Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Huddle de segurança do paciente como tecnologia educativa: desenvolvimento, validação de conteúdo e aceitabilidade inicial

Patient safety Huddle as an educational technology: development, content validation and initial acceptability

Huddle de seguridad del paciente como tecnología educativa: desarrollo, validación de contenido y aceptabilidad inicial

Simone Suelen Rodrigues Amparado[1], Lizomar de Jesus Maués Pereira[2].

RESUMO

Objetivo: Desenvolver e validar o conteúdo do Huddle de Segurança do Paciente como tecnologia educativa e avaliar sua aceitabilidade inicial entre enfermeiros e estudantes de enfermagem inseridos na prática assistencial. **Métodos:** Estudo metodológico, com análise quantitativa e síntese descritiva de respostas abertas, desenvolvido em três etapas: construção da tecnologia, aplicação com quatro enfermeiros e doze estudantes de enfermagem e validação de conteúdo por seis especialistas. A avaliação do público-alvo utilizou escala do tipo Likert e questões abertas; a validação contemplou 16 itens distribuídos nos domínios clareza, relevância, pertinência e aplicabilidade. **Resultados:** Predominaram respostas de concordância na avaliação do público-alvo, com 93,7% de concordância positiva nos domínios Objetivos, Linguagem, Aparência e Motivação e 87,5% em Organização. O Índice de Validade de Conteúdo global foi de 0,96; doze itens apresentaram I-CVI de 1,00 e quatro itens, I-CVI de 0,83. As recomendações dos especialistas orientaram ajustes estruturais e ampliação dos campos de registro. **Conclusão:** O Huddle apresentou validade de conteúdo satisfatória e aceitabilidade inicial favorável como tecnologia educativa. Os achados sustentam adequação do conteúdo e percepções positivas de uso, sem permitir inferências sobre eficácia assistencial, desenvolvimento objetivo de competências ou mudança da cultura de segurança.

Palavras-chave: Segurança do paciente, Enfermagem, Educação em saúde, Tecnologia educacional, Qualidade da assistência.

ABSTRACT

Objective: To develop and validate the content of the Patient Safety Huddle as an educational technology and assess its initial acceptability among nurses and nursing students involved in clinical practice. **Methods:** Methodological study with quantitative analysis and descriptive synthesis of open-ended responses, conducted in three stages: technology development, application with four nurses and twelve nursing students, and content validation by six experts. The target-audience evaluation used a five-point Likert scale and open-ended questions; content validation comprised 16 items distributed across clarity, relevance, pertinence, and

[1] Gerente de Enfermagem do Hospital Porto Dias e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação em Saúde da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém – PA.
[2] Médica e mestre do Programa de Pós-Graduação em Educação em Saúde da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém – PA.

SUBMETIDO EM: 8/2026 | **ACEITO EM: 9/2026** | **PUBLICADO EM: 10/2026**

applicability domains. **Results:** Positive agreement predominated in the target-audience evaluation, reaching 93.7% in the Objectives, Language, Appearance, and Motivation domains and 87.5% in Organization. The overall Content Validity Index was 0.96; twelve items achieved an I-CVI of 1.00 and four items, 0.83. Expert recommendations guided structural adjustments and expansion of documentation fields. **Conclusion:** The Huddle showed satisfactory content validity and favorable initial acceptability as an educational technology. The findings support content adequacy and positive perceptions of use but do not allow inferences about clinical effectiveness, objective competency development, or changes in patient safety culture.

Keywords: Patient safety, Nursing, Health education, Educational technology, Quality of health care.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar y validar el contenido del Huddle de Seguridad del Paciente como tecnología educativa y evaluar su aceptabilidad inicial entre enfermeros y estudiantes de enfermería insertos en la práctica asistencial. **Métodos:** Estudio metodológico, con análisis cuantitativo y síntesis descriptiva de respuestas abiertas, desarrollado en tres etapas: construcción de la tecnología, aplicación con cuatro enfermeros y doce estudiantes de enfermería y validación de contenido por seis especialistas. La evaluación del público objetivo utilizó una escala Likert de cinco puntos y preguntas abiertas; la validación incluyó 16 ítems distribuidos en los dominios claridad, relevancia, pertinencia y aplicabilidad. **Resultados:** Predominaron respuestas de acuerdo en la evaluación del público objetivo, con 93,7% de acuerdo positivo en los dominios Objetivos, Lenguaje, Apariencia y Motivación y 87,5% en Organización. El Índice de Validez de Contenido global fue de 0,96; doce ítems presentaron un I-CVI de 1,00 y cuatro ítems, 0,83. Las recomendaciones de los especialistas orientaron ajustes estructurales y la ampliación de los campos de registro. **Conclusión:** El Huddle presentó validez de contenido satisfactoria y aceptabilidad inicial favorable como tecnología educativa. Los hallazgos respaldan la adecuación del contenido y percepciones positivas de uso, sin permitir inferencias sobre eficacia asistencial, desarrollo objetivo de competencias o cambios en la cultura de seguridad.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Enfermería, Educación en salud, Tecnología educativa, Calidad de la atención.

INTRODUÇÃO

O ensino em saúde tem passado por transformações significativas nas últimas décadas, impulsionadas pelos avanços científicos e tecnológicos e pela necessidade de formar profissionais capazes de atuar em sistemas assistenciais complexos. Para a enfermagem, esse cenário exige competências técnicas, científicas, comunicacionais e gerenciais orientadas à prevenção de danos, à tomada de decisão e ao cuidado centrado na pessoa. A segurança do paciente, portanto, não constitui apenas conteúdo transversal da formação, mas um eixo organizador da prática profissional, que demanda articulação entre conhecimentos teóricos, protocolos institucionais e aprendizagem situada nos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; OGATA MN, et al., 2021).

A cultura de segurança corresponde ao conjunto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento que orientam o modo como uma organização reconhece riscos, aprende com falhas e estabelece prioridades para um cuidado mais seguro. Seu fortalecimento depende de ambiente não punitivo, liderança presente, trabalho colaborativo, comunicação aberta e capacidade de transformar informações do cotidiano em ações preventivas. Os eventos adversos, por sua vez, não decorrem apenas de falhas individuais, mas também de fragilidades sistêmicas, como omissões de informação, baixa padronização, interrupções e dificuldades de coordenação entre profissionais e turnos. Por isso, estratégias que ampliem a consciência situacional e permitam reconhecer precocemente ameaças ao cuidado são relevantes para a qualidade assistencial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A comunicação interprofissional ocupa posição central nesse processo, especialmente em unidades de terapia intensiva, onde a condição clínica pode se modificar rapidamente e as decisões dependem da integração de diferentes áreas. Informações incompletas, tardias ou pouco objetivas podem comprometer a continuidade do cuidado e a priorização das necessidades do paciente. A comunicação estruturada favorece linguagem comum, reduz ambiguidades e cria oportunidades para que dúvidas e riscos sejam compartilhados antes que produzam dano. Desse modo, a segurança não se limita à adesão isolada a protocolos, mas envolve mecanismos coletivos de vigilância, diálogo e responsabilização (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; GUZINSKI C, et al., 2019).

O termo Huddle de Segurança do Paciente designa uma reunião breve, estruturada e sistemática, realizada em momento previamente definido para alinhar a equipe, identificar riscos atuais ou previstos, estabelecer prioridades e distribuir responsabilidades de acompanhamento. A estratégia foi consolidada em abordagens de alta confiabilidade e posteriormente adaptada aos serviços de saúde como mecanismo de coordenação em ambientes complexos (PROVOST SM, et al., 2015). Diferentemente de reuniões tradicionais, geralmente mais longas e voltadas a pautas administrativas amplas, o Huddle possui foco imediato na segurança, duração reduzida, participação objetiva e encerramento com ações claramente pactuadas. Sua utilidade depende de regularidade, roteiro simples, liderança facilitadora e registro dos pontos que exigem monitoramento.

Revisões sobre huddles multidisciplinares mostram diversidade de formatos, participantes e níveis de implantação, mas convergem quanto à função de ampliar a consciência situacional, antecipar problemas, organizar respostas e aproximar profissionais da linha de frente das decisões de segurança. Os efeitos observados na literatura são influenciados pela fidelidade da aplicação, pelo apoio da liderança e pela integração com os demais processos de qualidade; por isso, a adoção do Huddle não deve ser interpretada como intervenção isolada ou automaticamente eficaz, mas como componente de um sistema de comunicação e melhoria contínua (FRANKLIN BJ, et al., 2020; PIMENTEL CB, et al., 2021).

Na formação em enfermagem, tecnologias educacionais aplicadas ao contexto real de trabalho podem favorecer aprendizagem significativa, reflexão sobre protocolos e desenvolvimento de autonomia progressiva. Ao participar de uma reunião orientada por riscos, o estudante observa como as informações são selecionadas, como as prioridades são negociadas e como as decisões se articulam às metas de segurança. Para os enfermeiros, a mesma estratégia pode apoiar a preceptoria, a educação permanente e a padronização da comunicação. Assim, o Huddle pode funcionar simultaneamente como dispositivo de organização do cuidado e como tecnologia educativa, desde que seus objetivos, itens e responsabilidades estejam claramente definidos (ROCHA SP, et al., 2021; JACOBOVSKI R e FERRO LF, 2021; OGATA MN, et al., 2021).

Apesar desse potencial, persistem lacunas quanto à descrição de tecnologias adaptadas ao ensino em serviço e quanto à apresentação transparente de suas etapas de construção, avaliação e validação. Em estudos metodológicos, não basta disponibilizar o produto: é necessário demonstrar como ele foi elaborado, quem o avaliou, quais critérios orientaram o julgamento e que modificações resultaram desse processo. Diante disso, este estudo teve como objetivo desenvolver e validar o conteúdo do Huddle de Segurança do Paciente como tecnologia educativa e avaliar sua aceitabilidade inicial entre enfermeiros e estudantes de enfermagem inseridos na prática assistencial em unidade de terapia intensiva.

MÉTODOS

Trata-se de estudo metodológico destinado à construção, aplicação inicial e validação de conteúdo de uma tecnologia educativa voltada à segurança do paciente. O delineamento foi escolhido por permitir organizar etapas sucessivas de desenvolvimento, submeter a versão preliminar ao público que utilizará a ferramenta e incorporar o julgamento de especialistas antes da consolidação da versão final. A análise quantitativa correspondeu às respostas das escalas estruturadas e ao cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). As respostas abertas foram utilizadas de forma descritiva para complementar a interpretação da aceitabilidade e da aplicabilidade percebida, sem constituir uma etapa qualitativa independente.

A pesquisa foi realizada em um hospital privado de grande porte, localizado em Belém, Pará, acreditado por organismos de qualidade e com unidades de terapia intensiva utilizadas como cenário assistencial e de ensino. O percurso foi organizado em três etapas interdependentes: (1) construção da tecnologia educativa; (2) aplicação inicial e avaliação pelo público-alvo; e (3) validação de conteúdo por juízes especialistas. O público-alvo foi composto por enfermeiros de referência ou preceptores e estudantes de enfermagem inseridos na prática da unidade. A participação ocorreu por conveniência, após convite individual, esclarecimento dos objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na primeira etapa, a construção do Huddle de Segurança do Paciente foi fundamentada no Programa Nacional de Segurança do Paciente, em recomendações internacionais, na literatura sobre comunicação estruturada e nos protocolos vigentes no cenário estudado (BRASIL, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Inicialmente foram definidos a finalidade, o público, o momento de aplicação, a duração e a responsabilidade de condução. A versão preliminar previu realização no início de cada turno, duração aproximada de 10 a 15 minutos e condução preferencial pelo enfermeiro de referência ou preceptor, com participação da equipe e dos estudantes presentes. Em seguida, os conteúdos foram organizados em checklist, contemplando disponibilidade de recursos humanos e materiais, riscos assistenciais, protocolos prioritários, intercorrências, ações pendentes, definição de responsáveis e registro para acompanhamento.

A elaboração adotou critérios de objetividade, brevidade, linguagem compreensível e correspondência com as rotinas da unidade. Cada item foi formulado para favorecer perguntas diretas e respostas que resultassem em uma ação, um responsável ou uma necessidade de monitoramento. A sequência proposta partiu da visão geral do turno, avançou para a identificação de riscos e terminou com a pactuação das prioridades. A versão preliminar foi revisada quanto à duplicidade de itens, ordem lógica, espaço de registro e possibilidade de uso durante a assistência, constituindo o material submetido às etapas seguintes.

Na segunda etapa, participaram quatro enfermeiros e doze estudantes de enfermagem, totalizando 16 participantes. Os participantes foram organizados em quatro grupos, cada um composto por um enfermeiro e três estudantes, distribuídos em quatro unidades de terapia intensiva. No cenário assistencial, o Huddle de Segurança do Paciente era realizado no início dos plantões de 12 horas, considerando a escala 12x36 adotada pelo Hospital Porto Dias. A reunião ocorria nos 20 minutos iniciais do plantão e era conduzida pelo enfermeiro responsável pelo turno, com participação da equipe multiprofissional e dos estudantes presentes. Durante os dois meses de acompanhamento da pesquisa, a aplicação pelos grupos participantes ocorreu nos dias úteis. Cada um dos quatro grupos realizou 44 Huddles em sua respectiva unidade de terapia intensiva, totalizando 176 aplicações da tecnologia nas quatro UTIs no período. Após essa vivência reiterada do roteiro, os participantes avaliaram a tecnologia por meio de questionário estruturado em escala Likert de cinco pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. O instrumento foi organizado nos domínios Objetivos, Organização, Linguagem, Aparência e Motivação. Também foram incluídas questões abertas sobre potencialidades, dificuldades percebidas e sugestões para a versão final.

Os dados do público-alvo foram consolidados por estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas das categorias de resposta, além de síntese por domínio. Para a apresentação da **Tabela 2**, considerou-se concordância positiva a soma das respostas “Concordo” e “Concordo totalmente”, e os percentuais foram calculados sobre os 16 participantes. As respostas abertas foram lidas integralmente e sintetizadas por convergência de sentido, com organização descritiva de percepções relacionadas à comunicação, aprendizagem, reconhecimento de riscos e aplicabilidade de uso. Para preservar a identidade, os formulários foram identificados por códigos alfanuméricos, e não por nomes. As informações permaneceram sob responsabilidade da pesquisadora, conforme o protocolo aprovado.

Na terceira etapa, seis enfermeiros atuaram como juízes especialistas na área de gestão da qualidade e segurança do paciente. Foram considerados elegíveis profissionais com titulação mínima de especialização, pelo menos dois anos de experiência em segurança do paciente ou gestão da qualidade e atuação em serviço acreditado ou em atividades acadêmicas relacionadas ao tema. Os especialistas apresentavam experiência profissional entre cinco e 18 anos, todos com tempo de atuação superior a dois anos, atendendo ao critério

mínimo definido para participação no estudo. Quanto à trajetória profissional, possuíam experiência em atividades relacionadas à gestão da qualidade e à segurança do paciente, incluindo participação em processos de avaliação e melhoria da qualidade assistencial, gerenciamento de riscos e/ou implementação e monitoramento de protocolos e indicadores de segurança. Parte dos especialistas apresentava experiência profissional em instituições submetidas a processos de acreditação. Além da experiência assistencial e gerencial, os especialistas apresentavam inserção em atividades acadêmicas relacionadas à enfermagem, gestão, qualidade ou segurança do paciente, contribuindo para a análise do conteúdo sob diferentes perspectivas técnico-científicas. A seleção buscou contemplar profissionais com experiência prática e conhecimento teórico sobre a temática, de modo a assegurar maior consistência na avaliação dos itens quanto à clareza, relevância, pertinência e aplicabilidade, em consonância com recomendações para processos de validade de conteúdo (ALEXANDRE NMC e COLUCI MZO, 2011). Os especialistas receberam carta-convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, versão preliminar do Huddle e instrumento de validação. O instrumento continha 16 itens: cinco referentes à clareza, quatro à relevância, quatro à pertinência e três à aplicabilidade. As opções de resposta foram Totalmente Adequado, Adequado, Parcialmente Adequado e Inadequado.

Para o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo por item (I-CVI), considerou-se a proporção de especialistas que atribuíram as categorias Totalmente Adequado ou Adequado ao total de seis juízes. O IVC de cada domínio correspondeu à média dos I-CVI dos itens pertencentes ao respectivo domínio, e o IVC global correspondeu à média dos I-CVI dos 16 itens. Adotou-se 0,80 como ponto de corte mínimo, critério conservador e compatível com a recomendação de I-CVI igual ou superior a 0,78 para painéis com três ou mais especialistas (POLIT DF, et al., 2007; ALEXANDRE NMC e COLUCI MZO, 2011). As observações escritas dos juízes foram examinadas juntamente com os índices, pois um resultado quantitativamente satisfatório não elimina a necessidade de corrigir ambiguidades, melhorar a sequência ou ampliar a usabilidade. As sugestões pertinentes foram incorporadas em uma rodada de revisão.

A análise quantitativa foi realizada no Microsoft Excel 2019. As respostas abertas do público-alvo e as observações dos especialistas foram examinadas descritivamente para complementar a leitura dos índices e das frequências.

A integração dos achados ocorreu na interpretação final: os resultados quantitativos indicaram o grau de concordância, enquanto os comentários contribuíram para identificar aspectos que deveriam ser mantidos, modificados ou considerados em aplicações futuras. Essa integração permitiu analisar a adequação do conteúdo e complementar a interpretação das percepções de aceitabilidade e aplicabilidade da tecnologia.

O estudo observou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Porto Dias, sob parecer nº 6.421.530 e CAAE nº 73771823.4.0000.0235. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram previstos respeito aos limites individuais, possibilidade de recusa ou interrupção, aplicação em ambiente reservado e uso de códigos para reduzir riscos de constrangimento ou identificação.

RESULTADOS

Construção da tecnologia educativa

A versão inicial do Huddle de Segurança do Paciente foi organizada como checklist de uso diário, destinado a apoiar uma reunião breve no início do turno. A estrutura resultante reuniu quatro eixos: condições de funcionamento da unidade; identificação de riscos e intercorrências; verificação de protocolos e prioridades assistenciais; e registro das ações pactuadas.

A condução foi prevista para o enfermeiro de referência ou preceptor, com participação da equipe multiprofissional e dos estudantes presentes. O tempo estimado de 10 a 15 minutos buscou conciliar brevidade com oportunidade de fala, mantendo o foco em informações críticas e em decisões executáveis.

O fluxo operacional iniciou-se pela visão geral do turno e pela disponibilidade de recursos. Em seguida, a equipe identificava pacientes, situações ou processos com maior risco, discutia prioridades e definia

responsáveis. Ao final, as ações eram registradas e os pontos pendentes permaneciam sob acompanhamento. Essa sequência diferenciou o Huddle de uma passagem de plantão completa ou de uma reunião administrativa, pois não substituiu esses processos; concentrou-se no alinhamento rápido da segurança e na antecipação de problemas.

Quadro 1 - Etapas de desenvolvimento e fluxo de aplicação do Huddle de Segurança do Paciente.

Etapa/fluxo	Procedimentos	Resultado/produto
1. Construção	Revisão de referenciais e protocolos; definição da finalidade, público, duração e condução.	Checklist preliminar com eixos de estrutura, riscos, protocolos, prioridades, responsáveis e registro.
2. Aplicação com público-alvo	Aplicação nos dias úteis durante dois meses, em quatro UTIs, por quatro grupos compostos por um enfermeiro e três estudantes; 44 Huddles por grupo/UTI, totalizando 176 aplicações. As reuniões ocorreram nos 20 minutos iniciais dos plantões de 12 horas, conduzidas pelo enfermeiro responsável, com participação da equipe multiprofissional e dos estudantes.	Síntese de aceitabilidade, potencialidades, limitações e sugestões de uso.
3. Validação por especialistas	Avaliação de 16 itens por seis juízes nos domínios clareza, relevância, pertinência e aplicabilidade.	IVC por domínio e global; recomendações incorporadas à versão final.
Fluxo operacional	Início do turno → identificação de riscos → discussão da equipe → definição de prioridades e responsáveis.	Registro das ações → acompanhamento das pendências → reavaliação no turno seguinte.

Fonte: Amparado SSR e Pereira LJM, 2026.

Caracterização do público-alvo

Participaram da etapa de aplicação quatro enfermeiros e doze estudantes de enfermagem, totalizando 16 participantes. Observou-se predominância do sexo feminino (75,0%) e de participantes com idade até 30 anos (75,0%). Entre os enfermeiros, o tempo de experiência profissional variou entre 4 e 15 anos. Entre os estudantes, houve predominância de discentes matriculados no 7º período (41,7%) e no 8º período (33,3%) da graduação, seguidos do 6º período (25,0%), evidenciando a inserção da tecnologia no contexto do ensino em serviço.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da etapa de aplicação da tecnologia (n = 16). Belém, PA, Brasil, 2025.

Variável	Categoria	n	%
Categoria	Enfermeiros	4	25,0
Categoria	Estudantes de Enfermagem	12	75,0
Sexo	Feminino	12	75,0
Sexo	Masculino	4	25,0
Faixa etária	Até 30 anos	12	75,0
Faixa etária	Acima de 30 anos	4	25,0
Tempo de experiência dos enfermeiros (n = 4)	4–6 anos	1	25,0
Tempo de experiência dos enfermeiros (n = 4)	7–10 anos	2	50,0
Tempo de experiência dos enfermeiros (n = 4)	Mais de 10 anos	1	25,0
Período dos estudantes (n = 12)	6º período	3	25,0
Período dos estudantes (n = 12)	7º período	5	41,7
Período dos estudantes (n = 12)	8º período	4	33,3

Fonte: Amparado SSR e Pereira LJM, 2026. Nota: os percentuais de categoria, sexo e faixa etária foram calculados sobre 16 participantes; os percentuais do tempo de experiência foram calculados sobre quatro enfermeiros; e os percentuais do período da graduação, sobre doze estudantes.

Avaliação pelo público-alvo

Na avaliação da tecnologia, observou-se predominância das respostas “Concordo” e “Concordo totalmente” em todos os domínios avaliados, indicando aceitabilidade inicial favorável entre os participantes. No domínio Objetivos, 93,7% das respostas concentraram-se nas categorias de concordância. No domínio Organização, verificou-se 87,5% de respostas positivas, com 6,3% de respostas neutras e 6,2% de discordância. Nos domínios Linguagem, Aparência e Motivação, 93,7% das respostas corresponderam às categorias “Concordo” e “Concordo totalmente”, evidenciando avaliações predominantemente positivas nesses aspectos.

A síntese descritiva das respostas abertas foi organizada em quatro eixos de percepção: (1) compreensão de protocolos e reconhecimento de riscos; (2) comunicação e alinhamento da equipe; (3) integração entre teoria e prática e aprendizagem em serviço; e (4) aplicabilidade percebida e participação nas decisões. Os participantes relataram potencial contribuição do Huddle para ampliar a compreensão dos protocolos institucionais, apoiar a comunicação entre os membros da equipe e favorecer processos de aprendizagem durante o cuidado. Também foram relatadas percepção de maior segurança durante o cuidado, maior participação nas decisões clínicas e estímulo à busca ativa por conhecimento. Entre os estudantes, destacou-se a percepção de contribuição para a integração entre teoria e prática e para a autonomia no ambiente assistencial. Esses achados representam percepções de utilidade e aceitabilidade inicial e não constituem medida objetiva de eficácia assistencial, desenvolvimento de competências ou redução de eventos adversos.

Tabela 2 - Frequência absoluta e percentual das respostas da escala Likert por domínio (n = 16). Belém, PA, Brasil, 2025.

Domínio	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Objetivos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,3%)	5 (31,2%)	10 (62,5%)
Organização	0 (0,0%)	1 (6,2%)	1 (6,3%)	4 (25,0%)	10 (62,5%)
Linguagem	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,3%)	3 (18,7%)	12 (75,0%)
Aparência	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,3%)	2 (12,5%)	13 (81,2%)
Motivação	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,3%)	4 (25,0%)	11 (68,7%)

Fonte: Amparado SSR e Pereira LJM, 2026. Nota: percentuais calculados sobre 16 participantes.

Validação por juízes especialistas

A etapa de validação de conteúdo contou com a participação de seis enfermeiros especialistas na área de gestão da qualidade e segurança do paciente. Todos apresentavam experiência profissional superior a dois anos, variando entre cinco e 18 anos de atuação, além de experiência em serviços de saúde acreditados e participação em atividades acadêmicas relacionadas à temática, atendendo aos critérios de expertise previamente estabelecidos. A validação de conteúdo evidenciou elevado nível de concordância entre os especialistas. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) global da tecnologia foi de 0,96. Esse valor corresponde à média dos I-CVI dos 16 itens avaliados: [(12 × 1,00) + (4 × 0,83)] / 16 = 0,9575, arredondado para 0,96. O IVC de cada domínio foi calculado pela média dos I-CVI dos itens pertencentes ao respectivo domínio (IVCd = Σ I-CVI/n). Considerando a distribuição dos 16 itens apresentada nos Métodos e explicitada na **Tabela 3**, os valores foram 0,97 para Clareza, 0,96 para Relevância, 0,96 para Pertinência e 0,94 para Aplicabilidade, todos superiores ao ponto de corte de 0,80 previamente estabelecido. A **Tabela 3** apresenta a correspondência entre os itens e seus respectivos domínios, o número de especialistas favoráveis, a proporção de concordância e o respectivo I-CVI, permitindo a reprodução matemática dos índices por domínio e do índice global.

Na análise individual dos itens, os valores do I-CVI variaram entre 0,83 e 1,00. Doze dos dezesseis itens obtiveram concordância máxima entre os especialistas (I-CVI = 1,00): itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14 e 16. Os itens 3, 7, 12 e 15 apresentaram concordância de cinco dos seis juízes (I-CVI = 0,83), permanecendo acima do ponto de corte adotado. Esses resultados sustentam validade de conteúdo satisfatória dos itens avaliados, sem implicar validação clínica, de construto ou de efetividade da tecnologia.

Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo por domínio e por item (n = 6 especialistas).

Análise	Domínio/item	Especialistas favoráveis	Concordância (%)	IVC/I-CVI
Por domínio	Clareza (itens 1–5)	—	96,7	0,97
Por domínio	Relevância (itens 6–9)	—	95,8	0,96
Por domínio	Pertinência (itens 10–13)	—	95,8	0,96
Por domínio	Aplicabilidade (itens 14–16)	—	94,4	0,94
Por item	Clareza – Item 1	6/6	100	1,00
Por item	Clareza – Item 2	6/6	100	1,00
Por item	Clareza – Item 3	5/6	83,3	0,83
Por item	Clareza – Item 4	6/6	100	1,00
Por item	Clareza – Item 5	6/6	100	1,00
Por item	Relevância – Item 6	6/6	100	1,00
Por item	Relevância – Item 7	5/6	83,3	0,83
Por item	Relevância – Item 8	6/6	100	1,00
Por item	Relevância – Item 9	6/6	100	1,00
Por item	Pertinência – Item 10	6/6	100	1,00
Por item	Pertinência – Item 11	6/6	100	1,00
Por item	Pertinência – Item 12	5/6	83,3	0,83
Por item	Pertinência – Item 13	6/6	100	1,00
Por item	Aplicabilidade – Item 14	6/6	100	1,00
Por item	Aplicabilidade – Item 15	5/6	83,3	0,83
Por item	Aplicabilidade – Item 16	6/6	100	1,00
Global	Conjunto do instrumento	—	95,8	0,96

Fonte: Amparado SSR e Pereira LJM, 2026.

Ajustes realizados após a validação

As recomendações dos especialistas foram analisadas conforme coerência com a finalidade, exequibilidade e impacto sobre a compreensão do instrumento. Os ajustes estruturais resultaram em melhor ordenação dos blocos e maior objetividade das instruções. Os espaços destinados ao registro foram ampliados para favorecer a anotação de riscos, responsáveis e ações pendentes. A versão digital foi sugerida pelos especialistas, porém não foi desenvolvida nem avaliada no presente estudo. O **Quadro 2** relaciona as sugestões e as providências adotadas.

Quadro 2 - Sugestões dos especialistas e ajustes realizados na tecnologia.

Sugestão	Ajuste/encaminhamento	Situação
Ajustes estruturais no instrumento	Reorganização dos blocos e da sequência de aplicação.	Incorporado
Maior espaço para registros	Ampliação dos campos para riscos, responsáveis, ações e pendências.	Incorporado
Maior objetividade das instruções	Revisão da redação para favorecer perguntas diretas e decisões executáveis.	Incorporado
Desenvolvimento de versão digital	Recomendação registrada para etapa futura; não há comprovação de versão digital concluída.	Planejado

Fonte: Amparado SSR e Pereira LJM, 2026.

Versão final da tecnologia

Quadro 3 - Componentes e fluxo operacional da versão final do Huddle de Segurança do Paciente.

Componente	Descrição da versão final
Momento de realização	Início de cada plantão de 12 horas, considerando a escala 12x36.
Condução	Enfermeiro responsável pelo plantão, com participação da equipe multiprofissional e dos estudantes presentes.
Período de realização	Nos 20 minutos iniciais de cada plantão.
Visão geral e recursos	Verificação das condições do turno e da disponibilidade de recursos humanos e materiais.
Riscos e intercorrências	Identificação de pacientes, situações ou processos com maior risco e registro de intercorrências.
Protocolos e prioridades	Verificação de protocolos prioritários, ações pendentes e definição das prioridades do turno.
Responsáveis e registro	Designação de responsáveis, registro das ações pactuadas e acompanhamento das pendências.
Fluxo operacional	Início do turno → identificação de riscos → discussão da equipe → definição de prioridades e responsáveis → registro das ações → acompanhamento das pendências → reavaliação.

Fonte: Amparado SSR e Pereira LJM, 2026.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que o Huddle de Segurança do Paciente apresentou validade de conteúdo satisfatória e aceitabilidade inicial favorável entre enfermeiros e estudantes. A concordância positiva foi de 93,7% nos domínios Objetivos, Linguagem, Aparência e Motivação e de 87,5% em Organização. Na validação de conteúdo, o IVC global foi de 0,96, os IVC por domínio variaram de 0,94 a 0,97 e os I-CVI oscilaram entre 0,83 e 1,00. Esses achados indicam adequação do conteúdo e percepção positiva de uso, mas não constituem comprovação de eficácia clínica, mudança objetiva na comunicação ou desenvolvimento de competências.

A literatura descreve os huddles como mecanismos de coordenação capazes de reunir, em curto intervalo de tempo, diferentes profissionais em torno de riscos atuais e prioridades compartilhadas. Provost SM, et al. (2015) relacionam essa prática à capacidade de organizações complexas reconhecerem variações e responderem de modo mais confiável.

Franklin BJ, et al. (2020), em revisão sistemática, identificaram resultados favoráveis em parte dos estudos, mas destacaram limitações metodológicas e a necessidade de desenhos mais robustos. A revisão de escopo de Pimentel CB, et al. (2021) também mostra que a efetividade depende do contexto, do engajamento da liderança, da regularidade e da integração com outras estratégias.

Em estudo brasileiro quase-experimental, Moraes MVA, et al. (2023) avaliaram a cultura de segurança antes e depois de 105 dias de implementação de safety huddles, com instrumento específico e comparação temporal. A diferença de delineamento é importante: neste estudo, não houve mensuração pré e pós-intervenção da cultura ou de desfechos assistenciais, razão pela qual o alcance das conclusões deve permanecer restrito à validade de conteúdo e à aceitabilidade inicial.

A contribuição percebida para a comunicação é particularmente relevante na terapia intensiva, onde múltiplas informações precisam ser atualizadas e hierarquizadas. O roteiro do Huddle organiza um espaço para explicitar riscos, definir prioridades e identificar responsáveis, reduzindo a dependência de comunicações informais ou fragmentadas. Entretanto, a ferramenta não elimina a necessidade de passagens de plantão completas, registros formais e comunicação clínica específica. Seu papel é complementar: produzir uma visão compartilhada do turno e estimular perguntas sobre o que pode ameaçar a segurança naquele momento. Essa delimitação evita sobrecarga de pauta e ajuda a preservar a brevidade que caracteriza a estratégia, em consonância com a literatura sobre comunicação estruturada e huddles (GUZINSKI C, et al., 2019; PIMENTEL CB, et al., 2021).

No ensino em serviço, a participação dos estudantes possibilita observar a tomada de decisão como processo coletivo. Ao acompanhar a identificação de riscos e a pactuação de ações, o discente relaciona protocolos a situações concretas, amplia o vocabulário profissional e compreende a responsabilidade de comunicar dúvidas. A percepção de maior integração entre teoria e prática encontrada neste estudo converge com abordagens de educação permanente e metodologias ativas, nas quais situações do trabalho funcionam como disparadores de reflexão e aprendizagem (OGATA MN, et al., 2021; JACOBOVSKI R e FERRO LF, 2021). Para que esse potencial educativo seja explorado, o preceptor precisa criar espaço de fala, evitar exposição constrangedora e transformar as situações discutidas em oportunidades de aprendizagem, sem comprometer a prioridade assistencial.

A validação por especialistas reforçou a consistência do conteúdo e orientou o aprimoramento da usabilidade. O IVC é amplamente utilizado para estimar a concordância quanto à representatividade e adequação dos itens, mas deve ser interpretado juntamente com as características do painel e com as observações dos juízes (POLIT DF, et al., 2007; ALEXANDRE NMC e COLUCI MZO, 2011).

Neste estudo, os índices elevados não impediram modificações: foram realizados ajustes na organização, nas instruções e nos campos de registro. A explicitação da fórmula, da correspondência entre itens e domínios e das recomendações incorporadas torna o processo mais reprodutível e permite ao leitor compreender como a versão final foi produzida.

A caracterização da tecnologia como educativa aplicada à prática assistencial também contribui para evitar ambiguidade conceitual. O produto não foi avaliado apenas como formulário de gestão, pois envolveu enfermeiros e estudantes e apresentou finalidade explícita de apoiar processos de aprendizagem, comunicação e reconhecimento de riscos. Ao mesmo tempo, seu uso ocorre no cenário de cuidado e se relaciona a situações assistenciais reais. Essa dupla inserção não autoriza afirmar eficácia assistencial; indica, antes, que aprendizagem e organização do trabalho podem ser articuladas em uma mesma tecnologia, cuja contribuição dependerá da implementação consistente e de avaliações subsequentes.

Entre as limitações, destacam-se a amostragem por conveniência, o número reduzido de participantes, a realização em uma única instituição e a ausência de grupo comparador, avaliação pré e pós-intervenção ou acompanhamento longitudinal. A aceitabilidade foi avaliada com apenas quatro enfermeiros, além de doze estudantes, e todos os participantes estavam vinculados ao mesmo ambiente institucional, o que pode favorecer percepções semelhantes e limitar a transferibilidade dos achados. Não foram mensurados indicadores de eventos adversos, adesão a protocolos, qualidade da comunicação ou competências antes e depois da aplicação, impedindo inferências de causalidade e afirmações de eficácia. O predomínio de participantes do sexo feminino e com idade até 30 anos também deve ser considerado na interpretação da aceitabilidade inicial.

Estudos futuros podem aplicar o Huddle em diferentes unidades e instituições, testar fidelidade de uso, tempo de realização e participação das categorias profissionais, além de acompanhar indicadores de comunicação, aprendizagem, adesão a protocolos e segurança. Delineamentos multicêntricos, avaliações pré e pós-intervenção e seguimento longitudinal permitirão examinar se a aceitabilidade inicial e a validade de conteúdo se traduzem em mudanças sustentadas. Neste estágio, o processo descrito oferece uma base organizada para implantação piloto e pode subsidiar futuras iniciativas voltadas à cultura de segurança por meio de comunicação breve, estruturada e orientada a riscos.

CONCLUSÃO

O Huddle de Segurança do Paciente apresentou validade de conteúdo satisfatória e aceitabilidade inicial favorável como tecnologia educativa aplicada à prática assistencial. O IVC global de 0,96 e os valores de I-CVI entre 0,83 e 1,00 indicaram adequação dos itens avaliados, enquanto as sugestões dos especialistas contribuíram para ajustes na organização, nas instruções e nos campos de registro da versão final. Enfermeiros e estudantes relataram percepções positivas quanto à clareza, organização e potencial de aplicação da ferramenta. Entretanto, o número reduzido de participantes — especialmente os quatro enfermeiros —, a realização em uma única instituição e a ausência de avaliação pré e pós-intervenção ou de indicadores assistenciais não permitem concluir sobre eficácia, desenvolvimento objetivo de competências ou impacto sobre a cultura e os resultados de segurança. Estudos subsequentes deverão avaliar esses desfechos em diferentes contextos e com acompanhamento longitudinal.

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDRE NMC, COLUCI MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16(7): 3061-3068. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, 2013.
3. FRANKLIN BJ, et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. BMJ Quality & Safety, 2020; 29(10): 844-853. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009911.
4. GUZINSKI C, et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2019; 40(spe): e20180353. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180353.

5. JACOBOVSKI R, FERRO LF. Educação permanente em Saúde e Metodologias Ativas de ensino: uma revisão sistemática integrativa. Research, Society and Development, 2021; 10(3): e39910313391. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13391.
6. MORAES MVA, et al. Avaliação da cultura de segurança do paciente antes e depois da implementação do safety huddle. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2023; 57: e20230270. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270pt.
7. OGATA MN, et al. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2021; 55: e03733. DOI: 10.1590/S1980-220X2020018903733.
8. PIMENTEL CB, et al. Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: a scoping review. Journal of General Internal Medicine, 2021; 36(9): 2772-2783. DOI: 10.1007/s11606-021-06632-9.
9. POLIT DF, et al. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in Nursing & Health, 2007; 30(4): 459-467. DOI: 10.1002/nur.20199.
10. PROVOST SM, et al. Health care huddles: managing complexity to achieve high reliability. Health Care Management Review, 2015; 40(1): 2-12. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000009.
11. ROCHA SP, et al. Mental health in adolescence: elaboration and validation of an educational technology for health promotion. Revista Brasileira de Enfermagem, 2021; 74(5): e20201023. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-1023.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. Geneva: World Health Organization, 2011; 272p.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization, 2021; 86p.