

Criação da metodologia *Safety Huddle* em um *software* para segurança do paciente: relato de experiência

Safety Huddle methodology development in patient safety software: an experience report

Creación de la metodología Safety Huddle en software para seguridad del paciente: relato de experiencia

Lucas Rodrigo Garcia de Mello¹

ORCID: 0000-0002-4833-606X

Barbara Pompeu Christovam¹

ORCID: 0000-0002-9135-8379

Ana Paula Amorim Moreira¹

ORCID: 0000-0003-1047-0658

Erica Brandão de Moraes¹

ORCID: 0000-0003-3052-158X

¹Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Mello LRG, Christovam BP, Moreira APA, Moraes EB. Safety Huddle methodology development in patient safety software: an experience report. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 6):e20190788. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0788>

Autor Correspondente:

Lucas Rodrigo Garcia de Mello
E-mail: lucasgmello@ig.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Maria Elisabete Salvador

Submissão: 13-12-2019 **Aprovação:** 23-04-2020

RESUMO

Objetivos: relatar a criação e implantação de uma ferramenta eletrônica desenvolvida por um grupo de enfermeiros e profissionais da tecnologia da informação que atuam na área da Gestão da Qualidade em Saúde. **Métodos:** trata-se de um relato de experiência sobre a construção do modelo eletrônico do *Safety Huddle* por meio do método ágil *Scrum*. **Resultados:** a primeira etapa foi a construção do modelo proposto pelo time de enfermeiros e profissionais de tecnologia da informação, a partir da demanda de líderes de qualidade e segurança do paciente no Brasil, e a segunda etapa foi a implementação do *software*. **Considerações Finais:** a construção e implantação do *Safety Huddle* contribuiu para agilizar na detecção e distribuição das ações, além de promover a integração entre as equipes, a responsabilização e empoderamento dos profissionais, de modo a antever e/ou identificar os problemas relacionados à segurança do paciente e enfrentá-los a partir de um plano de ação. **Descritores:** Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; *Software*; Erros Médicos; Qualidade em Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to report the development and implementation of a digital tool developed by a group of nurses and information technology professionals working in healthcare quality management. **Methods:** an experience report regarding the development of the Safety Huddle digital model, using the agile Scrum methodology. **Results:** the first stage was the development of the model proposed by the team of nurses and IT professionals, based on the demand of quality and patient safety leaders in Brazil, and the second phase was the software implementation. **Final Considerations:** the development and implementation of the Safety Huddle contributed to expedite the detection and distribution of actions, in addition to promoting integration among teams, accountability, and empowerment of professionals to foresee and identify issues related to patient safety and face them through action plans. **Descriptors:** Patient Safety; Risk Management; Software; Medical Errors; Quality of Health Care.

RESUMEN

Objetivos: relatar la creación e implementación de una herramienta electrónica desarrollada por un grupo de enfermeros y profesionales de tecnología de la información actuantes en el área de gestión de calidad en salud. **Métodos:** relato de experiencia sobre construcción del modelo electrónico del *Safety Huddle* mediante el método ágil *Scrum*. **Resultados:** la primera etapa consistió en construir el modelo propuesto por el equipo de enfermeros y profesionales de tecnología de la información partiendo de la demanda de líderes de calidad y seguridad del paciente en Brasil. En la segunda etapa se implementó el *software*. **Consideraciones Finales:** la construcción e implementación del *Safety Huddle* contribuyó a agilizar la detección y distribución de acciones, además de promover la integración entre equipos, la responsabilización y empoderamiento de los profesionales, de modo de prever y/o identificar los problemas relativos a seguridad del paciente y enfrentarlos a partir de un plan de acción. **Descriptorios:** Seguridad del Paciente; Gestión de Riesgos; Programas Informáticos; Errores Médicos; Calidad de la Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, observa-se uma crescente evolução, teórica e prática, na temática Segurança do Paciente entre os profissionais de saúde, pesquisadores, líderes da alta gestão e ainda usuários dos serviços de saúde. A Segurança do Paciente (SP) consiste na redução do risco na ocorrência de danos desnecessários associados à assistência em saúde a um mínimo aceitável⁽¹⁻³⁾.

No relatório "Errar é Humano", publicado pelo Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos, foi estimado que cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais no país estavam relacionadas às falhas na assistência médico-hospitalar. Com a ocorrência de erros graves na assistência à saúde, evidenciou-se a necessidade de elaborar políticas e implementar protocolos para subsidiarem a assistência prestada nas instituições de saúde, de modo a reduzir os incidentes com dano ou Eventos Adversos (EAs)⁽¹⁻⁴⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004 e, posteriormente, em 2009, uma equipe de trabalho desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety* – ICPS) utilizada até os dias de hoje. Dessa forma, a classificação apresenta um conjunto de conceitos ligados para organizá-la em uma estrutura que reforça a identificação, prevenção, detecção e mitigação do risco⁽¹⁻³⁾.

Segundo o documento da ICPS, o EA é considerado um incidente que ocorreu durante a prestação do cuidado à saúde e que resulta em dano ao paciente, podendo ser de natureza física, social e/ou psicológica, o que inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte⁽¹⁻⁴⁾.

Neste cenário, no Brasil, em 2013, foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de implementar as ações para segurança do paciente por meio de seis protocolos básicos voltados às áreas prioritárias, a saber: identificação correta do paciente; comunicação efetiva entre os profissionais de saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; higienização das mãos; minimização do risco e danos causados por quedas e lesões por pressão⁽²⁻⁴⁾.

Dessa forma, para alcançar o mínimo aceitável de danos desnecessários e oferecer uma assistência segura e de qualidade, torna-se necessária a implementação dos protocolos de segurança, contribuindo para um processo assistencial mais seguro. Importante também estabelecer um canal de comunicação eficaz, permitindo às equipes transmitirem e receberem informações claras e corretas em todos os níveis da organização de saúde⁽²⁻⁵⁾.

Segundo a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, os fatores contribuintes relacionados à falha na comunicação foram identificados como uma das principais causas de EAs. Isso foi evidenciado entre os anos de 1995 e 2004, em mais de 60% dos EAs. Entre 1993 e 1998, o *Food and Drug Administration* (FDA) avaliou os relatórios dos erros relacionados aos medicamentos, que evoluíram com danos catastróficos e identificou o fato em 16% dos EAs⁽²⁻⁴⁾.

Nesse contexto da falha de comunicação e necessidade de detecção precoce de EA, surge a metodologia intitulada *Safety Huddle*, também chamada de "reunião de segurança", proposta pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). Segundo os autores,

esse método aumenta a conscientização de segurança no nível operacional ou, ainda, da linha de frente e ajuda a organização a desenvolver uma cultura de segurança⁽⁵⁻⁶⁾.

Corroborando a metodologia do IHI, o PNSP recomenda a identificação precoce, a discussão com as equipes de trabalho e a implementação de planos de melhoria a partir de ações sistematizadas do processo de gerenciamento de riscos que, também, é um pilar da governança clínica⁽⁵⁻⁷⁾.

No entanto, para operacionalizar e garantir o sucesso do método, algumas ações são obrigatórias, tais como: coletar os dados para monitorar o cuidado prestado, identificar os problemas encontrados no itinerário terapêutico do paciente e detectar as circunstâncias de riscos ou condições inseguras e, ainda, o *near miss*. Na prática, as instituições de saúde estimulam a detecção desses achados por meio da notificação voluntária de incidentes⁽⁷⁻⁸⁾.

Outro ponto importante é identificar a percepção da equipe sobre os fatores que afetam o seu trabalho diário e propor um *feedback*, de modo que perceba que uma mudança pode agregar valor ao processo de trabalho, resultando em melhorias. Sendo assim, um grupo de hospitais independentes se manifestou sobre a necessidade de identificar, o mais precocemente possível, as informações referentes ao cuidado prestado em suas instituições e as condições inseguras detectadas nos processos assistenciais. Surgiu, então, a iniciativa de construir o *Safety Huddle* eletrônico, com especialistas que atuam como consultores, ou seja, sem vínculo empregatício, para uma empresa que comercializa um software gerenciador de incidentes.

OBJETIVOS

Relatar a experiência sobre a construção e implantação de uma ferramenta eletrônica desenvolvida por um grupo de enfermeiros e profissionais da tecnologia da informação que atua na área da Gestão da Qualidade em Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência sobre a criação e implantação da ferramenta eletrônica intitulada *Safety Huddle* para utilização nos hospitais de todo Brasil. É um desdobramento de um projeto de mestrado que foi submetido à Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, com aprovação do CAAE: 17558819.9.0000.5243 e parecer do CEP: 3.567.788.

Inicialmente, recebemos a solicitação para a construção do modelo eletrônico de um grupo de 40 hospitais, distribuídos em diferentes regiões do Brasil, que já utilizavam um software para o gerenciamento dos incidentes. A necessidade apontada pelo grupo era de aperfeiçoar as questões relacionadas à comunicação imediata e tratamento dos incidentes de forma proativa para as equipes das instituições de saúde. Dessa forma, os gestores sugeriram a uma empresa, com expertise na área, que propusesse uma ferramenta que gerasse a detecção precoce, comunicação, discussão e intervenção nos incidentes e/ou potenciais incidentes ocorridos na instituição.

Entretanto, para realizar a construção do software, foram operacionalizadas as seguintes etapas: a revisão da produção científica disponível na literatura, com o propósito de mapear

o conhecimento sobre a temática, identificar potencialidades e fragilidades e incorporar os estudos na elaboração da ferramenta; a definição pela utilização do método ágil *Scrum*; e, por fim, a implementação do *software* nas instituições de saúde.

Por se tratar de um relato de experiência, foi solicitada a autorização prévia da diretoria da empresa responsável pelo *software* para divulgação da iniciativa. Além disso, não foi divulgado nenhum dado e/ou informação que possibilitasse identificar os hospitais envolvidos e os participantes na construção, respeitando o preconizado pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

Para facilitar a apresentação dos resultados, optou-se por descrever o processo da construção da ferramenta eletrônica e a implementação do *software* por etapas.

Etapa 1 - Construção do modelo eletrônico

Considerando o modelo proposto pelo *Institute for Healthcare Improvement* para o *Safety Huddle*, entendemos a necessidade dos clientes em operacionalizar a metodologia no formato eletrônico.

O *kick off*, ou seja, a reunião inicial do projeto contou com a participação de líderes de qualidade e segurança do paciente dos hospitais que já utilizavam um *software* para gestão dos incidentes. É importante destacar que todos eram enfermeiros especializados na área.

Para esse primeiro momento, utilizamos duas ferramentas de qualidade. *Brainstorming*, que pode ser traduzida como “tempestade de ideias”, trata-se de uma técnica para estimular a criatividade em grupo e tem a finalidade de alcançar um objetivo para um determinado processo ou tarefa. Após o levantamento das ideias, discutimos a operacionalização por meio da elaboração de um fluxograma na ferramenta *Bizzagi*, versão 3.3/2018, para realizar uma validação com a equipe de tecnologia de informação.

Atualmente, o time de desenvolvimento do *software* é composto por (02) dois enfermeiros, (02) dois profissionais de tecnologia da informação com formação em desenvolvimento e programação e (01) um gerente de produto, também enfermeiro, especialista na área de qualidade e segurança do paciente.

A metodologia utilizada é o *Scrum*⁽⁹⁻¹⁰⁾. O *Scrum* é definido como uma metodologia que agiliza e otimiza a gestão e o planejamento de projetos de *software*. O nome do método surgiu da comparação entre desenvolvedores e jogadores de *Rugby*, por se tratar de uma reunião rápida que ocorre quando estes vão iniciar um lance.

Segundo alguns autores, a utilização do método gera benefícios, como aumento da satisfação dos clientes; melhoria na comunicação entre o time de desenvolvimento; motivação da equipe de desenvolvimento de produtos e serviços; melhoria da qualidade dos produtos e serviços produzidos; e, por fim, diminuição dos custos do desenvolvimento⁽¹⁰⁾. A operacionalização dessa técnica para o desenvolvimento do *software* estabeleceu um conjunto de regras e práticas gerenciais que foram adotadas para o sucesso do projeto.

Foi apresentado para o time de desenvolvimento o fluxo construído pelos líderes das instituições de saúde e discutiram-se os requisitos

e a estimativa de horas para o desenvolvimento do *software* como preconiza o *Scrum*. Isto, por meio do *backlog* do produto ou serviço, ou seja, a listagem das ações e/ou funcionalidades a serem desenvolvidas considerando uma prática importante para a organização e gerenciamento dos requisitos coletados cuja responsabilidade é compartilhada com o time de desenvolvimento⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O projeto foi conduzido por meio de reuniões e, diariamente, o *backlog* era atualizado após o encontro rápido entre os membros do time para definir quais seriam as tarefas realizadas no dia e identificar os resultados obtidos no dia anterior. Para a condução da reunião de forma objetiva, foi elaborado um *checklist* com três perguntas: O que foi realizado ontem? O que será realizado hoje? Foi identificado algum obstáculo para a realização das atividades?⁽⁹⁻¹⁰⁾

O *software* foi construído em um período de seis semanas e, para divulgação, desenvolveram-se um plano de comunicação para os clientes, a construção de materiais educativos sobre o método *Safety Huddle* e ainda um manual de instrução sobre como utilizá-lo.

Etapa 2 - Implementação do *software* nas instituições de saúde

Foi realizada uma reunião com os hospitais envolvidos no projeto para apresentação do fluxo de operacionalização da ferramenta *Safety Huddle* eletrônico. A descrição do fluxo consistia em, diariamente, enviar um alerta, por e-mail, com todas as notificações de incidentes da instituição, das últimas 24 horas. Nesse momento, ainda não era realizada a classificação de acordo com a ICPS, mas, a partir do relato do notificante, identificavam-se os problemas e possíveis riscos que deveriam ser mitigados o quanto antes. Essa leitura era realizada às 07 horas da manhã pela equipe de qualidade e segurança do paciente (NSP - QPS) da instituição.

Por meio do *software*, era possível cadastrar os e-mails de todos os líderes por meio da criação de grupos específicos, de acordo com os times de trabalho. Pode-se citar como exemplo um time de paciente crítico composto pelo médico coordenador das unidades de alta complexidade, a enfermeira coordenadora das unidades críticas, o farmacêutico clínico e outros integrantes, de acordo com a necessidade da instituição.

A equipe do NSP – QPS era responsável por enviar as notificações para os times de trabalho até as 08 horas. A partir do recebimento, os integrantes deveriam discutir as notificações às 10 horas, por meio da reunião chamada de *Safety Huddle Unit*, cujo objetivo é debater sobre os fatores contribuintes, riscos sem barreiras de prevenção e construir os planos de melhorias para curto, médio e longo prazos.

A eleição das notificações para serem discutidas no *Safety Huddle Unit* foi baseada em três pontos importantes: a consequência para o paciente baseado na taxonomia ICPS/OMS, a experiência dos profissionais envolvidos e a série histórica das notificações debatidas em reunião com os líderes de qualidade e segurança do paciente, dos hospitais que já utilizavam um *software* para gestão dos incidentes, conforme apresentado no Quadro 1.

Após a eleição das notificações, os times de trabalhos eram responsáveis pelo engajamento para mitigar os riscos e tratar os incidentes, vislumbrando a redução do grau do dano, e contribuir para um melhor desfecho para o paciente, colaborador e organização.

Quadro 1 – Incidentes discutidos no *Safety Huddle Unit*, *International Classification for Patient Safety*/Organização Mundial de Saúde, 2009

Nº	Tipo de Incidente	Consequência para o paciente
1	Administração Clínica	Grave/Óbito
2	Processo/procedimento clínico	Leve/Moderado/Grave/Óbito
3	Medicação/fluidos	Moderado/Grave/Óbito
4	Sangue/hemoderivados	Leve/Moderado/Grave/Óbito
5	Oxigênio/gás/vapor	Moderado/Grave/Óbito
6	Dispositivo/equipamento médico	Moderado/Grave/Óbito
7	Comportamento	Leve/Moderado/Grave/Óbito
8	Acidentes com paciente	Leve/Moderado/Grave/Óbito
9	Infraestrutura/edifício/installações	Leve/Moderado/Grave/Óbito
10	Qualquer notificação com risco de imagem/judicialização para instituição e/ou profissional de saúde	Leve/Moderado/Grave/Óbito

Por fim, era proposta uma discussão *in loco* com a equipe do NSP – QPS e o time de trabalho, a partir das 14 horas. Nesse momento, o NSP – QPS colaborava e validava as ações discutidas e implementadas pelo grupo. Essa reunião é também chamada de *Stand Up Meeting* (reunião em pé ou de piso), de forma a conseguir maior agilidade e não prejudicar a rotina da unidade e/ou do setor onde ocorreu o incidente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecemos que a comunicação efetiva, definida como uma meta internacional de segurança do paciente, e o trabalho da equipe multidisciplinar são compreendidos como fatores determinantes para qualidade e segurança na prestação de cuidados aos indivíduos nos serviços de saúde. É importante destacar que as falhas na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido apontadas como um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de incidente/evento adverso e, conseqüentemente, um desfecho desfavorável ao paciente. Sendo assim, compreende-se que a identificação, análise, tratamento dos riscos e incidentes o mais precoce possível é imprescindível para melhores resultados na assistência à saúde.

Dessa forma, a construção e implantação do *Safety Huddle* eletrônico contribuiu para agilizar a detecção e distribuição das ações,

além de promover a integração entre os times de trabalho. Assim, garante a responsabilização e empoderamento dos profissionais da linha de frente do cuidado para antever e/ou identificar os problemas relacionados à segurança do paciente e enfrentá-los a partir de um plano de ação construído coletivamente.

Diante da experiência, ao longo do processo, constatamos que, para estruturação e implementação de ações voltadas à garantia da segurança do paciente e divulgação do sistema de notificação voluntária de incidentes, o envolvimento da alta liderança das instituições é o grande cerne da questão.

Além disso, ressaltamos que, visando ao desenvolvimento crítico reflexivo do método, a ferramenta não se limita ao formato aqui proposto. A ferramenta original enumera uma série de outros dados que podem ser coletados e, com isso, oferece a possibilidade de incentivo contínuo para aperfeiçoar a qualidade e segurança, estimulando o desenvolvimento de outros estudos relacionados à ferramenta como objeto de intervenção para melhoria assistencial.

FOMENTO

Processo: 133103/2019-6. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2016. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). [cited 2019 Sep 20]. 68 p. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+Paciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c>
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Gestão de riscos e investigação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde [Internet]. Brasília: ANVISA; 2017. (Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde). [cited 2019 Sep 20]. 94 p. Available from: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+7+-+Gest%C3%A3o+de+Riscos+e+Investiga%C3%A7%C3%A3o+de+Eventos+Adversos+Relacionados+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/6fa4fa91-c652-4b8b-b56e-fe466616bd57>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2013[cited 2019 Sep 20]. Available from: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
4. Silva MF, Anders JC, Rocha PK, Souza AIJ, Burciaga VB. Communication in nursing shift handover: pediatric patient safety. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(3):e3600015. doi: 10.1590/0104-07072016003600015
5. Gomes ATL, Salvador PTCO, Rodrigues CCFM, Silva MF, Ferreira LL, Santos VEP. Patient safety in nursing paths in Brazil. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):146-54. doi: 10.1590/0034-7167-2015-0139
6. Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KL, et al. Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2016 Sep 22];40(spe):e20180341. Available from:

7. <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180341.pdf>
 8. Gerke ML, Uffelman C, Weber Chandler K. Safety huddles for a culture of safety. PSQH [Internet]. 2010 [cited 2016 Sep 22]. Available from: <https://www.psqh.com/analysis/safety-huddles-for-a-culture-of-safety/>
 9. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(Suppl 1):i85–i90. doi: 10.1136/qshc.2004.010033
 10. Goldenhar LM, Brady PW, Sutcliffe KM, Muething SE. Huddling for high reliability and situation awareness. *BMJ Qual Saf*. 2013;22:899–906. doi:10.1136/bmjqs-2012-001467
 11. Carvalho BV, Mello CHP. [Implementation of scrum agile methodology in software product project in a small technology-based company]. *Gest Prod*. 2012;19(3):557-73. doi: 10.1590/S0104-530X2012000300009 Portuguese.
-