

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Huddle como ferramenta de gestão da qualidade na farmácia de um hospital de alta complexidade: relato de experiência

Huddle as a quality management tool in a high-complexity hospital pharmacy: an experience report

Brenda Vianna Gavazza Bercê¹, André Teixeira Pontes², Ana Helena Aranda de Souza³, Emanoelly Barbosa Sacramento de Oliveira⁴, Isabella Fróes Capela⁵

1. Residente em Farmácia Hospitalar. Universidade Federal Fluminense (UFF)
2. Graduado em farmácia. Ex-docente da Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
3. Graduada em farmácia. Servidora do Instituto Nacional de Cardiologia
4. Graduada em farmácia. UFF
5. Graduada em farmácia. UFF

RESUMO

Introdução: a crescente complexidade da gestão em saúde tem impulsionado a adoção de ferramentas ágeis de comunicação e resolução de problemas, entre elas o huddle, reunião breve voltada à identificação de riscos e ao fortalecimento da corresponsabilidade das equipes. Na farmácia hospitalar, serviço de processos interdependentes e forte exigência regulatória, essa ferramenta ainda é pouco descrita na literatura nacional. Objetivo: relatar a construção de uma proposta de huddle como ferramenta de gestão da qualidade para o ciclo da assistência farmacêutica de um hospital de alta complexidade. Método: relato de experiência desenvolvido entre agosto de

2023 e janeiro de 2024 em um hospital público de alta complexidade em cardiologia, em três etapas: diagnóstico situacional, planejamento e elaboração de instrumentos. O diagnóstico baseou-se em observação direta, análise de procedimentos operacionais padrão e indicadores do setor de Garantia da Qualidade; o modelo seguiu componentes-padrão descritos na literatura internacional. Resultados: dos 17 indicadores operacionais do setor, 9 estavam pendentes de revisão, e procedimentos, roteiros e programação de auditorias estavam incompletos. Foram identificados ausência de gerenciamento integrado entre setores, escassez de ações corretivas sistematizadas, comunicação restrita e baixa corresponsabilidade. Propôs-se um huddle semanal conduzido pelo farmacêutico da Garantia da Qualidade, com formulário de condução em dois blocos, oito checklists setoriais e indicadores de acompanhamento da ferramenta. Conclusão: a proposta responde a lacunas concretas de gerenciamento e comunicação e é coerente com experiências nacionais e internacionais, incluindo farmácias hospitalares. Por não ter sido implantada, sua efetividade e a percepção dos profissionais precisam ser avaliadas.

Palavras-chave: Serviço de Farmácia Hospitalar; Gestão da Qualidade Total; Segurança do Paciente; Equipe de Assistência ao Paciente; Comunicação.

ABSTRACT

Introduction: the growing complexity of health care management has driven the adoption of agile communication and problem-solving tools, among them the huddle, a brief meeting aimed at identifying risks and strengthening team co-responsibility. In hospital pharmacy, a service with interdependent processes and strict regulatory requirements, this tool remains little described in the Brazilian literature. Objective: to report the development of a huddle proposal as a quality management tool for the pharmaceutical care cycle of a high-complexity hospital. Method: experience report developed between August 2023 and January 2024 in a high-complexity public cardiology hospital, in three stages: situational diagnosis, planning, and development of instruments. The diagnosis was based on direct observation, review of standard operating procedures, and indicators from the Quality Assurance sector; the model followed standard components described in the international literature. Results: of the sector's 17 operational indicators, 9 were pending review, and procedures, audit scripts and audit scheduling were incomplete. The absence of integrated management across sectors, a shortage of systematized corrective actions, restricted communication and low co-responsibility were identified. A weekly huddle led by the Quality Assurance pharmacist was proposed, with a two-block conduction form, eight sector-specific checklists and indicators to monitor the tool. Conclusion: the proposal addresses concrete management and communication gaps and is consistent with national and international experiences, including hospital pharmacies. As it has not yet been implemented, its effectiveness and professionals' perceptions must be evaluated.

Keywords: *Pharmacy Service, Hospital; Total Quality Management; Patient Safety; Patient Care Team; Communication.*

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde convivem com um nível de incerteza que obriga suas lideranças a aprender continuamente e a reagir depressa quando as circunstâncias mudam¹. A pandemia de covid-19 mostrou essa exigência de forma aguda, quando hospitais precisaram reorganizar rapidamente fluxos e capacidade assistencial². Nesse contexto, práticas de gestão ágil, nascidas em ambientes de tecnologia da informação, têm migrado para a rotina dos serviços de saúde.

O huddle é uma dessas ferramentas: uma reunião curta, em geral de 10 a 15 minutos, feita em pé e repetida diariamente, por turno ou semanalmente, com o objetivo de identificar riscos enquanto ainda há tempo de agir. Fluidez e adaptação ao contexto são as características mais citadas nas definições disponíveis^{1,3}. Sua implantação costuma ser analisada por modelos de gestão da mudança; Baloh et al., por exemplo, recorreram ao modelo de Kotter para explicar a introdução de huddles em pequenos hospitais rurais dos Estados Unidos⁴. Huddles diários de segurança também foram descritos como espaço de aprendizagem a partir do trabalho cotidiano⁵, associados à redução de infecções relacionadas a dispositivos em um hospital comunitário americano⁶ e à melhora da comunicação em terapia intensiva pediátrica⁷. Descreve-se ainda o huddle como forma de trazer a qualidade para dentro da rotina assistencial, reforçando o senso de responsabilidade compartilhada⁸.

Por muito tempo, porém, essa evidência foi considerada frágil. Revisão sistemática mostrou que a maioria dos estudos usava desenho antes e depois sem grupo controle, com risco de viés moderado a alto⁹, e estudos qualitativos apontaram fatores de contexto que condicionam a implantação¹⁰. O cenário mudou com o primeiro ensaio randomizado em cunha escalonada (stepped-wedge) sobre huddles de segurança médica, realizado em quatro programas de hospitais acadêmicos de Toronto: a taxa ajustada de eventos adversos caiu 12% e a chance de sua ocorrência, 17%, com melhora de componentes da cultura de segurança ligados à aprendizagem organizacional e à comunicação sobre erros¹¹. É, hoje, a evidência experimental mais robusta disponível sobre o tema.

A farmácia hospitalar concentra boa parte dessa complexidade organizacional: depende de um sistema assistencial dinâmico, lida com recursos limitados, precisa manter controle rigoroso de estoques e exige qualificação técnica constante das equipes¹²⁻¹⁴. Uma revisão de escopo sobre ferramentas de

gestão da qualidade na dispensação hospitalar encontrou predomínio de instrumentos voltados à causa-raiz e ao gerenciamento de risco, com pouca presença de ferramentas de comunicação de equipe, como o huddle¹⁵. Revisões sobre checklists de segurança chegam a conclusão parecida, com benefícios pontuais e evidência limitada de efetividade isolada¹⁶. Já iniciativas de metodologia 5S em farmácias ambulatoriais, de urgência e hospitalares, algumas apoiadas no framework OCTAGON-P, vêm mostrando resultados favoráveis^{17,18}.

Sobre o huddle em farmácia, a literatura científica ainda é pequena, mas a prática é difundida. Wells et al. descreveram huddles semanais liderados por farmacêuticos em clínicas de atenção primária de um centro médico acadêmico americano¹⁹, e Komorny et al. relataram aumento sustentado de avaliações favoráveis da cultura de segurança após huddles diários em um departamento de farmácia hospitalar universitário²⁰. Em levantamento com 311 profissionais de farmácias hospitalares norte-americanas, 74,6% relataram que seu departamento realiza huddles; 59,1% eram diários, 22% por turno e 14,2% semanais, e a maioria durava de 5 a 10 minutos²¹.

Highsmith define a gestão ágil de projetos como um conjunto de princípios, valores e práticas que ajuda equipes a entregar produtos ou serviços de valor mesmo em ambientes difíceis²². Fora da tecnologia da informação, o Scrum já foi usado, por exemplo, para coordenar um acelerador multicêntrico de programas de hospital em domicílio²³, indício de que esses princípios podem ser testados também na farmácia hospitalar brasileira.

No Brasil, o tema começa a aparecer na literatura de enfermagem e de administração em saúde. Mello et al. relataram o desenvolvimento de uma metodologia de safety huddle integrada a um software de segurança do paciente²⁴, e Moraes et al., em estudo quase experimental, encontraram melhora significativa da percepção de segurança e do número de eventos adversos notificados após a implantação de huddles²⁵. Uma revisão publicada nesta revista sistematizou o huddle como estratégia de discussão horizontal para melhoria de processos hospitalares²⁶. Faltam, no entanto, experiências voltadas especificamente à farmácia hospitalar brasileira.

Este relato de experiência descreve a construção de uma proposta de huddle como ferramenta de gestão da qualidade para o ciclo da assistência farmacêutica de um hospital de alta complexidade.

MÉTODO

Trata-se de relato de experiência, de caráter descritivo, sobre a construção de uma proposta de huddle no setor de Garantia da Qualidade da farmácia de um hospital público de alta complexidade em cardiologia. A experiência ocorreu entre agosto de 2023 e janeiro de 2024, em três etapas: diagnóstico situacional, planejamento e elaboração dos instrumentos. A proposta ainda não foi implantada.

No diagnóstico situacional, analisaram-se os registros do setor de Garantia da Qualidade: procedimentos operacionais padrão, indicadores de desempenho e o fluxo de trabalho vigente. As informações foram organizadas em planilha eletrônica, com uma aba por atividade do setor, e cada tarefa foi classificada por um dos autores como completa, incompleta, em elaboração, não executada ou inexistente. Os indicadores operacionais foram registrados com a situação de revisão marcada na planilha do setor (revisado, pendente de revisão ou descontinuado).

No planejamento, definiu-se a proposta de huddle para a Garantia da Qualidade, envolvendo os setores do ciclo da assistência farmacêutica: Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Fracionamento, Dispensação Interna, Dispensação Ambulatorial, Farmacovigilância, Farmácia Clínica (unidades de transplante e de terapia intensiva cardiológica) e a própria Garantia da Qualidade. O modelo foi construído a partir dos componentes-padrão descritos por Sampath et al.¹: liderança, habilidades exigidas, agenda padrão, áreas e profissionais envolvidos, recursos, periodicidade, local e horário e atividades antes, durante e depois do huddle.

Na elaboração dos instrumentos, construiu-se um formulário de condução em dois blocos (identificação do condutor e da data; questões norteadoras por setor), seguindo critérios de clareza, objetividade e progressão lógica recomendados para instrumentos de coleta de dados²⁷. As perguntas, fechadas e dicotômicas, têm campo de justificativa para respostas em desacordo com o esperado e foram fundamentadas nas exigências sanitárias de cada setor, conforme normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Farmácia. O mesmo conteúdo originou oito checklists setoriais para preenchimento individual.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Diagnóstico situacional

O setor de Garantia da Qualidade da farmácia conta com um farmacêutico residente, com rotatividade trimestral, e um preceptor, responsáveis pela análise de indicadores, revisão de procedimentos operacionais padrão, treinamentos e auditorias. Dos 17 indicadores operacionais acompanhados pelo setor, 7 estavam revisados, 9 pendentes de revisão e 1 descontinuado, e três não tinham o setor responsável identificado na planilha (Quadro 1). Os procedimentos operacionais padrão e os roteiros de auditoria estavam incompletos, a programação de auditorias não havia sido executada, e não havia indicadores derivados das auditorias internas (Quadro 2).

Quadro 1 – Indicadores acompanhados pelo setor de Garantia da Qualidade e situação registrada na planilha de acompanhamento no diagnóstico situacional

Setor	Indicador	Situação registrada
CAF	Conferência de contas interna	Revisado
Qualidade	Contagem rotativa	Pendente de revisão
Fracionamento	Consumo semanal de controlados	Pendente de revisão
Qualidade	Validação farmacêutica de itens fracionados ou selados	Pendente de revisão
Ambulatório	Taxa de atendimento à prescrição	Pendente de revisão
Ambulatório	Indicador de dispensação de sildenafila	Descontinuado
Ambulatório	Indicador de dispensação de ticagrelor	Pendente de revisão
Qualidade	Percentual de prescrições atendidas dentro do horário por setor	Revisado
Não identificado	Percentual de medicamentos não padronizados atendidos sem ônus excedente	Revisado
Fracionamento	Produção do fracionamento de medicamentos	Pendente de revisão
Ambulatório	Número de atendimentos ambulatoriais	Revisado
Qualidade	Taxa de prescrições avaliadas pelo farmacêutico	Revisado
Farmacovigilância	Índice de notificações de reações adversas a medicamentos	Revisado
Farmacovigilância	Taxa de reações adversas ou queixas técnicas notificadas ao Notivisa	Pendente de revisão
Não identificado	Percentual de produtos em falta em relação ao padronizado	Pendente de revisão
CAF	Taxa de produto entregue dentro do prazo pelo fornecedor	Pendente de revisão
Não identificado	Percentual de perda de medicamentos por validade vencida	Pendente de revisão

Fonte: Elaboração própria, com dados do setor. CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico. "Revisado" e "pendente de revisão" correspondem às marcações "feito" e "fazer" da planilha original; "não identificado": setor não registrado na planilha. Dos 17 indicadores, 7 estavam revisados, 9 pendentes de revisão e 1 descontinuado.

Quadro 2 – Síntese do diagnóstico situacional quanto a procedimentos operacionais padrão, roteiros de auditoria, programação, relatórios e indicadores de auditoria interna

Dimensão avaliada	Descrição	Situação no diagnóstico
POP	Quatro POP em elaboração ou incompletos	Incompleto
Roteiros de auditoria	Quatro roteiros de auditoria em elaboração ou incompletos	Incompleto

Dimensão avaliada	Descrição	Situação no diagnóstico
Programação	Calendário das auditorias por setor, com data e residente responsável	Planejamento não executado
Relatórios	Registro das conformidades, não conformidades e ações corretivas realizadas e propostas	Não aplicável
Diagnóstico	Planilha de conformidades e não conformidades das auditorias, consolidada em indicador	Existente apenas para auditorias externas; em elaboração para as internas
Referências	Bibliografia para fundamentar auditorias e POP	Sem referências definidas
Indicadores de auditoria interna	Indicadores derivados das auditorias internas, distintos dos indicadores operacionais do Quadro 1	Inexistentes

Fonte: Elaboração própria. POP: procedimento operacional padrão.

Em conjunto com a observação direta, esses achados indicaram como principais pontos críticos a ausência de gerenciamento integrado entre os setores, a escassez de ações corretivas e preventivas sistematizadas, a comunicação restrita entre as equipes e a baixa percepção de corresponsabilidade pelos processos.

Modelo de huddle proposto

A partir do diagnóstico, organizou-se o modelo apresentado no Quadro 3. O farmacêutico da Garantia da Qualidade foi definido como líder inicial, por já exercer função gerencial no setor; dele se esperam liderança, comunicação, capacidade de resolver problemas e pensamento crítico²⁸, competências também apontadas como centrais na liderança da colaboração interprofissional²⁹. Definiram-se periodicidade semanal, reuniões curtas em espaço que comporte todos os participantes e um roteiro de atividades antes, durante e depois de cada huddle, além de indicadores para acompanhar o funcionamento da própria ferramenta.

Quadro 3 – Componentes do modelo padrão e sistematização da proposta de implantação do huddle

Componente do modelo padrão	Sistematização na proposta
Líder inicial (condutor)	Farmacêutico da Garantia da Qualidade
Habilidades do líder	Liderança, comunicação, resolução de problemas e pensamento crítico e estruturado
Agenda padrão	Formulário de condução e checklist de cada setor

Componente do modelo padrão	Sistematização na proposta
Áreas envolvidas	Central de Abastecimento Farmacêutico, Fracionamento, Dispensação Interna, Farmácia Ambulatorial, Farmácia Clínica (Transplante e Unidade de Cardioterapia Intensiva Clínica), Farmacovigilância e Garantia da Qualidade
Profissionais envolvidos	Farmacêuticos responsáveis por cada setor
Recursos necessários	Computador, impressora, formulários e checklists (impressos ou em formato eletrônico) e pasta para arquivo
Periodicidade e duração	Semanal, com duração-alvo de 10 a 15 minutos
Local e horário	Sala de convivência; horário padronizado a definir pelo serviço
Atividades pré-huddle do líder	Analisar o huddle anterior, pendências, ações, indicadores e registros do setor; revisar o formulário e os checklists; responder o checklist da Garantia da Qualidade
Atividades pré-huddle dos participantes	Responder ao checklist do respectivo setor
Atividades do líder durante o huddle	Conduzir a reunião, propor ações e definir responsáveis, esclarecer dúvidas, engajar a equipe
Atividades dos participantes durante o huddle	Responder às perguntas, participar ativamente, propor ações
Atividades pós-huddle do líder	Analisar os problemas levantados, registrar as ações no plano 5W2H e acompanhar os prazos
Atividades pós-huddle dos participantes	Executar as ações definidas
Indicadores de acompanhamento do huddle	Proporção de reuniões realizadas em relação às programadas; proporção de setores representados; proporção de pendências resolvidas no prazo; tempo médio de resolução das pendências
Resultado esperado	Participação de todos os setores na identificação e na resolução de problemas

Fonte: Elaboração própria, a partir dos componentes descritos por Sampath et al.¹

Formulário de condução e checklists

O formulário de condução (Quadro 4) foi organizado em dois blocos, com os setores dispostos na sequência do ciclo da assistência farmacêutica, terminando na Garantia da Qualidade. Entre os itens estão o registro de temperatura e a integridade de equipamentos de conservação, queixas técnicas, notificações de farmacovigilância, contagem rotativa de estoque, orientação farmacêutica ambulatorial, conciliação medicamentosa, intervenções farmacêuticas e indicadores de desempenho setorial. O mesmo conteúdo originou oito checklists setoriais (Quadro 5), preenchidos individualmente pelos farmacêuticos antes de cada reunião. Para acompanhar as ações levantadas, propôs-se o método 5W2H³⁰.

Quadro 4 – Estrutura do formulário de condução do huddle, com o bloco de identificação e as questões dos quatro primeiros setores

Setor	Itens de verificação	Formato de resposta
Identificação	Farmacêutico condutor; data; pendências do huddle anterior	Campo aberto; sim/não
1. CAF	Temperatura, termo-higrômetros e geladeiras; impressora de etiquetas; contagem rotativa; queixa técnica; relatório de validade de medicamentos sinalizados	Sim/não, com justificativa quando aplicável
2. Fracionamento	Temperatura e termo-higrômetro; máquina embaladora e identificadora; queixa técnica; contagem rotativa	Sim/não, com justificativa quando aplicável
3. Dispensação	Temperatura, termo-higrômetros e geladeira; queixa técnica	Sim/não, com justificativa quando aplicável
4. Ambulatório	Temperatura e termo-higrômetro; queixa técnica; contagem rotativa; orientação farmacêutica	Sim/não, com justificativa quando aplicável

Fonte: Elaboração própria. CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico. O formulário completo segue a mesma estrutura para os demais setores do ciclo da assistência farmacêutica, até a Garantia da Qualidade.

Quadro 5 – Exemplo de checklist setorial de preenchimento individual (Central de Abastecimento Farmacêutico)

Item de verificação	Formato de resposta
Temperatura, termo-higrômetros e geladeiras em conformidade	Sim/não, com justificativa
Impressora de etiquetas em funcionamento	Sim/não, com indicação de contato com a manutenção
Contagem rotativa sem erros a relatar	Sim/não, com justificativa
Ausência de queixa técnica não comunicada à Farmacovigilância	Sim/não, com justificativa
Relatório de validade com medicamentos próximos ao vencimento sinalizados	Sim/não, com justificativa

Fonte: Elaboração própria. O checklist inclui ainda campo aberto para considerações adicionais.

DISCUSSÃO

A ausência de gerenciamento integrado identificada no diagnóstico é compatível com um padrão já descrito: a complexidade da farmácia hospitalar cresce com a complexidade do hospital, o que exige estruturas de gestão mais formalizadas nos serviços de maior porte^{12,13}. A proposta de huddle procurou responder a essa lacuna, criando um espaço organizado de comunicação entre os setores do ciclo assistencial, coerente com a definição da ferramenta como

mecanismo de identificação de riscos e de fortalecimento da responsabilidade coletiva^{3,8}.

É preciso, porém, ponderar os limites da evidência. Revisões anteriores apontavam predomínio de desenhos antes e depois sem grupo controle^{9,16}. O ensaio de Guo et al. atenua essa limitação com a primeira evidência experimental de redução de eventos adversos¹¹, mas trata-se de um único estudo, realizado em hospitais acadêmicos canadenses durante a pandemia e com baixa taxa de resposta ao questionário de cultura de segurança, o que pede cautela antes de extrapolar seus resultados. Um levantamento nacional britânico mostra que a maioria das unidades de terapia intensiva do Reino Unido não segue modelo formal para seus huddles, com grande variação de horário, frequência, composição e registro³¹, o que reforça a defesa de que os huddles evoluam de discussões reativas para uma infraestrutura de aprendizagem organizacional³². A presente proposta deve ser lida como forma de organizar processos a ser testada após a implantação, e não como solução de efetividade comprovada.

A periodicidade semanal merece discussão. Na maior parte da literatura, o huddle é diário ou por turno e dura de 5 a 15 minutos; no levantamento com farmácias hospitalares norte-americanas, apenas 14,2% dos huddles eram semanais²¹. A opção semanal deste relato decorreu do objetivo de integrar setores com rotinas e turnos distintos e de revisar indicadores e pendências, o que aproxima a proposta de uma reunião estruturada de verificação da qualidade. Uma alternativa a ser testada é combinar huddles diários curtos em cada setor, voltados a riscos imediatos, com a reunião semanal de integração conduzida pela Garantia da Qualidade.

Experiências em contextos semelhantes reforçam a plausibilidade da proposta. Komorny et al. descreveram melhora sustentada da cultura de segurança após huddles diários em um departamento de farmácia hospitalar²⁰, embora o estudo tenha sido publicado em periódico de baixa visibilidade e em contexto diferente do brasileiro. Wells et al. mostraram que a condução por farmacêuticos é viável¹⁹, opção também adotada aqui. Fora da farmácia, huddles institucionais foram associados à redução de infecções relacionadas a dispositivos⁶ e à melhora da comunicação em terapia intensiva pediátrica⁷. No Brasil, Mello et al. e Moraes et al. relataram experiências favoráveis^{24,25}, nenhuma delas em farmácia hospitalar. A sustentabilidade da ferramenta tende a depender de fatores como apoio da liderança institucional e adaptação do modelo de mudança às particularidades locais⁴.

O huddle não substitui outras ferramentas de gestão da qualidade já usadas na farmácia hospitalar, como as de análise de causa-raiz e gerenciamento de risco¹⁵ ou a metodologia 5S^{17,18}. Cada uma atende a um aspecto distinto da gestão: comunicação de equipe, organização física do espaço e redução de desperdícios. A proposta dialoga ainda com usos recentes da gestão ágil fora da tecnologia da informação^{22,23}.

Este relato tem limitações. A proposta não foi implantada nem avaliada e se restringe a um único serviço, o que limita a generalização. O diagnóstico foi conduzido e classificado por um único pesquisador, sem avaliador

independente, e o formulário e os checklists não passaram por validação de conteúdo com especialistas externos. A condução por um líder fixo, somada à rotatividade trimestral do residente da Garantia da Qualidade, pode dificultar a continuidade da ferramenta.

Como próximos passos, sugere-se implantar e avaliar a proposta com os indicadores de acompanhamento definidos, investigar a percepção dos profissionais, validar os instrumentos e adotar formato digital para facilitar a coleta e a análise longitudinal dos dados.

CONCLUSÃO

A construção da proposta de huddle permitiu organizar, a partir de um diagnóstico situacional, uma resposta às lacunas de gerenciamento integrado e de comunicação entre os setores da farmácia de um hospital de alta complexidade. O modelo, apoiado em formulário de condução, checklists setoriais e indicadores de acompanhamento, é coerente com experiências nacionais e internacionais e com a evidência experimental recente sobre huddles de segurança. Por ter sido desenvolvido a partir das particularidades do serviço estudado e ainda não ter sido implantado, deve ser avaliado após a implantação e adaptado antes de sua adoção em outros contextos.

REFERÊNCIAS

1. Sampath B, Rakover J, Baldoza K, Mate K, Lenoci-Edwards J, Barker P. Whole system quality: a unified approach to building responsive, resilient health care systems. IHI White Paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2021.
2. Grigonis AM, Mathews KS, Benka-Coker WO, Dawson AM, Hammerman SI. Long-term acute care hospitals extend ICU capacity for COVID-19 response and recovery. *Chest*. 2021;159(5):1894-901.
3. Glymph DC, Olenick M, Barbera S, Brown EL, Prestianni L, Miller C. Healthcare utilizing deliberate discussion linking events (HUDDLE): a systematic review. *AANA J*. 2015;83(3):183-8.
4. Baloh J, Zhu X, Ward MM. Implementing team huddles in small rural hospitals: how does the Kotter model of change apply? *J Nurs Manag*. 2018;26(5):571-8. doi:10.1111/jonm.12584
5. Wahl K, Stenmarker M, Ros A. Experience of learning from everyday work in daily safety huddles: a multi-method study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1101. doi:10.1186/s12913-022-08462-9

6. Mena Lora AJ, et al. Impact of a hospital-wide huddle on device utilization and infection rates: a community hospital's journey to zero. *J Infect Prev.* 2020;21(6):228-33. doi:10.1177/1757177420939239
7. Aldawood F, et al. Enhancing teamwork communication and patient safety responsiveness in a paediatric intensive care unit using the daily safety huddle tool. *BMJ Open Qual.* 2020;9(1):e000753. doi:10.1136/bmjopen-2019-000753
8. Goldenhar LM, et al. Huddling for high reliability and situation awareness. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(11):899-906.
9. Franklin BJ, Gandhi TK, Bates DW, et al. Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(10). doi:10.1136/bmjqs-2019-009911
10. Stapley E, et al. Factors to consider in the introduction of huddles on clinical wards: perceptions of staff on the SAFE programme. *Int J Qual Health Care.* 2018;30(1):44-9.
11. Guo M, Bayley M, Ye XY, Dunbar-Yaffe R, Fortin C, Go K, et al. Impact of medical safety huddles on patient safety: a stepped-wedge cluster randomised study. *BMJ Qual Saf.* 2026;35:326-33. doi:10.1136/bmjqs-2025-019170
12. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Camacho LAB. Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. *Cad Saude Publica.* 2007;23(4):835-44.
13. Bouças E, et al. Acreditação no âmbito da assistência farmacêutica hospitalar: uma abordagem qualitativa de seus impactos. *Physis.* 2018;28(3):e280317.
14. Infante M, Santos MAB. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. *Cien Saude Colet.* 2007;12(4):945-54.
15. Reis AC, Goulart GAC, Almeida CDC, Medeiros AF, Detoni KB, Guimarães NS, et al. Quality management tools applied to drug dispensing in hospital pharmacy: a scoping review. *Res Social Adm Pharm.* 2023;19(4):582-90. doi:10.1016/j.sapharm.2022.11.008
16. Ko HCH, Turner TJ, Finnigan MA. Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings: limited evidence of effectiveness. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:211. doi:10.1186/1472-6963-11-211
17. Huang WJ, Zhang MW, Li BY, Wang XH, Zhang CH, Yu JG. 5S management improves the service quality in the outpatient-emergency pharmacy: from management process optimisation to staff capacity enhancement. *Eur J Hosp Pharm.* 2024;31(3):259-66. doi:10.1136/ejhpharm-2022-003449

18. Sallam M, Allam D, Kassem R. Improving efficiency in hospital pharmacy services: an integrated strategy using the OCTAGON-P framework and Lean 5S management practices. *Cureus*. 2024;16(3):e56965. doi:10.7759/cureus.56965
19. Wells T, Rockafellow S, Holler M, Coe AB, Yoo A, Choe HM, et al. Description of pharmacist-led quality improvement huddles in the patient-centered medical home model. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2018;58(6):667-72. doi:10.1016/j.japh.2018.08.007
20. Komorny KM, Rosenberg A, McCleary E. Assessment of the daily safety and operations huddle of a pharmacy department. *Univers J Public Health*. 2018;6(3):153-60. doi:10.13189/ujph.2018.060304
21. Korte CE. Health-system pharmacy department safety huddles: an evaluation of current practice and perceived best practice. *Pharmacy Times* [Internet]. 2021 [citado 25 out 2026]. Disponível em: <https://www.pharmacytimes.com/view/health-system-pharmacy-department-safety-huddles-an-evaluation-of-current-practice-and-perceived-best-practice>
22. Highsmith J. Agile project management: creating innovative products. Boston: Addison-Wesley; 2004.
23. Desai M, Tardif-Douglin M, Miller I, Blitzer S, Gardner DL, Thompson T, et al. Implementation of Agile in healthcare: methodology for a multisite home hospital accelerator. *BMJ Open Qual*. 2024;13(2):e002764. doi:10.1136/bmjopen-2024-002764
24. Mello LRG, et al. Safety huddle methodology development in patient safety software: an experience report. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 6):e20190788. doi:10.1590/0034-7167-2019-0788
25. Moraes MVA, Almeida ILS, Carvalho REFL. Avaliação da cultura de segurança do paciente antes e depois da implementação do safety huddle. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230270. doi:10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0270pt
26. Ferreira AGC, Lima CRM. Huddle em hospitais: discussão horizontal para melhoria e inovação de processos e procedimentos. *Rev Adm Saude*. 2025;25(99):e412. doi:10.23973/ras.99.412
27. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2003.
28. Lamri J, Lubart T. Reconciling hard skills and soft skills in a common framework: the generic skills component approach. *J Intell*. 2023;11(6).
29. Kamppila H, Czabanowska K, Kämäräinen P, Younas A, Kvist T. Leadership of nurses' interprofessional collaboration: a mixed-methods systematic review. *Adv Nurs*. 2026 Feb 15. doi: 10.1111/jan.70543. Epub ahead of print. PMID: 41693216 Martins MO. Aplicação do método 5W2H em uma

microempresa de artefatos têxteis [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2017.

30. Stayt L, Lumley C, Ede J. An exploration of the use of safety huddles in ICUs across the United Kingdom: a cross-sectional national e-survey. *Intensive Crit Care Nurs.* 2026;96:104470.
31. Jun J, Yu H, Connell KA. Rethinking ICU safety huddles as engines of organizational learning. *Intensive Crit Care Nurs.* 2026;96:104487.

Recebido: 19 de agosto de 2026. **Aceito:** 30 de setembro de 2026

Correspondência: André Teixeira Pontes **E-mail:** andre.pontes@ufrgs.br

Conflito de Interesses: os autores declararam não haver conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited