las Unidades de Cuidados Intensivos. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo. Retrato a través de entrevistas semiestructuradas grabadas con 29 enfermeras entre septiembre y noviembre de 2025 en un hospital de Río de Janeiro, Brasil. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el *software IRAMUTEQ*, versión 8.0, *alpha 7*. Este procesamiento se realizó mediante Clasificación Jerárquica Descendente, dando como resultado cuatro clases interrelacionadas e interdependientes. Estos enfatizan el Safety Huddle como un marco propuesto para la base de la atención de enfermería segura y la gestión de riesgos para la salud. La aplicabilidad y eficiencia se basan en el compromiso del equipo multidisciplinario y el liderazgo efectivo de la enfermera de cuidados intensivos. Los hallazgos, por tanto, enfatizan el Safety Huddle como una herramienta capaz de generar aprendizaje y conocimiento con el potencial de agregar calidad y seguridad a la práctica de la atención de enfermería.

**Palabras clave:** Unidades de Cuidados Intensivos. Seguridad del Paciente. Enfermería. Atención de Enfermería. Protocolos Clínicos.



## 1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor propício a eventos adversos. Neste âmbito, a fragmentação do cuidado em saúde emerge como um desafio, de forma a evidenciar a eficácia da coordenação sob processo de cuidar. Baseada na multidimensionalidade, essa demonstra-se como uma organização deliberada de atividades que visam a continuidade do cuidado. A coordenação deve ser desenvolvida por meio do estabelecimento de vínculo entre os diversos participantes do processo de cuidar, de forma que as trocas de informações tornem-se qualificadas, sem lacunas na oferta de cuidados (Cruz *et al.* 2022).

Por isso, ao considerar um cuidado baseado em evidências, torna-se essencial a implementação de tecnologias em saúde, as quais compreendem métodos, procedimentos, práticas, técnicas e equipamentos. Esses são manuseados como forma de cuidado, o que torna necessário o conhecimento do porquê utilizá-los e como utilizá-los, de maneira a propiciar a redução da chance de erros (Teixeira *et al.*, 2024).

Sob essa perspectiva, destaca-se o *Safety Huddle*. Ferramenta que configura-se como “reuniões de segurança”. Tal metodologia tem como objetivo a melhoria dos resultados assistenciais e são dimensionadas como encontros rápidos que contam com a participação dos profissionais de saúde e gestores. Definido como tempo limite, o *Safety Huddle* deve durar, em média, de 05 a 15 minutos, sendo o tempo de duração associado diretamente à necessidade da equipe (Moraes *et al.*, 2023). Realizado com horário pré-definido, esta metodologia promove o compartilhamento de informações relevantes, revisão de desempenho e sinaliza questões de segurança que exigem atenção prioritária da equipe (Correa *et al.*, 2025).

Neste viés, ressalta-se o papel multifacetado do enfermeiro que adentra este contexto com carácter de aplicador, alimentador e supervisor do instrumento com vistas a melhoria contínua do processo de cuidar. Para a promoção da qualidade e segurança do paciente, o enfermeiro necessita de liderança, competência clínica e habilidade de comunicação, sendo a diversidade de desafios um fator que impacta diretamente na complexidade do âmbito hospitalar (Bispo, 2023).

Ademais, notando-se a enfermagem como categoria predominante a beira-leito, observa-se a necessidade da exploração e compreensão de experiências da prática assistencial para correlação teórico/prática com a ferramenta em questão. Afinal, desta maneira geram-se aprendizados e conhecimentos capazes de resultar em transformações que agregam qualidade à prática assistencial (Pinto; Santos, 2020).

No contexto brasileiro, a liderança do enfermeiro na UTI é peça fundamental para a sustentabilidade de práticas seguras. O enfermeiro atua como o principal articulador da equipe multiprofissional, sendo responsável pela supervisão direta e pelo gerenciamento do cuidado. Entretanto, a operacionalização do *Safety Huddle* ainda enfrenta barreiras estruturais e culturais, como



a sobrecarga de trabalho e a hierarquização excessiva das categorias profissionais, que podem limitar a eficácia da ferramenta e o engajamento de toda a equipe, especialmente dos técnicos de enfermagem (Brass *et al.*, 2018).

Diante desse panorama, justifica-se a necessidade de compreender como os enfermeiros percebem e utilizam essa ferramenta no cotidiano intensivista. Investigar as potencialidades e fragilidades do *Safety Huddle* permite não apenas fortalecer a cultura de segurança institucional, mas também instrumentalizar o enfermeiro em sua função de coordenador do cuidado. A relevância deste estudo reside na possibilidade de oferecer subsídios para o aprimoramento de protocolos assistenciais, visando um cuidado mais coordenado, humano e isento de danos. Desse modo, objetivou-se analisar a percepção de enfermeiros sobre a aplicabilidade, efetividade e os impactos da ferramenta *Safety Huddle* na coordenação e promoção do cuidado de enfermagem seguro nas Unidades de Terapia Intensiva.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com perfil descritivo com abordagem qualitativa. O perfil descritivo destaca-se como aquele que representa a caracterização dos aspectos de uma conjuntura definida, estudando as suas peculiaridades e individualidades (Hochman *et al.*, 2005). A abordagem qualitativa busca compreender a totalidade do fenômeno, de forma a identificar um universo de valores, aspirações, atitudes, significados, crenças e motivações (Minayo, 2001 *apud* Rhoden; Zancan, 2020).

De acordo com a literatura científica, um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visa, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição de conteúdos de mensagens. Dessa forma, obtêm-se indicadores que permitirão a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens. A literatura mencionada propõe a análise de conteúdo temática em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, as quais serão utilizadas neste estudo (Bardin, 2016).

A coleta de dados foi realizada em um hospital municipal de grande porte sediado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. A unidade oferta à rede pública de saúde 420 leitos, sendo 245 destinados à Terapia Intensiva. No que concerne a recursos humanos, a unidade tem cerca de 466 colaboradores enfermeiros, destes 162 estão alocados em UTI, sendo 19 enfermeiros rotinas e os demais enfermeiros plantonistas. Tais profissionais estão inseridos em cargas horárias laborais de 30h a 40h semanais. Os rotinas cumprem sua carga de trabalho de segunda-feira a sexta-feira de 07 às 16 horas e os plantonistas tem a escala de 12h de trabalho por 60 horas de descanso.

Foram considerados elegíveis para o estudo, enfermeiros atuantes nas unidades de terapia intensiva. Participaram deste estudo enfermeiros plantonistas e diaristas. Como critérios de exclusão



tem-se os incorporados à escala do período noturno e por enfermeiros afastados de suas funções por licença médica ou por estar no período de férias no período em que ocorreu a coleta de dados.

Primeiramente, realizou-se o convite de maneira presencial aos sujeitos de pesquisa apresentando os objetivos do estudo e o meio de coleta de dados. Após o aceite de participar, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual evidenciou os objetivos da pesquisa. Todos os participantes assinaram, consentindo a gravação das entrevistas e cientes do pleno direito de recusar-se a responder a qualquer pergunta e de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de justificativa e sem implicações profissionais, legais ou administrativas (Brasil, 2018).

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas no período de setembro a novembro de 2025, cada uma com duração aproximada de dezesseis minutos. O roteiro apresentava marcadores sociodemográficos para caracterização geral do público-alvo como gênero, raça/ cor, faixa etária, formação profissional e tempo de atuação na profissão e as seguintes perguntas norteadoras relacionadas à temática da pesquisa: “Quais os principais desafios identificados na aplicação do *Safety Huddle* diariamente na Unidade de Terapia Intensiva?”; “A aplicabilidade do *Safety Huddle* interfere na segurança do paciente na Unidade de Terapia Intensiva?”; “O uso do *Safety Huddle* influencia no cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva?” e “Qual recomendação você daria para melhorar a aplicabilidade do *Safety Huddle* na Unidade de Terapia Intensiva?”. A entrevista ocorreu em caráter presencial e foi gravada em um *smartphone*, pertencente à pesquisadora principal para posterior transcrição, exploração e tratamento dos dados obtidos.

Cabe destacar que ao longo da fase de coleta de dados, houveram limitações, especialmente no que concerne à captação de voluntários. Tal conjuntura se estabeleceu devido ao processo de trabalho com demandas que geram um impeditivo para sua ausência no setor e, consequentemente, provocam a escassez de tempo hábil para ir a um local silencioso onde poderiam dissertar sobre suas experiências, sem interrupções ou ruídos.

A fim de garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se um código alfanumérico como forma de identificação, a saber: “Enf” (referente a enfermeiro), acompanhada de número ordinal sequencial (Enf\_01, Enf\_02,...) em ordem sequencial de acordo com a ordem das entrevistas.

Uma pesquisa qualitativa dá-se na necessidade de alcançar as informações. O tamanho da amostra neste tipo de estudo é mensurado por meio da saturação de dados (Polit; Beck, 2019). Considerou-se saturada a coleta quando não houve nenhum elemento novo agregado à entrevista e sendo apresentadas ideias recorrentes nas falas dos participantes. No presente estudo, a saturação foi alcançada na 29ª entrevista, o que confirmou-se no nível de aproveitamento das análises.

Os dados sociodemográficos foram organizados a partir do programa *Microsoft Office Excel*, 2016, e analisados através de estatística descritiva uni e bivariada por meio do *software R*. A análise



qualitativa foi realizada através do *software IRAMUTEQ* (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de 101 Questionnaires*) versão 8,0 alpha 2, é um *software* de acesso gratuito que permite análises estatísticas sobre *corpus* textuais que propõe organizar os discursos de diversos discursos e múltiplos contextos (Camargo; Justo, 2013).

Concluída a transcrição das entrevistas na íntegra, construiu-se *corpus* textual, devidamente estruturado por linhas de comando específicas para o processamento no *software IRAMUTEQ*. Posteriormente, os dados foram submetidos a análises multivariadas, incluindo a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permitiu a segmentação do conteúdo em classes de significados com a identificação das estruturas lexicais predominantes.

Após o processamento dos dados no *software* proposto, os resultados foram interpretados pela análise temática (Dias; Mishima, 2023). Através da leitura detalhada dos segmentos de texto (ST), foram realizadas as interpretações dos dados, identificando os núcleos de sentido das respostas, possibilitando a compreensão do objeto de estudo.

Para este estudo, escolheu-se o método de Reinert, baseado na Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Este é realizado através da classificação dos segmentos de texto em relação aos seus vocabulários diante da repartição e frequências de palavras já lematizadas, obtendo as classes de unidades de Unidades de Contexto Elementares (UCE) (Camargo; Justo, 2013).

A pesquisa cumpriu todos os aspectos éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS.RJ) em 04 de Agosto de 2025. Parecer nº 7.744.225, CAAE 90650825.4.0000.5279.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise estatística descritiva foi realizada para erguer as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Foram entrevistados 29 enfermeiros, configurando uma amostra com maioria do sexo feminino (n: 21; 72,4%), no quesito raça/cor, segundo nomenclatura do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), prevalência de autodeclarados brancos (n:12; 41,4%), faixa etária 25 a 30 anos (n: 9; 31%), com tempo de atuação entre 0 a 5 anos (n: 9; 31%). Em relação à formação profissional, 17 colaboradores apresentam especialização (58,6%). Dada esta conjuntura, a tabela 1 demonstra a caracterização supracitada dos participantes.





Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros participantes do estudo (N = 29)

Variável	n	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	21	72,4
Masculino	8	27,6
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	12	41,4
Parda	11	37,9
Preta	5	17,2
Amarela	0	0
Indígena	1	3,4
<b>Faixa etária (anos)</b>		
25–30	9	31
30–35	4	13,8
35–40	5	17,2
40–45	5	17,2
≥ 45	6	20,7
<b>Tempo de atuação na Enfermagem (anos)</b>		
0–5	9	31
6–10	7	24,1
11–15	6	20,7
16–20	6	20,7
≥ 20	1	3,4
<b>Formação profissional</b>		
Especialização	17	58,6
Residência	12	41,4

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Segundo pesquisa do COFEN/RJ, a equipe de enfermagem brasileira é, majoritariamente composta por indivíduos do sexo feminino, o que demonstra que a construção histórica da categoria perdura e ratifica os achados do presente estudo (Cofen, 2017). Na conjuntura apresentada sob a análise da composição étnico-racial dos participantes, tem-se um percentual maior de entrevistados como autodeclarados brancos. Entretanto, cabe destacar que caracteriza-se como população negra, o somatório de autodeclarados pretos e pardos. Dessa forma, essa população constitui 16 participantes, compreendendo 55,1% dos enfermeiros entrevistados, configurando maior quantitativo. Este dado é de suma relevância científica, pois reflete o perfil demográfico da força de trabalho da enfermagem brasileira, conforme apontado por estudos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), onde se observa uma crescente inserção de populações historicamente marginalizadas no ensino superior e nas especializações de alta complexidade, como a UTI (Cofen, 2017).

No que refere-se a faixa etária, observa-se que os profissionais mais jovens (25–30 anos) concentram-se integralmente na faixa de 0 a 5 anos de atuação, enquanto faixas etárias mais elevadas apresentam maior dispersão do tempo de experiência. Profissionais com 16 anos ou mais de atuação concentram-se majoritariamente entre aqueles com 40 anos ou mais, indicando progressão profissional compatível com o ciclo de vida laboral.





Nesse sentido, destaca-se que profissionais no início da carreira podem apresentar lacunas de aprendizado na formação intensivista, o que pode resultar em falta de homogeneidade e sistematização no processo de cuidar. Dito isso, o *Safety Huddle* atua como uma estratégia crucial de educação permanente. Ao promover reuniões rápidas para compartilhamento de informações, a ferramenta acelera a curva de aprendizado dos enfermeiros mais jovens, permitindo que eles antecipem riscos que profissionais mais experientes já reconhecem intuitivamente.

No que tange à formação, destaca-se que 58,6% dos entrevistados possuem especialização e 41,4% realizaram residência. O alto índice de pós-graduados sugere uma equipe tecnicamente qualificada para lidar com a complexidade da UTI. Entretanto, a literatura adverte que apenas o título não garante a adesão às boas práticas se não houver uma cultura de segurança institucionalizada (Fragata, 2014). A liderança do enfermeiro emerge como o elo entre a qualificação técnica e a eficácia da ferramenta. Como os dados mostram uma equipe em diferentes estágios de maturidade profissional, cabe ao enfermeiro líder — especialmente aqueles com mais de 11 anos de experiência (aprox. 24% da amostra) — atuar como facilitador, garantindo que o *Safety Huddle* não seja percebido como um "checklist" burocrático, mas como um espaço de coordenação que confere voz ativa a todos (Sobrinho *et al*, 2018).

Em relação às informações processadas através das entrevistas, por meio da análise reflexiva e temática dos dados, pode-se observar as deduções obtidas em detrimento do objetivo proposto nesta pesquisa. Houve a separação do *corpus* em 29 unidades de contextos iniciais (UCIs), com repartição em 371 segmentos de unidades de contexto elementares, com 12.971 ocorrências. A análise das classes, realizada por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), resultou em quatro classes. Essas foram distribuídas da seguinte forma: a classe 2 representa 27,86% dos achados, a classe 4, com 28,86%; a classe 3, com 19,4% e a classe 1, que obteve 23,88%, conforme ilustrado na Figura 1.



Figura 1 - Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Dados do software IRAMUTEQ, versão 0,8 alpha 7.

### 3.1 CLASSE 1: *SAFETY HUDDLE* COMO BASE PARA UM CUIDADO DE ENFERMAGEM SEGURO.

A Classe 1 compreende 48 segmentos de textos, de forma a compor 23,88% do *corpus* analisado. Nesta classe evidenciam-se os termos “ safety huddle”, “unidade de terapia intensiva”, “segurança do paciente”, “ cuidado de enfermagem”. Os depoimentos demonstram que por meio do *Safety Huddle* torna-se possível a obtenção de informações que permitirão o planejamento eficiente dos cuidados de enfermagem a pacientes de alta complexidade, mapeando sua dependência de tais cuidados. Por meio da ferramenta, tem-se um panorama das necessidades dos pacientes internados, bem como faz emergir as fragilidades e desafios evidenciados ao decorrer da continuidade dos cuidados, de forma a revisitar pontos inerentes à segurança do paciente. Desse modo, ao início de cada plantão, o profissional torna-se apto a gerenciar o cuidado por meio da visualização da programação do processo de trabalho, promovendo, portanto, qualidade e segurança ao atendimento.

[...] você consegue demandar mais cuidados específicos para pacientes que precisam mais. Você consegue estar mais atento às necessidades do paciente, às questões do que aquele paciente precisa, então, isso te deixa mais alerta e acho que isso gera mais segurança para o paciente [...] (Enf\_04)

[...] você tem noção das lesões, paciente que está instável, paciente que tem programação para extubação, os exames pendentes. Acho muito importante para você planejar o cuidado ao longo daquele dia e aquele paciente que te demanda mais atenção [...] (Enf\_05)

[...] justamente até para a gente saber os pacientes que estão com pendências, os cuidados que nós devemos ter, os pacientes que têm exames, os preparos dos exames. Então, ele interfere nos cuidados ao longo do plantão. Ele me direciona, os pacientes que, por exemplo, estão mais graves, eu sei qual é a conduta quando eu vou entrar no paciente, a abordagem que é feita e o cuidado desse paciente, isso tudo é passado no *Safety* [...] (Enf\_17)

[...] Ele dá condições melhores de atendimento. No momento do *Safety*, eu vou discutir as dificuldades que eu tenho, vou ver minhas fragilidades que eu tenho no setor com aquele



paciente e aí eu vou traçar um plano para melhoria do atendimento. A partir das informações que eu tiro do *Safety*, eu vou traçar um plano diário para o cuidado daqueles pacientes. O que aquele paciente está precisando? Qual exame não foi feito? Porque não foi feito? Qual é a dificuldade? Então, ele me dá elementos do qual eu tenho que agir em cima daquilo para melhorar as condições de atendimento do meu paciente.[...] (Enf\_19)

[...] o *Safety* é o momento de externar todas essas coisas, para que comecem o plantão de forma organizada, saber exatamente onde focar mais energia, onde necessita de mais atenção, o que levar em consideração, o que talvez estava sendo ignorado. O *Safety* deixa essas informações mais expostas para equipe como um todo[...] (Enf\_21)

[...] No caso, o *Safety Huddle* não deixa de ser uma ferramenta que contribui bastante para a dinâmica em relação ao plantão. Você faz tipo aquele brainstorming, onde a gente consegue, no início do plantão, abarcar quais são os nossos problemas estruturais e quais são as demandas que a gente vai ter durante o plantão. Definir algumas condutas relacionadas à assistência e os cuidados de imediato a esse paciente e conseguir repescar algumas coisas do que aconteceu no plantão anterior para dar continuidade ao cuidado. [...] (Enf\_25)

Entretanto, alguns dos relatos evidenciaram uma perspectiva da falta de conhecimento sobre as implicações da ferramenta *Safety Huddle*, demonstrando a percepção de uma sensação de execução sem propósito por parte dos demais profissionais, inviabilizando a efetividade do instrumento. Tal conjuntura é salientada na repetição de que esta seria uma ferramenta para checagem de exames pendentes e alinhamento do preparo de exames, sendo citada como uma barreira para sua eficiência o dimensionamento, a falta do conhecimento e a crença de irrelevância do conhecimento proveniente da ferramenta visualizada por parte de alguns profissionais.

[...] ajuda em relação a exames, consegue botar ali quais exames não foram realizados [...] (Enf\_02)

[...] Planejamento de exames, principalmente [...] (Enf\_03)

[...] a principal é o dimensionamento, falta do conhecimento, crença de irrelevância do conhecimento [...] (Enf\_23)

Em suma, esta classe compreende perspectivas que enfatizam o *Safety Huddle* como ferramenta que auxilia a coordenação do cuidado de enfermagem, conferindo eficiência ao gerenciamento da assistência de enfermagem. O conceito de coordenação do cuidado reflete a ideia de continuidade e integralidade das ações assistenciais, ao longo do tempo (Magni; Fontana, 2024). Nesse sentido, no ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva, reforça-se a necessidade de um cuidado sistematizado visando eficiência organizacional e a promoção da segurança do paciente (Silva *et al.*, 2021).

Dessa forma, destaca-se que, imbuída de sua participação na ferramenta, tendo em vista ter o maior contingente de profissionais atuantes sob sua gerência e sendo estes profissionais que possuem maior tempo de contato direto e ininterrupto com os pacientes, evidencia-se os enfermeiros como mantenedores da qualidade da assistência e cultura de segurança (Lucchesi *et al.*, 2024). Nesse contexto, o *Safety Huddle* demonstra-se um instrumento crucial na coleta das informações e planejamento das ações de enfermagem, de forma que tais ações venham a culminar na continuidade do cuidado, minimizar erros e promover a recuperação do paciente, tornando possível a formação de um cuidado de enfermagem seguro e eficaz (Gomes *et al.*, 2024).



No que tange às barreiras para eficiência da ferramenta, destaca-se sobretudo a "falta do conhecimento" sobre a ferramenta, "crença de irrelevância do conhecimento" proveniente da metodologia e o "dimensionamento" de recursos humanos que afeta a participação e aplicabilidade da ferramenta. A cultura de segurança é o produto de valores, individuais e de um grupo, compreendendo atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento. Tais componentes estabelecem o compromisso e a proficiência da administração de uma organização segura e saudável (Costa *et al*, 2018).

Nesse sentido, a busca por qualidade e segurança assistencial demonstra-se possível através do desenvolvimento da cultura de segurança por meio do comprometimento institucional, de forma a destacar a figura da instituição como promotora dos subsídios necessários a aplicação e manutenção de instrumentos que possibilitem a construção e promoção da cultura de segurança do paciente (Afonso *et al*, 2019).

A literatura científica apresenta seis subculturas que compreendem a cultura de segurança do paciente, são elas: liderança, trabalho em equipe, cuidado baseado em evidência, formação, comunicação eficiente e centralidade do doente (Brás; Ferreira, 2016). No que concerne a formação, estudos destacam que a variação no cuidado oferecido pelo enfermeiro de terapia intensiva, resultando na falta de homogeneidade e de sistematização do processo, aponta para lacunas de aprendizado na formação do enfermeiro intensivista no Brasil (Gomes *et al.*, 2024).

Diante do exposto, observou-se que o comprometimento da segurança do paciente e a efetividade da prática clínica está relacionado à falta de conhecimento dos profissionais, gerando obstáculos ao avanço de tecnologias em saúde. Acerca do dimensionamento, a literatura científica evidencia que um dos maiores desafios dos gestores de enfermagem é garantir ações de cuidado seguras ao paciente, de forma a considerar a alocação adequada dos colaboradores de enfermagem em consonância às necessidades de assistência direta e indireta dos pacientes. Afinal, a qualidade dos cuidados de enfermagem é um fator de alto impacto para desfechos favoráveis e excelentes resultados na prática clínica (Melo *et al*, 2020).

Embora os resultados apontem que o *Safety Huddle* permite um planejamento de cuidados mais específico e alerta para as necessidades dos pacientes instáveis, emerge-se uma preocupação crítica: a percepção de alguns profissionais de que a ferramenta serve apenas para a checagem burocrática de exames pendentes. Esta "falsa sensação de checklist" ameaça a essência da metodologia, que deveria focar na consciência situacional coletiva e na antecipação de riscos. A literatura reforça que, quando as rotinas se tornam mecanizadas e superficiais, elas fragmentam o trabalho e atuam como barreiras à segurança (Pradelli *et al.*, 2025). Portanto, a ferramenta deve ser resgatada como um espaço de *brainstorming* assistencial e não apenas como um cumprimento de tarefa administrativa.



### 3.2 CLASSE 2: COMPROMETIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL JUNTO A EFICIÊNCIA DA FERRAMENTA *SAFETY HUDDLE*.

A Classe 2 representa 56 segmentos de textos, com 27,86% do *corpus*. Nesta classe observa-se a repetição dos termos “equipe médica”, “fisioterapeuta”, “técnico de enfermagem” e “responder”. Os trechos das entrevistas revelam que apenas com a participação ativa da Equipe multiprofissional é possível conferir eficácia ao *Safety Huddle*. Alguns dos entrevistados, enfatizam que, sem a dinâmica de construção do *Safety* por meio do comprometimento de toda equipe, torna-se apenas um instrumento com perguntas, as quais nem sempre são respondidas com êxito.

Além disso, alguns fragmentos da fala dos voluntários, ressaltam a perspectiva de um ferramenta médica, necessitando tornar-se uma construção coletiva que dá voz e sensação de pertencimento para todos os profissionais da equipe multiprofissional. Ademais, em alguns depoimentos reforçou-se a necessidade da participação do técnico de enfermagem, haja vista ser este o colaborador com maior tempo de atuação à beira-leito.

[...] Todos deveriam preencher o *Safety Huddle* com os dados que são pertinentes a sua categoria. Fisioterapia preencher um roteiro deles, medicina um roteiro deles, para todo mundo ter que falar e mostrar que realmente pesquisou, que foi a beira-leito, que realmente sabe o que vai ser passado, que realmente conhece o paciente [...] (Enf\_08)

[...] O técnico passa muito mais tempo ao lado do paciente do que qualquer outro profissional da saúde, então, a participação do técnico é muito importante, às vezes, ele conseguiu ver coisas que o Enfermeiro não viu e que o médico não viu [...] (Enf\_19)

[...] Uma vez que o colaborador toma consciência de todas as problemáticas ou pelo menos tem uma noção de tudo que está envolvido na assistência daquele paciente, integrando a assistência do fisioterapeuta, do médico, da sua própria profissão, a visão de outro profissional da equipe multiprofissional, um fonoaudiólogo, psicólogo ou até espiritual, se ele tiver uma consciência de que tudo isso existe e for um profissional envolvido, isso vai gerar uma motivação a mais, um caminho a mais, para ele ter um pensamento crítico sobre aquele paciente, se ele for fazer um determinado procedimento, for deixar de fazer ou fazer a mais [...] (Enf\_21)

As asserções acerca da aderência dos plantonistas remetem a necessidade da continuidade de informações assistenciais perante as lacunas na transição dos cuidados reveladas nas passagens de plantão. Determinados sujeitos de pesquisa conferem ao *Safety Huddle* a significância de ser uma metodologia que possibilita o preenchimento dessas lacunas de informações no cuidado multiprofissional, em razão de ser uma ferramenta com contribuições de diversas categorias profissionais, visando os cuidados ao indivíduo em sua integralidade.

[...] a principal dificuldade de aderência é dos plantonistas que não estão todos os dias aqui e quando recebem, recebem uma informação do dia anterior ou uma informação de transição, de um dia para o outro, e acaba que pode ter uma defasagem durante essa transição de cuidado na passagem de plantão [...] (Enf\_15)

[...] Uma vez que o colaborador toma consciência de todas as problemáticas ou pelo menos tem uma noção de tudo que está envolvido na assistência daquele paciente, integrando a assistência do fisioterapeuta, do médico, da sua própria profissão, a visão de outro profissional da equipe multiprofissional, um fonoaudiólogo, psicólogo ou até espiritual, se ele tiver uma consciência de que tudo isso existe e for um profissional envolvido, isso vai gerar uma



motivação a mais, um caminho a mais, para ele ter um pensamento crítico sobre aquele paciente, se ele for fazer um determinado procedimento, for deixar de fazer ou fazer a mais [...] (Enf\_21)

O dimensionamento inadequado de recursos humanos foi citado como uma barreira significativa. Contudo, a discussão deve ir além da falta de tempo; a "crença de irrelevância" e a "falta de conhecimento" indicam uma resistência cultural. A busca pela qualidade assistencial depende do desenvolvimento de uma cultura de segurança que não seja punitiva, mas educativa. O enfermeiro, como líder, deve transitar de uma postura de supervisor para a de um educador permanente, utilizando a ferramenta para dissipar equívocos e promover o respeito mútuo entre as equipes (Trochin; Melleiro; Mota, 2006).

O conceito de equipe multidisciplinar em saúde refere-se à colaboração de profissionais com formações diversas que atuam em conjunto, compartilhando responsabilidades no planejamento, execução e avaliação dos cuidados prestados (Abrams *et al.*, 2024; Pinho *et al.*, 2025). Fatores como comunicação clara, liderança, clima organizacional positivo e definição explícita de escopo de trabalho são componentes indispensáveis à prática multidisciplinar. A ausência desses elementos compromete a coordenação das ações, promove sobrecarga de trabalho e gera implicações na eficiência das intervenções em saúde (Pradelli *et al.*, 2025).

Uma variável colaborativa relacionada ao compartilhamento de informações, estabelecida em estudo internacional recente, discerne que a falta de confiança na competência das demais categorias mina os princípios do cuidado integral. Este estudo aponta que os preconceitos manifestam-se como estereótipos de papéis e vieses baseados em simpatias pessoais ou informações secundárias, sendo tais noções moldadas por generalizações ou julgamentos informais, de forma a limitar as oportunidades de colaboração e o respeito mútuo (Pradelli *et al.*, 2025).

Além do que, um estudo científico ressalta que a equipe médica desconhece muitos aspectos das responsabilidades e fluxo de trabalho dos enfermeiros nas unidades. Nesse sentido, esta pesquisa ressalta que o *Safety Huddle* tem a capacidade de dissipar equívocos entre as equipes de enfermagem e médica, promovendo um ambiente favorável à prática assistencial segura (Aldawood *et al.*, 2020).

Dessa forma, cabe destacar que, o reconhecimento do valor do trabalho em equipe fortalece o senso de pertencimento por parte dos profissionais de saúde, de maneira a fomentar o respeito mútuo e aprimoramento da colaboração e resiliência da equipe (Pradelli *et al.*, 2025). Ratificado por publicações científicas, uma ferramenta executada com eficiência pela equipe multidisciplinar tem a capacidade de proporcionar uma estrutura confiável para comunicação e ação interprofissional. Tal conjuntura viabiliza o engajamento e a corresponsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado, o que oferece benefícios diretos para os desfechos clínicos do paciente e o bem-estar dos profissionais. Nesse sentido, a atuação multidisciplinar deve ser compreendida como um processo dinâmico de





cooperação que exige investimento em relações interpessoais, gestão participativa e práticas colaborativas (Garcia *et al.*, 2023).

Um achado central deste estudo é a necessidade premente de incluir o técnico de enfermagem no *Safety Huddle*. Por ser o profissional com maior tempo de atuação direta à beira-leito, sua exclusão gera um "vácuo de informação" que compromete a segurança. A participação ativa de todas as categorias, incluindo fisioterapeutas e médicos, é o que confere real eficácia ao instrumento. Sem esse compromisso coletivo, torna-se um "instrumento sem voz", onde perguntas ficam sem respostas e o senso de pertencimento da equipe é fragilizado (Garcia *et al.*, 2023). Nesse sentido, para que o *Safety Huddle* atinja seu potencial máximo, recomenda-se a formalização de protocolos que garantam a voz ativa do técnico de enfermagem e a regularidade das reuniões multiprofissionais. Institucionalmente, é necessário investir em estratégias de educação permanente que combatam a "fadiga de protocolos" e reforcem o valor da consciência situacional.

Além do que, a literatura científica certifica que a aplicabilidade de estratégias com metodologias ativas dá-se com resolutividade quando aplicadas com atrelamento a reuniões mensais com a equipe assistencial para análise dos resultados. Dessa forma, estimula-se a continuidade dos resultados positivos e discute-se os negativos com a equipe, visando a estruturação de novas estratégias de melhorias a serem testadas. Tais reuniões fomentam a participação dos colaboradores no processo de mudança da instituição, contribuindo, portanto, para a qualidade da assistência e segurança do paciente (Henrique *et al.*, 2025).

### 3.3 CLASSE 3: O GERENCIAMENTO DE RISCOS A SAÚDE POR MEIO DO SAFETY HUDDLE

A Classe 3 contém 39 segmentos de textos, com 19,4% do *corpus*. Nesta classe reflete-se a centralidade dos termos “cuidado”, “assistencial”, “risco”, e “processo”. Observa-se nos relatos uma perspectiva que ressalta a importância da ferramenta perante manejo de potenciais problemas, prevenção de complicações, melhoria na condução de intercorrências, manutenção da comunicação eficiente, entendimento e atualizações referentes ao quadro clínico dos pacientes, prevenção de riscos assistenciais, oportunidades de melhoria no processo de trabalho e redução de infecções.

As reflexões pautadas por enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva, demonstra o papel desses no gerenciamento de riscos. A caracterização do *Safety Huddle* como uma estratégia de antecipação salienta seu potencial como ferramenta promotora da segurança do paciente, impactando diretamente na qualidade da assistência. Além disso, determinadas declarações reforçam a necessidade da ferramenta se tornar um processo cultural, não sendo mecanizada, designando para este fim, a necessidade de capacitação dos colaboradores da equipe multiprofissional perante o uso da metodologia.





[...] todos ficam informados sobre o que está se passando sobre o paciente. Cada um tem a mesma informação, mas leva o ponto mais importante para sua categoria profissional [...] (Enf\_07)

[...] diminuir a chance de infecção daquele paciente. Então, a retirada de dispositivos invasivos é muito importante para evitar infecção, quanto mais dispositivos tiramos daquele paciente, a gente obtém melhora daquele paciente. Porque, no caso, é abordado as metas que teremos ao longo do dia e a gente vai tratar o paciente em cima do que foi tratado, tipo: vamos tirar a sonda, mudança de decúbito, avaliar mais a lesão naquele paciente [...] (Enf\_12)

[...] a gente também consegue controlar o nosso cuidado para prover para o paciente um cuidado que não traga maiores riscos para ele [...] (Enf\_15)

[...] quando você entende o cenário que você vai atuar naquelas 12 horas, você consegue prevenir, elaborar e entender quais são as demandas, quais são os processos e resultados que você precisa alcançar dentro daquelas 12 horas [...] (Enf\_18)

[...] Melhoraria o processo de capacitação, eu acho que antes de mais nada não mecanizar a equipe e sim tornar um processo cultural [...] (Enf\_25)

[...] entender que ali vão se apresentar problemas e situações que podem ser antecipadas e essas situações que a gente possa trazer oportunidades de correções para que o desfecho não tenha tanto impacto na vida e no prognóstico clínico do paciente [...] (Enf\_29)

Nas unidades de terapia intensiva, o risco de adquirir infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) é agravado em função das características do paciente crítico, em razão de alterações metabólicas, imunossupressão e uso de dispositivos invasivos. Entretanto, a literatura evidencia que mesmo em posse do conhecimento sobre as medidas de prevenção ancoradas nas melhores evidências, os profissionais de saúde não aderem a conformidade das boas práticas. Esse se configura como um cenário crítico em ambientes de cuidados agudos, onde a tomada de decisão rápida é fundamental (Henrique *et al*, 2025).

Nesse sentido, salienta-se o gerenciamento de riscos. Esse consiste na aplicação sistemática de procedimentos, condutas e recursos a fim de identificar, controlar e avaliar os riscos e eventos adversos (EA). Dessa forma, busca-se mitigar conjunturas que afetem a segurança dos pacientes, a integridade dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a imagem da instituição. Para isso, demonstra-se a inclusão de planejamentos estratégicos, a tomada de decisão rápida e postura proativa frente às estratégias estipuladas (Dallacosta *et al*, 2023).

Neste âmbito, destaca-se o enfermeiro como o principal autor no processo de gerenciamento de riscos. Haja vista que este profissional é o responsável pela implantação e implementação de ações que objetivem a segurança do paciente por meio da avaliação dos cuidados prestados, da educação em saúde e da incorporação de instrumentos que promovam a qualidade da assistência ofertada (Lara *et al*, 2021). Além do que, a formação e a capacitação contínua são componentes vitais na educação em enfermagem, enfatizando a necessidade de uma prática atenta e baseada em evidências (Silva; Diaz, 2024).

Dado o cenário, ressalta-se o papel do *Safety Huddle* na comunicação efetiva, a qual ocorre quando os colaboradores da saúde recebem, filtram, organizam e escolhem o canal adequado para transmitir a mensagem de forma completa e precisa, delimitando condutas assertivas de repassar, receber e compreender informações com clareza. Esta ferramenta demonstra relevância pois promove



este tipo de comunicação entre as equipes. A metodologia instiga a discussão sobre questões pertinentes à assistência segura, de forma a proporcionar a tomada de decisão, melhorando o processo de cuidado e antecipando-se aos erros (Moraes *et al*, 2023).

Evidências científicas relacionam os *Huddles* a melhorias na qualidade da troca de informações, eficiência, responsabilidade, qualificação individual e senso de coletividade. Desse modo, tem-se a promoção de uma cultura de cooperação que favorece a consciência situacional coletiva e fomenta a cultura de segurança (Moraes *et al*, 2023). Sendo assim, configura-se um ambiente promotor do aprimoramento da coordenação do cuidado e da tomada de decisões rápidas, de forma a garantir a continuidade do cuidado e da terapêutica adotada, o que é essencial em ambientes de cuidados agudos, em especial para prevenção e mitigação de eventos adversos (Pradelli *et al*, 2025; Torrente *et al*, 2024).

Todavia, quando essas rotinas se tornam demasiadamente rígidas, levam a fragmentação do trabalho entre diferentes categorias profissionais. Este cenário torna as práticas assistenciais mecanizadas e superficiais, atuando como barreira ao trabalho em equipe resolutivo e eficaz. Diante do exposto, faz-se uma ressalva de que uma rotina de equipe multidisciplinar deve ser consolidada, estável e compartilhada, o que facilita o gerenciamento de intervenções de risco, promovendo ações coordenadas e delimitação clara de funções, impactando diretamente na qualidade da assistência e, portanto, na segurança do paciente (Pradelli *et al*, 2025).

#### 3.4 CLASSE 4: A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NA UTI PARA MANUTENÇÃO E APLICABILIDADE DA FERRAMENTA SAFETY HUDDLE

A Classe 4 é composta por 58 segmentos de textos, com 28,86% do *corpus*. Nesta classe salienta-se os termos “participar”, “conhecimento”, “enfermeiro” e “liderança”. Tais conteúdos lexicais adentram depoimentos que expressam o papel multifacetado do enfermeiro no *Safety Huddle*, haja vista sua atuação como incentivador, aplicador, alimentador e supervisor do instrumento. Os trechos das falas dos participantes enfatizam o papel da liderança na manutenção da metodologia, boa estruturação e aplicação, e na participação e engajamento da equipe com a ferramenta. Ademais, destaca-se o atrelamento da liderança ao conhecimento e a resolutividade.

[...] O enfermeiro é peça chave na equipe multiprofissional, sendo líder tanto da equipe técnica, mas também um grande líder na Equipe Multiprofissional, sendo importante na tomada de decisão e na discussão de casos clínicos [...] Eu só consigo ter liderança, ter atuação no setor, ser um membro da equipe que realmente é resolutivo, quando eu tenho conhecimento [...] (Enf\_18)

[...] Cabe ao Enfermeiro, orientar e adequar a sua equipe, façam uma escala para que não fique sobrecarregado ou elege uma pessoa que tenha mais aptidão e queira participar fazendo um papel de propagador, deixando todos os outros cientes e orientados sobre aquilo tudo [...] (Enf\_23)

[...] O papel do Enfermeiro, assim como em outras situações é um papel de liderança. Ele é o grande protagonista do *Safety*, é ele que organiza, questiona os dados, levanta as informações



e faz as provas para que as respostas certas sejam levantadas. Sem um enfermeiro para fazer essa entrevista, direcionar os questionamentos, perguntar aos profissionais, construir a linha de raciocínio das perguntas de maneira adequada [...] 99% das vezes, o grande protagonista para o *Safety* acontecer e ter desdobramentos positivos está vinculado a figura do Enfermeiro [...] (Enf\_29)

Unidades de alta complexidade exigem alto nível de coordenação e comunicação interprofissional. Nesse sentido, a literatura destaca o uso sistemático do *Safety Huddle* como uma ferramenta que cria um ambiente equitativo no qual a equipe consegue discutir de forma ativa (Aldawood *et al*, 2020). Para além disso, os estudos científicos evidenciam o papel da liderança na atuação eficaz da equipe multidisciplinar. Papel esse que é desempenhado por um profissional reconhecido e respeitado, haja vista suas competências e habilidades de tomada de decisão (Pradelli *et al.*, 2025).

A palavra competência concerne na capacidade de aplicar conhecimentos específicos, habilidades, atitudes e valores, objetivando um determinado padrão de desempenho requerido por contexto específico (Aguiar *et al*, 2012). Dada a conjuntura supracitada, destaca-se a figura do líder de alta performance como componente essencial da equipe multiprofissional em uma unidade de terapia intensiva. Este configura-se em práticas como a perpetuação da cultura da transparência, motivação dos colaboradores, potencialização da maturidade profissional e a confecção de feedbacks construtivos aos colaboradores (Dallacosta *et al*, 2023).

Dessa forma, um líder formal e autêntico fornece à equipe uma direção clara e garante que as funções e responsabilidades estejam bem definidas. Os líderes autênticos constroem confiança, promovem a comunicação eficiente e favorecem o crescimento profissional de suas equipes. Os líderes formais propiciam a formação de competências técnicas e profissionais entre os colaboradores, de forma a reconhecer os profissionais motivados e satisfeitos como aqueles que contribuem para os melhores cuidados ao paciente e maior coesão da equipe (Pradelli *et al.*, 2025).

Neste âmbito, cabe destacar que os profissionais de enfermagem caracterizam parcela significativa dos recursos humanos nos hospitais e, portanto, estão diretamente relacionados à efetividade, qualidade e custo da assistência à saúde prestada. Dito isso, a promoção de competências dentre estes profissionais reflete nos resultados obtidos na assistência à saúde (Moraes; Rodrigues, 2021).

Nesse sentido, a literatura destaca que entre as variáveis individuais de motivação, tem-se os fatores externos e internos. Os externos incluem reconhecimento, oportunidades de desenvolvimento profissional, incentivos financeiros e apoio organizacional. Esses são elementos motivadores que incentivam a participação ativa e aumentam a satisfação no trabalho. Os internos determinam-se como fatores intrínsecos, aqueles que estimulam o crescimento profissional e impulsionam o senso de compromisso com cuidado ao paciente e o desejo de alcançar objetivos comuns à equipe



multiprofissional. Esses são componentes que favorecem o engajamento e a resiliência, o que se destaca, principalmente, em ambiente de alta pressão, como a área de cuidados agudos (Pradelli *et al.*, 2025).

Diante disso, destaca-se o profissional enfermeiro intensivista. Esse possui dentre suas competências certificadas em literatura: conhecimento técnico-científico, trabalho em equipe, tomada de decisão, gerenciamento do cuidado de enfermagem, gerenciamento dos recursos humanos e materiais, desempenho assistencial, comunicação eficiente, capacitação da equipe e humanização (Kremer; Chagas; Souza, 2023; Moraes; Rodrigues, 2021). Competências as quais compõem habilidades de observação, capacidade de julgamento clínico e pensamento crítico frente ao paciente crítico em ambientes de alta complexidade (Perin *et al.*, 2023). Sendo assim, sua liderança demonstra-se uma condição essencial ao trabalho em equipe em unidades de terapia intensiva (Moraes; Rodrigues, 2021).

Frente a tais atribuições e competências, o Enfermeiro de terapia intensiva possui atuação primordial na manutenção e aplicabilidade das ferramentas relativas à melhora do cuidado. Isso porque este profissional tem o poder de agregar valor e conhecimento às práticas profissionais, haja vista seu potencial como educador em saúde. Potencial este que se dá no ato de ensinar por meio da criação de condições para construção crítica de saberes por meio do indivíduo (Freire, 1996). Tal domínio favorece que a equipe perceba em seus deveres uma motivação, de forma a querer participar, associando a ferramenta ao processo de cuidado seguro, eficiente e resolutivo, conforme execução e supervisão de sua liderança.

#### 4 CONCLUSÃO

A metodologia ativa do *Safety Huddle* proporciona uma visualização global das intercorrências, mapeamento de pendências, gerenciamento de riscos e atualizações do quadro clínico dos pacientes ao início do plantão. Desse modo, propicia-se ao enfermeiro um panorama para planejamento e coordenação das atividades pertinentes ao processo de cuidar, tornando-o seguro e eficaz. Sendo assim, esta ferramenta consagra-se como um modelo de intervenção eficiente que fortalece a coordenação dos cuidados de enfermagem a pacientes críticos em unidades de terapia intensiva.

A análise dos dados revelou que o *Safety Huddle* é percebido pelos enfermeiros como o alicerce para um cuidado seguro em UTIs. Contudo, a efetividade dessa ferramenta não é automática; ela emerge de uma complexa teia que envolve liderança, cultura organizacional e engajamento multiprofissional.

Nesse sentido, os resultados demonstram categorias inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. Demonstrando, dessa forma, que o *Safety Huddle* tem sua efetividade pautada na comprometimento e engajamento da equipe multiprofissional, contexto este que está ligado



diretamente a liderança eficaz do profissional enfermeiro, ao senso de coletividade da equipe multidisciplinar e cultura de segurança do paciente estabelecida pela instituição. Dessa forma, a ferramenta gera impactos significativos que demonstram sua resolutividade e reverberam em melhores desfechos clínicos para os clientes.

Além do que, a metodologia ativa, alicerçada na figura do profissional enfermeiro como gerente dos cuidados, demonstra-se capaz de gerar aprendizados e conhecimentos que resultam em transformações que têm potencialidade de agregar qualidade à prática assistencial. Os achados demonstram que a ferramenta não deve ser vista de forma isolada, mas como um dispositivo de gestão do cuidado que favorece a antecipação de eventos adversos e a integração da equipe multiprofissional. O papel do enfermeiro destaca-se como peça-chave nessa engrenagem, sendo o líder responsável por transformar o *Huddle* em um momento de aprendizado coletivo e não em uma mera formalidade documental.

No cenário exposto, demonstrou-se a necessidade de empoderamento da enfermagem por meio do conhecimento, seja ele habilidade técnica ou comportamental. A atuação do enfermeiro em unidades de alta complexidade exige do profissional qualificação para além da formação profissional, observação, julgamento clínico, pensamento crítico, e, portanto, precisão nos cuidados intensivos. Dessa forma, objetiva-se ter voz e conferir voz a sua categoria, estando sob o comando de uma equipe que visa alta performance.

Outrossim, cabe destacar que este estudo reflete a percepção qualitativa dos profissionais de uma unidade específica. Sendo assim, sugere-se que futuras pesquisas adotem abordagens quantitativas para mensurar o impacto direto do *Safety Huddle* na redução de taxas de infecção e outros indicadores de eventos adversos, ratificando evidências sobre sua eficácia clínica no cenário brasileiro.



**REFERÊNCIAS**

- ABRAMS, R. et al. O efeito da composição e do clima da equipe de clínica geral nas experiências da equipe e do paciente: uma revisão sistemática. *BJGP Open*, [s. l.], 2024. DOI J. Acesso em: 15 dez. 2025.
- AFONSO, T.C et al. Implantação da Comissão da Qualidade e Segurança do Paciente em Instituição Hospitalar: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [s. l.], v. 11, n. 7, 2019. DOI <https://doi.org/10.25248/reas.e618.2019>. Acesso em: 18 dez. 2025.
- AGUIAR, M.I.F. et al. Competências do enfermeiro para promoção da saúde no contexto de saúde mental. *Acta Paul Enferm*, [s. l.], v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/9s3z5t8BnDvVB4TtC9RGffn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 dez. 2025.
- ALDAWOOD, F; KAZZAZ, Y; ALSHEHRI, A; ALALI, H; AL-SURIMI, KA. Aprimorando a comunicação em equipe e a capacidade de resposta à segurança do paciente em uma unidade de terapia intensiva pediátrica usando a ferramenta de reunião diária de segurança. *BMJ Open Quality*, [s. l.], 2020. DOI <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000753>. Acesso em: 15 dez. 2025.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- SOBRINHO, AB; BERNARDO, JMS; ALEXANDRE, AKS; OLIVEIRA, VL; LEITE-SALGUEIRO, CDB. Liderança do Enfermeiro: Reflexões sobre o papel do Enfermeiro no Contexto Hospitalar. ID on line. *Revista de psicologia*, [S. l.], v. 12, n. 41, p. 693–710, 2018. DOI: 10.14295/online.v12i41.1238. Disponível em: <<https://online.emnuvens.com.br/id/article/view/1238>> Acesso em: 23 dez. 2025.
- BISPO, CA et al. Atuação do enfermeiro na qualidade e segurança do paciente. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, Brasília, ano 6, vol. 6, n.13, jul.-dez., 2023. Disponível em: <<https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/783/723>>. Acesso em: 24 Fev. 2025.
- BRÁS, C; FERREIRA, M. A segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, [s. l.], v. 59, n. 4, 2016. DOI <https://doi.org/10.48492/servir024.24024>. Acesso em: 18 dez. 2025.
- BRASS, S.D.; OLNEY, G.; GLIMP, R.; LEMAIRE, A.; KINGSTON, M. Using the patient safety huddle as a tool for high reliability. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, v. 44, n. 4, p. 219-226, abr. 2018. DOI: 10.1016/j.jcjq.2017.10.004. Disponível em :<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1553725017302258?via%3Dihub>> Acesso em: 18 dez. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.862, de 29 de dezembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as Unidades de Terapia Intensiva - UTI e as Unidades de Cuidado Intermediário - UCI, destinadas ao cuidado progressivo do paciente crítico, grave ou de alto risco ou moderado no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [online]. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2862\\_29\\_12\\_2023.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt2862_29_12_2023.html)>. Acesso em: 24 Fev. 2025.
- CAMARGO, BV; JUSTO, AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Rev. Temas em Psicologia [online]*, Ribeirão Preto. v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2025.





CORREA, RP et al. Safety Huddle como estratégia de segurança na experiência do paciente cirúrgico. *Revista Recien*, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 111–118, 2025. Disponível: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/919/977>> . Acesso em: 28 Abr. 2025.

COSTA, DB; RAMOS, D; GABRIEL, CS; BERNARDES, A. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: AVALIAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. *Texto e Contexto Enfermagem*, [s. l.], v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZWcDcxB9zC5KzbdMPZQrWYF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2025.

CRUZ, MJB et al. Avaliação da coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: comparando o PMAQ-AB (Brasil) e referências internacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. e00088121, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/c8NxThP6hSjKqRzJR9w8pBH/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 24 Fev. 2025.

DALLACOSTA, H; LAZZAROTTI, FL; DALLACOSTA, FMD. Gerenciamento de risco na saúde: Desafios para os gestores. *Brazilian Journal of Health Review*, [s. l.], 2023. DOI <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-063>. Acesso em: 17 dez. 2025.

FRAGATA, J. Segurança do Paciente: uma abordagem sistêmica. In: SOUSA, P.; MENDES, W. (org.). *Segurança do Paciente: conhecer para gerir*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 43-62.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários á prática educativa*. 25. ed. [S. l.]: Paz e terra, 1996. ISBN 85-219-0243-3. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Pedagogia-da-Autonomia-Paulo-Freire.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2025.

GARCIA, MS; CARVALHO, GR; AFONSO, SV; BELL, TR; REIS, SCRM; TOMAZ, WB. DAILY HUDDLE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: INTERDISCIPLINARIDADE E COMUNICAÇÃO EM RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Revista Foco*, [s. l.], v. 16, n. 12, 2023. DOI <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n12-128>. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/3668/2775>. Acesso em: 14 dez. 2025.

GOMES, TO et al . Perfil formativo dos enfermeiros intensivistas no Brasil: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem* , [ sl ], v. 6, 2024. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0460pt>. Disponível em: . Acesso em: 16 dez. 2025.

HENRIQUE, DM; BARRETO, SCFSM; CAMERINI, FG; FASSARELLA, CS; SHUTZ, V; ALVES, JR. Projeto de melhoria de qualidade para redução dos indicadores de infecção em terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [s. l.], 2025. DOI <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240126.pt>. Acesso em: 15 dez. 2025.

HOCHMAN, B et al. Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, v. 20, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/acb/a/bHwp75Q7GYmj5CRdqsXtqbj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 Mar. 2025.

KREMER, FS; CHAGAS, BC; SOUZA, ALSDM. A LIDERANÇA DO ENFERMEIRO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: revisão integrativa. *Revista de atenção à saúde* , [ sl ], v. 21, 2023. DOI <https://doi.org/10.13037/ras.vol21.e20238813>. Acesso em: 19 dez. 2025.





LARA, SHO; SANCHES, RS; SOARES, MIS; RESCK, ZMR. APLICABILIDADE DAS TECNOLOGIAS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COM FOCO NA SEGURANÇA DO PACIENTE. *Enfermagem em foco*, [s. l.], v. 15, 2024. DOI <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202408>. Acesso em: 17 dez. 2025.

LUCCHESI, AVL et al. Os cuidados de enfermagem na redução de riscos de pacientes hospitalizados na perspectiva da segurança. *Brazilian Journal of Health Review*, [s. l.], 2024. DOI <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n2-006>. Disponível em: . Acesso em: 9 dez. 2025.

MAGNI, MH; FONTANA, DGR. Coordenação do cuidado na visão de enfermeiros da atenção primária à saúde: estudo de método misto. *Revista Santarém*, [ s l ], v. 1, 2024. DOI <https://doi.org/10.25746/ruiips.v12.i1.33858>. Acesso em: 18 dez. 2025.

MELO, LRG et al. IMPLIMENTAÇÃO DA METODOLOGIA SAFETY HUDDLE NA TERAPIA INTENSIVA DURANTE A PANDEMIA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA. *Enfermagem em foco*, [s. l.], v. 11, n. 1, 2020. DOI 10.21675/2357-707X.2020.v11.n1.ESP.3528. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-11-spe1-0222/2357-707X-enfoco-11-spe1-0222.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-11-spe1-0222/2357-707X-enfoco-11-spe1-0222.pdf). Acesso em: 18 dez. 2025.

MORAES, APJ; RODRIGUES, MRK. Competência profissional do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Revista Científica de Enfermagem*, [s. l.], v. 11, n. 36, 2021. DOI 10.24276/rrecien2021.11.36.320-329. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/517>. Acesso em: 19 dez. 2025.

MORAES, MVA; ALMEIDA, ILS; CARVALHO, REFL. Patient safety culture assessment before and after safety huddle implementation. *Rev Esc Enferm USP*. v. 57, 2023, e20230270. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9kKQRQZxVMftt8RzdcPcknj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 24 Fev. 2025.

MACHADO, MH (Coord.). Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS–DAPS–ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>> Acesso em: 23 dez. 2025.

PERIN, DC; ERDMANN, AL; LAZZARI, DD; BECKER, A. Competências do enfermeiro de terapia intensiva com foco na segurança do paciente: revisão de escopo. *Rev. Enferm. UFSM*, [s. l.], v. 14, n. 26, 2024. DOI <https://doi.org/10.5902/2179769285618>. Disponível em: . Acesso em: 19 dez. 2025.

PINHO, LEC et al. O IMPACTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA QUALIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE. *Revista Aracê*, [s. l.], v. 7, n. 9, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/7792>. Acesso em: 15 dez. 2025.

PINTO, AAM; SANTOS, FT. Segurança do paciente: concepção e implantação da cultura de qualidade. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.6, n.3, p.9796-9809, 2020. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/7302/6341>>. Acesso em: 24 fev 2025.

POLIT, DF; BECK, CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 431.



PRADELLI, L et al. Perspectiva dos profissionais de saúde sobre as barreiras e os facilitadores do trabalho em equipe multidisciplinar em ambiente de cuidados agudos: uma revisão sistemática e metassíntese. *BMJ Open*, [s. l.], 19 dez. 2025. DOI <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087268>. Acesso em: 15 dez. 2025.

RHODEN, JLM; ZANCAN, S. A perspectiva da abordagem qualitativa narrativa de cunho sociocultural: possibilidade metodológica na pesquisa em educação. *Educação*, [S. l.], v. 45, n. 1, p. e61/ 1–22, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/36867>>. Acesso em: 03 Mar. 2025.

SILVA, LS et al. Desafios para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Terapia Intensiva: revisão integrativa. *Society and Development* , [s. l.], 2021. DOI <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20603>. Disponível em: . Acesso em: 10 dez. 2025.

SILVA, NLM; DIAZ, KCM. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SEGURANÇA DO PACIENTE: PREVENÇÃO DE INCIDENTES E IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS NO ÂMBITO HOSPITALAR. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 10, n. 11, p. 6741–6754, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i11.17073. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/17073>. Acesso em 17 dez. 2025.

TEIXEIRA, SS et al. Cuidados ofertados ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva.. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* , [S. l.], v. 6, n. 1, p. 784–792, 2024. Disponível em: <<https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1238/1406>>. Acesso em: 24 Fev. 2025.

TORRENTE, G et al. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EFETIVA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. *Revista contemporânea*, [s. l.], v. 4, n. 11, 2024. DOI <https://doi.org/10.56083/RCV4N11-136>. Disponível em: . Acesso em: 18 dez. 2025.

TROCHIN, DMR; MELLEIRO, M; MOTA, NVP. Indicadores de qualidade de enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do "Programa de Qualidade Hospitalar". *O Mundo da Saúde*, v. 30, n. abr./jun 2006, p. 300-5, 2006 Tradução. Acesso em: 23 dez. 2025.

